



Ludmilla de Souza Roza¹

Mara Christian Faria Santos²

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA: A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Iporá, como exigência parcial para a conclusão do curso de Enfermagem.

Orientadora:

Prof. M.a Ana Cláudia de Faria Lima

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ana Cláudia de Faria Lima- Mestre - (Faculdade de Iporá - FAI) Orientadora

Prof. Claudia Bueno dos S.P. Dias - Especialista - (Faculdade de Iporá - FAI)

Prof. Willian Marques da S. Moura - Especialista - (Faculdade de Iporá - FAI)

Prof. Francielle Moreira Rodrigues- Mestre - (Faculdade de Iporá – FAI)

IPORÁ-GO
2022

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem - Faculdade FAI.

² Graduanda do Curso de Enfermagem - Faculdade FAI.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA: A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Ana Cláudia de Faria Lima¹

Ludmilla de Souza Roza²

Mara Christian Faria Santos³

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre a importância da equipe de enfermagem na prevenção, diagnóstico e tratamento de pacientes portadores da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Tem em vista responder à seguinte questão problema: Como o profissional de enfermagem pode contribuir na prevenção, diagnóstico e tratamento para HAS? Utilizando dos pensamentos pedagógicos dos autores citados neste trabalho define-se alguns conceitos de como o enfermeiro pode contribuir de forma significativa para a melhoria nas condições e na qualidade de vida dos pacientes portadores de HAS. O estudo implica fundamentalmente na relação entre o enfermeiro e o paciente, aplicando a educação em saúde destinada a melhorar a saúde do portador da doença.

Palavras-chave: Enfermagem, Hipertensão, Educação em Saúde

Abstract:

This work aims to reflect on the importance of the nursing team in the prevention, diagnosis and treatment of patients with Systemic Arterial Hypertension (SAH). It aims to answer the following problem question: How can the nursing professional contribute to the prevention, diagnosis and treatment of SAH? Using the pedagogical thoughts of the authors mentioned in this work, some concepts are defined on how the nurse can significantly contribute to the improvement in the conditions and quality of life of patients with SAH. The study fundamentally involves the relationship between the nurse and the patient, applying health education aimed at improving the health of the person with the disease.

Keywords: Nursing, Hypertension, Health Education

¹Orientadora – Graduada em Administração pela Faculdade de Iporá, Graduada em Pedagogia pelo Instituto Federal Goiano – Campus Iporá, Especialista em Gestão Empresarial pela Faculdade de Iporá, Especialista em Gestão Empresarial pela Faculdade de Iporá, Mestra em Ecologia e Produção Sustentável pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás-UCG.

² Graduanda do Curso de Enfermagem - Faculdade FAI.

³ Graduanda do Curso de Enfermagem - Faculdade FAI.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo aborda sobre a conduta do profissional de enfermagem na prevenção, diagnóstico e tratamento para HAS. Embora seja uma doença comum e extremamente conhecida por grande parte da população, sua prevenção e controle ainda é um desafio para a enfermagem.

A relação entre o enfermeiro e o portador da doença é fundamental no desenvolvimento educacional, refletindo de forma direta nas ações do cuidado para a promoção da saúde, e prevenção de riscos e agravos dessa doença, como no controle e acompanhamento do portador de HAS. A presença da equipe de enfermagem auxilia de forma eficaz na adesão ao tratamento.

Cabe ao profissional de enfermagem está devidamente orientado sobre as características da doença assim como as formas de tratamento, visando melhor domínio sobre a doença. Portanto é necessária uma formação que encoraje o enfermeiro a desenvolver sua criticidade e que reflita sobre suas ações, adotando os princípios do respeito, da justiça, da solidariedade, e da empatia para com o outro

Ressaltar sobre a importância de ações educativas em saúde que visam estimular a população sobre o real valor da saúde, promovendo o estímulo as pessoas a serem responsáveis pelo processo saúde-doença.

Diante do exposto, uma questão nos leva à reflexão e serviu de ponto de partida para realização deste trabalho: Como o profissional de enfermagem pode contribuir na prevenção, diagnóstico e tratamento para HAS?

O estudo é relevante, posto que se demanda um trabalho em equipe com profissionais quanto a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Quanto à metodologia utilizada, este trabalho foi desenvolvido de forma teórica, baseado no procedimento de cunho teórico-filosófico de revisão bibliográfica realizada por meio de livros, artigos científicos e sites. Segundo Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita.

Tendo um enfoque qualitativo, que estuda aspectos subjetivos de fenômenos sociais e do comportamento humano. A abordagem qualitativa exige um estudo amplo do objeto de pesquisa, considerando o contexto em que ele está inserido e as características da sociedade a que pertence.

2. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

De acordo, com Costa, et al., (2014), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), usualmente chamada de pressão alta é uma doença crônica não transmissível (DCNT) que ocorre por causas multifatoriais. Destaca-se como principal causa de morte em todo o mundo e, no Brasil é considerada como um grave problema de saúde pública, pois associa-se à alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas com elevação do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Segundo, Silva Pid, et al, (2015), a etiologia da HAS é referente a uma condição clínica em que múltiplos genes sofrem alterações, existindo modificações em vasos sanguíneos e eletrólitos do corpo. Onde acontece as alterações funcionais e metabólicas em órgãos-alvo, como encéfalo e rins, que pode ter como consequência infarto agudo do miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP), dentre outros.

A PA é o resultado do produto do débito cardíaco e da resistência vascular periférica. O mecanismo que explica o aumento da pressão sistólica com o avançar da idade é a perda da distensibilidade e elasticidade dos vasos de grande capacitância, o que resulta no aumento da velocidade da onda de pulso e a pressão diastólica tende a ficar normal ou até baixa devido à redução da complacência dos vasos de grande capacitância (FREITAS et al, 2000).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a Hipertensão Arterial Sistêmica é definida por níveis de alteração, sendo a pressão arterial sistólica 140 mmHg e a pressão arterial diastólica superior que 90mmHg em pessoas que não fazem o uso de medicamentos anti-hipertensivos. O nível alterado da pressão arterial estabelece como consequência uma sobrecarga no coração, fazendo com que o órgão se esforce mais na distribuição do sangue para todo o corpo, o que gera lesões e o aparecimento de patologias, devido a força gerada nas paredes dos vasos.

3. PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Em seus estudos, Zaitune et al (2006), afirma que para prevenção da HAS é preciso adotar algumas medidas nos hábitos de vida, incluindo a prática de exercícios físicos, uma alimentação saudável que inclua frutas, verduras legumes,

diminuir a ingestão de alimentos com alto teor de gordura, evitar usar grande quantidade de sal no preparo dos alimentos, se possível evitar o saleiro à mesa, reduzir o consumo de alimentos industrializados, tais como: enlatados, embutidos, temperos prontos e moderar o consumo de álcool e cigarro.

Paraná (2018), comenta que mesmo sabendo que as medidas de prevenção são fáceis de serem realizadas, ainda assim os índices de casos de hipertensão arterial continuam elevados, gerando cerca de 388 óbitos por dia no Brasil, segundo dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. Esse dado nos mostra que as medidas de manutenção do peso adequado, mudanças nos hábitos alimentares e a prática de exercício físico, ainda é um grande problema em nossa sociedade, pois a alta prevalência da doença está ligada em um déficit na realização da prevenção.

Conforme relatos de Brasil (2019), a obesidade e a má alimentação são fatores de risco para Hipertensão arterial. E uma boa alimentação e o controle do peso são aliados para proteção de várias doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a Hipertensão.

Póvoa, Bombig (2008), ainda ressalta que, a ingestão excessiva do sal tem correlação com a elevação da pressão arterial (PA), assim também como ingestão excessiva de açúcares e gorduras, além disso, o consumo excessivo do sal está relacionado ao aumento no risco de doenças crônicas como doenças cardiovasculares e renais, e da hipertensão arterial.

Mussi et al. (2018), comenta sobre o tabagismo e alcoolismo que a sua ingestão excessiva eleva a pressão arterial, pois aumenta o risco de doenças cardiovasculares induzindo vasoconstrição das artérias, além de ser um fator que dificulta na prevenção da HAS.

A SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2016), traz em seus estudos que os fatores socioeconômicos e o nível de escolaridade baixo, estão ligados a Hipertensão, pois dificulta na adesão ao tratamento não medicamentoso, onde uma das principais mudanças que é a alimentação saudável e a prática de exercícios físicos diariamente.

Segundo Lima et al. (2021), a maioria dos casos de HAS são assintomáticos e por se tratar de uma doença silenciosa, pode levar a uma diminuição nas taxas de prevenção e dificultar no diagnóstico precoce. Podendo afirmar que são fatores de

risco não modificáveis a genética, a idade existe uma relação direta na prevalência de HAS na faixa etária acima de 65 anos; as prevalências entre gêneros são semelhantes, embora segundo os estudos em homens é mais elevado, devido ao não conhecimento da doença e por não aderir a terapêutica.

Brasil (2021), afirma que “o diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser baseado em pelo menos duas aferições de pressão arterial por consulta, em pelo menos duas consultas” Sendo assim, é necessário que seja de forma correta, com bastante atenção, como cita os seguintes autores.

O esfigmomanômetro, seja aneróide ou de coluna de mercúrio, deve estar adequadamente calibrado. De maneira geral os aneróides devem ser calibrados semestralmente enquanto que os de coluna de mercúrio, anualmente. O tamanho do manguito é de vital importância na qualidade e validade do método. Deve, nos adultos, envolver, pelo menos, 80% da circunferência braquial. Além disso, sua largura deve cobrir, pelo menos, 40% do braço (SCHMIDT; PAZIN FILHO; MACIEL, 2004).

O paciente deve permanecer em uma posição apropriada e manter-se em posição de repouso por 5 a 10 minutos antes do início do procedimento. Ao ser feita a medição na posição sentada, o tronco deve estar encostado e os braços descontraídos. É necessário que as pernas não estejam cruzadas e também deve ser instruído a não conversar durante a medição, e qualquer questionamento deve ser feito antes ou após o procedimento. Deve-se também certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, de que não realizou a prática de exercícios físicos pelo prazo de pelo menos 60 minutos, que não fez a ingestão de estimulantes (café, chá, chocolate, etc.) por pelo menos 30 minutos antes da medida e de que não fumou á pelo menos 30 minutos. (Schmidt; Pazin Filho; Maciel, 2004).

O valor médio da PA é considerado 120/80 mmHg. Entretanto, como muitos valores fisiológicos médios estes números estão sujeitos a grande variabilidade entre pessoas ou mesmo em um único indivíduo de momento a momento. Uma PAS que é repetidamente maior que 140 mmHg em repouso ou uma PAD que é cronicamente maior que 90 mmHg é considerada como um sinal de hipertensão (SILVERTHORN, 2003).

Segue a tabela sobre a classificação do comportamento da pressão arterial sistêmica, pela medida em consultório.

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	<120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	>180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	>140	< 90

FONTE: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Disponível em: (http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)

Conforme a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: estágio 1 (antiga hipertensão leve), estágio 2 (antiga hipertensão moderada) e estágio 3 (antiga hipertensão severa ou grave).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2022), o diagnóstico é realizado através de medições da PA que é o elemento chave e atualmente é utilizado métodos alternativos à medida convencional fora do consultório como a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), sendo esta avaliação fundamental para o acompanhamento do paciente.

A Monitorização Residencial da Pressão Arterial MRPA é a técnica destinada a fazer o registro de P.A fora do ambiente de consultório, pelo próprio paciente ou pessoa capacitada para tal, por método indireto com três medidas pela manhã e três à noite, durante cinco dias. Esse método possibilita obter os níveis de pressão arterial de modo eficaz, contribuindo para o diagnóstico e o seguimento da hipertensão arterial. A MRPA não deve ser confundida com AMPA (auto-medida da pressão arterial), esta é o registro não sistematizado da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2022).

Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), é um método que proporciona o registro indireto e constante da pressão arterial por 24 horas, enquanto o paciente segue normalmente suas rotinas diárias na vigília e durante o sono. Essa monitorização tende a demonstrar eventos cardiovasculares como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2022).

Existe uma diferença entre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e crise Hipertensiva, assim como afirma o seguinte autor:

Pacientes com ou sem diagnóstico prévio de HAS podem apresentar episódios agudos, geralmente com pressão arterial sistólica (PAS) superior a 180 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) superior a 120 mmHg. Podem ser sintomáticos, dependendo do órgão primariamente acometido, estando o quadro clínico associado a síndromes vasculares agudas (infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico e síndromes aórticas) ou edema agudo de pulmão. Mais raramente, associa-se à encefalopatia hipertensiva (com alterações principalmente na fundoscopia e manifestações neurológicas) e à hipertensão maligna (igualmente com manifestações neurológicas e fundoscópicas, mas acompanhada de perda progressiva da função renal). (BRASIL,2021).

De acordo com a citação acima, a crise hipertensiva é um evento que acontece com o paciente por motivos multifatoriais, não definindo que o mesmo seja hipertenso crônico.

A abordagem terapêutica da HAS firma-se em um tratamento medicamentoso e não medicamentoso, ou seja, é preciso uma mudança nos hábitos de vida, incluindo em sua rotina a prática de exercícios físicos, uma alimentação saudável, controle de peso, redução no consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, diminuir o consumo demasiado de sal, e que o paciente esteja disposto a seguir as orientações realizadas pelos profissionais de saúde. (Costa, 2014, pag. 474).

A aceitação do paciente e o reconhecimento da doença, torna-se uma aliada na adaptação às suas condições de saúde, tendo então um autocuidado, pois a não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, cria-se barreiras no processo e não minimiza as complicações decorrentes

Oliveira (2011), relata que o tratamento não medicamentoso tem como objetivo reduzir a mortalidade cardiovasculares por hipertensos causado pelos altos

níveis tensionais e a morbidade, por meio de modificações no estilo de vida, podendo até mesmo levar a uma diminuição da dosagem de medicamentos ou até a sua dispensa, favorecendo a redução da pressão arterial.

Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a PA são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial. As razões que tornam as modificações do estilo de vida úteis são (MIO JR, 2002):

- Baixo custo e risco mínimo;
- Redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco;
- Aumento da eficácia do tratamento medicamentoso;
- Redução do risco cardiovascular.

Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), o tratamento medicamentoso, consiste em agentes anti-hipertensivos a serem utilizados no tratamento do paciente hipertenso devem permitir não somente a redução dos níveis tensionais, mas também a redução da taxa de eventos mórbidos cardiovasculares fatais e não-fatais. Dentre a classe de medicamentos os de preferência para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial são indicados os diuréticos, betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas do receptor da angiotensina II.

O fármaco deve ser eficaz por via oral sendo administrado o menor número possível de tomadas diárias. Com preferência para posologia de dose única diária, iniciando com menores quantidades efetivas aconselhadas para cada situação clínica, aumentando gradativamente, evitando probabilidades de efeitos adversos (MOCHEL et al., 2007).

Miranda et al. (2008), nos faz compreender que um dos problemas frequentes é a não adesão ao tratamento por fármacos e a não compreensão sobre a doença, o que pode causar o descontrole da pressão arterial.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), o tratamento medicamento tem como objetivo reduzir os níveis da pressão arterial para valores abaixo de 140mmHg de pressão sistólica e a 90mmHg de pressão diastólica.

A dose do medicamento como monoterapia deve ser ajustada até que se consiga redução da pressão arterial a um nível considerado satisfatório para cada paciente (em geral, inferior a 140/90 mmHg). O ajuste deve ser feito buscando-se a menor dose eficaz, ou até que surjam efeitos indesejáveis. Se o objetivo terapêutico não for conseguido com a monoterapia

inicial, são possíveis três condutas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010).

Diante de todo conteúdo citado, é necessária uma avaliação do paciente, buscando compreender seu estilo de vida, os seus hábitos e assim elaborar uma terapêutica considerando todos fatores e condições que o mesmo vive, de forma individual.

A abordagem terapêutica da hipertensão arterial deve ser periodicamente reavaliada para definir se alguma mudança é necessária para manter os níveis pressóricos próximos das metas desejáveis. Em geral, principalmente nos casos de hipertensão menos grave, o tratamento é iniciado com monoterapia e depois, com o passar do tempo e dependendo da resposta do paciente à terapêutica, quase sempre é necessária a adoção de terapias combinadas, envolvendo dois ou mais agentes anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação. (BRASIL, 2006)

Segue abaixo a figura, indicando como é realizado a avaliação, investigação clínico-laboratorial e como identificar os riscos para tomada de decisão. Sobre o esquema terapêutico.



	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano)
PA normal (<120/80)	Reavaliar em 2 anos. Medidas de prevenção (ver Manual de Prevenção).		
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida
Estágio 1 (140-159/90-99)	Mudança de estilo de vida (reavaliar em até 12 meses)	Mudança de estilo de vida ** (reavaliar em até 6 meses)	Tratamento Medicamentoso
Estágios 2 (>160 />100)	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso

* Tratamento Medicamentoso se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes.

** Tratamento Medicamentoso se múltiplos fatores de risco.

OBS: Escore de Framingham: ver Caderno Atenção Básica nº14-Prevenção Clínica de DCV e DRC.

Fonte: Brasil (2006, pag. 58)

4. O PAPEL DA ENFERMAGEM

Conforme afirma Costa et al. (2014), o papel do enfermeiro é de suma importância no diagnóstico e tratamento de pacientes com HAS, pois a consulta de enfermagem é uma estratégia que gera grandes benefícios, contribuindo de forma significativa na melhoria das condições de vida dos pacientes.

O profissional de enfermagem tem o primeiro contato com o paciente, este atua principalmente na educação em saúde, onde repassa orientações sobre o processo saúde-doença, investiga os fatores de risco, fatores hereditários, identifica a presença de complicações, hábitos de vida e tem a responsabilidade de enfatizar ações de cuidado na promoção de saúde e prevenção de riscos e agravos dos portadores de HAS. A atuação do enfermeiro consiste em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, o manuseio da doença e suas complicações quando não controlada, bem como adesão a estilos de vida saudáveis.

A educação em saúde deve ser adotada e fazer parte da conduta do enfermeiro, estimulando e motivando o paciente no seu autocuidado a serem responsáveis pelo seu tratamento, incluindo os familiares no processo para que favoreça o entendimento e manejo do tratamento, sabendo que a família interfere diretamente no processo e tem um grande poder de persuasão sobre as tomadas de

decisões do paciente. Uma vez que encontrar-se entre os portadores da HAS uma dificuldade em compreender o que é a doença, como tomar corretamente os medicamentos e como seguir a mudança de hábitos de vida, entra em todo um contexto de vida, a baixa escolaridade também é um fator que precisa levar em consideração, sendo assim o enfermeiro tem um papel importante em compartilhar o conhecimento sobre a doença e todo processo, facilitando a adesão aos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos.

Os portadores possuem suas percepções próprias sobre a HAS, relacionadas à pressão alta, ao nervosismo e às alterações na consistência do sangue, à dor de cabeça e na nuca, formulando assim uma associação da mesma, desconhecendo a doença. O não (re)conhecimento da HAS pode estar relacionado ao fato de que a doença pode não manifestar sintoma ou desconforto físico, sendo uma das razões para que o portador não se comprometa com as condutas necessárias para seu controle. Em geral, só se percebe doente, quando qualquer alteração na qualidade de vida o impeça de trabalhar, comer, dormir ou executar atividades rotineiras. Com isso, a adesão ao tratamento pode estar comprometida. (COSTA YF, et al., 2014, pag. 479).

Deve ser então enfatizado aos pacientes, as mudanças nos hábitos de vida, tais como práticas de exercícios físicos, orientados conforme suas comorbidades, redução de peso sugerindo uma alimentação saudável, sugerindo alimentos com baixo teor de gordura saturadas e/ou colesterol, reduzir o consumo sal, açúcar e doces, bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, propor medidas antiestresse. E todas essas mudanças de hábitos devem ser esclarecidas quanto aos malefícios no processo saúde-doença para os portadores da HAS.

A atenção básica é a porta de entrada de muitos dos portadores da HAS, e cabe ao enfermeiro capacitar sua equipe para receber esse paciente, elaborar junto ao paciente planos de cuidado, inserindo o mesmo nos grupos de hipertenso, durante a consulta fazer uma anamnese detalhada, buscando conhece-lo melhor, seu contexto de vida, explicar sobre os tratamentos não farmacológicos, se o paciente faz o uso de medicamento buscar saber se ele está tomando direito, marcar com sua equipe de Agente de Saúde uma visita ao domicílio do mesmo, retirar as dúvidas levantadas, encaminhar este paciente para equipe multiprofissional,

Brasil (2006), cita todas atividades que cabem ao profissional de enfermagem:

- 1) Preparar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma constante, suas atividades;
- 2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, direcionando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- 3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;
- 4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
- 5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
- 6) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;
- 7) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com comorbidades;
- 8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou comorbidades;
- 9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidades; (BRASIL, 2006)

Conforme nos afirma em seus estudos Costa, et al., (2014), o enfermeiro está totalmente ligado no processo educativo, no acompanhamento, no incentivo do autocuidado, nos estímulos necessários para pactuar com estes pacientes planos de cuidado, planejar intervenções, conhecer o texto de vida e a singularidade de cada paciente.

A enfermagem, enquanto ciência do cuidar para a qualidade de vida das pessoas, pode atuar ampliando a consciência crítica dos indivíduos, famílias e comunidade para a aquisição do poder de escolhas saudáveis de vida. Para tal, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada a uma proposta educacional de transformação social, visando à diminuição dos riscos potenciais de atitudes e ações inadequadas para a condução e o bom controle da HAS. Assim, o enfermeiro detém competências e habilidades para atuar visando à educação em saúde desse grupo específico mediante todos os fatores que possam contribuir para a não adesão ao tratamento da HAS por seu portador (COSTA YF, et al., 2014, pag.476).

A enfermagem não faz este papel sozinha, é preciso incluir toda uma equipe multidisciplinar para ter um olhar mais atento aos portadores da HAS, sendo a prática de atividades educativas de suma importância, e a participação de toda equipe em ações interdisciplinares pode contribuir na adesão ao tratamento.

A visita domiciliar também é de suma importância, pois a equipe de saúde consegue identificar o ambiente familiar, as condições de vida, fatores de riscos, se o paciente está aderindo ao tratamento proposto e as medidas de prevenção. (Bezerra, et al, 2015)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho, pode-se analisar e identificar a importância da enfermagem para atuar na prevenção, diagnóstico e na adesão do tratamento, como um agente facilitador, podendo contribuir de forma significativa na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida.

A população de forma geral apresenta dificuldade na questão de mudanças nos hábitos de vida, muita das vezes sentindo desmotivada para aderir ao novo, por falta de tempo, condições socioeconômicas, no déficit de conhecimento, baixa escolaridade e um pensamento engessado em hábito de vida antigos. O enfermeiro pode então intervir diretamente nas dificuldades encontradas e atuar de forma efetiva e eficaz.

Sendo assim, é necessário desenvolver estratégias e ressaltar a importância da prevenção e propor conhecimento para os portadores da importância do tratamento, estabelecendo uma comunicação efetiva entre hipertenso, família e a equipe de saúde. Pois, uma equipe bem esclarecida e alinhada consegue reconhecer todo processo e agir de forma positiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL - Portal Brasil, 2013 disponível em <https://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/hipertensao-atinge-24-3-da-populacao-adulta>, acessado 10 Outubro 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 128 p.

CORRÊA, T.D. et al. **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento.** 2003.

COSTA, Yasmin Fernandes, et al. "**O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica**: revisão integrativa da literatura." *O mundo da saúde* 38.4 (2014): 473-481.

Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial: Publicado em 25 de set 2007; Disponível em : SciELO - Brasil - V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2015; 13(1):75-84.

LIMA, Amanda Karem Lopes; et al, **Atuação da enfermagem na prevenção da hipertensão arterial**. Revista Eletrônica Acervo Saúde | ISSN 2178-2091. São Luis - MA. 2021. Vol.13

LINHA de Cuidado do ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. [S. l.: s. n.], 2021.

Lopes, Heno Ferreira, José Augusto S. Barreto-Filho, and Grazia Maria Guerra Riccio. "Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial." *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 13.1 (2003): 148-55.

MUSSI FC, et al. **Consumo de bebida alcoólica e tabagismo em homens hipertensos**. *Rev baiana enferm* 2018; 32:1-12.

MIRANDA, M.L.J; GODELLI, M.R.C.S.; OKUMA, S.S. (1996). **Os efeitos do exercício aeróbio com música sobre os estados de ânimo de pessoas idosas**. *Revista Paulista de Educação Física*, v. 10, n. 2.

MARCHI, Leila et outros. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto, SP – Brasil; Disponível em: SciELO - Brasil - **Prevalência de hipertensão do avental branco na atenção primária de saúde** Prevalência de hipertensão do avental branco na atenção primária de saúde

MAUZALTO, ANA CAROLINA *et al.* O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO. **UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**, [s. l.], p. 1-15, 10 jun. 2014. Disponível em: Acesso em: 3 nov. 2022.

MOCHEL, Elba Gomide. "**Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública** em São Luis (MA)." *Revista Baiana de Saúde Pública* 31.1 (2007): 90-90.

NOBRE, Fernando. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**: Rio de Janeiro Arq Bras Cardiol 2010; Disponível em: Diretriz_hipertensao_associados.pdf (cardiol.br)

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia Humana: uma abordagem integrada**. 1ª. Ed. São Paulo: Manole, 2003.

SILVA, IRICELMA *et al.* A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. **1Universidade Estadual do Piauí, Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde da família. Teresina-PI, Brasil.**, [s. l.], p. 1-15, 1 jan. 2015. Disponível em: a atuação do enfermeiro frente à hipertensão arterial sistêmica<https://ares.unasus.gov.br>. Acesso em: 3 nov. 2022.

SILVA SSBE, Colosimo FC, Pierin AMG. **O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial.** Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):488-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s008062342010000200035>.

SLATER B, et al.. **Validation of a semi-quantitative adolescents food frequency questionnaire applied at a public school in São Paulo, Brazil.** Eur J Clin Nutr 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / sociedade brasileira de hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95 n(1 supl. 1): 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol. 2010; 95(1):1-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2010001700001>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2016.** Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acessado em: 10 de outubro de 2022.

PARANÁ. **Linha guia de hipertensão Arterial**, 2018. Disponível em: <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/db5be589f90e.pdf> acesso em 10 de outubro de 2022.

PÓVOA R., BOMBIG M.T.N. **Cardiopatia hipertensiva: aspectos epidemiológicos, prevalência e fator de risco cardiovascular.** Rev Bras Hipertens. 2008,

ZAITUNE, M.P.A. et al. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** 2006. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200006>. Acesso em: 10 de outubro de 2022.