



**Campus Universitário de Viseu**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET**

**1º CICLO DE ESTUDOS EM ENFERMAGEM**

**ANA FILIPA COELHO DUARTE nº59138**

**JENNIFER RIBEIRO CORREIA nº59085**

**SARA MARISA SANTOS CAMPANHÃ nº59133**

**Monografia**

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE AS  
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, EM  
AMBULATÓRIO, PARA A MONITORIZAÇÃO DE  
IDOSOS HIPERTENSOS**

**VISEU, 2023/2024**





**Campus Universitário de Viseu**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET**

**1º CICLO DE ESTUDOS EM ENFERMAGEM**

**ANA FILIPA COELHO DUARTE nº59138**

**JENNIFER RIBEIRO CORREIA nº59085**

**SARA MARISA SANTOS CAMPANHÃ nº59133**

## **Monografia**

# **EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, EM AMBULATÓRIO, PARA A MONITORIZAÇÃO DE IDOSOS HIPERTENSOS**

Documento elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem, sob orientação da Professora Doutora Paula Vanessa Peclat Flores.

**VISEU, 2023/2024**



*“Passam-se os anos e o que fica são as  
marcas de um tempo vivido, sentido e  
vencido.”*

(Cecilia Sfalsin)



## **ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

EUA – Estados Unidos da América

HAS – Hipertensão Arterial Sistémica

MeSH – *Medical Subject Heading*

MRP – Monitorização Remota do Paciente

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PCC – População, Conceito e Contexto

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

PubMed – Public Medline

RE – Revisão de Escopo

RMP – Relaxamento Muscular Progressivo

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPRINT – *Systolic Blood Pressure Intervention Trial*

WHO – *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

WOS – Web of Science





## RESUMO

**Introdução:** O impacto fisiológico dos agravos da HAS, nos idosos, é particularmente preocupante, pois esta população frequentemente apresenta maior fragilidade e suscetibilidade a complicações. A hipertensão pode contribuir para o declínio cognitivo, para o comprometimento funcional e para aumentar o risco de eventos cardiovasculares graves. A HTA não tem cura, contudo, sendo uma doença crônica, na maioria dos casos é controlável. A consulta de enfermagem nos centros de saúde é uma ferramenta valiosa no controlo da hipertensão, permitindo uma abordagem integral e personalizada. OS guidelines representam um importante guia para estes profissionais, porém, concomitante a isso, existe uma gama de publicações científicas acerca do tema.

**Objetivo:** Mapear as evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem, em ambulatório, para a monitorização de idosos hipertensos. **Método:** Revisão de Escopo norteada pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). A estratégia PCC foi aplicada com População (Idosos hipertensos); Conceito (Intervenções de enfermagem, ambulatório) e Contexto (Cuidado ambulatorial), gerando a pergunta: Quais as evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem, em ambulatório, para a monitorização de idosos hipertensos? **Resultado:** A busca em base de dados, com recorte temporal de 10 anos, identificou um total de 228 estudos potenciais. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, oito artigos e três guidelines foram incluídos no estudo. Após a análise dos oito artigos pertinentes ao tema, foi possível catalogar e identificar um total de 15 intervenções de enfermagem, que foram analisadas e agrupadas em quatro categorias de análise que norteiam o cuidado de enfermagem na monitorização de idosos hipertensos: (1) Controle Não Farmacológico (Educação em saúde e Ensino e aplicação do exercício de respiração lenta e profunda); (2) Coordenação de Cuidados de Enfermagem (Agendamento de consultas regulares de acompanhamento, Elaboração de diagnósticos de enfermagem, Condução do programa na comunidade, Visitas domiciliares abrangentes, Incentivo aos familiares para apoiar o idoso hipertenso no controlo da pressão arterial, Revisão de prontuários, Trabalho em conjunto com outros profissionais de saúde); (3) Controle e Manejo da Pressão Arterial (Realização de medições regulares da pressão arterial e Avaliação da adesão à medicação) e (4) Avaliações Relacionadas à Pressão Arterial (Avaliação do estilo de vida, Avaliação e Monitorização da adesão ao tratamento, Trabalho em conjunto com outros profissionais de saúde, Medição da velocidade de marcha e Quantificação do estado de fragilidade). Na análise de três grandes guidelines internacionais, foram estabelecidas três categorias, com as intervenções relacionadas: (1) Controle e manejo da pressão arterial

(Critérios de aferição, Monitorização da pressão arterial em casa (AMPA), Monitorização ambulatoria da pressão arterial (MAPA), Caracterização da hipertensão, Formas secundárias de hipertensão – exame físico, Tratamento medicamentoso da hipertensão, Acompanhamento após início da terapia medicamentosa); (2) Coordenação de cuidados de enfermagem (Metas de PA para pacientes com hipertensão, Tratamento da hipertensão na gravidez, Tratamento da hipertensão em pessoas idosas e Crise e emergências hipertensivas) e Controle não farmacológico (Intervenções não farmacológicas). **Considerações finais:** Os guidelines foram analisados e apresentam uma lacuna ao não abordar de maneira específica e aprofundada diversas Avaliações Relacionadas à Pressão Arterial, destacadas nos artigos examinados. Algumas dessas avaliações incluem a análise do estilo de vida, a monitorização da adesão ao tratamento, a colaboração com outros profissionais de saúde, a medição da velocidade de marcha e a quantificação do estado de fragilidade. Essas dimensões, essenciais para uma compreensão abrangente da saúde cardiovascular, são abordadas de maneira mais detalhada na literatura científica, indicando a necessidade de uma consideração mais específica desses aspectos nos guidelines para um cuidado de enfermagem mais completo e personalizado.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Cuidados de Enfermagem, Assistência Ambulatorial.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The physiological impact of hypertension (HTN) on the elderly is particularly concerning, as this population often exhibits greater frailty and susceptibility to complications. Hypertension can contribute to cognitive decline, functional impairment, and increased risk of serious cardiovascular events. While HTN is not curable, it is generally manageable as a chronic condition. Nursing consultations in primary healthcare centers serve as valuable tools in hypertension management, allowing for a comprehensive and personalized approach. While guidelines serve as important resources for healthcare professionals, there is also a wealth of scientific literature on the subject. **Objective:** To map scientific evidence on nursing interventions in outpatient settings for monitoring hypertensive elderly individuals. **Method:** A Scoping Review guided by the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) was conducted. The PCC strategy was applied with Population (Hypertensive elderly), Concept (Nursing interventions, outpatient), and Context (Outpatient care), generating the question: What is the scientific evidence on nursing interventions in outpatient settings for monitoring

hypertensive elderly individuals? **Results:** A search of databases, with a 10-year time frame, identified a total of 228 potential studies. After applying eligibility criteria, eight articles and three guidelines were included in the study. Upon analysis of the eight relevant articles, a total of 15 nursing interventions were identified and categorized into four analytical categories guiding nursing care in monitoring hypertensive elderly individuals: (1) Non-Pharmacological Control (Health education and Teaching and application of slow and deep breathing exercises); (2) Coordination of Nursing Care (Scheduling regular follow-up appointments, Formulation of nursing diagnoses, Community program implementation, Comprehensive home visits, Encouragement of family members to support hypertensive elderly individuals in blood pressure control, Medical record review, Collaboration with other healthcare professionals); (3) Blood Pressure Control and Management (Regular blood pressure measurements and Medication adherence assessment); and (4) Blood Pressure-Related Assessments (Lifestyle assessment, Assessment and Monitoring of treatment adherence, Collaboration with other healthcare professionals, Gait speed measurement, and Frailty assessment). In the analysis of three major international guidelines, three categories were established, with related interventions: (1) Blood Pressure Control and Management (Blood pressure measurement criteria, Home blood pressure monitoring (HBPM), Ambulatory blood pressure monitoring (ABPM), Hypertension characterization, Secondary forms of hypertension - physical examination, Pharmacological treatment of hypertension, Follow-up after initiation of drug therapy); (2) Coordination of Nursing Care (Blood pressure goals for hypertensive patients, Hypertension treatment during pregnancy, Hypertension treatment in elderly individuals, and Hypertensive crisis and emergencies); and (3) Non-Pharmacological Control (Non-pharmacological interventions). **Conclusion:** The guidelines were analyzed and exhibit a gap in not specifically and thoroughly addressing various Blood Pressure-Related Assessments highlighted in the examined articles. Some of these assessments include lifestyle analysis, treatment adherence monitoring, collaboration with other healthcare professionals, gait speed measurement, and frailty quantification. These dimensions, essential for a comprehensive understanding of cardiovascular health, are more detailed in the scientific literature, indicating the need for more specific consideration of these aspects in guidelines for more comprehensive and personalized nursing care.

**Keywords:** hypertension, nurse, outpatient care.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Fluxograma PRISMA-ScR .....	9
--	---

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Estratégia PCC para a formulação da questão de investigação .....	6
Quadro 2 – Estratégia PCC e respectivos descritores de busca .....	7
Quadro 3 – Estratégia de busca por descritores nas bases indicadas .....	7
Quadro 5 – Análise dos Cuidados na Hipertensão em diferentes guidelines .....	16

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1. METODOLOGIA .....</b>	<b>6</b>
1.1. TIPO DE ESTUDO.....	6
1.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA .....	7
1.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE .....	7
1.4. SELEÇÃO DOS ESTUDOS .....	7
1.5. EXTRAÇÃO DE DADOS.....	8
<b>2. RESULTADOS .....</b>	<b>9</b>
<b>3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>30</b>



## INTRODUÇÃO

Graças ao desenvolvimento do conhecimento científico, aos avanços tecnológicos, ao crescimento económico e à promoção das políticas públicas, atualmente as pessoas têm melhores condições de saúde e bem-estar do que há algumas décadas, o que levou a um aumento da esperança média de vida e, por conseguinte, ao envelhecimento da população (Pais et al., 2020).

Se, por um lado, isto constitui uma grande conquista da Humanidade, por outro lado, coloca novos desafios e novas exigências aos sistemas de saúde dos diversos países, incluindo Portugal com uma das populações mais idosas da Europa, com a proporção de idosos na população significativa e crescente (Tavares, 2022). O Eurostat projeta que, até 2050, Portugal será o país europeu com a maior percentagem de pessoas com 55 anos ou mais (47%), com uma taxa de dependência de 68,8%, ou seja, o país terá menos de duas pessoas de idade ativa para cada pessoa com mais de 65 anos (Eurostat, 2020).

Um dos problemas mais preocupantes que acompanha a velhice é o declínio da saúde dos idosos, uma vez que esta fase etária está mais intimamente ligada a condições patológicas que comprometem alguns sistemas, como, por exemplo, o sistema vascular. À medida que o tempo passa, o organismo vai-se desgastando, o indivíduo fica mais suscetível a um maior número de doenças, sendo uma das mais comuns a Hipertensão Arterial Sistémica (HAS), que se destaca como fator de risco para a qualidade de vida e para o declínio na função cognitiva (Bezerra et al., 2018).

A tensão arterial é também conhecida como pressão arterial, e, para a diferenciar da tensão arterial pulmonar, é habitual designá-la como tensão arterial sistémica. Trata-se de um dos mais importantes parâmetros de avaliação do sistema cardiovascular, definindo-se como a força que o sangue exerce na parede das artérias. O coração bombeia o sangue para a circulação periférica, sendo a pressão arterial imprescindível para manter o seu movimento através do circuito fechado formado pelos vasos sanguíneos e, assim, distribuir o oxigénio e os nutrientes por todo o organismo, dando continuidade à vida. Para que este movimento ocorra, é necessário que, dentro do circuito, haja diferença de pressão, diferença esta que é gerada pelo coração, que funciona como uma bomba. Assim, a tensão arterial é caracterizada por dois valores: a pressão arterial sistólica (PAS) ou máxima, isto é, o valor durante a contração (sístole)

do coração; a pressão arterial diastólica (PAD) ou mínima, ou seja, o valor durante o relaxamento (diástole) do coração (Araujo & Arcuri, 1998).

Medida em mmHg, a tensão arterial, num adulto, é considerada ótima, quando a PAS é menor do que 120 mmHg e a PAD é inferior a 80 mmHg; quando os valores da PAS oscilam entre 120 mmHg e 129 mmHg e/ou os valores da PAD variam entre 80 mmHg e 84 mmHg, a pressão arterial é considerada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como sendo normal; é classificada como normal-alta, sempre que a PAS atinge valores entre 130 mmHg e 139 mmHg e os valores da PAD se situam entre 85 mmHg e 89 mmHg. Valores superiores a estes indicam que se desenvolveu hipertensão arterial (DGS, 2024). Assim, segundo a *World Health Organization* (WHO), a HAS caracteriza-se por uma pressão sanguínea excessiva na parede das artérias, acima dos valores considerados normais, que ocorre de forma crónica. Por outras palavras, considera-se que um indivíduo, com mais de 18 anos, desenvolveu HAS quando, persistentemente, a pressão máxima é maior ou igual a 140 mmHg, ou a pressão mínima é maior ou igual a 90 mmHg (WHO, 2023).

Existem dois tipos de HAS: a primária (em que a causa não é conhecida, representando a situação mais frequente), e a secundária (em que a causa é identificável e a doença pode ser tratada com uma intervenção específica e dirigida) (SNS24, 2023). A HAS classifica-se em três graus, correspondendo o grau 1 a hipertensão arterial ligeira (sistólica variando de 140 mmHg a 159 mmHg e/ou diastólica de 90 mmHg a 99 mmHg); o grau 2 a hipertensão arterial moderada (sistólica a variar de 160 mmHg a 179 mmHg e/ou diastólica de 100 mmHg a 109 mmHg); e o grau 3 a hipertensão arterial grave (sistólica maior ou igual a 180 mmHg e/ou diastólica maior ou igual a 110 mmHg). Há ainda a considerar a hipertensão sistólica isolada, que se define com valores de pressão arterial sistólica maiores ou iguais a 140 mmHg e de pressão arterial diastólica inferiores a 90 mmHg (Williams et al., 2018).

De um estudo que cobriu o período de 1990 a 2019, foi feita uma análise global abrangente das tendências na prevalência, deteção, tratamento e controlo da hipertensão. Os resultados desta análise, liderada pelo Imperial College London e pela OMS, publicados em 2021, vieram revelar que o número de adultos com hipertensão, entre os 30 anos e os 79 anos, aumentou de 650 milhões para 1,28 mil milhões (quase duplicou), nos trinta anos de duração da investigação levada a cabo. Quase metade destas pessoas não sabia que tinha a patologia. De salientar que o estudo incluiu mais de 100 milhões de pessoas na faixa etária referida, cobrindo 99% da população global dos 184 países envolvidos, o que o torna esta pesquisa em hipertensão a mais abrangente, até o momento (OPAS & OMS, 2021). Na Europa, estima-se que a



hipertensão arterial afete cerca de 35% a 40% da população, e, em Portugal, uma estimativa da prevalência de hipertensão arterial na população adulta situa-se em 42,6%. Dos doentes com hipertensão arterial, menos de metade estão medicados com fármacos anti-hipertensores e apenas 11,2% estão controlados (SNS24, 2023).

Podem ser causas da HAS o stress emocional, a obesidade, o consumo excessivo de sal, açúcar, álcool, e tabaco. Mas esta patologia também pode ser causada por doenças ou por determinadas condições, tais como: colesterol elevado, apneia do sono, doença renal, Síndrome de Cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, coarctação da aorta, doença tiroideia e paratiroideia, contraceptivos orais, descongestionantes nasais, fármacos dietéticos, gravidez (Soares, 2015).

É usual dizer-se que a hipertensão arterial é uma doença silenciosa, porque, na grande maioria das vezes, não causa sintomas. No entanto, com o decorrer dos anos, a pressão arterial excessiva acaba por danificar precocemente os vasos sanguíneos e os principais órgãos do organismo, como o cérebro, o rim e o coração, podendo provocar sintomas como: dores de cabeça, tonturas, zumbidos, aumento dos batimentos cardíacos, dor no peito ou falta de ar (SNS24, 2023).

Os sintomas, muitas vezes, surgem com a passagem do tempo e o diagnóstico de HAS é feito tardiamente, sendo, por isso, necessário ter particular atenção aos idosos. O sistema vascular muda com a idade: as artérias tornam-se mais rígidas, provocando um aumento da tensão arterial, o que pode acontecer mesmo aos idosos que têm hábitos de vida saudáveis e se sentem bem. E vêm os riscos associados: Acidente Vascular Cerebral (AVC), ataque cardíaco, doença coronária, insuficiência cardíaca, aneurisma da aorta, insuficiência renal, embolia pulmonar perda gradual da visão, disfunção erétil, doença arterial periférica, que podem ser causa de morte (SNS24, 2023).

O impacto fisiológico dos agravos da HAS, nos idosos, é particularmente preocupante, pois esta população frequentemente apresenta maior fragilidade e suscetibilidade a complicações. A hipertensão pode contribuir para o declínio cognitivo, para o comprometimento funcional e para aumentar o risco de eventos cardiovasculares graves. Quando a faixa etária avançada vem associada ao comprometimento cognitivo, os problemas aparecem em maior proporção, com impacto significativo nas atividades quotidianas, e os indivíduos tendem a apresentar uma instabilidade emocional, com conduta social inadequada e apatia, e progressiva dificuldade de lidar com questões envolvendo as emoções (Chaves et al., 2015).

Os riscos associados à hipertensão são diversos e abrangem desde complicações cardiovasculares até lesões em órgãos-alvo, como os rins e os olhos. Assim, o impacto

financeiro e social é considerável, uma vez que a HAS exige tratamento contínuo, implicando custos com medicamentos, consultas médicas, possíveis hospitalizações, deslocamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (análises sanguíneas, análise sumária de urina, eletrocardiograma) (Nicolau, 2023).

A HTA não tem cura, contudo, sendo uma doença crônica, na maioria dos casos é controlável. Pode, no entanto, ser prevenida levando a menos custos, a uma melhor qualidade de vida da população, particularmente dos idosos e a uma redução dos riscos de complicações. Os centros de saúde desempenham um papel fundamental neste processo, sendo espaços privilegiados para a promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento de pacientes hipertensos. A consulta de enfermagem nos centros de saúde é uma ferramenta valiosa no controlo da hipertensão, permitindo uma abordagem integral e personalizada. O enfermeiro, com a sua formação específica, desempenha um papel relevante no controlo da HAS, monitorizando a tensão arterial, dando orientações sobre a medicação e promovendo mudanças no estilo de vida. Intervenções de enfermagem baseadas na melhor evidência científica relativa à temática em análise são essenciais para garantir a eficácia no controlo da hipertensão. A literatura especializada oferece diretrizes e protocolos que fundamentam a prática clínica, uma estratégia fundamental para a definição das atividades a realizar, favorecendo a implementação do projeto de intervenção, contribuindo para a qualidade do cuidado prestado aos idosos hipertensos (Nóbrega, 2019).

Em suma, a importância do controlo da hipertensão nos idosos, no contexto dos centros de saúde, é indiscutível. A abordagem interdisciplinar, com destaque para a consulta de enfermagem, aliada a intervenções baseadas em evidências, é crucial para enfrentar os desafios relacionados com a hipertensão nesta população, visando uma melhor qualidade de vida e a redução do impacto das complicações associadas à HAS.

Tendo em conta esta realidade, os papéis dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, ganham mais relevância científica e social, principalmente numa faixa etária em que há maior probabilidade de ocorrência de doenças crónico-degenerativas, nomeadamente a HAS. Face ao exposto, para este estudo, com o título “Importância do controlo da hipertensão dos idosos, no centro de saúde”, colocou-se a seguinte questão de investigação: “Quais as evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem, em ambulatório, para a monitorização de idosos hipertensos?”

Assim, esta questão levou à definição do seguinte objetivo geral:

- Mapear as evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem, em ambulatório, para a monitorização de idosos hipertensos.

Para além desta Introdução que está prestes a terminar, este documento encontra-se organizado em três capítulos. No primeiro capítulo, “Metodologia”, é descrito o tipo de estudo que foi realizado, a estratégia de busca nas bases de dados, utilizando os descritores que foram escolhidos, os critérios de elegibilidade, a seleção dos estudos e a extração de dados, ou seja, resume-se o que foi feito para se conseguir a consecução do objetivo proposto e dar resposta à questão de investigação colocada. O segundo capítulo, “Resultados”, tal como o nome faz prever, resume, na de forma de um quadro, os resultados da busca executada, incluindo, para cada artigo «útil» para este estudo, o autor, o ano, a revista, o país, o título, o objetivo, a metodologia e as intervenções de enfermagem. No terceiro capítulo, é feita a discussão dos resultados na qual se explica o significado dos resultados em relação à pergunta de investigação. A presente monografia termina com a “Conclusão”, onde se apresenta uma síntese da aprendizagem alcançada e das ideias mais pertinentes que possam ser retiradas com a abordagem realizada.

## 1. METODOLOGIA

### 1.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma Revisão de Escopo (RE) ou *Scoping Review* (ScR), realizada de acordo com o norteado pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), um *checklist* que permite a síntese de conhecimentos e mapear os conceitos de uma determinada área de pesquisa (Tricco et al., 2018).

Numa RE, é fundamental que seja formulada a questão de investigação, para organizar a seleção dos estudos e a extração de dados, mapear a evidência e explicar o seu significado, ou seja, é ela que reflete o problema de pesquisa. Hoje em dia, para a sua construção, está a ser muito utilizada a mnemónica PCC, que se traduz da seguinte forma (Apóstolo, 2017):

- P – População (elementos que compõe a população a ser investigada, e as suas características);
- C – Conceito (questão/conceito central a ser examinado)
- C – Contexto (detalhes específicos, fatores culturais, localização geográfica, questões de género ou questões raciais, relacionados com a população)

No caso deste estudo, a estratégia PCC foi aplicada como se mostra no Quadro 1.

Quadro 1 – Estratégia PCC para a formulação da questão de investigação. Viseu/PT, 2024

P (POPULAÇÃO)	C – CONCEITO	C – CONTEXTO
Idosos hipertensos	Intervenções de enfermagem, ambulatório	Cuidado ambulatorial

Fonte: Os autores (2024)

Deste modo, a questão que se coloca e que norteará este estudo será:

Quais as evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem, em ambulatório, para a monitorização de idosos hipertensos?

Mas, a mnemónica PCC também auxilia na identificação das palavras-chave e dos descritores, para a elaboração das estratégias de buscas nas bases de dados. Os descritores utilizados foram referenciados pelos termos *Medical Subject Heading* (MeSH), podendo ser observados no Quadro 2.

Quadro 2 – Estratégia PCC e respetivos descritores de busca. Viseu/PT, 2024

ACRÓNIMO	MeSH/ENTREE
P (População)	<i>Hypertesion</i>
C (Conceito)	<i>Nursing</i>
C (Contexto)	<i>Ambulatory care</i>

Fonte: Os autores (2024)

Optou-se pelo termo *Nursing*, ao invés de *Nursing care*, de forma a aumentar o número de artigos incluídos, para serem posteriormente avaliados, no sentido de se verificar se atendem à pergunta de investigação. Viseu/PT, 2024

## 1.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca foi realizada nas bases de dados *Public Medline* (PubMed), *Web of Science* (WOS), *Scopus* e *Embase*, utilizando os mesmos descritores em todas as bases de dados, norteados pelo operador booleano AND, conforme indicado no Quadro 3. A busca foi conduzida por uma das pesquisadoras, e a seleção foi realizada por três revisores independentes.

Quadro 3 – Estratégia de busca por descritores nas bases indicadas. Viseu/PT, 2024

PUBMED
("nursing"[MeSH Terms]) AND ("hypertension"[MeSH Terms])) AND (ambulatory care[MeSH Terms])

Fonte: Os autores, 2022.

## 1.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram aplicados os critérios de inclusão: estudos descritivos, qualitativos ou quantitativos, metodológicos, conceituais e/ou de reflexão, ensaios clínicos randomizados e controlados, com delineamento experimental ou quase experimental, séries temporais ou casos-controlo, revisões, literatura cinzenta, livros, teses e dissertações, indexados em bases de dados publicadas nas línguas inglesa, francesa, espanhola ou portuguesa e publicados nos últimos 10 anos. Foram considerados como critérios de exclusão: aqueles que não se enquadraram nos critérios de elegibilidade, resultados repetitivos, duplicatas, falta de dados para exclusão, comentários ou cartas ao leitor, estudos que não respondem à pergunta.

## 1.4. SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Mais uma vez, a estratégia PCC presta a sua ajuda na triagem e na seleção dos documentos científicos. Através da seleção por título, resumo e palavras-chave (tópicos) por três revisores independentes, foi criada uma folha de cálculo no programa Excel. Os

textos foram posteriormente analisados através da leitura na íntegra, sendo os dados extraídos por meio de uma ferramenta desenvolvida pelos revisores. Esta ferramenta inclui informações como título, autores, ano de publicação, objetivo, delineamento metodológico e intervenções de enfermagem no controlo da hipertensão arterial, para o público descrito.

Há, contudo, uma observação importante a fazer relativamente a este público. Como referido aquando da apresentação do tipo de estudo a que esta pesquisa diz respeito, a população a analisar é constituída por idosos hipertensos. Torna-se, pois, imperioso conhecer o que se entende por «idoso». Ser idoso refere-se à condição de uma pessoa que atingiu uma idade avançada, geralmente associada ao envelhecimento. No entanto, a definição exata de "idoso" pode variar em diferentes contextos e culturas.

Em muitas sociedades, a idade cronológica de 65 anos é frequentemente utilizada como ponto de transição para a chamada terceira idade, marcando o início da possibilidade de receber benefícios sociais, tais como a reforma. Todavia, ser idoso não é apenas uma questão de idade cronológica; estando também relacionado com mudanças físicas, cognitivas e sociais que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento. Muitos idosos experimentam alterações na saúde, como diminuição da agilidade, perda de massa muscular, mudanças na função cognitiva e, em alguns casos, o surgimento de condições crónicas associadas à idade, como é o caso da hipertensão arterial.

É importante reconhecer que a definição de "idoso" pode variar culturalmente e individualmente. Nos países desenvolvidos, esta etapa da vida começa oficialmente aos 65 anos, sendo mesmo isto que está definido pela Organização Mundial da Saúde. Porém, quando se trata de países em desenvolvimento, esta mesma organização reduz para 60 anos a idade limite para que um indivíduo seja classificado como sendo idoso (World Health Organization, 2002).

Acontece que muitos estudos são levados a cabo em países em desenvolvimento. Sendo assim, e também porque interessava que esta pesquisa se tornasse tão ampla quanto possível, optou-se por se considerar que, no contexto desta monografia, um idoso é todo o indivíduo com 60 anos ou mais.

## 1.5. EXTRAÇÃO DE DADOS

Em cada estudo adicionado à pesquisa, foram identificados os dados relevantes e realizada a sua extração, para serem organizados por **categorias de análise**, conforme preconizado por Bardin (2018).

## 2. RESULTADOS

A busca em base de dados, com recorte temporal de 10 anos, identificou um total de 228 estudos potenciais. Após removidos os artigos duplicados ( $n = 22$ ), os títulos e os resumos dos artigos restantes, foram analisados por quatro avaliadores, de forma independente, totalizando assim, artigos elegíveis para a leitura na íntegra, e, por fim, 8 + 3 artigos foram incluídos no estudo. Na literatura cinzenta, foram encontradas 3 fontes na Sociedade Americana (American of Cardiology/American Heart Association Task Force), Sociedade Europeia de Cardiologia, (2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines). O fluxograma correspondente à pesquisa efetuada pode ser observado na Figura 1, que se apresenta a seguir.

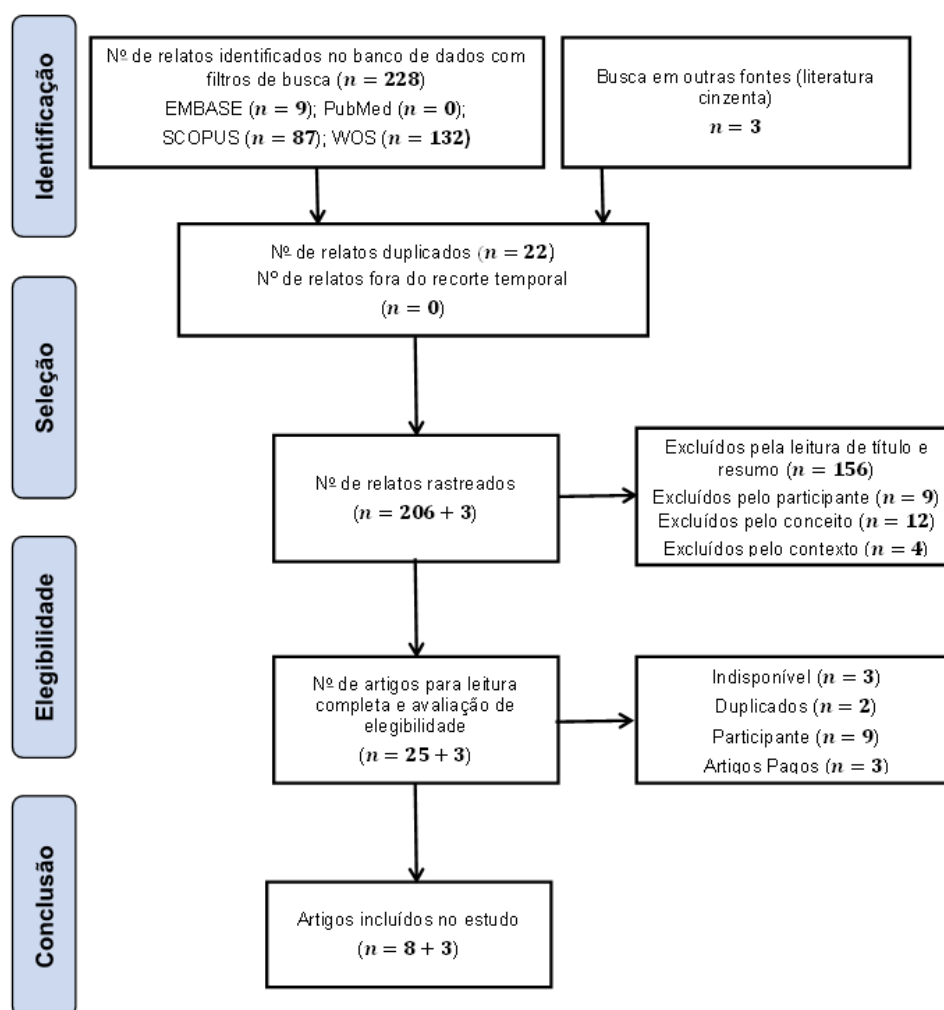


Figura 1 – Fluxograma PRISMA-ScR (Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises) para revisões de escopo da seleção dos artigos. Viseu/PT, 2024

Quadro 4 – Artigos incluídos no estudo após a avaliação de elegibilidade. Viseu/PT, 2024.

AUTOR (ANO) REVISTA/PAÍS TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGIA	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
<p>Benenson &amp; Bradshaw (2021)</p> <p><i>The Nurse Practitioner</i>/EUA</p> <p>Approach to a patient with hypertensive urgency in the primary care set</p>	<p>Tratar, em ambulatório, um paciente com urgência hipertensiva</p>	<p>Ensaio clínico de intervenção, de natureza observacional. Um paciente de 63 anos apresentou-se numa consulta externa com pressão arterial gravemente elevada. Foi sujeito a uma avaliação inicial, tendo sido excluídos danos agudos em órgãos-alvo (urgência hipertensiva). Depois de um descanso de 15 minutos numa sala silenciosa, o paciente recebeu uma prescrição de um único comprimido de um anti-hipertensivo. Foi reavaliado 48 horas após a consulta inicial e foi acompanhado durante duas semanas, após o que lhe foi marcada uma visita de acompanhamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de medições regulares da pressão arterial</li> <li>• Avaliação do estilo de vida</li> <li>• Avaliação da adesão ao tratamento</li> <li>• Educação em saúde (instruções para monitorização da pressão arterial, prevenção de complicações, adesão ao tratamento, prática de exercício físico, dieta saudável, cessação dos hábitos de consumo de tabaco ou de álcool)</li> <li>• Agendamento de consultas regulares de acompanhamento</li> </ul>
<p>Susyanti &amp; Rahayu (2022)</p> <p><i>Journal of Health Science and Nursing Studies</i>/ Indonésia</p> <p>Analysis of Nursing Care for the Elderly with Hypertension Using the Practice of Progressive Muscle Relaxation Therapy: A Case Study</p>	<p>Analisar a utilização da terapia com relaxamento muscular progressivo, nos cuidados primários de enfermagem, a um paciente idoso hipertenso</p>	<p>Estudo de caso, com um único participante, uma idosa de 79 anos com hipertensão arterial. O instrumento utilizado foi um esfigmomanómetro, e a técnica sistemática para atingir um estado de relaxamento foi o Relaxamento Muscular Progressivo (RMP), que é um método progressivo com exercício gradual e contínuo nos músculos esqueléticos, tensionando-os e relaxando-os, o que pode restaurar a sensação muscular, para que os músculos relaxem. A experiência decorreu em 3 dias, com uma sessão de 15 minutos em cada um.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de medições regulares da pressão arterial</li> <li>• Aconselhamento sobre um programa de exercícios para melhorar a saúde geral</li> <li>• Prestação de cuidados de enfermagem</li> <li>• Elaboração de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Educação em saúde sobre hipertensão e seu controlo</li> </ul>



AUTOR (ANO) REVISTA/PAÍS TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGIA	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
<p>Foguet-Boreu et al. (2017)</p> <p><i>Primary Care Diabetes</i>/Espanha</p> <p>Pharmacological control of diabetes and hypertension comorbidity in the elderly: A study of “real world” data</p>	<p>Determinar as combinações de medicamentos com que se obtém um melhor controlo da comorbidade hipertensão e diabetes, numa amostra pragmática de pacientes de cuidados primários de saúde</p>	<p>Estudo epidemiológico transversal, realizado em Espanha, utilizando uma amostra de 27 637 pacientes, com 65 anos ou mais, com diagnóstico duplo de hipertensão e diabetes. Foram selecionados 2 grupos de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicémicos. Foram estabelecidos critérios para que o controlo dos pacientes, relativamente a cada uma das doenças, fosse considerado bom. Estatísticas descritivas foram utilizadas para resumir informações gerais, e um modelo de regressão logística incondicional foi utilizado para identificar os fatores associados ao controlo da diabetes e da hipertensão.</p>	<p>Observação: Os dados para este estudo foram obtidos de uma base de dados de registos eletrónicos de saúde. Os 27637 pacientes que constituem a amostra deste estudo foram selecionados, por critérios de inclusão, entre 343 352 pacientes que monitorizavam os seus problemas em centros de saúde, e cujos dados se encontram registados na referida base eletrónica. As intervenções de enfermagem ocorreram aquando das visitas dos pacientes aos centros de saúde.</p>
<p>Papademetriou et al. (2018)</p> <p><i>The Journal of Clinical Hypertension</i>/ EUA</p> <p>Unobserved automated office BP is similar to other clinic BP measurements: A prospective randomized study</p>	<p>Fazer a comparação da medição automatizada da pressão arterial não assistida, como realizada no estudo SPRINT (<i>Systolic Blood Pressure Intervention Trial</i>) – com a medição convencional da pressão arterial, controlada, por enfermeiro, em consultório, ou com outros métodos vulgarmente utilizados</p>	<p>Estudo prospetivo em que os sessenta e cinco participantes, com média de idades de 68 anos, com hipertensão resistente ou de difícil controlo, foram distribuídos, de forma aleatória, em diferentes grupos de tratamento. Todos usavam anti-hipertensivos, apresentavam alto risco cardiovascular e altas taxas de comorbidades. Foram feitas medições auscultatórias por uma enfermeira clínica e por uma enfermeira SPRINT, e medições automatizadas, por um médico. Juntou-se à pesquisa um grupo de pacientes que efetuaram a medição domiciliar automatizada da pressão arterial, sendo os valores obtidos transmitidos eletronicamente para os seus prontuários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de medições regulares da pressão arterial</li> <li>• Educação em saúde (instruções para monitorização da pressão arterial, prevenção de complicações, adesão ao tratamento, prática de exercício físico, dieta saudável, cessação dos hábitos de consumo de cafeína, de tabaco)</li> <li>• Trabalho em conjunto com outros profissionais de saúde</li> </ul>

AUTOR (ANO) REVISTA/PAÍS TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGIA	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
<p>Krisnadeva &amp; Hidayah (2023)</p> <p><i>Nurse and Holistic Care/</i> Indonésia</p> <p>Reducing blood pressure in elderly with stage 2 primary hypertension using slow deep breathing exercise intervention</p>	<p>Permitir que os estudantes realizem cuidados de enfermagem gerontológica, ou seja, avaliação, diagnóstico, intervenção, implementação e avaliação de idosos com hipertensão</p>	<p>Estudo de caso sobre cuidados de enfermagem para idosos hipertensos, tendo como único participante uma idosa de 71 anos, com hipertensão de grau 2. Esta paciente recebeu um tratamento na forma de exercícios de respiração lenta e profunda, realizados duas vezes por dia, durante onze dias, após os quais foi feita a avaliação da sua pressão arterial. O exercício de respiração lenta e profunda é uma técnica de relaxamento para reduzir a pressão arterial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de medições regulares da pressão arterial</li> <li>• Elaboração de diagnóstico de enfermagem</li> <li>• Ensino do exercício de respiração lenta e profunda</li> <li>• Aplicação do exercício de respiração lenta e profunda</li> </ul>
<p>Woodham et al. (2020)</p> <p><i>Journal of Multidisciplinary Healthcare/Tailândia</i></p> <p>Effectiveness of a Multidisciplinary Approach Intervention to Improve Blood Pressure Control Among Elderly Hypertensive Patients in Rural Thailand: A Quasi-Experimental Study</p>	<p>Examinar a eficácia de uma intervenção com abordagem multidisciplinar, para melhorar o controlo da pressão arterial entre pessoas idosas, em áreas rurais da Tailândia</p>	<p>Estudo quasi-experimental realizado com 200 hipertensos, com 60 anos ou mais, que monitorizavam a hipertensão numa unidade de cuidados primários, em áreas rurais da Tailândia. Os participantes foram separados, em igual número, por um grupo de intervenção e outro de controlo. O grupo de intervenção foi sujeito a um programa de intervenção com abordagem multidisciplinar (cuidados de apoio familiar e cuidados comunitários para hipertensão, programa educacional de adesão a medicamentos anti-hipertensivos, lembrete eletrónico para a toma de medicação e medições da pressão arterial). A intervenção ocorreu ao longo de três meses. O grupo de controlo recebeu cuidados habituais para hipertensos, nos centros de saúde. Foram realizadas medições no início do estudo, um mês depois e três meses após a intervenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de medições regulares da pressão arterial</li> <li>• Condução do programa na comunidade</li> <li>• Visitas domiciliares abrangentes</li> <li>• Educação em saúde (instruções para monitorização da pressão arterial, prevenção de complicações, adesão ao tratamento, prática de exercício físico, dieta saudável, cessação dos hábitos de consumo de cafeína, de tabaco, de álcool)</li> <li>• Incentivo aos familiares para apoiar o idoso hipertenso no controlo da pressão arterial</li> <li>• Monitorização da adesão ao tratamento</li> </ul>

AUTOR (ANO) REVISTA/PAÍS TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGIA	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
<p>Persell et al. (2023)</p> <p><i>Applied Clinical Informatics/ EUA</i></p> <p>Prospective Cohort Study of Remote Patient Monitoring with and without Care Coordination for Hypertension in Primary Care</p>	<p>Comparar os valores da hipertensão, separadamente em coortes de hipertensão mal controlada e hipertensão geral, entre práticas piloto e práticas de cuidados primários</p>	<p>Estudo de coorte observacional pragmático, cuja população incluiu pacientes com idades entre 65 anos e 85 anos, que constituíam dois grupos de interesse: um grupo dos que tinham hipertensão não controlada e outro dos que a vigiavam nos cuidados de saúde primários. Os pacientes foram separados em coortes: duas coortes que utilizaram a Monitorização Remota do Paciente (MRP), com coordenação de cuidados de saúde, por enfermeiro; duas coortes que fizeram apenas a monitorização remota do paciente; outras duas que se limitaram aos cuidados habituais para o controlo da hipertensão. Apenas foram utilizados dados de pressão arterial recolhidos em unidades de cuidados primários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenação de cuidados de enfermagem</li> <li>• Realização de medições regulares da pressão arterial</li> <li>• Revisão de prontuários</li> <li>• Avaliação da adesão à medicação</li> </ul>
<p>Williamson et al. (2016)</p> <p><i>Journal of the American Medical Association/ EUA</i></p> <p>Intensive vs Standard Blood Pressure Control and Cardiovascular Disease Outcomes in Adults Aged ≥75 Years: A Randomized Clinical Trial</p>	<p>Avaliar os efeitos de metas de pressão arterial sistólica (PAS) intensivas (&lt;120 mmHg), em comparação com os de metas padrão (&lt;140 mmHg), em indivíduos hipertensos, com 75 anos de idade ou mais.</p>	<p>Ensaio clínico multicêntrico e randomizado de pacientes com 75 anos ou mais, que participaram do <i>Systolic Blood Pressure Intervention Trial</i> (SPRINT). Os participantes foram distribuídos de modo aleatório, por dois grupos de tratamento: um para a meta de PAS intensiva, com 1 317 pacientes; outro para a meta padrão, com 1 319 participantes. Os dados clínicos e laboratoriais foram obtidos no início do estudo e a cada 3 meses. Foi medida a velocidade da marcha e quantificado o estado de fragilidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de medições regulares da pressão arterial</li> <li>• Medição da velocidade de marcha</li> <li>• Quantificação do estado de fragilidade</li> </ul>

Fonte: Os autores (2024)

Após a análise dos artigos pertinentes ao tema, foi possível catalogar e identificar um total de 15 intervenções de enfermagem apresentadas abaixo. Essas intervenções, devidamente elencadas e detalhadas no quadro 04, revelam a riqueza de informações disponíveis na literatura especializada.

### **Intervenções catalogadas no artigos**

1. realização de medições regulares da pressão arterial
2. Avaliação do estilo de vida
3. Avaliação e Monitorização da adesão ao tratamento
4. Educação em saúde (instruções para monitorização da pressão arterial, prevenção de complicações, adesão ao tratamento, prática de exercício físico, dieta saudável, cessação dos hábitos de consumo de tabaco ou de álcool)
5. Agendamento de consultas regulares de acompanhamento
6. Elaboração de diagnósticos de enfermagem
7. Trabalho em conjunto com outros profissionais de saúde
8. Ensino e aplicação do exercício de respiração lenta e profunda
9. Condução do programa na comunidade
10. Visitas domiciliares abrangentes
11. Incentivo aos familiares para apoiar o idoso hipertenso no controle da pressão arterial
12. Coordenação de cuidados de enfermagem
13. Revisão de prontuários
14. Avaliação da adesão à medicação
15. Medição da velocidade de marcha
16. Quantificação do estado de fragilidade

Após analisar e agrupar cuidadosamente as intervenções, foram estabelecidas quatro categorias de análise para orientar o cuidado de enfermagem na monitorização de idosos hipertensos, conforme quadro 05. A categoria "Controle Não Farmacológico" enfoca estratégias não medicamentosas para otimizar a saúde cardiovascular. "Coordenação de Cuidados de Enfermagem" destaca práticas para uma assistência integrada e coordenada. A terceira categoria, "Controle e Manejo da Pressão Arterial", abrange intervenções específicas visando regular a pressão arterial e reduzir riscos. Por fim, "Avaliações Relacionadas à Pressão Arterial" concentra-se em práticas de avaliação sistemática, fornecendo uma base sólida para decisões clínicas informadas. Essas categorias oferecem uma estrutura abrangente, facilitando a aplicação eficaz das intervenções no contexto do controle da pressão arterial em idosos hipertensos.

**Quadro 05.** Intervenções de enfermagem agrupadas por categorias de análise.  
Viseu/PT, 2024.

Categorias de análise	Agrupamento das intervenções
<b>CONTROLE NÃO FARMACOLÓGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação em saúde (instruções para monitorização da pressão arterial, prevenção de complicações, adesão ao tratamento, prática de exercício físico, dieta saudável, cessação dos hábitos de consumo de tabaco ou de álcool)</li> <li>• Ensino e aplicação do exercício de respiração lenta e profunda</li> </ul>
<b>COORDENAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendamento de consultas regulares de acompanhamento</li> <li>• Elaboração de diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Condução do programa na comunidade</li> <li>• Visitas domiciliares abrangentes</li> <li>• Incentivo aos familiares para apoiar o idoso hipertenso no controlo da pressão arterial</li> <li>• Revisão de prontuários</li> <li>• Trabalho em conjunto com outros profissionais de saúde</li> </ul>
<b>CONTROLE E MANEJO DA PRESSÃO ARTERIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de medições regulares da pressão arterial</li> <li>• Avaliação da adesão à medicação</li> </ul>
<b>AVALIAÇÕES RELACIONADAS A PRESSÃO ARTERIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do estilo de vida</li> <li>• Avaliação e Monitorização da adesão ao tratamento</li> <li>• Trabalho em conjunto com outros profissionais de saúde</li> <li>• Medição da velocidade de marcha</li> <li>• Quantificação do estado de fragilidade</li> </ul>

Quadro 5 – Análise dos Cuidados na Hipertensão em diferentes guidelines. Viseu/PT, 2024

	PORTUGUÊS	EUROPEU	AMERICANO
<b>Crítérios de aferição</b>	<p>Posição: Sentado</p> <p>Ambiente: sossegado durante 5 minutos antes de iniciar as medições da PA</p> <p>Medição: a PA em ambos os braços na primeira consulta para detetar possíveis diferenças entre os dois braços</p> <p>Quantidade de medições: três medições da PA, intervaladas 1 – 2 minutos A PA registada será a média das duas últimas leituras</p> <p>Colocação da manga: nível do coração, estando as costas e o braço devidamente apoiados para evitar a contração muscular e as subidas da PA dependentes do exercício isométrico</p> <p>Dispositivos: utilizar os sons de Korotkoff das fases I a IV (redução súbita/desaparecimento) para identificar a PAS e a PAD, respetivamente (manual)</p> <p>Valor de Referência: Utilizar o braço com o valor mais elevado</p> <p>Frequência Cardíaca: registar por palpação para excluir arritmia</p>	<p>Posição: Sentado com braço apoiado na mesa com o meio do braço na altura dos braços</p> <p>Ambiente: silencioso</p> <p>Medidas a evitar fumar, consumir cafeína, pratica exercício físico, bexiga vazia</p> <p>Colocação da manga: Tamanho de acordo com a circunferência do braço do individuo</p> <p>Dispositivo: primeiro som de Korotkoff para pressão sistólica e o quinto para a diastólica (manual)</p>	<p>Posição: Sentado</p> <p>Ambiente: Relaxar durante 5 minutos</p> <p>Medição: registar em ambos os braços</p> <p>Quantidade de medições: em cada medição separar entre 1-2 minutos</p> <p>Colocação da manga: Usar o tamanho correto da manga e colocá-lo na parte superior do braço do paciente</p> <p>Dispositivos: esvaziar a pressão do manguito em 2 mm Hg por segundo e ouvir os sons Korotkoff, registar PAS e PAD com o início do primeiro sinal de Korotkoff (manual)</p> <p>Medidas a evitar: cafeína, exercício físico e fumar pelo menos 30 minutos antes de medir, estar de bexiga vazia, não conversar com o observador</p> <p>Dispositivo: Usar um dispositivo calibrado</p>

	PORTUGUÊS	EUROPEU	AMERICANO
<b>Monitorização da pressão arterial em casa (AMPA)</b>	<p>Horário de medição: leituras de manhã e ao fim da tarde</p> <p>Dispositivo: um monitor de PA semiautomático</p> <p>Posição: sentado com braço e as costas apoiadas</p> <p>Ambiente: sala silenciosa</p> <p>Quantidade de medições: duas em cada sessão, intervaladas 1-2 minutos</p>		<p>Horário de medição: Faça pelo menos 2 leituras com 1 minuto de intervalo pela manhã antes de tomar os medicamentos e à noite antes do jantar</p> <p>Dispositivo: Verifique o uso de dispositivos validados automaticamente. Verifique o uso de manguito de tamanho apropriado para o braço</p> <p>Posição: sentado com as costas retas e apoiadas</p> <p>Ambiente: sossegado</p> <p>Colocação da manga: A parte inferior da manga deve ser colocada diretamente acima da fossa antecubital</p> <p>Medidas a evitar: fumar, beber bebidas com cafeína ou praticar exercício físico 30 minutos antes das medições</p>
<b>Monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA)</b>	<p>Período de medidas: durante 24 horas</p> <p>Intervalos de medidas: de 15-30 minutos e os valores médios da PA são obtidos durante o dia e noite</p>	Período de medidas: 24 horas	<p>Período de medidas: durante o dia e a noite</p> <p>Intervalos de medidas: cada 15-30 minutos ao longo do dia e a cada 15 minutos para 1 hora durante a hora</p>
<b>Caraterização da hipertensão</b>	Classificação: normal, normal alta, ou por hipertensão 1-3 de acordo com a PA no consultório	Classificação: PA normal, PA normal alta, Hipertensão grau 1, hipertensão grau 2	Classificação: hipertensão normal, elevada ou estágio 1 ou 2
<b>Formas secundárias de hipertensão – exame físico</b>	Verificar: Verificação da pele, Palpação dos rins, Auscultação do coração e das artérias renais, Comparação do pulso radial com o femoral, Sinais de doença tiroideia Exame neurológico e estado cognitivo, Palpação e auscultação do coração e das artérias carótidas		Verificar: Massa abdominal, sopro sistólico, Arritmias; Obesidade, Tremor fino, taquicardia, Estigmas cutâneos de neurofibromatose, Doppler, analisar a hormona estimuladora da tiroide, ecocardiograma

	<b>PORTUGUÊS</b>	<b>EUROPEU</b>	<b>AMERICANO</b>
<b>Intervenções não farmacológicas</b>	Recomendações: restrição do sal, a restrição do consumo de álcool para: aumento do consumo de vegetais, fruta fresca, peixe, nozes, ácidos gordos insaturados (azeite), exercício físico regular, a cessação tabágica	Recomendações: redução do sal, dieta saudável, medidas saudáveis (reduzir no consumo de café), moderação do consumo de álcool, redução de peso, atividade física regular, reduzir o estresse, medicamentos complementares, alternativos ou tradicionais, reduzir a exposição à poluição do ar e ao frio	Perda de peso, dieta saudável, redução do sódio; suplementação de potássio; aumento da atividade física; homens e mulheres que bebem álcool é aconselhado não mais do que 2 e 1 bebida, redução do tabaco
<b>Tratamento medicamentoso da hipertensão</b>	Recomendações: o primeiro objetivo do tratamento deve ser a redução da PA para < 140/90 mmHg em todos os doentes, e desde que o tratamento seja bem tolerado	Recomendações: Hipertensão grau 1 tratamento em pacientes com alto risco ou aqueles com CVD, CKD, DM, HMOD. Hipertensão grau 2 tratamento imediato	Recomendações: Uso de medicamentoso para prevenção secundária de eventos cardiovasculares é PAS média de 130 mm Hg ou superior ou PAS média de 80 mm Hg ou superior
<b>Metas de PA para pacientes com hipertensão</b>			Metas: adultos com hipertensão confirmada e risco conhecido de DCV ou evento de DCVA em 10 anos de 10% ou mais, recomenda-se uma meta de PA inferior a 130/80 mm Hg
<b>Acompanhamento após início da terapia medicamentosa</b>	Recomendações: doentes com hipertensão graus 2 ou 3 e com qualquer nível de risco CV, em simultâneo com a iniciação das alterações do estilo de vida. Nos doentes com hipertensão grau 1 e com risco baixo a moderado e sem evidência de LOA, recomenda-se a terapêutica anti-hipertensiva se o doente continuar hipertenso após um período de tempo com intervenções no estilo de vida		Adultos que iniciam o regime medicamentoso devem ser acompanhados avaliação da adesão e resposta ao tratamento em intervalos mensais até que o controlo seja alcançado



	PORTUGUÊS	EUROPEU	AMERICANO
<b>Tratamento da hipertensão na gravidez</b>	<p>A iniciação do tratamento farmacológico: a PAS é <math>\geq 140</math> ou a PAD <math>\geq 90</math> mmHg</p> <p>Medicação: a metildopa, o labetalol e os BCC como fármacos de escolha para o tratamento da hipertensão na gravidez</p> <p>Internamento: numa mulher grávida com PAS <math>\geq 170</math> mmHg ou com PAD <math>\geq 110</math> mmHg, facto que é considerado uma urgência</p>	<p>Medição: segue as diretrizes gerais</p> <p>Investigação: análise de urina, hemograma completo, enzimas hepáticas, hematócrito, creatinina sérica e s-UA, teste de proteinúria no início da gravidez</p> <p>Medicação: hipertensão leve: Metildopa, labetalol e bloqueadores dos canais de cálcio diidropiridina, menos inibidores da ECA, ARA e inibidores diretos da renina; Hipertensão grave: Metildopa, nicardipina, magnésio; pressão arterial pós-parto: qualquer medicamento recomendado, exceto metildopa</p>	<p>Medicação : Mulheres com hipertensão devem fazer a transição para Metildopa, nifedipina e/ou labetalol e não devem ser tratadas com inibidores da ECA, ARA ou inibidores diretos da renina</p>
<b>Tratamento da hipertensão em pessoas idosas</b>			Meta: tratamento de PAS inferior a 130 mm Hg
<b>Crise e emergências hipertensivas</b>	<p>Recomendação: Estes doentes necessitam urgentemente de uma avaliação em ambulatório para assegurar se a sua PA está sob controlo</p>	<p>Recomendações: necessária investigação diagnostica rápida e redução imediata da PA para evitar a falência progressiva do órgão. Geralmente necessária terapia intravenosa</p>	<p>Recomendação: internação em unidade de terapia intensiva por crise de monitoramento contínuo da PA e danos em órgãos-alvo e para administração parenteral de um agente apropriado</p>

Fonte: (Oliveira et al., 2017; Unger et al., 2020; Whelton et al., 2018)

Os guidelines delineiam uma abordagem abrangente para o cuidado de pacientes hipertensos, destacando três categorias essenciais conforme apontado no quadro 06. A primeira, "Controle e Manejo da Pressão Arterial", enfoca intervenções específicas para regular a pressão arterial e gerenciar riscos. A segunda, "Coordenação de Cuidados de Enfermagem", prioriza a integração eficaz das atividades de enfermagem para uma assistência coordenada e abrangente. Por fim, a categoria "Controle Não Farmacológico" abrange estratégias não medicamentosas para otimizar a saúde cardiovascular. Essas categorias oferecem um guia completo para a abordagem efetiva da hipertensão na prática de enfermagem.

**Quadro 06.** Intervenções de enfermagem agrupadas por categorias de análise. Viseu/PT, 2024.

Categorias de análise	Agrupamento das intervenções
<p><b>CONTROLE E MANEJO DA PRESSÃO ARTERIAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Critérios de aferição</li> <li>• Monitorização da pressão arterial em casa (AMPA)</li> <li>• Monitorização ambulatoria da pressão arterial (MAPA)</li> <li>• Caracterização da hipertensão</li> <li>• Formas secundárias de hipertensão – exame físico</li> <li>• Tratamento medicamentoso da hipertensão</li> <li>• Acompanhamento após início da terapia medicamentosa</li> </ul>
<p><b>COORDENAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metas de PA para pacientes com hipertensão</li> <li>• Tratamento da hipertensão na gravidez</li> <li>• Tratamento da hipertensão em pessoas idosas</li> <li>• Crise e emergências hipertensivas</li> </ul>
<p><b>CONTROLE NÃO FARMACOLÓGICO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenções não farmacológicas</li> </ul>

O Quadro 07 proporciona uma síntese da comparação entre as categorias de análise derivadas das intervenções de enfermagem agrupadas nos artigos e nos guidelines. Esta visualização permite uma análise comparativa das abordagens propostas na literatura especializada e nos guias, fornecendo insights valiosos sobre as

convergências e divergências nas estratégias de intervenção em enfermagem para o controle da pressão arterial.

**Quadro 07.** Comparação das categorias de análise, levantadas a partir das Intervenções de enfermagem agrupadas nos artigos e nos guidelines. Viseu/PT, 2024.

<b>Categorias de análise a partir dos artigos</b>	<b>Categorias de análise a partir dos Guidelines</b>
<b>Controle não farmacológico</b>	Controle não farmacológico
<b>Coordenação de cuidados de enfermagem</b>	Coordenação de cuidados de enfermagem
<b>Controle e manejo da pressão arterial</b>	Controle e manejo da pressão arterial
<b>Avaliações relacionadas a pressão arterial</b>	-----

Os guidelines, conforme analisados, apresentam uma lacuna ao não abordar de maneira específica e aprofundada diversas Avaliações Relacionadas à Pressão Arterial, destacadas nos artigos examinados. Algumas dessas avaliações incluem a análise do estilo de vida, a monitorização da adesão ao tratamento, a colaboração com outros profissionais de saúde, a medição da velocidade de marcha e a quantificação do estado de fragilidade. Essas dimensões, essenciais para uma compreensão abrangente da saúde cardiovascular, são abordadas de maneira mais detalhada na literatura científica, indicando a necessidade de uma consideração mais específica desses aspectos nos guidelines para um cuidado de enfermagem mais completo e personalizado.

### **3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A discussão dos resultados obtidos nos diversos estudos incluídos nesta pesquisa sobre o controle da hipertensão em idosos revela-se desafiadora, devido às divergências metodológicas entre as investigações. Embora todos os estudos tenham como foco central o controle da hipertensão em indivíduos idosos, as abordagens metodológicas adotadas apresentam variações significativas. Essas diferenças podem encontrar-se em aspectos da pesquisa que podem variar desde a seleção da amostra até à implementação de intervenções específicas. Diante desse cenário, a realização de uma discussão comum dos resultados torna-se impraticável, tornando-se necessário abordar os resultados de cada estudo considerando as particularidades metodológicas. Deste modo, a discussão dos resultados será feita individualmente para cada um dos artigos incluídos neste estudo.

Começando com o artigo de Benenson & Bradshaw (2021), o tratamento bem-sucedido da urgência hipertensiva em ambulatório, ocorrido nos Estados Unidos da América (EUA), levanta considerações importantes e sugere uma abordagem eficaz para solucionar aquela condição. Esta abordagem foi aplicada a este paciente, porque uma avaliação inicial excluiu danos agudos em órgãos-alvo, o que destaca a importância daquela avaliação na identificação de pacientes adequados para o tratamento fora do ambiente hospitalar. Aliás, as *guidelines* portuguesas, europeias e americanas de hipertensão arterial recomendam a necessidade urgente de uma avaliação em ambulatório, para confirmar se a sua pressão arterial está sob controlo (Oliveira et al., 2017; Unger et al., 2020; Whelton et al., 2018).

A administração de um único comprimido de anti-hipertensivo, após um período de descanso, foi eficaz na redução da pressão arterial do paciente, sugerindo uma abordagem direcionada e apropriada para controlar a urgência hipertensiva.

O acompanhamento subsequente após 48 horas e durante duas semanas foi crucial para avaliar a eficácia a curto prazo e a resposta contínua do paciente ao tratamento. A monitorização em ambulatório permite ajustes mais personalizados no controlo da hipertensão, sendo preferível para muitos pacientes, pois evita internamentos hospitalares desnecessários, o que contribui, não só para uma melhor qualidade de vida, mas também para a redução de custos associados a internamentos. A abordagem ambulatorial destaca a importância de considerar as características individuais de cada paciente, ao tomar decisões de tratamento. Não há uma abordagem única para todos, e a individualização do tratamento é fundamental.

Além da terapia medicamentosa, é importante considerar estratégias não farmacológicas, tais como proporcionar ao paciente educação em saúde, nomeadamente no que respeita às alterações no estilo de vida, à redução do consumo de sódio, à necessidade de adesão ao tratamento e à compreensão dos fatores que podem contribuir para a hipertensão. Também isto é uma recomendação das diferentes *guidelines* relativas aos cuidados na hipertensão arterial (Oliveira et al., 2017; Unger et al., 2020; Whelton et al., 2018).

A marcação de uma visita de acompanhamento após duas semanas e o acompanhamento durante esse período indicam uma preocupação com a eficácia e a segurança do tratamento, a curto prazo. No entanto, é importante reconhecer que nem todos os casos de urgência hipertensiva podem ser adequadamente tratados em ambulatório, e a decisão de tratamento deve ser baseada numa avaliação abrangente do paciente e das condições clínicas. O sucesso do tratamento ambulatorial, neste caso

específico, destaca a importância da individualização do cuidado e da flexibilidade na abordagem da urgência hipertensiva.

Passando à pesquisa de Susyanti & Rahayu (2022), os resultados obtidos neste estudo de caso, que envolveu a utilização de um esfigmomanómetro e a técnica de Relaxamento Muscular Progressivo, indicam uma resposta positiva e abrangente ao problema da idosa com hipertensão arterial que foi alvo da pesquisa. A diminuição significativa da pressão arterial observada é um resultado clinicamente relevante e sugere que a combinação do esfigmomanómetro com a RMP foi eficaz no controlo da hipertensão. Este resultado é consistente com a literatura, nomeadamente com as diferentes *guidelines* de hipertensão arterial, que destacam a eficácia das intervenções não farmacológicas, como exercício físico regular, na redução da pressão arterial (Oliveira et al., 2017; Unger et al., 2020; Whelton et al., 2018).

A diminuição da escala de dor, o sono mais tranquilo e prolongado, e a resolução parcial do défice cognitivo indicam uma melhoria significativa na qualidade de vida da paciente, constituindo aspetos importantes para o seu bem-estar global, ao mesmo tempo que destacam a abordagem holística adotada no tratamento.

A constatação de que a intervenção abordou não apenas a pressão arterial, mas também outros aspetos como dor, sono, e cognição, sugere que o tratamento pode ter efeitos benéficos, amplos e multidimensionais. Essa abordagem integral é crucial, especialmente em idosos, onde a saúde é frequentemente afetada por múltiplos fatores.

A superação total do risco de queda é um resultado notável, que destaca não apenas a eficácia do tratamento, mas também a importância de abordar fatores de risco adicionais com impacto direto na segurança do paciente.

Em suma, os resultados deste estudo de caso sugerem que a combinação de intervenções não farmacológicas pode ser uma abordagem eficaz e segura no controlo da hipertensão em idosos.

Prosseguindo para um novo artigo, desta vez de Foguet-Boreu et al. (2017), é possível constatar que este estudo revelou uma taxa relativamente baixa de um bom controlo para ambas as condições de hipertensão e diabetes em idosos, tendo apenas 34,2% dos pacientes alcançado um controlo satisfatório de ambas as doenças. Este facto destaca a importância de estratégias de gestão mais eficazes, nesta população, que enfrenta desafios únicos relacionados com as condições de saúde associadas à idade.

A análise das combinações de medicamentos revelou resultados interessantes, com algumas combinações associadas a um melhor controlo da comorbidade, embora não fossem as mais prescritas. Especificamente, a combinação de biguanidas e diuréticos

destacou-se como sendo a mais eficaz, sugerindo que estratégias de tratamento menos convencionais podem ser mais benéficas para o controle simultâneo de hipertensão e diabetes em idosos.

A adesão ao tratamento farmacológico foi mais difícil na diabetes do que na hipertensão. O maior nível de adesão observado na hipertensão pode indicar que os pacientes percebem uma maior urgência no controle da pressão arterial, possivelmente devido à compreensão dos riscos imediatos associados à hipertensão não controlada. Mas também o tratamento da diabetes muitas vezes envolve regimes de medicação mais complexos, incluindo múltiplos medicamentos e monitorização frequente da glicose, o que pode sobrecarregar os pacientes, tornando a adesão mais desafiadora. A diabetes pode exigir mudanças no estilo de vida, dieta e monitorização constante, fatores que podem afetar negativamente a motivação e a disposição dos pacientes para seguir rigorosamente o tratamento.

Os resultados têm implicações práticas significativas para profissionais de saúde que tratam pacientes idosos com diabetes e hipertensão. A preferência por certas combinações de medicamentos pode ser considerada, ao desenvolver estratégias de tratamento personalizadas.

Embora no contexto da comorbidade com a diabetes, este estudo inclui metas objetivas para a redução da pressão arterial, ao longo do tempo, fornecendo, assim, evidências científicas relacionadas com o controle da hipertensão, numa população de pacientes idosos.

No que respeita ao artigo da responsabilidade de Papademetriou et al. (2018), antes de mais, convém dizer que todas as medições efetuadas pelas enfermeiras ou pelo médico respeitaram as *guidelines* americanas, no que se refere aos critérios de aferição: posição: sentado; ambiente: relaxar durante 5 minutos; medição: registar em ambos os braços; quantidade de medições: em cada medição, separar entre 1-2 minutos; colocação da manga: usar o tamanho correto da manga e colocá-lo na parte superior do braço do paciente; dispositivos: esvaziar a pressão do manguito em 2 mm hg por segundo e ouvir os sons Korotkoff, registar PAS e PAD com o início do primeiro sinal de Korotkoff (manual); medidas a evitar: cafeína, exercício físico e fumar, pelo menos 30 minutos antes de medir, estar de bexiga vazia, não conversar com o observador; dispositivo: usar um dispositivo calibrado (Unger et al., 2020).

Passando à discussão, a semelhança que se verificou entre os valores obtidos por métodos automatizados e os que resultaram de medições auscultatórias sugere que a medição automatizada da pressão arterial pode ser uma alternativa válida à abordagem

convencional, o que é importante, uma vez que a automação pode proporcionar eficiência e consistência na aquisição de dados. Este estudo representa, assim, um passo para a validação clínica da medição automatizada.

Se as medidas automatizadas são tão precisas quanto as convencionais, isto pode influenciar positivamente a prática clínica, na medida em que a automação pode oferecer benefícios, tais como eficiência de tempo, menor variabilidade relativa ao mesmo observador e menos influência do efeito da bata branca. A medição automatizada pode ser mais conveniente para os pacientes, especialmente se eles puderem realizá-la em ambientes fora do consultório, o que pode facilitar a monitorização contínua da pressão arterial, melhorando o acompanhamento da saúde. A escolha entre métodos automatizados e convencionais por parte dos profissionais de saúde pode depender de fatores como disponibilidade de recursos, custo e preferências do paciente. Apesar das descobertas positivas, é necessário continuar a pesquisar, para validar e melhorar as abordagens de medição automatizada, explorando diversos cenários clínicos e diferentes populações, para ampliar a aplicabilidade desses resultados. A medição automatizada é promissora e sugere avanços na monitorização da pressão arterial.

O estudo de caso realizado por (Krisnadeva & Hidayah, 2023) baseou-se na aplicação do exercício de respiração lenta e profunda, como intervenção para uma paciente idosa, com hipertensão de grau 2, tendo resultado numa diminuição da pressão arterial, provavelmente devido ao facto de a referida técnica proporcionar uma sensação de conforto, que a faz baixar. Esse resultado é coerente com as diversas *guidelines*, que recomendam abordagens não farmacológicas para o controlo da pressão arterial (Oliveira et al., 2017; Unger et al., 2020; Whelton et al., 2018).

O tratamento aplicado à paciente demonstrou eficácia na redução da sua pressão arterial, realçando, assim, a importância de estratégias alternativas e complementares, nomeadamente de abordagens não farmacológicas, no controlo da hipertensão em idosos. Na medida em que reduz a pressão arterial, a incorporação de exercícios de respiração lenta e profunda pode ser considerada uma opção viável para promover a saúde cardiovascular em pacientes idosos.

Os resultados obtidos no estudo elaborado por Woodham et al. (2020) revelam a eficácia positiva da intervenção com abordagem multidisciplinar, na melhoria do controlo da pressão arterial em pessoas idosas, em áreas rurais da Tailândia. Ao longo do período de três meses de intervenção, observou-se uma diferença significativa entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo. Uma das principais constatações foi que,

um mês e três meses após a intervenção, para o grupo submetido à abordagem multidisciplinar, a monitorização da pressão arterial mostrou-se mais eficaz do que para o grupo de controlo. Esta descoberta sugere que a implementação de cuidados de saúde mais abrangentes, que incluem aspetos familiares, comunitários e educacionais, pode desempenhar um papel significativo no controlo da hipertensão em idosos, sobretudo em contextos rurais. Além de uma melhoria a este nível, ela também ocorreu na redução dos valores da pressão arterial sistólica ou diastólica, relativamente aos do grupo de controlo.

A inclusão de componentes como cuidados de apoio familiar, cuidados comunitários, educação sobre a adesão a medicamentos e o uso de lembretes eletrónicos para a tomada de medicação mostrou uma maior eficácia do grupo de intervenção, revelando a importância, não só dos aspetos médicos, mas também do suporte social e educacional, na monitorização da hipertensão.

Deste modo, os resultados deste estudo fornecem evidências encorajadoras de que uma abordagem multidisciplinar pode ser uma estratégia eficaz para melhorar o controlo da pressão arterial em idosos, em contextos rurais, destacando a importância de intervenções abrangentes e personalizadas no controlo da hipertensão.

Com o seu estudo, Williamson et al. (2016) propuseram-se a avaliar os efeitos de metas de PAS intensivas (<120 mmHg), em comparação com os de metas padrão (<140 mmHg), em indivíduos hipertensos, com 75 anos de idade ou mais. Os participantes foram recrutados de um ensaio clínico multicêntrico randomizado, o *Systolic Blood Pressure Intervention Trial* (SPRINT). Os resultados indicam que os grupos de tratamento eram semelhantes em grande parte das características avaliadas, o que ressalta a robustez da aleatoriedade. Foi observada uma exceção no estado de fragilidade, tendo sido maior a percentagem de pacientes frágeis no grupo de tratamento intensivo, sugerindo que a fragilidade pode influenciar a resposta ao tratamento, sendo, por isso, importante considerar as características individuais do paciente ao implementar metas de tratamento mais rigorosas, e devendo a fragilidade ser cuidadosamente avaliada na tomada de decisões clínicas.

Os dados revelaram que o tratamento para uma meta intensiva, quando comparado com uma meta padrão, resultou em taxas significativamente mais baixas de eventos cardiovasculares maiores, fatais e não fatais, bem como de morte por qualquer causa. Essa descoberta é particularmente relevante e sugere que a intensificação do controlo da pressão arterial nessa faixa etária pode ter benefícios substanciais na prevenção de eventos adversos graves.



Persell et al. (2023) desenvolveram um estudo que revela a eficácia, na gestão da hipertensão, da monitorização remota do paciente com coordenação de cuidados, comparando práticas piloto com práticas de cuidados primários. Os principais resultados mostram uma melhoria significativa no controlo da pressão arterial em pacientes que utilizaram MRP, sobretudo quando houve coordenação por parte de enfermeiros.

Com efeito, os resultados mostram que, 6 meses após o início do estudo, o número de pacientes que utilizaram MRP com coordenação e que alcançaram o controlo da tensão arterial elevada aumentou 54%, enquanto os que apenas utilizaram MRP experimentaram um aumento de 25%. Isto sugere que a coordenação de cuidados desempenha um papel crucial na eficácia da MRP na gestão da hipertensão.

Além disso, as alterações na intensidade do tratamento com medicação anti-hipertensiva foram observadas em pacientes que utilizaram MRP, indicando uma adaptação personalizada, já que um terço recebeu uma intensificação da medicação e 14% experimentaram uma redução. Isso destaca a capacidade da MRP em fornecer informações em tempo real, permitindo ajustes adequados na gestão da medicação.

Em relação aos pacientes com hipertensão não controlada, os resultados indicam que, aos 3 meses e aos 6 meses, os que utilizaram MRP com coordenação de cuidados apresentaram uma maior probabilidade de controlo da pressão arterial elevada, em comparação com as práticas de cuidados habituais. Mais uma vez, o estudo reforça a importância da intervenção coordenada na gestão de condições crónicas, tais como a hipertensão.

O controlo da pressão arterial elevada avaliado apenas nas consultas de cuidados primários não mostrou diferenças significativas entre os grupos, sugerindo que a avaliação convencional pode não capturar completamente o impacto positivo da MRP. No entanto, quando se considera o controlo da pressão arterial elevada, os resultados das práticas com MRP indicam uma melhoria significativa no grupo com coordenação de cuidados, em comparação com os das práticas habituais.

A abordagem personalizada, as adaptações na medicação e a maior probabilidade de controlo da pressão arterial elevada que se observam na prática de MRP, com ou sem coordenação, enfatizam a importância da integração de tecnologias como esta, no âmbito dos cuidados primários, para otimizar os resultados clínicos em pacientes idosos com hipertensão.

## CONCLUSÃO

A revisão de escopo levada a cabo permitiu uma análise abrangente do estado atual das evidências científicas relacionadas com o controle da hipertensão, após a identificação inicial de 228 estudos potenciais. A aplicação criteriosa dos critérios de seleção resultou na inclusão de oito artigos que oferecem perspectivas variadas, abrangendo diferentes metodologias de pesquisa.

Os estudos incluídos apresentam uma diversidade significativa, abrangendo ensaios clínicos de intervenção, de natureza observacional com pacientes em urgência hipertensiva, estudos de caso com idosos como participantes únicos, estudos epidemiológicos transversais, estudos prospectivos, estudos quasi-experimentais, estudos de coorte observacional pragmáticos e ensaios clínicos multicêntricos randomizados. Essa variedade metodológica enriquece a revisão, proporcionando uma compreensão abrangente e multifacetada do tema em questão.

A análise dos resultados destes estudos, em relação às *guidelines* existentes sobre o controle da hipertensão, revela importantes contribuições para a prática clínica. Os ensaios clínicos de intervenção e estudos prospectivos oferecem conhecimentos valiosos sobre as abordagens terapêuticas, eficazes para lidar com a urgência hipertensiva. Os estudos de caso, ao destacarem experiências individuais, enriquecem a compreensão dos desafios e estratégias específicos enfrentados por idosos, no controle da hipertensão.

O estudo epidemiológico transversal fornece uma visão panorâmica da prevalência da hipertensão, enquanto os estudos de coorte observacional pragmáticos e quasi-experimentais oferecem uma compreensão mais aprofundada das práticas de cuidados no mundo real e das suas implicações no controle da hipertensão em idosos. O ensaio clínico multicêntrico randomizado, por sua vez, contribuiu com evidências robustas, provenientes de diferentes contextos clínicos.

Ao relacionar esses resultados com as *guidelines*, percebe-se a importância de uma abordagem personalizada e adaptativa no controle da hipertensão em idosos. A diversidade de métodos utilizados nos estudos destaca a complexidade do tema e a necessidade de intervenções personalizadas, levando em consideração não apenas a condição clínica, mas também fatores contextuais e individuais.

Em suma, esta revisão de escopo proporciona uma visão holística das evidências científicas disponíveis sobre o controlo da hipertensão em idosos. A diversidade metodológica dos estudos analisados contribui para uma compreensão mais profunda e integrada do tema, destacando a importância de abordagens personalizadas e adaptativas na gestão desta condição crónica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência: Vol. Coimbra*, (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Ed.; 6<sup>a</sup>). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araujo, T. L. de, & Arcuri, E. A. M. (1998). Influência de fatores anátomo-fisiológicos na medida indireta da pressão arterial: identificação do conhecimento dos enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(4), 21–29. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691998000400004>
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo* (Reimpressão 2020). Edições 70, Lda.
- Benenson, I., & Bradshaw, M. J. (2021). Approach to a patient with hypertensive urgency in the primary care setting. *The Nurse Practitioner*, 46(10), 50–55. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000790500.51146.ec>
- Bezerra, Á. L. A., Bezerra, D. S., Pinto, D. S., Bonzi, A. R. B., Pontes, R. M. N. de, & Veloso, J. A. D. P. (2018). Perfil epidemiológico de idosos hipertensos no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista de Medicina*, 97(1), 103. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i1p103-107>
- Chaves, A. S., Santos, A. M. dos, Alves, M. T. S. S. de B. e, & Salgado Filho, N. (2015). Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(3), 545–556. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14043>
- DGS. (2024). *Norma nº 020/2011 atualizada a 19/03/2013: Hipertensão Arterial: definição e classificação*. DGS.
- Eurostat. (2020). *Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU – 2020 edition* (European Union). Publicações da União Europeia.
- Foguet-Boreu, Q., Violán, C., López Jiménez, T., Pons-Vigués, M., Rodríguez-Blanco, T., Valderas, J. M., Guisado Clavero, M., & Pujol-Ribera, E. (2017). Pharmacological control of diabetes and hypertension comorbidity in the elderly: A study of “real world” data. *Primary Care Diabetes*, 11(4), 348–359. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2017.03.007>

- Krisnadeva, N. G. D., & Hidayah, R. (2023). Reducing blood pressure in elderly with stage 2 primary hypertension using slow deep breathing exercise intervention. *Nurse and Holistic Care*, 3(1), 13–20. <https://doi.org/10.33086/nhc.v3i1.3850>
- Nicolau, A. R. G. P. A. (2023). *A hipertensão arterial em Portugal: os custos da doença e a relação de causalidade com o PIB* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.
- Nóbrega, T. E. de J. (2019). *Empowerment aos Idosos com Hipertensão Arterial* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Santarém.
- Oliveira, G. M. M. de, Mendes, M., Malachias, M. V. B., Morais, J., Filho, O. M., Coelho, A. S., Capingana, D. P., Azevedo, V., Soares, I., Menete, A., Ferreira, B., Soares, M. B. dos P. C., & Fernandes, M. (2017). Diretrizes de 2017 para manejo da hipertensão arterial em cuidados primários nos países de língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(11), 789–798. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.10.006>
- OPAS, & OMS. (2021, August 25). *Mundo tem mais de 700 milhões de pessoas com hipertensão não tratada*. The Lancet.
- Pais, R., Ruano, L., Moreira, C., Carvalho, O. P., & Barros, H. (2020). Prevalence and incidence of cognitive impairment in an elder Portuguese population (65–85 years old). *BMC Geriatrics*, 20(1), 470. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01863-7>
- Papademetriou, V., Tsioufis, C., Chung, A., Geladari, C., & Andreadis, E. A. (2018). Unobserved automated office BP is similar to other clinic BP measurements: A prospective randomized study. *The Journal of Clinical Hypertension*, 20(10), 1411–1416. <https://doi.org/10.1111/jch.13371>
- Persell, S. D., Petite, L. C., Anthony, L., Peprah, Y., Lee, J. Y., Campanella, T., Campbell, J., Pigott, K., Kadric, J., Duax, C. J. D., Li, J., & Sato, H. (2023). Prospective Cohort Study of Remote Patient Monitoring with and without Care Coordination for Hypertension in Primary Care. *Applied Clinical Informatics*. <https://doi.org/10.1055/a-2057-7277>
- SNS24. (2023, September 25). *Hipertensão arterial*. SNS24.

- Soares, D. F. C. S. (2015). *Terapêutica medicamentosa e aconselhamento farmacêutico em situações de hipertensão arterial e hipercolesterolemia* [Monografia de Estágio Curricular]. Universidade de Coimbra.
- Susyanti, S., & Rahayu, R. (2022). Analysis of Nursing Care for the Elderly with Hypertension Using the Practice of Progressive Muscle Relaxation Therapy: A Case Study. *Journal of Health Science and Nursing Studies*, 1(1), 44–56. <https://doi.org/10.58516/jhsns.v1i1.27>
- Tavares, A. I. (2022). Health and life satisfaction factors of Portuguese older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 99, 104600. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104600>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., Ramirez, A., Schlaich, M., Stergiou, G. S., Tomaszewski, M., Wainford, R. D., Williams, B., & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334–1357. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbigele, B., Smith, S. C., Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A., ... Wright, J. T. (2018). 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. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>
- WHO. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*.
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J.,

Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., ... Brady, A. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

Williamson, J. D., Supiano, M. A., Applegate, W. B., Berlowitz, D. R., Campbell, R. C., Chertow, G. M., Fine, L. J., Haley, W. E., Hawfield, A. T., Ix, J. H., Kitzman, D. W., Kostis, J. B., Krousel-Wood, M. A., Launer, L. J., Oparil, S., Rodriguez, C. J., Roumie, C. L., Shorr, R. I., Sink, K. M., ... Pajewski, N. M. (2016). Intensive vs Standard Blood Pressure Control and Cardiovascular Disease Outcomes in Adults Aged  $\geq 75$  Years. *JAMA*, 315(24), 2673. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.7050>

Woodham, N. S., Taneepanichskul, S., Somrongthong, R., Kitsanapun, A., & Sompakdee, B. (2020). Effectiveness of a Multidisciplinary Approach Intervention to Improve Blood Pressure Control Among Elderly Hypertensive Patients in Rural Thailand: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 13, 571–580. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S254286>

World Health Organization. (2002). *Active Ageing - A Policy Framework* (World Health Organization, Ed.). World Health Organization.