

FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM

EDITH AUGUSTA DE PAULA

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ASSISTÊNCIA
PRIMÁRIA**

PATOS DE MINAS

2010

EDITH AUGUSTA DE PAULA

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ASSISTÊNCIA
PRIMÁRIA**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para conclusão do Curso de Graduação de Enfermagem.

Orientador: Prof. Luiz Fernando Dall Piaggi

PATOS DE MINAS

2010

616.12-008.331.1 PAULA, Edith Augusta

P324i A importância do enfermeiro na prevenção da Hipertensão Arterial na assistência primária/Edith Augusta Paula – Orientador(a): Prof. Esp. Luiz Fernando Dall Piaggi . Patos de Minas: [s.n.], 2010

33p.

**Monografia de Graduação – Faculdade Patos de Minas - FPM
Curso de Bacharel em Enfermagem**

**1.Definição da Hipertensão Arterial 2.Fatores de Risco relacionado á hipertensão arterial 3.Ações de enfermagem no atendimento ao hipertenso
I.Edith Augusta Paula II. A importância do enfermeiro na prevenção da hipertensão arterial na assistência primária**

FACULDADE DE PATOS DE MINAS
EDITH AUGUSTA DE PAULA

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA

Monografia aprovada em 18 de Novembro de 2010 pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientadora:

Prof. Esp. Luiz Fernando Dall Piaggi
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinador:

Prof. Esp. José Henrique Nunes Borges de Andrade
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinador:

Prof. Ms. Renata Santos
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Dedico este trabalho aos pacientes portadores de hipertensão arterial do PSF- Alto Colina, por terem influenciado na escolha deste tema.

AGRADECIMENTOS

Expresso minha gratidão a Deus, que com seu infinito poder, deu-me condições de concluir este curso.

A meus pais (in memória) e irmãos pelo apoio e incentivo incondicional.

Aos presidentes da comunidade Evangélica Manancial de Vida: Pr. Marcos e Pra. Ângela, pelas orações e benção.

Em especial Sílvia Letícia, Luciana e Paula, pela digitação e formatação deste trabalho.

Às amigas Débora, Regiane e Simone, através do convívio diário, demonstraram que postura ética e comprometimento permeiam nossa prática profissional.

Às amigas de estágio: Núbia, Denise, Aparecida e Victor pelo companheirismo.

Aos orientadores: Luiz Fernando, Luciana e Mislene, que me doaram parte do vasto conhecimento.

A todo o corpo docente da Faculdade Patos de Minas, que me capacitou para a profissão de Enfermagem. A todos, muito obrigada!

“Dá sabedoria ao sábio, e ele se fará mais sábio ainda, ensina ao justo e ele crescerá em prudência.”

(PV. 9:9)

RESUMO

Este estudo sobre o atendimento de enfermagem ao paciente hipertenso tem como objetivo definir o que é a hipertensão arterial sistêmica, sendo ela uma doença crônica degenerativa, em que ocorre o aumento da pressão arterial, caracterizada pela pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica maior que 90 mmHg durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações. A hipertensão apresenta-se como uma condição multifatorial, podendo ter como causas alterações em fatores que afetam a resistência periférica e o débito cardíaco, ou modificações com os sistemas de controle que monitoram ou regulam a pressão, entre outras causas. Propõe também mostrar o papel do enfermeiro no atendimento ao hipertenso na atenção primária. Portanto, cabe à enfermagem empenhar-se a oferecer um atendimento especializado, com bases no referencial das etapas da sistematização da assistência de enfermagem, utilizando-se de uma abordagem multidisciplinar e incorporação de atividades educativas, que supram a necessidade do hipertenso quanto ao tratamento e controle dos níveis pressóricos, proporcionando um atendimento eficiente em prol da qualidade de vida deste paciente. Foi utilizada uma abordagem descritiva e qualitativa através de revisão bibliográfica em materiais de cunho científico.

Palavras-chave: Hipertensão. Enfermagem. Sistematização. Unidade Básica de Saúde. Consulta de Enfermagem.

ABSTRACT

This study on nursing care to hypertensive patients is aimed at defining what is a systemic artery hypertension, being a chronic degenerative disease, in which there is increased blood pressure, characterized by systolic blood pressure above 140 mmHg and the pressure diastolic blood pressure greater than 90 mmHg over a sustained period, the average of two or more measurements. Hypertension appears as a multifactorial condition, thus possibly causes changes in factors affecting peripheral resistance and cardiac output, or modifications to the control systems that monitor or regulate the pressure, among other causes. Also proposing to show the role of nurses in the care of hypertension in primary care, so it is up to nursing strive to offer a specialized service, with bases in the frame of the steps of the systematization of nursing care using a multidisciplinary approach and incorporation educational activities, that meets the need of hypertensive patients about the treatment and control of blood pressure levels, providing an efficient service for the quality of life of patients. We used a qualitative descriptive approach and on a review of materials of a scientific nature.

Keywords: Hypertension. Nursing. Sistematização. Unidade Basic Health Nursing Consultation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	DEFINIÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	11
2.1	Fisiopatologia.....	13
2.2	Crise hipertensiva.....	16
3	FATORES DE RISCO RELACIONADO À HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	17
3.1	Complicações da hipertensão.....	20
3.2	Tratamento medicamentoso da hipertensão.....	22
4	AÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO HIPERTENSO.....	26
4.1	Pré-consulta e pós-consulta.....	27
4.2	Consulta de enfermagem.....	28
4.3	Grupos de hipertensos.....	31
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Segundo Molina et al. (2003) apesar de todo avanço científico, tecnológico e cultural, atualmente, percebe-se que grande parte da população necessita de informações adequadas acerca dos cuidados sobre a prevenção de doenças, principalmente as doenças crônicas, que vem se tornando cada vez mais prevalente no mundo atual, alterando, assim, o perfil da mortalidade brasileira.

A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmhg, e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmhg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (Brasil, 2006). A hipertensão arterial sistêmica afeta diretamente a qualidade de vida de seus portadores, pois as conseqüências acarretam doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica.

Conforme Castro e Car (2000) a hipertensão arterial é uma doença crônica altamente prevalente na população, tanto em países desenvolvidos, como nos subdesenvolvidos.

A diferença entre a PA sistólica e a diastólica em aferição casual, conhecida como pressão diferencial ou “de pulso”, incorpora em sua medida fenômenos decorrentes de um mesmo processo degenerativo e, portanto, supostamente fornece informações prognósticas aditivas e complementares (KAISER, et al., 2003).

A pressão arterial é o produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica. O débito cardíaco é o produto da frequência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico. Na circulação normal, a pressão é exercida pelo fluxo sanguíneo através do coração e dos vasos sanguíneos. A pressão arterial alta pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, de uma alteração na resistência periférica ou de ambas. Os medicamentos utilizados para tratar a hipertensão diminuem a resistência periférica, volume sanguíneo ou força e frequência da contração miocárdica (BRUNNER, 2005).

Para Lopes e Marcon (2009) o principal desafio para programas e políticas de controle de hipertensão arterial no país é: reduzir complicações, internações e mortes relacionadas à hipertensão; reduzir a prevalência da doença hipertensiva; aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial; garantir acesso dos hipertensos a serviços básicos de saúde, com resolubilidade; incentivar políticas e programas comunitários.

De acordo com Minas Gerais (2007) existem três tipos de prevenção; a primária que visa à eliminação dos fatores de risco e a introdução de hábitos saudáveis a fim de impedir o adoecimento. A prevenção secundária objetiva através de mudanças de hábitos de vida, a reversão e controle nos casos mais leves evitando o aparecimento de complicações ou adiando a progressão do quadro clínico. Já a prevenção terciária atua evitando seqüelas, internações e óbitos precoces relacionados a complicações agudas da hipertensão.

Maciel et al. (2003) considera que o atendimento de enfermagem prestado ao cliente hipertenso, deve ser autônomo e independente, com bases na sistematização da assistência de enfermagem, e na consulta de enfermagem como ferramenta de trabalho, estabelece uma relação com o paciente, tendo como finalidade a prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, de preferência articulada a um grupo educativo, fazendo com que o programa de assistência de enfermagem não se torne algo superficial e inefetivo, decorrente de uma patologia tão grave.

Ainda de acordo com Maciel et al. (2003) há o relato de que: “a essência da prática de enfermagem, no que se refere à hipertensão, é assistir ao cliente e à família no desenvolvimento de habilidades e atitudes que levem a um auto-cuidado efetivo deste problema crônico de saúde”.

O objetivo geral deste trabalho constitui-se em abordar a importância da enfermagem na promoção à saúde e prevenção de doenças, tendo respaldo legal para o desenvolvimento da consulta de enfermagem e implementação da assistência de enfermagem, prescrevendo medidas que contribuam para a recuperação e reabilitação do paciente hipertenso, pois o enfermeiro é um profissional capacitado para desenvolver tais tarefas.

A escolha do tema se deu devido à experiência obtida nos estágios curriculares em unidades básicas de saúde, em que se pode observar que a hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública no Brasil.

O presente estudo foi de natureza descritiva e qualitativa, como base através de revisão literária, utilização de diversas fontes como livros, artigos científicos, monografias, dissertações, teses e base de dados da internet.

2 DEFINIÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Segundo Brasil (2002) a hipertensão arterial sistêmica é considerada um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.

A pressão arterial é caracterizada pela força que o sangue exerce nas paredes dos vasos sanguíneos. São considerados valores normais para a pressão arterial 120/80 mmHg, fator que se constitui um não risco para problemas cardiovasculares, porém esse parâmetro pode variar de pessoa para pessoa (SMELTZER, et al., 2005).

Os pacientes em fase de pré-hipertensão já estão com risco cardiovascular aumentado em relação aos sujeitos com valores normais. No entanto por ser uma doença crônica, o tratamento, bem como a monitorização deve ser constante durante toda a vida do indivíduo (MINAS GERAIS, 2007).

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Seria preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante (BRASIL, 2002) Ainda de acordo com autor supracitado.

A hipertensão é por vezes chamada de “assassino silencioso” porque as pessoas que a possuem frequentemente não evidenciam sintomas (BRUNNER, 2005). Devido a este fator importante se faz necessário, uma orientação aos pacientes para o cuidado freqüente com o hábito de vida.

Portando, Saraiva et al. (2007) ressalta que a prevenção primária faz-se útil na prevenção de doença hipertensiva, através da identificação e intervenção nos fatores de risco, por meio de mudanças no estilo de vida, para prevenir doenças cardiovasculares em pessoas sem doença prévia.

Seguindo os parâmetros pressóricos ainda pode-se classificar a HA em primária e secundária. Quando primária, sua causa é caracterizada por diversos fatores envolvidos e importante fator genético. Enquanto que a hipertensão arterial secundária caracterizada-se por elevação pressórica devido a uma doença conhecida ou uso de algum medicamento. É de início súbito e grave e tende a ser resistente à medicação (OLIVEIRA, 2008). Em ambas, as classificações para se ter o diagnóstico faz-se necessária a medida da pressão arterial que, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), deve ser realizada em toda avaliação de saúde com aparelhos testados e devidamente calibrados a cada seis meses. A medida da pressão arterial deverá ser realizada na primeira avaliação, em ambos

os membros superiores e, em caso de diferença, utiliza-se sempre o braço com o maior valor de pressão para as medidas subsequentes. Em cada consulta, deve ser realizada pelo menos três medidas, com intervalo de um minuto entre elas, sendo a média das duas últimas considerada a pressão do indivíduo.

Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA (BRASIL, 2006).

A pressão arterial é um parâmetro que deve ser avaliado continuamente, mesmo em face de resultados iniciais normais. A investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso objetiva explorar condições como; confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico, avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo, identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global, diagnosticar doenças associadas à hipertensão, diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial. Para atingir tais objetivos, é necessário avaliar história clínica, exame físico e avaliação laboratorial inicial do paciente hipertenso (BRASIL, 2006).

A elevação prolongada da pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos. As consequências usuais da hipertensão descontrolada prolongada são o infarto do miocárdio, a insuficiência renal, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada (SMELTZER, et al. 2005, p. 906).

De acordo com Oliveira et al. (2008) o profissional de saúde da rede básica tem importante primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, seja na definição do diagnóstico clínico e da consulta terapêutica, ou nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso no seguimento do tratamento.

Conforme Saraiva et al. (2007) diz que é necessário que o enfermeiro tenha sempre em mente que manter o paciente motivado e fazê-lo não desistir do tratamento. É talvez seja uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde em relação ao paciente hipertenso.

A pressão arterial elevada pode ser visualizada de três maneiras; como um sinal, um fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica ou como uma doença. Como um sinal, as enfermeiras e outros profissionais de saúde utilizam a pressão arterial para monitorar o estado clínico de um paciente. A pressão elevada pode indicar uma dose excessiva de medicamento vasoconstritor ou outros problemas. Como um fator de risco, a hipertensão contribui para a velocidade com que a placa aterosclerótica se acumula dentro das paredes arteriais. Como doença, a hipertensão é um importante contribuinte para a morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica (BRUNNER, 2005). Medidas populacionais de conscientização, programas de prevenção, reeducação no estilo de vida, reduziria muito a exposição aos fatores de risco, que conseqüentemente diminuiria o número de hipertensos.

2.1 Fisiopatologia

O coração humano é uma bomba notavelmente eficiente, durável e confiável, que diariamente, propela mais de 6.000l de sangue pelo corpo durante a vida de um indivíduo, proporcionando aos tecidos um suprimento constante de nutrientes vitais e facilitando a excreção dos produtos de degradação. Como seria de se esperar, a disfunção pode estar associada a conseqüências fisiológicas devastadoras (ROBBINS, et al., 2000).

Para Ennes (2008) o aparecimento da hipertensão depende do intercâmbio entre predisposição genética e fatores ambientais. Entende-se que a hipertensão é seguida por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Deste modo compreende-se que ela tanto causa alterações estruturais, quanto dano ao sistema cardiovascular.

A ação de bombeamento do coração é realizada pela contração e relaxamento rítmicos de sua parede muscular. Durante a sístole (contração do músculo), os compartimentos do coração tornam-se menores à medida que o sangue é ejetado. Durante a diástole (relaxamento do músculo), as câmaras cardíacas enchem-se com sangue na preparação para a ejeção subsequente. O coração adulto normal em repouso bate aproximadamente 60 a 80 vezes por minuto. Cada ventrículo ejeta aproximadamente 70 ml de sangue por batimento e apresenta um débito de aproximadamente 5 l por minuto (BRUNNER, 2005).

Um importante determinante do fluxo sanguíneo no sistema cardiovascular é o princípio de que o líquido flui de uma região de pressão mais elevada para uma com pressão mais baixa. As pressões responsáveis pelo fluxo sanguíneo na circulação normal são geradas durante a sístole e diástole, nos grandes vasos e compartimentos. As pressões são identificadas em milímetros de mercúrio (mmhg) como a pressão média ou pressão sistólica em relação à diastólica (ROBBINS, et al., 2004).

As alterações estruturais e funcionais no coração e vasos sanguíneos contribuem para aumentos na pressão arterial que acontecem com a idade. As alterações incluem o acúmulo da placa aterosclerótica, fragmentação das elastinas arteriais, depósitos aumentados de colágeno e vasodilatação prejudicada. O resultado dessas alterações é uma diminuição na elasticidade dos principais vasos sanguíneos. Por conseguinte, a aorta e as grandes artérias são menos capazes de acomodar o volume de sangue bombeado pelo coração (volume sistólico), e a energia que teria estirado os vasos eleva a pressão arterial sistólica. A hipertensão sistólica isolada é mais comum em idosos (BRUNNER, 2005).

Os principais fatores envolvidos no controle da pressão sanguínea são regidos pela lei de Poiseuille-Hagen, ou seja, alterações no débito cardíaco e/ou resistência periférica (KAISER, et al., 2003).

Para Francisco (2005) a HA é classificada em primária quando a causa ainda não é conhecida, aproximadamente 90% dos casos. E em secundária, quando o aparecimento se dá devido a problemas renais, doenças nas artérias aorta e alguns tumores ou doenças endócrinas, acometendo 10% da população.

Embora a causa exata para a maioria dos casos não consiga ser identificada, é sabido que a hipertensão é uma condição multifatorial. Como a hipertensão é um sinal, é mais provável que ela tenha muitas causas, da mesma forma que a febre apresenta muitas causas. Para que a hipertensão aconteça, deve haver uma alteração em um ou mais fatores que afetam a resistência periférica ou o débito cardíaco (BRUNNER, 2005).

O débito cardíaco é influenciado pelo volume sanguíneo, que depende em grande parte, do sódio corporal. Por conseguinte, a homeostasia do sódio é fundamental para a regulação da pressão arterial. A resistência periférica total é predominantemente determinada a nível das arteríolas e depende do tamanho da luz, que por sua vez, depende da espessura da parede arteriolar e dos efeitos das influências neurais e hormonais que contraem ou dilatam estes vasos. O tônus vascular normal depende da competição entre influências vasoconstritoras (incluindo angiotensina II, catecolaminas, tromboxano, leucotrienos e endotelina) e vasodilatadoras (incluindo cininas, prostaglandinas e óxido nítrico) (ROBBINS, et al., 2004).

Várias hipóteses sobre as bases fisiopatológicas da pressão arterial elevada estão associadas ao conceito de hipertensão como uma condição multifatorial. A hipertensão pode ter como causa; atividade aumentada do sistema nervoso simpático relacionada com a disfunção do sistema nervoso autônomo; reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água relacionada com uma variação genética na maneira pela qual os rins manuseiam o sódio; atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume do líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada, vasodilatação diminuída das arteríolas relacionada com a disfunção do endotélio vascular, resistência à ação da insulina, que pode ser um fator comum ligado a hipertensão, diabetes melito do tipo2, hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância à glicose (BRUNNER, 2005).

Conforme Smeltzer, et al. (2005, p.906)

A pressão elevada pode indicar uma dose excessiva de medicamento vasoconstrictor ou outros problemas. Como um fator de risco, a hipertensão contribui para a velocidade com que a placa aterosclerótica se acumule dentro das paredes arteriais. Como doença, a hipertensão é um importante contribuinte para a morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica.

Certos produtos metabólicos (como ácido láctico, íons hidrogênio e adenosina) e a hipóxia também podem atuar como vasodilatadores locais. Os vasos de resistência também exibem a propriedade de auto-regulação, um processo pelo qual um aumento do fluxo sanguíneo nestes vasos induz vasoconstrição. Trata-se de um mecanismo adaptativo que protege contra a hiperperfusão dos tecidos. Os rins desempenham importante papel na regulação da pressão arterial, e existem consideráveis evidências de que a disfunção renal é essencial para o desenvolvimento e a manutenção da hipertensão tanto essencial (primária) quanto secundária (ROBBINS, et al., 2004).

2.2 Crise Hipertensiva

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) é quando há uma elevação importante da pressão arterial, em geral pressão diastólica > 120 mmHg, em condição estável, sem comprometimento de órgãos-alvo, em que recomenda-se a redução dentro de algumas horas em pelo menos 24 horas, em geral com medicamentos por via oral.

Existem duas crises hipertensivas que exigem prescrição de enfermagem: emergência hipertensiva e urgência hipertensiva. Podem acontecer com os pacientes cuja hipertensão tem sido mal controlada ou com aqueles que interromperam abruptamente seus medicamentos. Quando a crise hipertensiva for controlada, é realizada uma avaliação completa para rever o plano de tratamento contínuo do paciente e as estratégias para minimizar a ocorrência da crise hipertensiva subsequente (BRUNNER, 2005).

De acordo com Smeltzer et al. (2005) as urgências hipertensivas são tratadas com doses orais de agentes de ação rápida, como os diuréticos de alça, os beta-bloqueadores, os inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas do cálcio, ou alfa-agonistas, é uma condição em que se faz necessário o abaixamento imediato da pressão arterial a fim de conter ou evitar a lesão de órgãos alvo. Por causa do risco de vida, exige-se tratamento imediato em ambiente de terapia intensiva pela possibilidade de ocorrer grave lesão em órgão alvo.

De uma maneira geral, quando nos defrontamos com uma crise hipertensiva, deve-se proceder com a hospitalização do paciente e realizar os exames de rotina e os especializados. Algumas condições imitam crises hipertensivas, dentre as quais citamos insuficiência venosa encefálica aguda (IVE), uremia, AVC, hemorragia subaracnóidea, tumor cerebral, trauma cerebral, epilepsia, vasculite cerebral lúpica, encefalite, porfiria aguda, hipercalemia e síndrome do pânico (KAISER, et al., 2003).

Conforme Minas Gerais (2007, p. 57)

É caracterizada por condição crítica da pressão arterial com quadro clínico grave, progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte, necessitando de rápida redução da pressão arterial com medicamentos por via parenteral. Ocorre aumento súbito a pressão arterial, com perda da auto-regulação do

fluxo cerebral e comprovação de lesão vascular, com quadro clínico de encefalopatia hipertensiva, lesões hemorrágicas dos vasos da retina e papiledema.

A emergência hipertensiva é uma situação em que a pressão arterial deve ser imediatamente reduzida (não necessariamente para menos de 140/90mmhg) para conter ou evitar a lesão dos órgãos-alvo. As condições associadas incluem o infarto agudo do miocárdio, aneurisma dissecante da aorta e hemorragia intracraniana. As emergências hipertensivas são elevações agudas da pressão arterial com risco de vida, as quais exigem tratamento imediato em um ambiente de terapia intensiva por causa da possibilidade de ocorrer grave lesão do órgão-alvo. Os medicamentos de escolha nas emergências hipertensivas são aqueles que apresentam um efeito imediato (BRUNNER, 2005).

As emergências hipertensivas podem ser geradas por: encefalopatia; dissecação aórtica; edema pulmonar; feocromocitoma; interação da tiramina com inibidores da monoaminoxidase (IMAO); hemorragia cerebral; eclampsia ou uso de crack e cocaína (KAISER, et al., 2003).

A urgência hipertensiva é uma situação em que a pressão arterial deve ser diminuída dentro de algumas horas. São tratadas com doses orais de agentes de ação rápida, como os diuréticos de alça (bumetanida), furosemida (lasix), os beta-bloqueadores propranolol (Inderal), metoprolol (lopressor), nadolol (Corgard), os inibidores de enzima conversora de angiotensina (lotensin), captopril (capoten), enalapril (vasotec), antagonistas do cálcio (diltiazem), verapamil (Isoptin), e guanfacina (tenex) (BRUNNER, 2005).

As urgências hipertensivas podem estar associadas com doença coronária; hipertensão maligna; hipertensão severa em transplantado renal; hipertensão pós-operatório, hipertensão não-controlada em emergência cirúrgica (KAISER, et al., 2003).

É necessária a monitoração rigorosa da pressão arterial em pacientes durante o tratamento das emergências e urgências hipertensivas. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso.

3 FATORES DE RISCO RELACIONADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL

Apesar do aparecimento da hipertensão estar relacionado aos fatores de risco constitucionais – idade, sexo, raça, cor e história familiar, a prevenção pode ser adquirida através da eliminação ou controle dos fatores de riscos ambientais – sedentarismo, obesidade, consumo de sal, gorduras e carboidratos, consumo de álcool, stress e tabagismo. Os níveis pressóricos podem ser controlados através de hábitos saudáveis como; controle de peso, atividade física regular, evitar tabagismo, álcool e gerenciar o stress (SANTOS, et al., 2008). O que se leva a compreensão da importância da participação do indivíduo no controle e manutenção do tratamento, principalmente no que diz respeito a mudanças no estilo de vida e uso correto das medicações.

Conforme Guedes et al. (2005) os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados, principalmente a ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade, estresse e consumo exagerado de álcool, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores.

Para Moreira (2007) os fatores de risco embora modificáveis, aparentemente fáceis de serem controlados, intensificam a resistência de mudança, dificultando ainda mais a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, com a instalação da doença e agravamento das complicações físicas e mentais. Dessa forma os hábitos e costumes dos trabalhadores hipertensos podem ser modificados, uma vez que cada indivíduo se sinta sujeito de sua história e, a partir daí, inicie a tomada de decisão, adotando um estilo de vida apropriado a sua condição.

Segundo Kaiser e Couto (2003) os principais fatores de risco para hipertensão arterial esta relacionado com a idade (a pressão arterial aumenta linearmente com a idade), fatores socioeconômicos (menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional), sal (excesso de sódio), obesidade (risco cardiovascular aumenta), álcool (quantidade de etanol e à frequência de ingestão), sedentarismo (o exercício resistido possui efeito hipotensor semelhantes, mas menos consistente).

De acordo com Molina et al. (2003) o consumo abusivo de sal é o desencadeante ambiental mais importante de hipertensão arterial. Uma dieta rica em sódio induz a liberação excessiva de hormônio natriurético, o qual pode aumentar indiretamente a pressão sanguínea. A sobrecarga de sódio estimula os mecanismos vasopressores do sistema nervoso central (SNC).

Afirma Peres, Magna e Viana (2003) que o paciente hipertenso deve evitar enlatados e embutidos, por serem ricos em sódio e dar preferência a temperos naturais, como limão, ervas, alho, cebola, ao invés de similares industrializados.

Segundo Amadeu e Lima (2006) a ingesta média diária de sal recomendadas deve ser em torno de 100 meq (2,4 de sódio ou 6g de cloreto de sódio) ou menos.

Para Oliveira (2008) há muito tempo o sal tem sido um importante fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial, estando também relacionado ao aumento do risco para desenvolvimento da hipertrofia ventricular esquerda, proteinúria e direta queda noturna da pressão.

De acordo com Castro e Car (2000) o mecanismo por meio do qual o exercício físico reduz a pressão arterial está relacionado com a diminuição da atividade do sistema nervoso simpático refletido por vasodilatação persistente pós-exercício. Além disso, a atividade contribui para a elasticidade dos vasos e melhora o retorno venoso.

Segundo Amadeu e Lima (2006) outro fator significativo na doença hipertensiva é o estresse, por acarretar um maior estímulo simpático, que por sua vez, pode induzir as modificações, nos níveis de pressão arterial. Apesar de pouco embasamento, é recomendado aos hipertensos que utilizem todas as técnicas de relaxamento disponíveis a fim de diminuir o estresse.

De acordo com Smeltzer e Bare (2002) o estresse pode ser associado com fatores ocupacionais, níveis socioeconômicos e características de personalidade.

O consumo de álcool é um fator importante no tratamento anti-hipertensivo. Segundo Araújo e Guimarães (2007) o álcool quando ingerido em pequena quantidade tem efeito hipotensor e pode ser benéfico sobre o risco cardiovascular, porém seu uso excessivo é responsável por cerca de 5 a 10% de hipertensão arterial.

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) o álcool também possui seu efeito sobre a pressão arterial, verificando-se uma redução média de 3,3 mmhg na pressão sistólica e 2,0 mmhg na pressão diastólica, sendo

que o consumo fora das refeições aumenta o risco de hipertensão, independente da quantidade. E os hipertensos fumantes devem ser incentivados a abandonar este hábito através de aconselhamentos e medidas de suporte específicas, pois o fumo está associado à maior incidência e mortalidade por doenças coronarianas, cerebrovascular e vascular de extremidades.

De acordo com Brasil (2006) recomendam-se limitar a ingestão de bebida alcoólica para a 30 ml/dia de etanol para homens e metade dessa quantidade para mulheres, o que corresponde para o homem, a aproximadamente 720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada.

Segundo Silva e Junior (2007) sempre que possível a enfermagem deve encorajar o abandono total do consumo de álcool, visto que é considerado um problema de saúde pública, pois está diretamente relacionado com dependência, hepatopatias e deficiência imunológica.

Brasil (2006) afirma que o cigarro associado à pressão arterial é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

De acordo com Smeltzer e Bare (2002) a nicotina é um dos principais agentes agressores do aparelho cardiocirculatório e, associada ao monóxido de carbono proveniente da queima do tabaco, é um dos maiores agentes de aterosclerose e doença coronariana. Ela provoca vasoconstrição cutânea e aumento do rimo cardíaco, da pressão arterial, da força das contrações cardíacas e da adesividade plaquetária.

Quando o indivíduo compreende a necessidade de implementar hábitos saudáveis em sua vida contribuindo assim para o tratamento, pode-se até dispensar a terapia farmacológica ou a quantidade de drogas poderá ser reduzida. Dentre as mudanças que devem acontecer na vida de um hipertenso, destacam-se a redução do peso corporal, dieta hipossódica e balanceada, aumento da ingestão de frutas e verduras, redução de bebidas alcoólicas (sendo que esta além de elevar os níveis pressóricos, contribui para o ganho de peso), realização de exercícios físicos, eliminação ou diminuição do tabagismo e substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados (CASTRO, et al., 2005).

Segundo Heyde (2004 apud Moreira 2007, p. 44):

A mudança no estilo de vida constitui uma tarefa difícil, pois é, quase sempre, acompanhada de um movimento de resistência e exige um investimento de energia física, mental e emocional, em proporções que,

muitas vezes, parecem exceder as possibilidades. Assim, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e especialmente, mantê-las por muito tempo.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial.

3.1 Complicações da hipertensão

De acordo com Goldman e Ansello (2005) a hipertensão arterial sistêmica afeta um quarto da população adulta no mundo e se não tratada pode acarretar em várias complicações.

Para Lopes e Marcon (2009) complicações da hipertensão arterial incluem crise hipertensiva, doença arterial periférica, aneurisma, doença arterial coronariana, angina, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias, acidente vascular cerebral, retinopatia, encefalopatia hipertensiva e insuficiência renal que pode ser aguda ou crônica.

Segundo Martin et al. (2004) a crise hipertensiva é uma das formas de complicação de hipertensão caracterizada por uma elevação rápida, inapropriada, intensa e sintomática da pressão arterial com ou sem risco de deterioração de órgãos-alvos (coração, rins e artérias), que pode conduzir a um risco imediato ou potencial de vida.

Brasil (2006) afirma que se não tratada a crise hipertensiva ela pode trazer complicações renais, cardíacas, cerebrais e até a morte.

Conforme Smeltzer e Bare (2002) a doença arterial periférica caracteriza-se pela presença de aterosclerose (desenvolvimento de placas de gordura ou ateroma) na artéria aorta e em seus ramos principais, além do comprometimento das artérias mais periféricas localizadas nos membros inferiores e mais raramente os superiores.

Piccinato et al. (2001) relatam que hipertensão arterial é o fator mais potente no desenvolvimento da doença aterosclerótica, embora outros fatores de risco não menos importantes concorram na etiopatogenia dessa doença, ressalta ainda que o tabagismo, o diabetes melittus e a hiperlipidemia apresentam grande impacto na evolução, particularmente na doença aterosclerótica periférica.

Smeltzer e Bare (2002) afirmam que a insuficiência arterial das extremidades é comum em indivíduos acima de 50 anos de idade, hipertensos, mais usualmente em homens, as pernas são acometidas com mais freqüência.

Conforme Pedroso e Oliveira (2007) outra complicação da hipertensão é o aneurisma, que é um saco ou dilatação localizada que acomete uma artéria e constitui um ponto fraco na parede vascular, ocasionalmente numa aorta afetada pela aterosclerose, surge uma brecha na íntima e se degenera, surgindo uma dissecção. Os aneurismas dissecantes muitas vezes, estão associados com hipertensão mal controlada; eles são três vezes mais comuns entre os homens do que entre mulheres e ocorrem na faixa etária dos 50 a 70 anos.

Para Batlouni (1993) entre as doenças cardiovasculares, a de maior importância é a doença arterial coronária (DAC) cujas principais manifestações clínicas são a angina pectoris, o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a morte súbita.

Smeltzer e Bare (2002) afirmam que a angina é caracterizada por crises dolorosas ou sensação de pressão na região anterior do tórax. Em geral a dor é sentida profundamente no peito, atrás do terço superior ou médio do esterno, e ela pode irradiar-se para o pescoço, mandíbula, ombros e faces internas das extremidades superiores, a dor regride quando o fator precipitante é afastado.

De acordo com Andrade (2002) o infarto agudo do miocárdio constitui o acidente isquêmico mais grave da doença coronariana, provocando alterações irreversíveis no miocárdio, pesquisas indicam que o paciente com infarto do miocárdio geralmente é homem, tem mais de 40 anos e apresenta aterosclerose dos vasos coronarianos, habitualmente com hipertensão arterial.

Zipes et al. (2006) relatam que morte súbita cardíaca é definida como a morte natural das causas cardíacas, pronunciada pela perda abrupta até uma hora após o início dos sintomas agudos.

Pedroso e Oliveira (2007) afirmam que o estresse emocional pode precipitar arritmias ventriculares, ao estimular vias serotoninérgicas no SNC, as quais afetam fortemente o funcionamento cardiovascular.

De acordo com Antoniuk et al. (2000) a encefalopatia hipertensiva é uma síndrome clínica, que habitualmente se inicia por cefaléia intensa generalizada, seguindo-se alterações da consciência, como sonolência, confusão, agitação, estupor, podendo chegar ao estado de coma, geralmente superficial. Ocorrem ainda vômitos, alterações visuais neurológicas, como deficiências focais transitórias e

migratórias, levando a hemiparesias, disfasias e convulsões localizadas e generalizadas.

Segundo Pedroso e Oliveira (2007) a insuficiência renal ocorre quando os rins são incapazes de remover as escórias metabólicas do corpo ou realizar suas funções reguladoras, acontece uma perda súbita e quase completa da função renal causada por insuficiência da circulação renal ou por disfunção glomerular ou tubular.

Para Cicco (2007) a colaboração do indivíduo é de extrema importância, porque apesar de não ter cura, pode-se através do tratamento, manter controlados os níveis da pressão arterial, evitando possíveis complicações. Do contrário, poderá provocar problemas sérios, como doenças cardiovasculares, perda da visão, paralisação dos rins e acidente vascular cerebral (AVC) todos com graves conseqüências.

Estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem dos fatores relacionados a hábitos e estilos de vida que reduziram o risco de exposição, trazendo benefícios para a prevenção da hipertensão arterial.

3.2 Tratamento Medicamentoso da Hipertensão

Conforme Castro e Car (2000) quando se obtém uma resposta inadequada à modificação do estilo de vida, ou seja, a pessoa não atingiu a pressão arterial desejada ou não está fazendo considerável progresso nesse sentido, é necessária a intervenção farmacológica.

Um dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais de saúde é a não adesão ao tratamento pelos pacientes. De acordo com Moreira (2007) o problema da resistência ao tratamento é complexo e envolve vários fatores; os relacionados ao paciente (idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, nível econômico, herança genética, obesidade e dificuldade em assumir seu portador de uma doença assintomática e dificuldade em mudar o estilo de vida), à doença (cronicidade e ausência de sintomas), as crenças culturais de saúde e os hábitos e rotinas de vida, e os relacionados ao tratamento (custo da consulta, dos procedimentos e medicamentos, além de seus efeitos colaterais e qualidade de vida), bem como a interação com os profissionais de saúde ao tratamento inadequado.

Para Sarmento (2004) apud Ribeiro e Araújo (2007, p.3):

O posicionamento e apoio da família são de fundamental importância às mudanças nos hábitos de vida do hipertenso, pois ações como fazer atividades, seguir dieta adequada e tomar medicamentos na hora e na dosagem certa, talvez venham a requerer apoio e supervisão dos familiares. Além disso, quando temos um hipertenso na família, todos os outros membros devem se preparar para colocar em prática medidas de vida saudável precocemente, pois a chance de também desenvolver hipertensão arterial é muito grande.

Ungari (2007) afirma que é de grande relevância saber o grau de conhecimento e as preferências dos pacientes em relação ao tratamento. E que dentre as intervenções disponíveis destacam-se a simplificação das doses medicamentosas, a educação do paciente, estratégias motivacionais e intervenções combinadas complexas. Entretanto, quanto maior o nível de conhecimento da doença, maior a adesão e o comprometimento do paciente, no entanto deve-se ficar atento para que as orientações repassadas sejam feitas de forma clara e linguagem simples, confirmando sempre a compreensão das orientações repassadas. Outro fator determinante é a manutenção de uma boa relação com o paciente, contribuindo de forma significativa para que este se sinta confortável em tirar suas dúvidas e expor suas expectativas e dificuldades sobre a doença.

Esclarece-nos Brasil (2006, p.49)

Indivíduos com situação clínica de alto e muito risco devem ter o início precoce do tratamento medicamentoso, com reavaliações e modificações do esquema terapêutico, quando ineficaz, em intervalos menores. Muitas vezes é necessário iniciar com dois agentes farmacológicos e indicar doses máximas maiores. O paciente deve ser orientado sobre os efeitos colaterais dos medicamentos e sobre a importância do uso contínuo dos mesmos, deixando a critério exclusivo do médico qualquer alteração no plano terapêutico. É importante informar sobre o horário mais conveniente e a interação do medicamento com os alimentos assim como sobre as interferências no sono e da diurese. Quando os resultados terapêuticos não forem os esperados, antes de se proceder às modificações no esquema atual, é importante verificar a presença de fatores de interferência, passíveis de adequação muitas vezes. Da mesma forma, o aparecimento de efeitos adversos deve ser analisado com cautela, evitando mudanças precoces em esquemas terapêuticos bem indicados, quando algumas situações podem ser minimizadas.

Para Sarno e Monteiro (2007) a decisão de iniciar a terapêutica medicamentosa deve ser baseada na intensidade da hipertensão arterial, na presença ou não de lesões em órgãos-alvo e nos fatores de risco associados.

De acordo com Costa, Peixoto e Firmo (2004) o objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Sendo assim, Miranda et al (2002) afirmam que é importante que o enfermeiro desenvolva um controle pressórico desses pacientes, como forma de evitar complicações.

De acordo com Brasil (2006) os principais gerais do tratamento anti-hipertensivo são: o medicamento deve ser bem tolerado por via oral e permitir a administração em menor número possível de tomadas, diárias, com preferência para posologia de dose única diária; iniciar com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica; pode-se considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão em estágio 2; respeitar o período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição de monoterapia ou mudança da associação de fármacos; instruir o paciente sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos, a planificação e os objetivos terapêuticos, além de considerar as condições socioeconômicas.

Segundo Smeltzer e Bare (2002) os agentes anti-hipertensivos exercem sua ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial. Basicamente, podem ser catalogados em cinco classes, diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonista do sistema renina-angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio.

No entanto realizar adequadamente o tratamento é muito mais do que apenas utilizar o medicamento prescrito. Sugere seguir as indicações clínicas, procedimentos diagnósticos e mudanças no estilo de vida. Pois tão importante quando seguir a terapêutica indicada é ter acesso as informações de forma clara e precisa favorecendo o entendimento e contribuindo para uma efetiva adesão às consultas de controle da doença e a mudanças no estilo de vida (MOREIRA, 2007).

Para o Cardiologista Marcus Bolívar (2009) existe um distanciamento, uma verdadeira lacuna entre o atual estágio de conhecimento científico sobre prevenção e tratamento e a adesão dos pacientes. Não adianta ter uma linha diversificada de medicamentos, praticamente isentos de efeitos colaterais, exames que detectam precocemente disfunções do organismo, técnicas cirúrgicas avançadas de coração e

rins, se não houver um comprometimento do paciente com o tratamento. Portanto a maioria não segue o tratamento, que demanda cuidados com alimentação, atividade física e uso contínuo de remédios.

O enfermeiro, como integrante da equipe multiprofissional, deve realizar orientações claras, práticas, incluindo modelos de atenção à saúde a fim de melhorar a qualidade de vida e o controle adequado dos níveis pressóricos.

4 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO HIPERTENSO

Para Brasil (2006) uma das funções técnico administrativa do enfermeiro na Atenção Básica é o gerenciamento de serviços prestados, desenvolvendo programas e avaliação de enfermagem, delegar e distribuir tarefas para os funcionários, supervisionar a equipe de enfermagem e as atividades desenvolvidas, realizar a provisão e previsão de material e equipamentos, elaboração de procedimentos, protocolos, normas e rotinas, revisar o registro de dados e sistemas de informação e avaliar a assistência prestada à comunidade.

De acordo com Lucas (2009) a enfermagem no Brasil é regulamentada como profissão por legislação privativa. Dentre estas se enfatiza a Lei Federal 7.498 de 25 de junho de 1986 que institui o Exercício Profissional de Enfermagem em todo território nacional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 e que dispõe privativamente ao enfermeiro: planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços da assistência de enfermagem, consultorias, auditorias e parecer sobre enfermagem; consulta de enfermagem, prescrição da assistência enfermagem. Participar da elaboração e execução do cronograma de saúde; contribuir para a elaboração de medidas de prevenção e controle de danos que possam ser causados durante a assistência de enfermagem.

Conforme Araújo e Guimarães (2007) o trabalho do enfermeiro na unidade básica de saúde, consiste na realização de consultas, que se dividem em pré-consultas, consultas e pós-consultas, desenvolvimento de atividades educativas de promoção à saúde, individuais ou em grupos, além de estabelecer junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão do paciente ao tratamento.

O sucesso do tratamento depende da interação enfermeiro – paciente. Para Oliveira et al. (2008) a adesão do paciente ao tratamento é o principal fator para o sucesso do controle pressórico. Dentre as estratégias que favorecem a adesão do cliente ao tratamento, destaca-se a importância do enfermeiro.

Segundo Souza e Jardim (1994) as atividades realizadas pela equipe de enfermagem consiste em atendimento (pré-consultas, pós-consultas e consultas),

participação com outros profissionais em reuniões com hipertensos e realização de trabalhos de pesquisa, com a equipe multiprofissional e coordenação do serviço.

De acordo com Santos (2004) existem três tipos de consultas à serem prestadas pela enfermagem, a pré-consulta onde são colhidas informações gerais e específicas da HA, solicitação de exames complementares, encaminhamentos para sessões educativas. Na primeira consulta, são coletadas todas as informações do cliente e da família e fornecidas informações a respeito da doença para iniciar ou dar sequência ao tratamento. E na pós-consulta é onde o enfermeiro reforça as orientações dadas pelo médico sobre o uso de medicações.

Um fator importante da assistência de enfermagem ao hipertenso é abordar o cliente em todos os aspectos educativos, induzindo-o a aderir mudanças no estilo de vida.

4.1 Pré-consulta e Pós- consulta

Na pré-consulta, Smeltezer e Bare (2002) afirmam que a pressão arterial é aferida duas vezes em ambos os braços, preferencialmente na posição sentada, com as costas e os pés apoiados e os braços na altura do coração. O paciente deve estar com a bexiga vazia, não ter fumado ou ingerido cafeína por pelo menos meia hora antes da aferição.

Potter e Perry (1998) afirmam que a realização correta da aferição da pressão arterial é de fundamental importância devendo ser utilizado sempre aparelhos confiáveis e devidamente calibrados, respeitando-se as recomendações para este procedimento.

Rabelo, Pierin e Junior (2004) relatam que o primeiro passo para a aferição da pressão arterial é explicar o procedimento ao paciente, orientando que ele não converse e que descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável, devendo procurar relaxamento a fim de atenuar o efeito do avental branco (elevação da pressão arterial provocada pela presença do profissional de saúde).

Em seguida, conforme Silva e Junior (2007) durante este momento a realização de uma breve entrevista com o paciente se faz necessário, a fim de

levantar fatores de risco cardiovasculares, tanto do paciente como de familiares, devendo ser calculado o índice de massa corporal (IMC). São encaminhados para a consulta os pacientes que apresentam uma pressão sistólica maior ou igual a 140 mmhg e diastólica maior ou igual a 90 mmhg.

De acordo com Brasil (2006) todo paciente com diagnóstico de hipertensão recebe um cartão referente a datas de consultas e retornos e orientações, visando uma mudança dos hábitos alimentares e estilo de vida em geral.

Smeltzer e Bare (2002) reforçam que a utilização de material educativo de acordo com as necessidades individuais do paciente são uma importante forma de adesão ao tratamento.

4.2 Consulta de Enfermagem

Afirma Horta (1994) que a consulta de enfermagem é uma atividade para assistência e por isso deve ser sistematizada, envolvendo uma sequência dinâmica de etapas que direcionam as ações de modo a contribuir no atendimento às necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade, além de ser uma oportunidade para autonomia da profissão, já que é uma atividade do enfermeiro.

De acordo com Lopes e Marcon (2009) a consulta de enfermagem é uma excelente forma de prevenção da hipertensão e conseqüentemente das doenças cardiovasculares, pois através dela, o enfermeiro conhece a população alvo, nível de escolaridade, conhecimento da população quanto às medidas preventivas.

Para as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006, p. 17):

Consulta de enfermagem: medida da pressão arterial com manguito adequado à circunferência do braço; medida de altura e peso com roupas leves e sem sapatos, medida da circunferência da cintura e quadril e cálculo do índice de massa corporal; investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida; orientação sobre a doença e o uso regular de medicamentos prescritos pelo médico; orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares. Acompanhamento do tratamento dos pacientes hipertensos; encaminhamento ao médico pelo menos duas vezes ao ano e com maior freqüência nos casos em que a pressão não estiver devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências. Administração do serviço. Delegação e supervisão das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem.

De acordo com Lucas (2009) a consulta de enfermagem é uma atividade própria do enfermeiro que utiliza métodos científicos para a identificação de saúde/doença, com o objetivo de prescrever e implantar medidas de enfermagem que colaborem para a promoção, prevenção, proteção da saúde e reabilitação do indivíduo. Entretanto deverá ser programado pelo enfermeiro, visando o levantamento de informações bem como a prestação da assistência com o objetivo de proporcionar ao paciente, promoção da sua saúde.

Para Carvalho (2001) caberá ao enfermeiro exclusivamente a implantação, organização, execução, e avaliação do processo enfermagem. E que o processo de enfermagem incide cinco fases seqüenciais relacionadas entre si, porém interdependentes, que são o histórico, diagnóstico, prescrição, evolução e prognóstico, aplicados durante a consulta de enfermagem.

Segundo Molina et al (2003) durante a consulta de enfermagem primeiramente deve ser colhido o histórico do paciente, devendo este conter as medidas pressóricas anteriores, tratamentos prévios e respectivos efeitos colaterais, uso de medicação concomitante que possa influir no controle da pressão arterial, sintomas que possam indicar o comprometimento de órgãos alvo, antecedentes pessoais e familiares, grau de informação sobre a hipertensão, necessidade quanto a modificação dos hábitos e estilo de vida.

São fundamentais no histórico do paciente hipertenso: Identificação, história atual, investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco, história progressiva de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, insuficiência vascular arterial periférica, doença renal e diabete melito, história familiar ,perfil psicossocial, avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína e consumo de medicamentos ou drogas que possam elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento(V DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

De acordo com Potter e Perry (1998) o exame físico é de sua importância para a enfermagem e para o cuidar do paciente, objetivando qualificar cada vez mais o nível de assistência prestada ao paciente, família e comunidade. A realização do exame físico de enfermagem é essencial na assistência ao paciente hipertenso.

Segundo Barros et al. (2002) o exame físico do paciente hipertenso deve ser realizado de forma minuciosa e completa, a fim de identificar lesões em órgãos alvo, e possíveis causas secundárias da hipertensão.

Durante o exame físico é importante esclarecer ao cliente todo o procedimento a ser realizado para que ele se sinta mais seguro. Para Lucas (2009) técnicas de inspeção, palpação, ausculta e percussão são fundamentais no desempenho do exame físico, que em saúde ocupacional exige diferentes abordagens [...]. Na sequência, o diagnóstico constitui-se a segunda fase do processo de enfermagem, onde o enfermeiro analisa as informações obtidas no histórico e exame físico, nas visitas aos locais de trabalho, identificando as necessidades básicas afetadas.

De acordo com Carvalho (2001) o diagnóstico de enfermagem é o julgamento das necessidades afetadas, com a finalidade de proporcionar embasamento para as intervenções de enfermagem. A diferença entre o diagnóstico médico e de enfermagem segundo Lucas (2009) é que o diagnóstico médico determina a doença, e o diagnóstico de enfermagem determina as necessidades humanas comprometidas visando a implementação das intervenções de enfermagem.

Para Lucas (2009) na saúde do trabalhador, as prescrições de enfermagem são empregadas com o intervenções de enfermagem, cabendo ao enfermeiro fornecer informações e encaminhamentos necessários visando à continuação da assistência prestada. Todavia para se conseguir o êxito no tratamento, se faz necessário a participação ativa hipertenso contribuindo de forma direta nos resultados.

A evolução é um relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional (HORTA, 2005).

Compreende-se que é de grande importância a coleta de informações sobre os antecedentes familiares, condições socioeconômicas, os hábitos de vida e a percepção que o hipertenso tem sobre a doença, compreendendo de subsídios para as orientações a serem repassadas.

4.3 Grupos de hipertensos

A prevenção da HA abrange, principalmente, a conscientização das pessoas para adoção de mudanças de hábitos e comportamentos adequados. Portanto essas

mudanças devem ser elaboradas para atender as necessidades específicas de cada indivíduo, utilizando-se de estratégias educativas, proporcionando a compreensão da importância da aquisição de conhecimento e a introdução de atitudes e práticas saudáveis em seu estilo de vida, prevenindo e controlando a hipertensão bem como possíveis agravos a saúde (SANTOS, et al., 2008). Além de atividades realizadas em consultórios a enfermagem deve atuar em grupos de educação em saúde direcionados a pacientes hipertensos.

Segundo Guedes et al. (2005) é importante que a enfermagem desenvolva grupos de hipertensos junto com a equipe multiprofissional, a fim de possibilitar uma melhor adesão desses pacientes ao tratamento. Nestes grupos a enfermagem participa de discursos e incentiva o paciente para sua participação ativa no tratamento através do auto cuidado.

Aderir a um estilo de vida saudável, além de contribuir fortemente para melhorar a qualidade de vida, colabora ainda para a redução da pressão arterial. O que vem reforçar a importância da educação em saúde como estratégia, tornando os pacientes conscientes e atuantes diretos quanto ao tratamento e fazendo-os refletir sobre sua própria saúde. Assim torna-se imprescindível que os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, adotem modelos assistenciais envolvendo táticas educativas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Compreende-se que para a promoção da saúde e qualidade de vida, é preciso que haja cumplicidade entre enfermagem e paciente, trabalhando juntos em prol da prevenção dos agravos e melhoria da saúde (SANTOS, et al., 2008).

Para Reiners et al. (2004):

O papel do enfermeiro no controle da HÁ é fundamental e pode ser desempenhado de diversas formas e em vários níveis de complexidade. Sua contribuição pode ser na detecção precoce da doença em populações por meio de medida sistemática de PA, sempre que as pessoas entrarem para o sistema de atenção a saúde, na investigação de fatores de risco para HÁ nos hábitos de vida e comportamentos de saúde das populações e, na assistência aos hipertensos, principalmente, trabalhando a educação daqueles com dificuldades para aderir ao regime terapêutico. Outra maneira é a medição da PA de grupos, como por exemplo, dos idosos e trabalhadores.

Para Silva e Júnior (2007) os grupos de hipertensos possibilitam a participação de vários pacientes, a interação de um paciente com o outro e também a interação com a equipe multiprofissional.

Segundo Araújo e Guimarães (2007) a equipe de saúde ao trabalhar com o paciente hipertenso deve ficar atenta quanto ao controle medicamentoso, os efeitos colaterais dos medicamentos, a importância da tomada regular e da dosagem correta. Conforme Silva e Junior (2007) a enfermagem deve reforçar os assuntos discutidos na consulta individual, dando ênfase ao tratamento não medicamentoso, que é fundamental para o controle do paciente hipertenso.

De acordo com Paiva e Sanabria (2008) durante as consultas e reuniões para grupos de hipertensos o enfermeiro deve conversar com o paciente de forma que os termos técnicos sejam abolidos, para que se torne mais clara a comunicação do profissional com o paciente, pois é importante ressaltar que a maioria dos pacientes na Atenção Básica tem um baixo nível de escolaridade e a não compreensão das orientações para o controle da pressão arterial afeta consideravelmente o tratamento.

Podemos compreender com base em Lucas (2009) que o enfermeiro desempenha atividades assistenciais visando a atender as necessidades do hipertenso, prevenindo agravos a sua saúde, desenvolvendo ações de proteção e promoção, bem como restauração da saúde.

O enfermeiro atua na prevenção e promoção de saúde, levando orientações gerais e nutricionais, e conscientização sobre a importância de hábitos de vida saudáveis, como a prática de uma atividade física regular, modificações no estilo de vida, evitar o estresse, abolir o álcool e fumo evitando assim o aparecimento dos agravos da hipertensão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo pode-se perceber que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica e tem se tornado um problema de saúde pública, prevalente tanto em países subdesenvolvidos quanto em desenvolvidos, sendo responsável por altas taxas de morbi mortalidade no cenário atual.

A identificação dos fatores de risco associados a esta patologia é de grande importância no processo de prevenção e diagnóstico. Estes fatores estão relacionados com a idade (a pressão arterial aumenta linearmente com a idade), fatores socioeconômicos (menor acesso aos cuidados de saúde a nível educacional), sal (excesso de sódio), obesidade (risco cardiovascular aumenta), álcool (quantidade de etanol e à frequência de ingestão), sedentarismo (o exercício resistido possui efeito hipotensor semelhantes, mas menos consistente).

A consulta de enfermagem é uma excelente oportunidade para desenvolver ações educativas junto à comunidade, pois através dela o enfermeiro prescreve e implementa medidas que contribuem para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente. Portanto, o enfermeiro tem papel importante junto com a equipe multiprofissional para que o paciente entenda e aceite a doença, tornando mais fácil a adesão ao tratamento farmacológico e principalmente modificações do estilo de vida e com consequência diminuindo o risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônica.

Além das atividades desenvolvidas em consultório o trabalho mostrou que a enfermagem pode atuar também em atividades de educação em saúde, reunindo grupos de hipertensos, para o desenvolvimento de atividades preventivas, como caminhadas, palestras, esclarecimento de dúvidas. A enfermagem pode participar dessas discussões, incentivando os pacientes a se comprometerem ao tratamento, através do autocuidado.

A essência da prática de enfermagem, no que se refere à hipertensão, é assistir o cliente e à família no desenvolvimento de habilidades e atitudes que levem a um autocuidado deste problema crônico de saúde. Em suma, o enfermeiro é um profissional capacitado para desenvolver atividades de promoção a saúde e prevenção de doenças, tendo respaldo legal para o desenvolvimento da consulta de

enfermagem e introdução da Sistematização da Assistência de Enfermagem, prescrevendo e implementando medidas que contribuam para a promoção, recuperação e reabilitação do paciente hipertenso, ou seja, a competência legal se fortalece na competência intelectual, traduzida por conhecimentos adquiridos na formação, mas também pela atualização constante e pela experiência.

O trabalho enfatizou que os Programas de Saúde Pública evidenciam cada vez mais a importância da abordagem multiprofissional, levando em conta que o cliente necessita de intervenções que fogem da competência de um só profissional. O enfermeiro precisa conhecer o seu papel e estar preparado para desempenhá-lo.

Portanto, o enfermeiro tem papel crucial com a equipe multiprofissional para que o paciente entenda e aceite a doença, tornando mais fácil à adesão ao tratamento farmacológico e principalmente modificações do estilo de vida e com consequência diminuindo o risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônica.

REFERÊNCIAS

AMADEU, C.; LIMA, N. K. C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Medicina Ribeirão Preto**. n. 29, p.239-43, 2006.

ANDRADE, M. T. S. Guias Práticos de Enfermagem. **Cuidados Intensivos**. 1.ed. Rio de Janeiro. McGraw-Hill Interamericana do Brasil. 2002.

ANTONIUK, S. A. et al. Encefalopatia hipertensiva associada a estado de mal epilético de repetição: relato de caso. **Arquivo de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 58, n.2, jun. 2000.

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade da saúde da família. **Revista Saúde Pública**. v. 41, n.3, p. 368-74, 2007.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e Exame Físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 1ed. Porto Alegre. Artmed, 2002.

BATLOUNI, M. **Interação placa, endotélio, coagulação e isquemia aguda**. RSCESP, v.3, n.2, p. 6-13, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília, DF. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>. Acesso 20 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, DF. 2002.

BRUNNER, B. G; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Tradução de Figueiredo, J. E. F. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005. Histórico e Tratamento de Pacientes com Hipertensão.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem do Trabalho**. São Paulo: EPU, 2001.

CASTRO, V. D; CAR; M. R. O cotidiano na vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 34, n. 2, p. 138-44, jun. 2000.

CICCO, M. E. et al. Prevenção da Hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 32-39, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm>. Acesso em 20 out. 2010.

COSTA, M. F. L. et al. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Revista Saúde Pública**. v. 38, n.5, p. 42-637, 2004.

ENNES, G. C. Fisiopatologia da (HAS) hipertensão arterial sistêmica. **Portal da Educação**, 2008. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/6470/fisiopatologia-da-has-hipertensao-arterial-sistematica>. Acesso em 20 out. 2010.

FRANCISCO, J. E. Pressão alta. Breves da saúde. Boletim Eletrônico. Ed.n.3, dez. 2004 jan. 2005. Disponível em: <http://www.brevesdesaude.com.br/ed03/pressaoAlta.htm>. Acesso em 20 out. 2010.

GOLDMAN, L. et al. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 22^o ed., 2005.

GUEDES, N. G. et al. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v.39, n.2, p.181-88, 2005.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 1ed. São Paulo. EPU, 1984.

KAISER, S. E; COUTO, A. A. **Manual de Hipertensão Arterial da Sociedade de Hipertensão do Estado do Rio de Janeiro**. Editora Lemos. p. 17-39-194. 2003.

LOPES, M. C. L; MARCON, S. S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Revista Escola Enfermagem USP**. v. 43, n. 2 , p. 343-50, 2009.

LUCAS, A. J. **O processo de enfermagem do trabalho**: a sistematização da assistência de saúde ocupacional. 2 ed. São Paulo: Látria, 2009.

MACIEL, H. C. F. et al. Consulta de Enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensos em Fortaleza. **Revista Latina Americana de Enfermagem**. v.2 mar./abr. 2003.

MARTIN, J. F. V. et al. Perfil da crise hipertensiva. Prevalência e Apresentação Clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São José do Rio Preto, v.83, n.2, ago. 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adulto: hipertensão e diabetes. 2 ed. Belo Horizonte: **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. 2007, p. 196.

MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão Arterial no idoso: peculiaridades da fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.9, n. 3, p.293-300, 2002.

MOLINA, M. C. B; et al. Hipertensão Arterial e Consumo de Sal em População Urbana. **Revista Saúde Pública**. v. 36, n. 6, p. 743-50, 2003.

MOREIRA, A. K. F. **Adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento** – uma tecnologia educativa embasada no modelo crença em saúde. Fortaleza, 2007. Disponível em: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/47290482.html. Acesso em 20 out. 2010.

OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Hipertensão Arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. v. 17, n. 2, p. 241-9, 2008.

PAIVA, S. G. et al. Hipertensão arterial, AVC. A importância do enfermeiro nos grupos operativos. **Revista Educação Meio Ambiente e Saúde**. v.3, n.1, p. 96-189, 2008.

PEDROSO, E. R. P. et al. **Blackbook Clínica Médica**. Belo Horizonte: Blackboock Editora, 2007.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista Saúde Pública**. v.37, n.5, p.635-42, 2003.

PICCINATO, C. E. et al. Hipertensão e Doença Arterial Periférica. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Ribeirão Preto. v.8, n. 3, jul./set. 2001.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de enfermagem**. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.

RABELO, C. C. P. et al. O conhecimento de profissionais da área da saúde sobre a medida da pressão arterial. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v.38, n. 2, p. 127-134, 2004.

ROBBINS, S. L; COTRAN, R. S. **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. Rio de Janeiro. v. 4, n. 7, p. 457-86,2005.

SANTOS, Z. M. S. et al. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/tce/v17n1/10.pdf>. Acesso em 20 out. 2010.

SARAIVA, K. R. O. et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 16, n. 1, p. 63-70, 2007.

SARMENTO, Z. G. P. **Crenças relacionadas à adoção da dieta para controle da hipertensão arterial**. 2004. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa.

SARNO, F. et al. Importância relativa do índice de massa corporal da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Revista Saúde Pública**. v. 41, n. 5, p. 788-796, 2007.

SILVA, K. S.; JUNIOR, J. C. F. Fatores de risco associados a pressão arterial elevada em adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 13, n.4, p. 237-40, 2007.

SOUZA, A. L. V. et al. A enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.2, n.1, p. 5-17, jan. 1994.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

UNGARI, A. Q. **Adesão do Tratamento Farmacológico de Pacientes Hipertensos seguidos nos núcleos de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto, SP**. 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>. Acesso em 20 out. 2010.

ZIPES, D. P. et al. **Braunwald Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 7ed. São Paulo: Elsevier Editora. 2006.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. São Paulo fev. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v-diretrizes/brasileira/hipertensao/arterial/2006.pdf>. Acesso em 20 out. 2010.