

Artigo

## Abordagem dos cuidados de enfermagem na hipertensão arterial: recomendações das diretrizes Brasileira (DBHA), Americana (AHA), Internacional (ISH) e Europeia (ESC)

Maria Aparecida Batistão Gonçalves<sup>1</sup>, Amanda Silva de Macêdo Bezerra<sup>2</sup>, Grazia Maria Guerra<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Unidade Coronariana, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Programa de Residência de Enfermagem Cardiovascular, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Departamento de Enfermagem, Sociedade Brasileira de Hipertensão, São Paulo, SP, Brasil.

**Resumo.** A hipertensão arterial sistêmica é condição clínica multifatorial considerada um problema de saúde pública mundial; portanto, para o manejo adequado da doença, a cada quatro anos são revisadas as metas e revistos os valores adotados para determinar o seu diagnóstico. Este artigo tem por objetivo a revisão das principais diretrizes quanto aos cuidados da equipe multiprofissional, em especial em relação às ações de enfermagem. Ao analisar as diretrizes internacionais e a Diretriz Brasileira de Hipertensão, verificou-se que os cuidados de enfermagem no manejo da doença e no seu controle estão centrados principalmente na realização da medição da pressão arterial com técnica adequada, na orientação e direcionamento na mudança do estilo de vida e em promover a educação em saúde.

**Palavras-chave:** hipertensão arterial; cuidados de enfermagem; educação em saúde e medição da pressão arterial.

Recebido: 21 de Março de 2022; Aceito: 13 de Abril de 2022.

## Approach to nursing care in arterial hypertension: recommendations from the Brazilian (DBHA), American (AHA), International (ISH) and European (ESC) Guidelines

**Abstract.** The arterial hypertension is a multifactorial clinical condition and a worldwide health problem, so, for the proper management of the disease, as the goals and values adopted to determine its diagnosis are reviewed. This article aims to review the main guidelines regarding the care of the multiprofessional team, especially in relation to nursing actions. When analyzing International Guidelines and National Guidelines on Hypertension, it was found that nursing care and management of the disease was based mainly on blood pressure measurement with appropriate technique, guidance and direction in lifestyle change and in promoting health education.

**Keywords:** arterial hypertension; nursing care; health education and blood pressure measurement.

### 1. Introdução

A hipertensão arterial sistêmica é condição clínica multifatorial considerada um problema de saúde pública mundial, portanto o manejo dessa doença no cenário nacional precisa ser atualizado aproximadamente a cada quatro ou cinco anos. Em novembro de

# Autor de correspondência. E-mail: grazia.guerra@incor.usp.br.

2020 foi publicada a DBHA. Nesse período, significativas alterações no manejo da doença foram reformulados ao longo desses anos. Dentre os aspectos, observou-se o seguinte: que os valores adotados para a classificação das categorias de hipertensão arterial e as metas de pressão arterial para portadores de doença renal crônica e diabetes mellitus foram modificados; metas específicas de pressão arterial foram instituídas para pacientes > 60 anos; apesar das modificações, a técnica da medição da pressão arterial continua sendo um divisor de águas para orientar o tratamento e representa um desafio constante para os profissionais da saúde na prática quanto à sua execução correta<sup>1</sup>.

A abordagem multidisciplinar tem sido reconhecida como determinante para que o tratamento possa lograr êxito no alcance das metas terapêuticas, com o intuito de elevar e obter melhores índices de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Este artigo tem por objetivo a revisão das principais diretrizes quanto aos cuidados da equipe multiprofissional, em especial as ações de enfermagem.

## 2. A medição da pressão arterial

A PA é um fenômeno hemodinâmico variável, o qual é influenciado por diversos fatores, dentre os quais as próprias circunstâncias em que a medição é efetuada e a execução correta da técnica. Embora ainda se observe a banalização do procedimento pelos profissionais da saúde, atualmente o grande avanço foi a introdução dos aparelhos automatizados, o que passou a ser encarado como uma estratégia interessante para obter a medição da PA, eliminando-se o viés do erro do observador<sup>2</sup>.

Ensaio clínicos randomizados evidenciam benefícios com o controle da PA, dentre eles a diminuição da mortalidade e a melhora na qualidade de vida do indivíduo. Dessa maneira, justifica-se a necessidade de revisar as diretrizes, porque o conjunto de recomendações descrito nesses documentos baseia-se na análise das melhores evidências científicas disponíveis, por isso elas submetem-se a alterações frequentes, à medida que novos estudos são aprovados e divulgados.

As análises das diretrizes sobre a pressão arterial divulgadas pelo *American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)*<sup>3</sup> e pela *European Society of Cardiology (ESC)/European Society of Hypertension (ESH)*<sup>4</sup> demonstram que: as duas diretrizes representam atualizações de publicações anteriores e reforçam conceitos prévios de prevenção da elevação da pressão arterial. De forma geral, as duas diretrizes concordam quanto ao método adequado de medição da pressão arterial, com o uso de monitorização residencial ou ambulatorial da pressão arterial.

No que concerne às cinco diretrizes, depreende-se que estão em conformidade quanto à abordagem para medição da PA. Se houver alguma falha na metodologia utilizada para avaliar a PA em pacientes e não conformidades na execução, todas as decisões sobre a terapia serão falhas também.

Nas diretrizes europeia e americana é mencionada a medição obtida por medições automatizadas da PA no consultório com manguito de tamanho adequado sem auxílio do profissional, conhecida como *Systolic Blood Pressure Intervention Trial/Ensaio Clínico sobre Intervenção para Pressão Arterial Sistólica (SPRINT)*, no entanto muitas ocorreram com auxílio. Acreditava-se que a diferença na PA entre as medições com e sem auxílio chegasse a 7 mmHg, mas uma análise recente não observou diferença significativa na PA entre essas abordagens. A automedida da PA identificou-se como **Grau de Recomendação: (GR) I e Nível de Evidência (NE): B**<sup>3,4</sup>.

As duas diretrizes em apreço destacam a importância da monitorização da PA fora do consultório para um melhor controle da hipertensão, incluindo a possibilidade de detectar e manejar a hipertensão do avental branco e a hipertensão mascarada. Nesse contexto, as diretrizes do ACC/AHA propõem diferentes limiares para PA fora do consultório (correspondendo a um limiar mais baixo para PA no consultório); entretanto essa sugestão requer apoio adicional de estudos de desfechos.

Na Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (DBHA)<sup>5</sup>, recomenda-se a medição da PA fora do consultório como uma estratégia alternativa às avaliações repetidas da PA dentro dele para confirmar o diagnóstico de HA. A adoção de tal procedimento pode contribuir para verificar as presenças dos fenômenos conhecidos como a Hipertensão do Avental Branco (HAB) e Hipertensão Mascarada (HM), que, quando presente, agrega informações clínicas complementares relevantes para a análise dos valores da PA e identificação e detecção de HAB.

## 3. Mudança no estilo de vida

Uma das grandes questões que as duas diretrizes enfatizam, a ACC/AHA e a ESC/ESH, são as modificações no estilo de vida como parte da educação anti-hipertensiva e tratamento inicial. As modificações no estilo de vida são a base de qualquer redução do risco CV e prevenção e tratamento da PA, independentemente do risco CV. Nessa perspectiva, as mudanças no estilo de vida são a base para lograr êxito diante das metas pressóricas de controle e sucesso terapêutico dos pacientes. Todas as diretrizes são unânimes em destacar a adoção de abordagem multidisciplinar, com a inclusão e explicações fornecidas sobre o que impacta cada intervenção específica dos profissionais na PA, ou seja, por um enfermeiro, um nutricionista, um educador físico, um fisioterapeuta e um psicólogo<sup>1</sup>.

As diretrizes do ACC/AHA revelam um aumento de aproximadamente 14% nos adultos com hipertensão primária nos Estados Unidos. Isso representa aumento com os custos do seguro-saúde para os usuários hipertensos dos planos e representa aumento do tempo não reembolsado da atenção médica para as consultas, no entanto a diretriz do ACC/AHA discute que a maioria dos pacientes

recém-diagnosticados com hipertensão através dos novos critérios pode ser tratada com modificação no estilo de vida. Os médicos têm limitações de tempo relacionadas à carga de trabalho e à falta de compensação pelo tempo extra, fato que dificulta dedicarem tempo para o desenvolvimento das ações educacionais, portanto a abordagem multidisciplinar beneficia o paciente com a prestação da assistência integrada de profissionais de diversas formações<sup>3</sup>.

Além disso, as seguradoras não hesitam em aumentar as taxas para esses pacientes recém-diagnosticados, independentemente do tratamento e a integralização do conhecimento pela atenção multiprofissional que contribui para a prevenção primária e vem de encontro às diretrizes do SUS, calcada na integralidade, na universalidade e na equidade.

A DBHA traz um fato novo, apresenta o conceito de espiritualidade (E) relacionado aos aspectos físicos, psicológicos e sociais, o que possibilita a visão integral do ser humano, colocando-o no centro da atenção e do tratamento (Grau Recomendação [GR]: IIb, Nível de evidência [NE]: C). Pode ser considerada como um conjunto de valores morais, mentais e emocionais que norteiam pensamentos, comportamentos e atitudes (GR: I, NE: B). Diferencia-se de religião, entendida como sistema organizado de crenças, práticas e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o transcendente ou o Divino (GR: I, NE: B)<sup>5</sup>.

Em relação à diretriz da International Society of Hypertension (ISH), ela menciona que o estresse crônico tem sido associado à hipertensão arterial em fase tardia na vida. Embora sejam necessárias mais pesquisas para determinar os efeitos do estresse crônico na pressão arterial, ensaios clínicos randomizados examinando os efeitos da meditação transcendental/*mindfulness* na PA sugerem que essa prática reduz a pressão arterial. Proposta é que o estresse deve ser reduzido e a atenção plena ou meditação introduzida na rotina diária. A mesma diretriz (ISH, 2020) aponta que muitos pacientes hipertensos usam medicamentos complementares, alternativos ou tradicionais (comum nas regiões como África e China), ainda que sejam necessários ensaios clínicos randomizados em larga escala para avaliar a eficácia e segurança desses medicamentos, entretanto para usar de tal tratamento ainda não existem evidências que possam sustentar a sua inclusão<sup>6</sup>.

Outro aspecto contemplado no estilo de vida pela diretriz ISH é a redução da exposição à poluição do ar e à temperatura baixa; evidências de estudos apoiam um efeito negativo da poluição do ar na pressão arterial a longo prazo.

#### 4. Educação em saúde

As mudanças no estilo de vida (MEV) são de difícil implementação, e a sociedade como um todo deve participar desse esforço. As ações de conscientização são estratégias importantes, por meio de mídia e campanhas temáticas periódicas (Dias Municipal, Estadual e/ou Nacional de Prevenção e Combate à HA - lei federal 10.439 de 30/04/2002, Semana da HA - dia 26 de abril no Brasil, e em 17 de maio têm sido realizadas ações no âmbito internacional “*May Measurement Month da International Society of Hypertension*” etc.); e ações adicionais: incorporação das ações de prevenção, detecção e controle da HA nos programas de atenção primária à saúde, incluindo crianças e adolescentes e, particularmente, programas de saúde escolar; implementação de programas de assistência multiprofissional; fortalecimento de normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados; aperfeiçoamento na rotulagem do conteúdo nutricional dos alimentos e monitorização das ações de prevenção e controle da HA e seus resultados por meio de eficientes indicadores de saúde<sup>6</sup>.

A diretriz da AHA apresenta um novo conceito, “Health Literacy”, que está relacionado à alfabetização em saúde e a literacia<sup>4</sup> em saúde, entendida como o conjunto de habilidades e competências acionado por indivíduos e coletividades para buscar, selecionar e dar significado às informações sobre saúde. Nesse sentido, os indivíduos apresentam comportamentos alternativos que apoiam o autocontrole da PA saudável; além da medicação, a adesão é importante. Isso deve ser feito tanto verbalmente quanto por escrito<sup>7</sup>.

Atualmente, os telefones celulares têm a opção de registrar. Para pacientes com telefones celulares, ele pode ser utilizado para informar pacientes e familiares sobre instruções após a visita do médico como um nível adicional de comunicação. Inclusão de um familiar ou amigo que podem ajudar a interpretar e encorajar a autogestão de metas de tratamento é sugerida quando apropriada.

Exemplos de comunicação em saúde podem incluir regime específico relacionado à atividade física; um plano específico de refeições com redução de sódio, indicando seleções de alimentos para café da manhã, almoço e jantar; recomendações de estilo de vida relacionadas ao sono, descanso e relaxamento e, finalmente, sugestões e alternativas às barreiras ambientais, como barreiras que impedem a compra de alimentos saudáveis com o uso de aplicativos como o “Escolha Certa”, produzido pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH).

#### 5. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012, acrescentou ao conceito de adesão, cunhado em 2003, que esta, por sua vez, compreende um processo caracterizado por três grandes componentes: o início, a implementação e a descontinuação. Início é o tempo desde a prescrição até a tomada da primeira dose do medicamento; a implementação corresponde à coincidência entre a dose que o paciente toma e a dosagem prescrita; e a descontinuação marca a interrupção, quando a próxima dose a ser tomada é omitida e o tratamento é interrompido posteriormente<sup>8</sup>.

A DBHA introduziu um capítulo específico sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, que discute os aspectos e estratégias para a melhora da adesão terapêutica, descreve os métodos diretos e indiretos para medir o comportamento de adesão e apresenta as vantagens e desvantagens de cada método. E conclui que medir a adesão ao tratamento é uma tarefa complexa, não há

um método considerado padrão-ouro e que represente as várias dimensões que envolvem o processo, pois é um fenômeno multifacetado e tem muitas variáveis intervenientes que vão desde os aspectos estruturais, socioeconômico, culturais, sistema de crença e da política de saúde local<sup>5</sup>.

Em relação à diretriz ISH, ela faz recomendações para a melhoria da adesão ao tratamento anti-hipertensivo que deve ser avaliado a cada consulta. Antes mesmo do estabelecimento do escalonamento do tratamento anti-hipertensivo, devem-se considerar as seguintes estratégias para melhorar a adesão à medicação: redução da poli farmácia - uso de pílula única, preferir dosagem uma vez ao dia ao invés de várias vezes ao dia, vincular o comportamento de adesão com os hábitos diários, fornecer feedback de adesão aos pacientes; realizar o monitoramento domiciliar da pressão arterial, utilizar embalagem com lembrete de medicamentos; promover o aconselhamento baseado em empoderamento para autogestão; utilizar dispositivos auxiliares de adesão eletrônicos, como telefones celulares ou serviços de mensagens curtas e abordagem de equipe de saúde multidisciplinar (ou seja, farmacêuticos) para melhorar o monitoramento da adesão; realizar contagem de comprimidos, dispositivos de monitoramento eletrônico e direto (ou seja, ingestão testemunhada de medicamentos, detecção de medicamentos na urina ou no sangue), esses geralmente preferidos aos métodos subjetivos para diagnosticar, mas são de alto custo e devem combinar aconselhamento, automonitoramento, reforços e supervisão<sup>5</sup>.

A diretriz da ESC discute que a má adesão deve-se à inércia do médico (ou seja, falta de ação terapêutica quando a PA do paciente não está controlada) - é a causa mais importante que se correlaciona com maior risco de eventos CV. A descontinuação precoce do tratamento e uso diário abaixo do ideal frente aos regimes prescritos são as facetas mais comuns da má adesão. Após 6 meses, mais de um terço, e após 1 ano, cerca de metade dos pacientes pode interromper o tratamento inicial. Estudos baseados na detecção de medicamentos anti-hipertensivos no sangue ou na urina mostrou que a baixa adesão aos medicamentos prescritos pode afetar 50% dos pacientes com hipertensão aparentemente resistente, e que a baixa adesão está fortemente e inversamente correlacionada com o número de comprimidos prescritos<sup>4</sup>.

Uma grande ênfase das diretrizes foi simplificar a estratégia de tratamento para tentar melhorar a adesão ao tratamento e controle da PA, prescrevendo um único comprimido para a maioria dos hipertensos. Essa é uma resposta ao fato de que, apesar dos benefícios claros do tratamento da PA em ensaios, a maioria dos pacientes tratados não atinge as metas de PA recomendadas na vida real. As metas de PA mais baixas recomendadas pelas diretrizes significarão que as taxas de controle da PA serão ainda piores, a menos que sejam tomadas medidas para garantir que os pacientes sejam mais propensos a aderir ao tratamento<sup>4</sup>.

Vários métodos estão disponíveis para detectar a baixa adesão, mas a maioria é indireta, pouco confiável e fornece pouca informação sobre a questão mais importante: histórico de dosagem. Hoje, os métodos mais precisos que podem ser recomendados, apesar de suas limitações, são a detecção de medicamentos prescritos em amostras de sangue ou urina. Tratamento diretamente observado, seguido de medição da PA nas horas subsequentes via HBPM ou ABPM, também pode ser muito útil para determinar se a PA realmente é mal controlada, apesar de testemunhado consumo de medicamentos em pacientes com resistência aparente à hipertensão. Em contraste, os questionários frequentemente superestimam adesão medicamentosa. A avaliação da adesão deve ser melhorada com o desenvolvimento de métodos de detecção de menor custo e mais confiáveis, que são facilmente aplicáveis na prática do dia a dia<sup>4</sup>.

As barreiras à adesão ideal podem estar ligadas às atitudes do médico, crenças e comportamento do paciente, complexidade e tolerabilidade de terapias medicamentosas, sistema de saúde e vários outros fatores, portanto a avaliação da adesão deve ser sempre realizada em uma abordagem sem culpa, e deve favorecer uma discussão aberta para identificar as barreiras específicas que limitam a capacidade do paciente de seguir as recomendações terapêuticas. Os pacientes devem ser encorajados a assumir a responsabilidade por suas escolhas de cuidado com a sua saúde<sup>4</sup>.

A adesão do paciente à terapia pode ser melhorada por meio de várias intervenções; as mais úteis são aquelas que ligam a ingestão de drogas com hábitos, os que dão feedback de adesão aos pacientes, automonitoramento da PA usando caixas de comprimidos e outras embalagens especiais e entrevista motivacional. Aumentar a integração entre os prestadores de cuidados de saúde com o envolvimento de farmacêuticos e enfermeiros aumenta a adesão ao medicamento. O uso de vários componentes tem um maior efeito sobre a adesão, uma vez que o tamanho do efeito de cada intervenção é geralmente modesto. Dados recentes sugerem que a adesão ao tratamento também pode ser aprimorada com o uso da telemetria para transmissão de valores domésticos, mantendo contato entre pacientes e médicos, e os estudos estão em andamento<sup>3</sup>.

Em comparação com o grande número de ensaios realizados com medicamentos, observa-se que há um número limitado de estudos rigorosos sobre intervenções de adesão. Sendo assim, o nível de evidência que indica que uma melhora sustentada na adesão à medicação pode ser alcançada dentro dos recursos disponíveis, hoje, na prática clínica, é considerado baixo. Isso é essencialmente devido à curta duração da maioria dos estudos, sua heterogeneidade e seus desenhos questionáveis<sup>3</sup>.

A diretriz AHA aponta que 25% dos pacientes não atendem às suas prescrições anti-hipertensivas e no decorrer do primeiro ano de tratamento, dos pacientes que têm posse dos medicamentos anti-hipertensivos, apenas 50% atendem e apenas 1 em cada 5 pacientes tem adesão para alcançar os benefícios observados nos ensaios clínicos. Os fatores que contribuem para a baixa adesão são inúmeros, complexos e com muitas variáveis intervenientes.

Quadro 1. comparativo das principais recomendações com relação à medição da pressão arterial e mudança comportamental para prevenção e tratamento da HAS de acordo com as diretrizes mais recentes.

Recomendação	DBHA-2020 <sup>5</sup>	ACC/AHA, 2017 <sup>3</sup>	ESC/ESH, 2018 <sup>4</sup>	ISH, 2020 <sup>6</sup>
Medição da pressão arterial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alterou os valores para a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MRPA), que passou a ser considerada HAS quando a Pressão Arterial Sistólica (PAS) é maior ou igual a 130 mmHg e maior ou igual a 80 mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD).</li> <li>A medição da PA é fundamental por fornecer os dados para orientar o tratamento, portanto deve ser padronizada a sequência do passo a passo e recomenda-se o uso de aparelhos automáticos.</li> <li>Os pacientes devem ser instruídos sobre como medir a PA em casa, como recurso para obter melhor controle e aumentar o índice de adesão, especialmente quando combinado com orientação e aconselhamento.</li> <li>O telemonitoramento e os aplicativos de smartphone podem oferecer vantagens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maior ênfase na monitorização residencial da PA e no empoderamento do paciente.</li> <li>Mais atenção aos detalhes na medição da PA.</li> <li>Telemonitorização da PA e soluções digitais em saúde recomendadas durante o seguimento (forte apoio).</li> <li>Foco na prevenção da hipertensão.</li> <li>Com a redução da classificação para o diagnóstico, enfatiza-se que pacientes recém-diagnosticados com hipertensão pelos novos critérios podem ser tratados com modificação no estilo de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso mais amplo da monitorização residencial da PA para confirmar o diagnóstico.</li> <li>Mais atenção aos detalhes na medição da PA, apresenta recomendações específicas:</li> <li>Os esfigmomanômetros auscultatórios ou oscilométricos semiautomáticos ou automáticos são o método preferido para medir a PA no consultório médico.</li> <li>A PA deve ser inicialmente medida em ambos os braços, usando um tamanho de manguito apropriado para a circunferência do braço. Uma diferença consistente e significativa de PAS entre os braços (ou seja, &gt; 15 mmHg) está associado a um risco CV aumentado, muito provavelmente devido à doença vascular aterosclerótica.</li> <li>O braço com os valores de PA mais altos deve ser usado para todas as medidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A cada visita devem ser realizadas 3 medições com 1 min de intervalo entre elas. Calcular a média das 2 últimas medições. Se a PA da primeira leitura for &lt; 130/85 mmHg, nenhuma medição adicional é necessária.</li> <li>O diagnóstico deve ser estabelecido pela medição da PA de consultório em 2-3 visitas, ≥ 140/90 mmHg em intervalos de 1 a 4 semanas (dependendo do nível de PA) para confirmar o diagnóstico de hipertensão.</li> <li>Para dispositivos de auscultação manual, o cuff inflável do manguito deve cobrir 75%-100% da circunferência do braço do indivíduo (manguito menor superestima e manguito maior subestima a pressão arterial).</li> <li>Para dispositivos eletrônicos, use braçadeiras de acordo com as instruções do dispositivo e preferencialmente aparelhos validados.</li> <li>O diagnóstico pode ser feito em uma única consulta, se a PA for ≥ 180/110 mmHg e houver evidência de doença cardiovascular.</li> </ul>



Principais diretrizes	
Recomendação	DBHA-2020 <sup>5</sup> ACC/AHA, 2017 <sup>3</sup> ESC/ESH, 2018 <sup>4</sup> ISH, 2020 <sup>6</sup>
<b>Mudança no estilo de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Há evidências crescentes do benefício da espiritualidade no risco cardiovascular (CV), mortalidade e, particularmente, controle pressórico.</li> <li>Recomenda educar os portadores de HA sobre as abordagens de modificações no estilo de vida e destaca a importância de como e quando avaliar a PA.</li> <li>Escolhas saudáveis de estilo de vida podem prevenir ou retardar o início da hipertensão e podem reduzir o risco CV.</li> <li>Escolhas saudáveis de estilo de vida também é a primeira linha de tratamento anti-hipertensivo. Modificações no estilo de vida também podem potencializar os efeitos do tratamento anti-hipertensivo. As modificações do estilo de vida devem incluir o seguinte: além das alterações nutricionais e de atividade física, deve-se reduzir o estresse e incluir a meditação/<i>mindfulness</i>.</li> <li>Mudanças efetivas no estilo de vida podem ser suficientes para retardar ou prevenir a necessidade de terapia medicamentosa em pacientes com hipertensão grau 1.</li> <li>Reduzir a exposição à poluição do ar e temperatura fria.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Em idosos, pessoas com diabetes ou pessoas com outras causas de hipertensão ortostática, a PA também deve ser medida 1 min e 3 min após ficar em pé.</li> <li>A hipertensão ortostática é definida como uma redução PAS <math>\geq</math> 20 mmHg ou em PAD <math>\geq</math> 10 mmHg dentro de 3 min de pé está associado a um risco aumentado de mortalidade e eventos CV.</li> <li>A frequência cardíaca também deve ser registrada no momento das medições da PA porque a frequência cardíaca de repouso é um preditor independente de CV morbida.</li> <li>Tele monitoramento da PA e soluções digitais em saúde recomendadas durante o seguimento (apoiado moderado)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nem o paciente nem a equipe devem conversar antes, durante e entre as medições.</li> </ul>

Quadro 1 - cont.

Principais diretrizes	
Recomendação	DBHA-2020 <sup>5</sup> ACC/AHA, 2017 <sup>3</sup> ESC/ESH, 2018 <sup>4</sup> ISH, 2020 <sup>6</sup>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eles também podem aumentar os efeitos da terapia de redução da pressão arterial, mas nunca devem atrasar o início da terapia medicamentosa em pacientes com alto nível de risco CV.</li> <li>• As medidas de estilo de vida recomendadas que reduzem a PA são a restrição de sal, moderação do consumo de álcool, alto consumo de vegetais e frutas, redução de peso e manutenção de um peso corporal ideal e exercícios físicos regulares.</li> <li>• O tabagismo tem um efeito pressor agudo prolongado que pode aumentar a PA ambulatorial diurna, mas a cessação do tabagismo e outras medidas de estilo de vida também são importantes <u>além da pressão arterial</u> (ou seja, para doenças cardiovasculares e prevenção do câncer).</li> </ul>
Adesão terapêutica	<p><b>Acrescenta as intervenções nas equipes e sistemas de saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer vínculo com o paciente (fixar equipe de atendimento).</li> </ul> <p><b>Estratégias para melhorar a hipertensão, tratamento e controle:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico em pacientes com HAS individualmente, diversas abordagens sistêmicas podem desempenhar efeito positivo.</li> </ul> <p><b>Nível médico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer informações sobre os riscos da hipertensão e os benefícios do tratamento, bem como acordar uma estratégia de tratamento para alcançar e manter o controle da PA usando medidas de estilo de vida e uma estratégia de tratamento baseada em uma única pílula quando possível (material informativo, aprendizado programado e aconselhamento assistido por computador).</li> <li>• Fornecer feedback de adesão aos pacientes (equipe médica e equipe multiprofissional).</li> <li>• Monitoramento domiciliar da PA.</li> </ul>

Principais diretrizes	
DBHA-2020 <sup>5</sup>	ACC/AHA, 2017 <sup>3</sup> / ESC/ESH, 2018 <sup>4</sup> / ISH, 2020 <sup>6</sup>
<p><b>Recomendação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação clara.</li> <li>• Convocação de faltosos às consultas.</li> <li>• Visitas domiciliares.</li> <li>• Atuação de equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, farmacêutico, e educador físico, nutricionista, psicólogo, assistente social, agentes comunitários de saúde).</li> <li>• Facilitar acesso aos medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diretrizes sobre a Prática Clínica para controle da PA com medicamentos e modificações de estilo de vida recomendadas são uma das principais contribuições no controle deficiente e uma barreira fundamental para reduzir as mortes por DCV.</li> <li>• Dosagem de medicação anti-hipertensiva uma vez ao dia em vez de várias vezes diariamente é benéfico para melhorar a adesão.</li> <li>• O uso de pílulas combinadas pode ser útil para melhorar a adesão à terapia anti-hipertensiva.</li> <li>• Propor soluções para melhorar a adesão pode ser introduzido no nível do paciente, do provedor e do sistema de saúde.</li> <li>• Criação de um ambiente encorajador e isento de culpas, no qual os pacientes sejam reconhecidos por metas de tratamento.</li> <li>• Utilizar instrumentos validados e inquéritos de avaliação de adesão.</li> <li>• Membros da equipe de atendimento podem usar essas ferramentas de autorrelato de maneira não ameaçadora para identificar barreiras e facilitar comportamentos associados a uma melhor adesão.</li> <li>• Uso de métodos mais objetivos (por exemplo, contagens de pílulas, dados sobre recargas de medicamentos) para avaliar a adesão juntamente com métodos de autorrelato é o ideal.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empoderamento do paciente.</li> <li>• Feedback sobre melhorias comportamentais e clínicas.</li> <li>• Avaliação e resolução de barreiras individuais à adesão. Colaboração com outros profissionais de saúde, especialmente enfermeiros e farmacêuticos.</li> <li>• Abordagem de equipe de saúde multidisciplinar (ou seja, introduzir os farmacêuticos) para melhorar o monitoramento da adesão.</li> <li>• Contagem de comprimidos, dispositivos de monitoramento eletrônico) e direto (ou seja, ingestão testemunhada de medicamentos</li> <li>• uso de lembretes e obter apoio familiar, social ou de enfermagem.</li> </ul>
	<p><b>Nível do paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Automonitoramento da PA (incluindo telemonitoramento). Sessões em grupo, instrução combinada com estratégias motivacionais.</li> <li>• Autogestão com sistemas simples guiados pelo paciente</li> <li>• Fornecimento de medicamentos no local de trabalho.</li> </ul> <p><b>Nível de tratamento</b></p>



Quadro 1 - cont.

Recomendação	Principais diretrizes			
	DBHA-2020 <sup>5</sup>	ACC/AHA, 2017 <sup>3</sup>	ESC/ESH, 2018 <sup>4</sup>	ISH, 2020 <sup>6</sup>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar estratégias para lembrar de tomar a medicação.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentoso - Simplificação do regime medicamentoso, favorecendo o uso da terapia.</li> </ul> <p><b>Nível do sistema de saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar o desenvolvimento de sistemas de monitoramento (acompanhamento telefônico, visitas domiciliares e telemonitoramento de PA domiciliar).</li> <li>• Apoiar financeiramente a colaboração entre os profissionais de saúde (por exemplo, farmacêuticos e enfermeiros).</li> <li>• Desenvolvimento de bases de dados nacionais, incluindo dados de prescrição, disponíveis para médicos e farmacêuticos.</li> </ul> <p>• Acessibilidade ao medicamento.</p>	

DBHA: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020; ACC/AHA: American College of Cardiology/American Heart Association; ESC/ESH: European Society of Cardiology/European Society of Hypertension; ISH: International Society of Hypertension; PA: Pressão arterial.

## 6. Considerações finais

Atualmente, as quatro principais diretrizes sobre prevenção e tratamento da hipertensão em relação à modificação do estilo de vida com abordagem multidisciplinar são classificadas com **Grau de Recomendação (GR): 1** e **Nível de Evidência (NE): A**, contudo cabe destacar que a medição da PA no consultório é a base de todos os dados epidemiológicos e clínicos disponíveis e a DBHA recomenda que o cuidado de enfermagem deve ser centrado na pessoa, aumentando-se o acesso às informações básicas, de modo compreensível e que auxilie na decisão do autocuidado, por meio de ações individuais e coletivas, promovendo o acolhimento e a escuta qualificada.

## Referências

1. Bakris G, Ali W, Parati G. ACC/AHA versus ESC/ESH on hypertension guidelines: JACC guideline comparison. *J Am Coll Cardio*. 2019;73(23):3018-26. doi: 10.1016/j.jacc.2019.03.507.
2. Stergiou G, Alpert B, Mieke S, Asmar R, Atkins N, Eckert S, et al. A universal standard for the validation of blood pressure measuring devices: Association for the Advancement of Medical Instrumentation/ European Society of Hypertension/ International Organization for Standardization (AAMI/ESH/ISO) collaboration statement. *J Hypertens*. 2017;36(3):472-8. doi: 10.1097/HJH.0000000000001634
3. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey Jr DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al., 2017 ACC/AHA / AAPA / ABC / ACPM / AGS / APhA / ASH / ASPC / NMA/ PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines [published correction appears in *Hypertension*. 2018 Jun;71(6):e140-e144]. *Hypertension*. 2018;71(6):e13-e115. doi: 10.1161/HYP.0000000000000066
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al., 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-104. Errata in *Eur Heart J*. 2019;40(5):475.
5. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial - 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):516-658. doi: 10.36660/abc.20201238
6. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al., 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334-57. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026
7. Peres F, Rodrigues KM, Lacerda e Silva T. Introduzindo o campo da literacia em saúde: conceito, usos e reflexões para a saúde pública. *Reciis - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*. 2021;15(3):790-6.
8. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73:691-705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x



*Hipertensão*. Sociedade Brasileira de Hipertensão- ISSN: 1809-4260 – under a license Creative Commons - Version 4.0