

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ASPECTOS CLÍNICOS E ASSISTENCIAIS

SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION: CLINICAL AND ASSISTENTIAL ASPECTS

Amália de Fátima Lucena¹
Isabel Cristina Echer²
Liana Lautert³

RESUMO

Neste trabalho realizamos uma revisão da literatura onde descrevemos a conceituação de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sua incidência, as formas diagnósticas e os tratamentos existentes. Enfatizamos o papel da enfermeira no cuidado destes pacientes, baseado tanto na literatura como na experiência das autoras enquanto enfermeiras assistenciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Descrevemos ações, visando a prevenção e promoção da saúde, bem como medidas avançadas para as crises e emergências hipertensivas.

UNITERMOS: *cuidado de enfermagem, enfermagem na hipertensão arterial sistêmica.*

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde que atinge grande contingente de pessoas no nosso país. Por se tratar de uma doença inicialmente assintomática, e assim não tratada ou valorizada pelo indivíduo, muitas vezes evolui para casos severos, onde é necessária internação hospitalar com possibilidade de graves seqüelas, podendo chegar ao óbito.

Ela acomete indivíduos de todas as faixas etárias, com predomínio nas idades superiores a 30 anos. É uma doença de alta prevalência e incidência atingindo 15% à 20% da população adulta, sendo uma das principais causas de morbi-mortalidade cardiovascular, não só nos países de primeiro mundo, mas também nos subdesenvolvidos (Batista, 1994; Kolmann Junior, 1992; Mc Abee, 1995).

O Brasil coloca-se entre os países com maiores contingentes de hipertensos, onde estima-se que cerca de 14 milhões de brasileiros são portadores de HAS (Consenso..., 1991).

Dados existentes no Brasil mostram que no Rio Grande do Sul, 11% da população apresenta hipertensão arterial com níveis tensionais $\geq 160/95$ mmHg (Achutti; Medeiros, 1985; Fuchs, 1992).

Em São Paulo, um levantamento realizado entre os integrantes da força de trabalho, mostrou que 17% dos homens e 7% das mulheres são hipertensos, com a tensão diastólica ≥ 90 mmHg (Ribeiro et al., 1982). E no município de Bangú - RJ, 25% da população possui níveis tensionais $\geq 160/90$ mmHg (Batista, 1994).

Esses dados, sem dúvida alarmantes, evidenciam um sério problema tanto em termos econômicos para o sistema de saúde, como em termos de qualidade de vida da população, visto que os dados epidemiológicos contemplam uma pequena parcela da população, ou seja o indivíduo que procura auxílio, na maioria das vezes, por complicações dessa doença.

Nossa experiência, como enfermeiras assistenciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, levou-nos a constatar a elevada incidência deste problema em âmbito hospitalar. A partir disto, desenvolvemos uma revisão atualizada da literatura existente, pois consideramos que o conhecimento de aspectos clínicos do indivíduo hipertenso é indispensável para o cuidado de enfermagem. Portanto, o objetivo deste trabalho visa enfatizar o papel da enfermeira⁴ no tratamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, bem como, na promoção da saúde da população em geral.

1 Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde e do Centro de Assistência ao Educando - Uruguai.

2 Enf. Profª. Assistente da EEUFRGS. Mestre em Educação.

3 Enf. Profª. Adjunta da EEUFRGS. Mestre em Educação e Doutora em Psicologia.

4 Optamos pelo uso da palavra enfermeira neste artigo, considerando o grande contingente de profissionais nesta área, pertencente ao gênero feminino.

2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL

"Entende-se por HAS como uma condição clínica de natureza multifatorial, caracterizada por níveis de pressão arterial (PA) elevados e sustentados. Tal condição aumenta o risco de danos nos chamados órgãos-alvos (coração, rins, cérebro e vasos) com conseqüente aumento de risco cardiovascular" (Consenso..., 1991, p.A4).

Não podemos definir um ponto de separação no qual a pressão arterial normal se transforma em hipertensão, mas sim um contínuo aumento da pressões sistólica e diastólica, e assim da pressão arterial média, o que parece representar fatores de risco crescentes no desenvolvimento de lesão em órgão alvo (Mittleman; Macoff, 1983).

A relação entre pressão arterial e mortalidade é quantitativa: quanto maior a pressão sistólica ou diastólica, pior o prognóstico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (apud Gross et al., 1984), recomenda os seguintes limites pressóricos:

A - Normal = pressão arterial < 140/90mmHg

B - Limítrofe = pressão arterial \geq 140/90mmHg e < 160/95mmHg.

C - Hipertensão = pressão arterial sistólica \geq 160 e/ou diastólica \geq 95mmHg.

No Brasil, as Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial recomendam que sejam adotados os níveis preconizados pela Organização Mundial da Saúde (Brasil, 1988).

O Joint National Committee Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure considera que um indivíduo é hipertenso quando os valores da pressão arterial são superiores a 140/90 mmHg. A 1ª Convenção Brasileira para o tratamento da Hipertensão Arterial (1ª, CBHA), reuniu cerca de 56 especialistas brasileiros, em setembro de 1990, na cidade de Campos do Jordão - SP, para elaborar um documento que abrangesse de forma ampla e objetiva os aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos mais relevantes do indivíduo hipertenso.

Quadro 1

Classificação diagnóstica de Hipertensão Arterial (> de 18 anos)

PA em mmHg	Classificação
Pressão Arterial Diastólica	
< 90	Normal
90 \leq PAD < 110	Cifras baixas não complicadas
90 \leq PAD < 110 com D.O.A.	Cifras baixas complicadas
> 110	Cifras altas não complicadas
> 110 com D.O.A.	Cifras altas complicadas
Pressão Arterial Sistólica	
\leq 160	Normal
> 160	Hipertensão Sistólica Isolada

Fonte: Consenso..., 1991 e Kolmann Junior, 1992

No quadro 1, apresentamos a classificação dos estados hipertensivos de acordo com o Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial, visto que a classificação baseada apenas em cifras pressóricas (leve, moderada e grave) é inadequada, apesar de seu uso corrente. Nesta classificação a severidade do estado hipertensivo é avaliada tanto pelos níveis da pressão arterial diastólica (PAD) como também pela presença de lesões em órgãos alvo (D.O.A).

3 IDENTIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A identificação e determinação da hipertensão arterial deve ser feita através da medida da pressão arterial sistêmica. Apesar de parecer extremamente simples, porque não requer mais do que um simples estetoscópio e um esfigmomanômetro, envolve cuidados e critérios que precisam ser observados.

Uma correta identificação da doença é de suma importância para que não provoquemos danos, tais como tratar normotensos ou deixar de cuidar os hipertensos. Portanto, na suspeita de hipertensão, alguns procedimentos básicos devem ser observados pela enfermeira.

O histórico de enfermagem deve incluir:

- Descrição das características sócio-demográficas do indivíduo;
- Período de duração do quadro hipertensivo;
- Identificação do tratamento prévio;
- Ingestão de substâncias hipertensoras;
- História familiar;
- Sintomas sugestivos de dano em órgão-alvo ou de hipertensão secundária.
- Existência de fatores de risco associados como: fumo, obesidade, diabetes, deslipidemia, sedentarismo, estresse.

O exame físico deve consistir de:

- Observação da aparência do paciente;
- Palpação das carótidas e da tireóide;
- Ausulta do coração e pulmão;
- Palpação do abdômen na busca de massas renais, sopros da aorta ou artérias renais;
- Palpação dos pulsos periféricos e pesquisa de edema;
- Verificação do peso corporal;
- Encaminhar para exame do fundo de olho e neurológico, se necessário.

Observação dos resultados dos exames, visto que a avaliação laboratorial inicial de um hipertenso normalmente constará de:

- Exame de urina tipo I;
- Dosagens de creatinina sérica; potássio sérico; glicemia de jejum; ácido úrico e colesterol;
- Eletrocardiograma.

Pacientes que tenham alterações clínicas ou laboratoriais sugestivas de causas secundárias, devem ser encaminhados e investigados através de métodos específicos.

Para Kolmann Junior, (1992) o diagnóstico da HAS compreende duas fases distintas:

3.1 Diagnóstico do estado hipertensivo

O diagnóstico da hipertensão arterial baseia-se na identificação dos indivíduos com PA elevada. Visto ser a mensuração da PA um procedimento realizado pela enfermagem salientamos a importância da correta determinação dos níveis pressóricos para um perfeito diagnóstico. São requisitos gerais para uma adequada mensuração (Consenso..., 1991; Gross et al., 1984; Kolmann Junior, 1992):

- a) O esfigmomanômetro de mercúrio é ideal para a medida da PA. Os aparelhos do tipo aneróides, quando utilizados, devem estar calibrados;
- b) A mensuração da PA deve ser feita em lugar adequado e o indivíduo acomodado confortavelmente;
- c) Deverá haver um intervalo de repouso do paciente, antes de iniciar as medidas;
- d) O braço no qual será verificada a PA deverá estar apoiado confortavelmente e a um nível equivalente ao do coração;
- e) Disponibilidade de vários tamanhos de manguito, sendo escolhido o apropriado, de forma que o manguito cubra 2/3 da circunferência do braço do indivíduo (manguito de adulto padrão = 12 cm de largura; ideal para circunferência braquial de 30 cm). Em crianças, o manguito deve envolver a circunferência do braço.
- f) Inflar o manguito até 30 mmHg acima do valor correspondente ao desaparecimento do pulso arterial distal à colocação do manguito, e desinflar a uma velocidade de 2 - 4 mmHg/segundo;
- g) Utilizar o estetoscópio para a ausculta dos sons;
- h) Considerar o desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff) para efeito de registro da PAD;
- i) Desinflar totalmente o manguito após a mensuração e aguardar pelo menos 1 - 2 minutos para nova mensuração;
- j) Fazer três medidas em cada consulta registrando-se a média. Se as leituras da PAD divergirem mais do que 5mmHg entre si, obter novas leituras;
- k) As posições recomendadas para a determinação da pressão arterial são: sentada e/ou deitada. As medições devem ser feitas em qualquer dos membros superiores e, em situações especiais, realizar em membros inferiores;
- l) Nos braços desproporcionais podemos usar o antebraço como local para a colocação do manguito, e a artéria radial para a ausculta
- m) Na mensuração da PA em crianças, devemos levar em conta para registro da diastólica a fase IV de Korotkoff (diminuição dos sons), já que o total desaparecimento dos sons pode não ocorrer. A proporcionalidade do manguito ao braço também deve ser respeitada;

n) Em idosos, disautônômicos, alcoólatras e ou em uso de medicação anti-hipertensiva a PA deve ser medida também na posição ortostática;

o) Nos idosos recomendamos medir a pressão arterial correlacionando com a palpação do pulso, devido a possibilidade de pseudo-hipertensão;

3.2 Diagnóstico etiológico da hipertensão arterial

Os casos de hipertensão arterial são considerados como primários ou essenciais em 80 - 85% e apenas 15% são decorrentes de uma patologia de base. Este diagnóstico é feito por exclusão, ou seja afastando a presença de uma forma secundária de hipertensão através de exame clínico e/ou exames laboratoriais.

Classificação etiológica da Hipertensão Arterial (Kolmann Junior, 1992):

I - Primária ou essencial

II - Secundária

- Renal;
- Renovascular;
- Endócrina (Feocromocitoma, Hiperaldosteronismo primário, Síndrome de Cushing e Hipertireoidismo)
- Coartação da aorta
- Toxemia gravídica;
- Drogas (Glicocorticóides, anticoncepcional) e
- Miscelânea.

A diferenciação deste diagnóstico é importante, uma vez que pelo menos parte dos indivíduos portadores de hipertensão secundária são passíveis de cura através de medidas cirúrgicas, ao passo que os portadores de Hipertensão essencial necessitam adotar uma conduta de saúde, onde estão incluídas medidas dietéticas, uso de medicamentos, atividade física controlada, visando a manutenção dos níveis tensionais dentro dos padrões considerados normais, bem como a prevenção de complicações.

4 O CUIDADO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Os procedimentos para controle da HAS envolvem medidas farmacológicas e cuidados gerais com a saúde.

Não há consenso sobre os valores a partir dos quais deve ser iniciado o tratamento farmacológico. Os ingleses preconizam o início do tratamento em indivíduo com PAD acima de 100 mmHg e a observação naqueles cujos níveis estão entre 95 e 99 mmHg. Já os norte-americanos e a OMS indicam o tratamento a partir de níveis tensionais de 90 mmHg de PAD e a observação periódica entre 85 a 89 mmHg (Fuchs, 1992). A 1ª CBHA recomenda que os cuidados gerais para prevenção e controle, devem ser instituídos a todos os casos de HAS, e a toda a população como medida de promoção da saúde. A decisão de quando tratar farmacologicamente deve levar em conta as cifras

pressóricas e a presença ou não de lesão em órgão-alvo.

4.1 Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico visa reduzir a PA a níveis considerados normais, diminuindo os fatores de risco cardiovasculares associados, com um mínimo de efeitos colaterais, utilizando um mínimo de drogas, um menor custo e obtendo assim, adequada e necessária aderência ao tratamento. Na escolha da droga a 1ª CBHA recomenda que o fármaco apresente as seguintes características:

- a) Ser ativo por via oral;
- b) Eficaz em reduzir a PA nas posições supina e ortostática, no repouso e no exercício;
- c) Ter ação prolongada;
- d) Reverter alterações hemodinâmicas;
- e) Ser isento de efeitos indesejáveis;
- f) Ter custo acessível.

Como uma droga com todas estas características não existe, o médico deve eleger o(s) medicamento(s) mais adequado para cada caso.

Existem cinco grupos farmacológicos de agentes hipotensores:

- a) Diuréticos
- b) Simpaticolíticos
- c) Vasodilatadores
- d) Antagonistas do cálcio
- e) Inibidores da enzima da conversão.

A escolha do tratamento deve dar preferência a drogas eficazes em monoterapia. A associação de drogas deve ser reservada para quando os níveis pressóricos forem resistentes à monoterapia. Qualquer que seja o esquema terapêutico utilizado, devemos enfatizar a necessidade de controle sistemático dos níveis tensionais (Consenso..., 1991; Fuchs, 1992; Kolmann Junior, 1992).

4.2 O cuidado do indivíduo – papel da enfermeira

O papel da enfermeira no cuidado do indivíduo se dá nos diferentes níveis de atenção. Nieto Hernandez et al., (1994) identificaram em uma população randomizada de La Paz, que 51,6% dos indivíduos estavam expostos ao fator de risco fumo, 37,6% eram obesos e 25,5% apresentavam dislipidemias. Estes dados evidenciam a importância crucial do papel da enfermeira na prevenção da doença.

O cuidado da saúde deve fazer parte do tratamento de todos os pacientes hipertensos. Neste momento destacamos o papel da enfermeira que atua na assistência destes pacientes, de modo a colaborar na instituição de medidas não farmacológicas, o que contribui, muitas vezes, de forma efetiva na diminuição dos níveis pressóricos. O cuidado deve estar centrado sobre os fatores de risco, de modo a modificar favoravelmente a incidência da doença cardíaca, vascular ou renal (Quadro 2).

Quadro 2

Pontos a serem observados na hipertensão arterial

- | |
|---|
| <p>I - Intervenção nutricional / dietética</p> <ul style="list-style-type: none"> . Redução de peso . Restrição de sódio . Suplementação de potássio . Suplementação de cálcio . Suplementação de microelementos . Restrição dietética de gorduras e de colesterol . Aumento da ingestão de fibras dietéticas e dietas vegetarianas . Restrição de proteínas e hidratos de carbono <p>II - Descontinuação do tabagismo</p> <p>III - Descontinuação ou redução de cafeína</p> <p>IV - Descontinuação ou redução do álcool</p> <p>V - Incentivo de programa de atividade física</p> <p>VI - Combate ao estresse - técnicas de relaxamento</p> <p>VII - Descontinuação de medicação hipertensiva</p> |
|---|

Fonte: Consenso, 1991 e Kolmann Junior, 1992.

Estes pontos a serem observados no cuidado são reforçados por Mc Abee, (1995) e Miller (1995) quando enfatizam a importância do papel da enfermeira tanto na detecção dos fatores de risco, como nos programas de suporte.

O cuidado na hipertensão arterial envolve uma conduta de saúde, a qual implica em instâncias sócio-econômicas e políticas que, em boa parte, escapam ao controle do indivíduo, ao menos nas sociedades democráticas ocidentais sustentadas, curiosamente, por uma ideologia individualista.

São vários os fatores que contribuem para o abandono do cuidado de saúde pelo indivíduo hipertenso. Dentre eles, podemos destacar:

* Fármaco - preço, efeitos colaterais, tratamento prolongado;

* Indivíduos - baixo grau de instrução, ausência de apoio familiar, desconhecimento da gravidade da doença;

* HAS - doença assintomática, sem conseqüências a curto prazo;

* Profissional Médico - relação médico-paciente deficiente, esquemas terapêuticos complexos;

* Sistema de saúde precário - distância, mudança de médico, tempo longo de espera.

Frente a esses obstáculos, sem uma adequada educação para saúde torna-se difícil modificar a conduta de indivíduos e povos, razão esta que leva ao fracasso muitas campanhas de "prevenção" de enfermidades. E, sendo a aderência do indivíduo ao tratamento o principal fator para o sucesso do controle pressórico, uma das estratégias utilizadas é trabalhar em equipe interdisciplinar o que pressupõe o reconhecimento de que o paciente é um complexo sistema biopsicossocial como denominou Engel (1977), onde a característica essencial deste modelo é o rechaço ao pensamento reducionista na hora de abordar os processos de saúde/doença e a concepção dos mesmos como resultantes de fatores tanto biológicos como psíquicos.

cos e sociais que devem ser considerados no momento de analisar os determinantes de uma enfermidade e seu tratamento. Portanto, "para as ações de enfermagem é essencial a valorização da saúde de forma integral e o reconhecimento do trabalho interdisciplinar" (Souza; Jardim, 1994, p.6).

A nossa experiência de dez anos cuidando de indivíduos portadores de HAS, proporcionou-nos uma bagagem que permite propor algumas ações essenciais na detecção e acompanhamento do indivíduo hipertenso. São elas:

- Realizar consultas de enfermagem como forma de trabalho interdisciplinar, propiciando maior eficácia na atenção à saúde do indivíduo. O que vai ao encontro do trabalho de Braga e Covelo (1994) onde é ressaltada a característica de autonomia do profissional enfermeiro nesta atividade.

- Identificar fatores de risco à saúde e orientar adequadamente o indivíduo, com vistas a evitá-los ou diminuí-los. Barahona Arroyo et al. (1994) identificaram que já na adolescência o indivíduo está exposto à fatores de risco, principalmente a obesidade, encontrada em 9,63% dos jovens estudantes de Madri. Também Crespi et al. (1994) identificaram que pacientes com coronariopatias passavam 57% das horas do dia ociosos, bem como estes possuíam alimentação, em geral, inadequada (43% da alimentação eram gorduras, 37% hidratos de carbono e 5% de álcool) e 11% eram obesos.

- Identificar e encaminhar indivíduos hipertensos, atentando para a precisão dos esfigmomanômetros utilizados na assistência, visto serem estes os responsáveis por uma margem de erro significativa, como foi constatado por Gus et al (1995), os quais identificaram que 28,2% dos pacientes de uma amostra de 374 indivíduos que diziam-se hipertensos, não o eram. Além da precisão dos esfigmomanômetros, devemos atentar para o treinamento do pessoal à necessidade de medidas repetidas e correção de acordo com o perímetro braquial, como já expusemos anteriormente. Neste sentido é importante enfatizar que não só a equipe necessita de treinamento contínuo, mas também o indivíduo deve ser instruído de como proceder para mensurar corretamente a sua PA como destacam Armstrong et al. (1995).

- Conhecer o tratamento farmacológico, sabendo identificar as drogas anti-hipertensivas e os seus efeitos colaterais e atuar de forma ativa no incentivo ao indivíduo a manter o tratamento, orientando-o quanto à patologia, sinais e sintomas, causas e efeitos, necessidade do tratamento farmacológico e não farmacológico. Também incentivar o programa de medidas não farmacológicas a todos os indivíduos exemplificando a importância de cada um dos itens a serem seguidos.

- Registrar no prontuário qualquer que seja a ação desenvolvida estando o indivíduo internado ou não, visto a importância do acompanhamento a longo prazo.

4.3 O cuidado de enfermagem na crise ou emergência hipertensiva

A crise hipertensiva constitui-se em situação clínica na qual ocorre brusca elevação da pressão arterial sistêmica (usualmente PAD acima de 120 - 130mmHg) freqüentemente acompanhada de sinais e sintomas tais como: cefaléia, alterações visuais, náuseas e vômitos. A emergência hipertensiva é a crise hipertensiva com sinais e sintomas indicando lesões em órgãos-alvos, tais como encefalopatia hipertensiva, edema agudo de pulmão, evidências de hipertensão maligna ou aneurisma dissecante de aorta. Nestes casos os pacientes devem ser hospitalizados e tratados com vasodilatadores endovenosos, tais como nitroprussiato de sódio (NPS que é o mais comum em nosso meio), hidralazina e diazóxido. Durante o uso destas drogas é imprescindível que o paciente seja encaminhado a um Centro de Tratamento Intensivo, onde se fará o controle de forma rigorosa. Obtida a redução aguda dos níveis tensionais, é iniciada a terapia anti-hipertensiva de manutenção (Consenso..., 1991; Tarasconi; Fuchs, 1993) o que pode ser realizado em unidades de internação clínica ou com acompanhamento a nível ambulatorial.

Em nossa atuação, como enfermeiras do CTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, procuramos desenvolver os seguintes cuidados:

- Orientar o paciente e solicitar sua colaboração no sentido de informar sintomas que possam ocorrer como: mal estar, náuseas, cefaléia, tonturas e dor no peito. Estar atenta para os sinais de desorientação do paciente, picos de hipo ou hipertensão, vômitos, alucinações, rubor facial, aumento ou diminuição da freqüência cardíaca. Estes sinais e sintomas tanto podem ocorrer como indicação da elevação ou queda da PA como também resultantes de efeitos colaterais causados pela medicação utilizada.

- Manter monitorização de PA de 15/15 minutos, quando estiver usando vasodilatadores endovenosos (ex. NPS), ajustando a infusão da droga de acordo com os níveis tensionais do paciente. Em nosso meio usualmente diluímos o NPS 50mg em soro glicosado a 5% e iniciamos a infusão lenta de 4-8 microgotas por minuto em bomba de infusão para ter maior controle da dose a ser infundida segundo a orientação médica. Esta solução deve ser protegida com equipo e frasco escuro devido a sua fotolabilidade (Curry, 1991).

- Observar sinais de intoxicação pelo uso prolongado do NPS. Mais de 72 horas o tiocinato (principal metabólito) deve ser dosado no sangue de 2/2 dias. Se estiver acima de 10mg% deve ser suspenso o seu uso (Tarasconi; Fuchs, 1993). Quando houver agitação psicomotora associada à intoxicação do tiocinato, visando proteger o paciente, fazer contenção mecânica no leito. Nestes casos é importante a orientação adequada dos familia-

res para que compreendam a necessidade destas medidas;

- Alimentar o paciente sempre com o cuidado para que não ocorra aspiração, já que em nossa experiência a maioria dos pacientes apresentam diminuição da consciência, havendo necessidade usar sonda nasoesofaríngea nesta fase de complicação da HAS;

- Manter repouso no leito até a estabilização do quadro, com cabeceira elevada mais ou menos 45 graus e a monitorização cardíaca contínua. Somado a estes cuidados é indispensável as medidas de higiene e conforto ao paciente acamado;

- Supervisionar direta e indiretamente o trabalho do técnico e auxiliar de enfermagem, e realizar treinamentos de forma a manter esta equipe atualizada;

- Registrar no prontuário do paciente tanto as intercorrências como o cuidado prestado de forma a permitir a continuidade dos cuidados ;

Para o enfermeiro desenvolver um trabalho assistencial com qualidade, é necessária a aplicação de uma metodologia. Na realidade, esta metodologia baseia-se no processo de enfermagem, onde são realizados o histórico, lista de problemas e, se possível, o diagnóstico de enfermagem o qual realiza um julgamento crítico sobre os problemas reais ou potenciais do paciente. Na etapa de planejamento do cuidado são realizadas as prescrições e evoluções diárias do paciente, bem como nota de baixa e alta da unidade. A avaliação do cuidado se desenvolve durante todas as etapas do processo, desde seu diagnóstico, planejamento e implantação. A importância destes registros, se dá, na medida em que toda a equipe tem acesso as informações referentes ao estado do paciente e é possível o seu acompanhamento a nível ambulatorial posteriormente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução deste artigo foi relevante visto ser, comprovadamente, a HAS uma patologia de alta incidência, tanto a nível mundial como em nosso contexto de terceiro mundo. Em nossa prática observamos que durante o acompanhamento destes indivíduos o trabalho em equipe tem efeitos bastante benéficos, destacando-se o papel da enfermeira. A valorização da saúde de forma integral e do trabalho interdisciplinar é essencial para que as ações de enfermagem se realizem de forma efetiva.

A necessidade de orientar o indivíduo de forma adequada tem basicamente dois objetivos: diminuir a ansiedade e demonstrar as vantagens do cuidado realizado adequadamente, sem subestimar os riscos da doença, melhorando o prognóstico.

Embora não se tenha em nosso sistema de saúde, ênfase adequada à promoção da saúde, cabe enfatizar a importância da enfermeira junto à

equipe para trabalhar este aspecto. Assim, procuramos apresentar uma coletânea de informações atualizadas sobre HAS, indispensáveis a enfermeira que cuida de indivíduos portadores desta patologia e mesmo a população sadia, visando a prevenção da doença. Nos casos em que ocorre a crise e emergência hipertensiva com conseqüente hospitalização, medidas assistenciais avançadas também foram descritas visando fornecer subsídios para o conhecimento de todos sobre este assunto para melhorar a qualidade do cuidado prestado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ACHUTTI, A.; MEDEIROS, A. B. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde da SSMA - RS*, v.12, p.2-72, 1985.
- 2 ARMSTRONG R.; BARRACK D.; GORDON R. Patients achieve accurate home blood pressure measurement following instruction. *Aust. J. Adv. Nurs*, v.12, n.4, p.15-21, Winter 1995.
- 3 BARAHONA ARROYO, I et al. Riesgo cardiovascular en adolescentes; enfermería evalúa y interviene. *R. Rol de Enfermería*, Barcelona, n.186, p.13-16, feb. 1994.
- 4 BATISTA, Rodrigo Siqueira. Estudo epidemiológico da hipertensão arterial e dos fatores de risco cardiovascular em Bangu., *Revista Brasileira de Medicina*, Rio de Janeiro, v.51, n.3, p.345-352, mar.1994.
- 5 BRAGA, Fatima Lucia Machado; COVELO, Cristiane Maria. Follow-up como modalidade da assistência de enfermagem ao hipertenso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 47, n.2, p.165-177, abr./jun. 1994.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas Espaciais de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônicas-degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. *Normas técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- 7 CONSENSO brasileiro para o tratamento da hipertensão arterial (CBHA). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.56, jan., 1991. Suplemento A.
- 8 CRESPI, M. et al. Pacientes coronarianos. Influencia de la dieta y caracterización poblacional. *R. Rol de Enfermería*, Barcelona, n.194, p.51-56, oct.1994.
- 9 CURRY Steven C.; CAPELL, Patricia Arnold. Toxic effects of drugs used in the ICU. Nitroprusside, nitroglycerin, and angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Crit. Care Clin.*, Philadelphia, v.7, n.3, p.555-581, July 1991.
- 10 ENGEL, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, n.196, p.1129-1136, 1977.
- 11 FERREIRA, Anízia Angélica; BRANT, Maria José Cabral Grillo Caldeira. Atuação do enfermeiro no auto-cuidado do cliente hipertenso. *An. Fac. Med. Univ. Fed. Minas Gerais*, v.36, n.1/2, p.35-51, jan./ago. 1987.
- 12 FUCHS, Flavio Danni. Fármacos anti-hipertensivos. In: FUCHS, Flávio Danni; WANNMACHER, Lenita. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.
- 13 GROSS, F.; PISA, Z.; STRASSER, T. et al. *Management of arterial hypertension: a practical guide for the physician and allied health workers*. Geneva: World Health Organization, 1984.
- 14 GUS, M. et al. Diagnóstico inadequado de hipertensão sistêmica. *R. HCPA*, Porto Alegre, v.15, n.2, p.136-137, ago., 1995. Resumo de temas livres apresentados na 15ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 6-7 nov. 1995.
- 15 KOLMANN JUNIOR, Osvaldo. Hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Medicina*. Rio de Janeiro, v.49, dez.1992. Edição especial.
- 16 McAbee R. Primary prevention of hypertension: a challenge for occupational health nurses *AAOHN J.* v.43, n.6, p.306-312, jun. 1995.

- 17 MILLER N.H. Physical activity: one approach to the primary prevention of hypertension. *AAOHN J.*, v. 43,n.6, p.319-326, June 1995.
- 18 MITTLEMAN, Joel D.; MAKOFF, D. L. Hipertensão. In: BERCK James L; SAMPLINERE, James E. *Manual de tratamento intensivo*. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1983. p.187-207.
- 19 NIETO HERNANDEZ T. et al. Control de calidad y resultados en actividades de prevención y promoción de salud en consultas de enfermería. *R.Sanid Hig Publica*, v.68,n.2, p. 289-295, Mar./ Apr. 1994.[a1]
- 20 RIBEIRO, M.B.D.; RIBEIRO,A.B.; STABILE,C. et al. Prevalência da hipertensão arterial na força de trabalho da grande São Paulo: influência da idade, sexo e grupo étnico. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.28, p.209-215, 1982.
- 21 ROCHA, João Carlos;MANIGOT,Daniel A.; ROSALITI,Flávia et al. Avaliação do controle da hipertensão arterial leve e moderada realizada por profissionais de saúde não médicos. *Revista Brasileira de Medicina*, Rio de Janeiro,v.4,n.2,1985. Suplemento: Cardiologia
- 22 SOUZA, Ana Luiza Lima ; JARDIM, Paulo César Veiga. A enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional : relato de experiência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto,v.2,n.2,p.5-17,jan.,1994.
- 23 TARASCONI, José Carlos; FUCHS, Flávio Danni. Emergência hipertensiva. In: BARRETO, Sérgio Menna et al. *Rotinas em terapia intensiva*.2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Endereço da autora: Izabel Cristina Echer
 Author's address: São Manoel, 963
 Porto Alegre - RS
 CEP: 90.620-110

ABSTRACT

This article is a literature review about the concepts of systemic arterial hypertension ,it's incidence, the diagnostic methods and used treatments. It emphasizing the nurse's role in the patients care, based on the authors' nursing practice at Hospital de Clínicas Porto Alegre. The authors describe measures to prevent and promote health, as well as advanced actions during hypertension crisis and emergency cases.

KEY WORDS: *nursing care. nursing in the systemic arterial hypertension*

RESUMEN

El articulo presenta una revisión teorica acerca del concepto de Tensión Arterial Alta, su incidencia, diagnóstico y tratamiento. Está basado en la experiencia de las autoras y en la bibliografía acerca del cuidado de enfermería. Las autoras describen acciones para prevención y promoción de la salud y cuidados de enfermería en urgencia.

UNITERMOS: *cuidados de enfermería, enfermería en tensión arterial alta.*