PESQUISAS E AÇÕES EM
SAÚDE PÚBLICA
EDIÇÃO XIX

Capítulo 9

CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS QUE CONVIVEM COM HIPERTENSÃO

TÂNIA MARIA PENAFIEL DINIZ MOURA[1]
MANOELA GOMES REIS LOPES[2]
EDINA ARAUJO RODRIGUES OLIVEIRA[3]
JOÃO MARIA CORRÊA FILHO[4]
FÁBIO SOLON TAJRA[5]

[1]Enfermeira – Mestre em Saúde da Família/PROFSAÚDE pela Universidade Federal do Delta do Parnaíba.
[2]Docente do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí - Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
[3]Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo.
[4]Docente - Doutor em Ciência pelo Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP.
[5]Docente do Departamento de Medicina Comunitária da UFPI; supervisor da plataforma de Políticas de Saúde do CIATEN – Pós-doutorando em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú; Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará.

Palavras-Chave: *Hipertensão; Atenção à Saúde; Estratégias de Saúde; Atenção Básica.*

DOI 10.59290/978-65-6029-181-2.9

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde requer um olhar ampliado sobre a possibilidade de transformação das práticas de saúde, sejam elas voltadas para o 'cuidar-de-si' ou 'cuidar-do-outro'. Está implicado em uma perspectiva transformadora e leva em consideração aspectos múltiplos de cenário e contexto. Essa discussão afeta as pessoas, seu núcleo familiar, sua rede social e comunitária que inclui o contato com os serviços de saúde na tentativa de reunir recursos para o seguimento ou restabelecimento do bem-viver (T-AJRA *et al*., 2017).

O cuidado da hipertensão arterial sistêmica (HAS) requer a necessidade de compreensão de múltiplos aspectos que poderão interferir nesse processo saúde-doença-cuidado. Isso inclui a apropriação dos determinantes sociais da saúde relacionados a esse agravo (MILL, 2019).

A HAS é uma Doença Crônica Não Transmissível. Atinge, aproximadamente, 31% da população adulta, sendo compreendida como um fator de risco importante para o desencadeamento de lesões cardíacas e cerebrovasculares (Mills *et al*., 2016). É possível que uma parcela significativa da população brasileira não apresenta controle da doença, o que faz da HAS um assunto complexo. Isso envolve interferências no bem-viver, possibilidade de desfechos irreversíveis para a saúde, dificuldade de acesso e adesão ao tratamento, dentre outras (JESUS *et al*., 2008).

Diante do número de casos diagnosticados e acompanhados e da possibilidade de subnotificação ou desconhecimento do quadro de saúde, há a necessidade de se refletir sobre esse agravo e sobre as possíveis estratégias para o cuidado em saúde. Desta forma, é necessário aperfeiçoar as práticas de cuidado e problematização da rotina no serviço de saúde, como por exemplo, da equipe de enfermagem. Isso se justifica pelo fato de que a enfermagem tem um papel importante nessa prática, uma vez que reúne possibilidades de atuação para além da perspectiva procedimental.

Este artigo busca apresentar uma revisão narrativa da literatura sobre intervenções de cuidado em saúde às pessoas que convivem com hipertensão.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de janeiro a julho de 2024. A revisão narrativa é caracterizada por uma análise crítica da literatura, sob o ponto de vista teórico ou contextual em que não há exigência de se explicitar e sistematizar critérios para a busca e análise das evidências, e as fontes de dados podem ou não ser pré-determinadas ou específicas. Isso possibilita o conhecimento e discussão de novos temas e caminhos teórico-metodológicos, a partir de diversas fontes documentais, além da utilização da subjetividade dos pesquisadores para a seleção e interpretação das informações (GRANT & BOOTH, 2009).

A busca se deu a partir das seguintes questões: como tem sido materializado o cuidado em saúde de pessoas que convivem com a hipertensão pela equipe de enfermagem? Que estratégias podem ser levadas em consideração para o aperfeiçoamento das práticas de cuidado na atenção primária?

Para isso, serão utilizadas as palavras-chave em português e seus correspondentes em inglês: "hipertensão", "atenção à saúde", "estratégias de saúde" e "atenção primária à saúde" com os operadores booleanos "E/AND", selecionados a partir da sua identificação nos sites dos Descritores em Ciência da Saúde/Medical Subject Headings (DECS/MESH).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados em três unidades, a saber: Cuidado em saúde - bases teórico-conceituais e históricas na Enfermagem; Doenças Crônicas Não Transmissíveis - bases conceituais, epidemiológicas e operacionais; Estratégias de cuidado em saúde de pessoas que convivem com a hipertensão.

Cuidado em saúde: bases teórico-conceituais e históricas na Enfermagem

Inicialmente, teceremos alguns pontos de reflexão sobre o cuidado a partir da enfermagem. A enfermagem teve seu início na Idade Moderna, com Florence Nightingale. O surgimento da Enfermagem Moderna veio pelo conhecimento científico da enfermagem conduzido pelo processo de trabalho. Com a globalização, o cuidado aparece com necessidade de humanização nas relações, em que a cura estava relacionada ao cuidado, no entanto, o cuidado existe desobrigado da cura (Maia, 2008). A ação do cuidar diferenciado deve ter capacidade de decisão e pensamento crítico para diferenciar o cuidado de realizar procedimentos (SALVIANO, 2016).

Para Horta (1979), na sua teoria das Necessidades Humanas Básicas, a enfermagem entende o ser humano como o foco do seu conhecimento e interesse. A essência da enfermagem não é a doença, a medicação, cirurgias ou testes prévios, mas sim, atender as necessidades básicas do ser humano como um todo. O sujeito do cuidado não é só a pessoa, mas toda a comunidade que vive, incluindo o ambiente. Aqui, o exercício da enfermagem é fazer, ajudar e supervisionar, conforme as necessidades e limitações de cada pessoa, deixando-a corresponsável pelo seu cuidado.

A enfermagem, através do seu processo de trabalho, coordena de forma contínua e organizada a técnica do raciocínio clínico, tomada de decisão diagnóstica, resultados e intervenções junto à população assistida. Uma teoria de enfermagem pode ser entendida por um grupo de princípios fundamentais que permite refletir sobre as questões que estão presentes na atividade profissional e auxiliam a prática. Acredita-se que o exercício da enfermagem embasado por teorias contribui para a melhoria da qualidade da assistência (BARROS & BISPO, 2017).

A Teoria de Enfermagem Holística objetiva promover o bem-estar social baseado no conhecimento científico. Sugere a aplicação dos princípios básicos para preservar a pessoa, que se baseia na conservação da energia e integralidade estrutural e pessoal. A definição da pessoa é realizada pelo ambiente que o mesmo vive, pois, a doença sofre influência dos fatores existentes no seu habitat. A enfermagem como cuidadora do ‘ser’ e ‘mente’, também participa da reabilitação, através da reintegração à família, ao trabalho e convívio social (Lopes, 2020). Entender o cuidado de enfermagem requer uma concepção ética na qual reconheça sua valorização por meio do respeito ao outro em sua complexidade e até na escolha de enfermagem como profissão (SOUZA *et al*., 2005).

O cuidado significa vigilância, atenção, dedicação, interesse, em que sua efetivação se encontra em ambiente inserido em sociedade. Quanto ao cuidar é ‘estar’ ou ‘colocar-se no lugar do outro’ em situações especiais que vão desde o nascimento até a morte.

Assim, o cuidado em saúde está voltado para uma ação integral, em que o ‘direito de ser’ prevalece em qualquer diferença do cidadão, respeitando suas especificidades, garantindo o acesso e decisão de quais práticas terapêuticas a pessoa deseja utilizar. Organizar o cuidado em saúde, significa ter habilidade em atender, de forma integral, as necessidades da pessoa na Rede de Atenção à Saúde – RAS (PEREIRA; LIMA, 2009; BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2017), por meio de suas diretrizes, refere-se ao cuidado centrado na pessoa, de forma única. A pessoa deve ter confiança para tomar decisão do seu próprio cuidado de saúde de maneira ativa. A construção desse cuidado depende das necessidades e capacidades de cada pessoa, onde a família, os profissionais e a comunidade são decisivas no processo de cuidar para garantir a longitudinalidade. A resolutividade está presente no cuidado através da sua clínica ampliada, tendo em vista a necessidade de produzir vínculos positivos e intervenções clínicas justificadas com preparo para solucionar os problemas de saúde da população, interligando a RAS, quando houver necessidade (PNAB, 2017).

A gestão do cuidado em saúde se define como providência das tecnologias da saúde, que depende da demanda e do momento de cada pessoa, objetivando satisfação, segurança e autonomia para seguir sua vida. Ocorre em cinco dimensões inseparáveis: 1) individual, refere que cada um de nós pode cuidar de si no sentido de produzir, fazendo suas escolhas com autonomia; 2) familiar, está inserida nos diversos momentos da pessoa, tendo a família e comunidade como responsáveis com suas dificuldades, onde as relações conflituosas entre cuidadores e cuidado estão presente devido a sobrecarga dos cuidadores; 3) profissional, é o encontro entre o profissional e o usuário conduzido pela competência técnica, postura ética e construção de vínculo; 4) organizacional, ocorre a disposição do processo de trabalho; 5) sistêmica, constrói vínculos institucionais entre os serviços de saúde para produzir redes ou linhas de cuidados, na integralidade (CECÍLIO, 2011).

Além disso, o cuidado em saúde se caracteriza pelo acolhimento, escuta, interação, envolvimento, respeito e tratamento dado no sofrimento do ser humano com qualidade e resolutividade. É na interação entre profissionais, usuários dos serviços de saúde e instituições que o vínculo se apoia e caracteriza o cuidado em saúde. O cuidar necessita ser contínuo e interdisciplinar em que todos participem com seus saberes para ampliação e fortalecimento da rede (PEREIRA & LIMA, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde objetiva ampliar o acesso da população aos serviços de atenção primária por meio da implementação de linhas de cuidado. As linhas de cuidado são definidas como forma de articulação entre recursos e práticas de produção de saúde. Nesse caso, as diretrizes assistenciais fazem a orientação e apresentam rotinas com definição do trajeto a ser percorrido pela pessoa na rede, conforme suas necessidades. Desta forma, proporcionam a comunicação entre equipes, serviços e usuários dos serviços de saúde da rede com enfoque na programação das ações e na regulação de recursos por meio de pactuações de tarefas dos pontos de atenção e profissionais (BRASIL, 2021).

Independente do percurso que a pessoa tenha que percorrer nos diferentes níveis de atenção, às linhas de cuidado implementadas devem atentar para a atenção primária como coordenadora do cuidado e organizadora das redes. As linhas de cuidado têm como objetivo: conduzir o serviço de saúde de forma a concentrar o cuidado na pessoa e em suas necessidades; apresentar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros em todos os níveis de atenção; e, definir o percurso assistencial ideal das pessoas, conforme necessidade nos diferentes níveis (BRASIL, 2021).

Marques e colaboradores (2022) mencionam que as linhas de cuidados orientam os serviços no cumprimento de cuidados às necessidades das pessoas. O procedimento favorece o fortalecimento da assistência, da promoção e da prevenção em saúde. Com a divulgação do

projeto linhas de cuidados, que veio com o propósito de potencializar essa assistência, lançado na plataforma interativa com uma série de 24 materiais instrutivos voltados para os profissionais de saúde, gestores e cidadãos. Os temas alinham a organização e apresentam o trajeto que a pessoa deve seguir no Sistema Único de Saúde (SUS), motivando a integração de ações e serviços, desde o acesso, na atenção primária à saúde, através da Unidade Básica de Saúde, até os serviços especializados (MARQUES *et al*., 2022).

Doenças Crônicas Não Transmissíveis: bases conceituais, epidemiológicas e operacionais

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, como as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são mundialmente, as principais causas de mortalidade, incluindo as prematuras. Se caracteriza por alta prevalência, com variados fatores de risco que proporcionam baixa qualidade de vida e incapacidades funcionais que limitam suas atividades laborais ou de lazer, com relevantes impactos econômicos para pessoas, familiares e ao sistema de saúde (ELEONE *et al*., 20 21).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que ocorrem 36 milhões de mortes, por ano, em portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), representando uma ameaça à saúde de todo mundo. Além disso, os países de baixa e média renda são os mais afetados (OMS, 2011).

O Brasil tem sofrido modificações no seu padrão de mortalidade e morbidade em decorrência dos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional. Da mesma forma que a situação mundial, as DCNT no Brasil são significativas, tendo sido responsáveis, em 20 16, por 74% do total de mortes, das quais: (28 %) doenças cardiovasculares, (18%) neoplasias, (6%) doenças respiratórias e (5%) diabetes. Segundo a OMS, poucos fatores de risco respondem pela maioria das mortes por DCNT. Diante desse cenário, faz-se necessário uma intervenção, através da implantação e implementação de ações que possam reduzir esses percentuais, como as linhas de cuidados (ELEONE *et al*., 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) chama atenção do processo de trabalho relacionado às DCNT, em que a Estratégia Saúde da Família, local onde ocorre as ações, não consegue atender a demanda reprimida das DCNT do Brasil, com um atendimento integral e continuado (OLIVEIRA *et al*, 2020).

Estudo sobre um levantamento das DCNT no período de 2012 a 2022, ratificaram a necessidade de acompanhamento dessas pessoas, de cuidado não somente medicamentoso, mas também, de ações que os envolvam na adesão do seu tratamento, tanto na prevenção como promoção de saúde na APS, respeitando as especificidades de cada cidadão, onde a alimentação saudável e atividade física, regulares e seguras, devem ser agregados ao plano de tratamento (MARQUES *et al*., 2022).

Neste sentido, como lidar com esse desafio dos cuidados na saúde, diante de uma demanda que só cresce? As ações na saúde precisam reorganizar suas práticas para que possa atender aos princípios do SUS como integralidade, universalidade e equidade, principalmente, para as pessoas que convivem com doenças crônicas.

Em se tratando da hipertensão, há a necessidade de atenção. Faz referência a uma condição clínica que relaciona múltiplos determinantes sociais. Ela é diagnosticada, quando há elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Isso pode ser resultante de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais, sociais, culturais e relacionados aos estilos de vida.

Dentre os fatores de risco modificáveis da hipertensão arterial destaca-se a dieta (consumo excessivo de sal, gordura saturada e gorduras trans; baixo consumo de frutas e vegetais), sedentarismo, consumo de tabaco e álcool e excesso de peso ou obesidade. Aliado a isso, é importante mencionar fatores de risco não modificáveis que incluem o histórico familiar de hipertensão, a idade acima de 65 anos, além de doenças coexistentes (BARROSO *et al*., 2021).

No Brasil, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel), que realiza investigação anualmente por Inquérito Telefônico, relacionada apenas à população residente nas capitais das Unidades Federativas, percebemos maior prevalência de hipertensão arterial autorreferida, segundo diagnóstico médico prévio, de 23,9%. A prevalência mostrou-se mais alta entre as mulheres (26,4 %), entre pessoas idosas, com 60 anos ou mais (55,0%), entre a população com baixa escolaridade (36,6%) e de raça/cor preta (25,8%) e entre pessoas características diversas (27,7%). As prevalências foram mais altas no grupo com renda entre um e três salários-mínimos (MALTA *et al*., 2019)

A HAS está relacionada com complicações nos órgãos-alvo, como o coração (doença arterial coronária), insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e morte súbita, cérebro (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico), demência, rins (doença renal crônica) e sistema arterial (doença arterial obstrutiva periférica). Isso resulta em impacto significativo nos custos médicos e socioeconômicos (BARROSO *et al*., 2021).

Estratégias de cuidado em saúde de pessoas que convivem com a hipertensão

A partir da compreensão do cuidado em saúde e da percepção do cenário e contexto que vivemos, que revela atenção à saúde de pessoas que convivem com a hipertensão, identificamos possíveis estratégias. As estratégias discutidas incluem educação em saúde, mudanças no estilo de vida, busca ativa, diagnóstico precoce, monitoramento contínuo, suporte psicológico e educação permanente dos profissionais.

Quanto ao processo de Educação em Saúde, vale mencionar que o contato com estratégias educativas tem se mostrado eficaz na apropriação dos aspectos relacionados ao bem viver e ao convívio com a hipertensão, além de sensibilização e mobilização das pessoas em prol da mudança de práticas de saúde. Isso, também, reverbera na adesão ao tratamento. Essas iniciativas incluem momentos de sala de espera, contato com grupos de convivência, jogos educativos, materiais informativos e diálogo em consultas individuais (OLIVEIRA *et al*., 2013; SILVA *et al*., 2014)).

Em estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2013), com o propósito de verificar a eficácia da educação em saúde na adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, considerando os hábitos referentes à alimentação, à atividade física e ao uso de tabaco e álcool, bem como avaliação de medidas antropométricas e níveis pressóricos, antes e após a realização de grupos de educação em saúde com pessoas que vivenciavam a hipertensão, foram observados aspectos importantes. Houve mudança estatisticamente significante no consumo de legumes, na adesão à prática de atividade, na redução do índice de massa corpórea e da circunferência abdominal e no controle da pressão arterial, após os grupos de educação em saúde. Os autores perceberam que as atividades de educação em saúde foram eficazes no incentivo à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, evidenciando a relevância da adoção dessas estratégias educacionais pelos profissionais de saúde.

No estudo realizado por Silva e colaboradores (2014), com o objetivo de conhecer como o

saber em saúde é construído por pessoas com hipertensão acompanhadas por uma equipe de saúde da família, foi observado que o diálogo e a convivência com outras pessoas são elementos de maior impacto na construção desse saber. Os autores comentaram que o grupo de educação em saúde foi percebido como espaço relevante pelas explicações disponibilizadas pelos profissionais e possibilidade de compartilhamento de saberes e práticas entre os participantes.

As Mudanças no Estilo de Vida constituem outra estratégia importante. O estilo de vida faz referência ao modo de viver que contribui com a construção da maneira de ser do sujeito, aos hábitos e suas expressões (Teixeira *et al*., 20 06). Desta forma, é importante considerar o grupo social e cultural em que a pessoa se encontra inserida, uma vez que constitui um determinante social importante para esse desfecho.

Além disso, podemos perceber a co-responsabilização do outro na tentativa do exercício do cuidar-de-si. Essas intervenções que incentivam a adoção de hábitos saudáveis, incluem a dieta balanceada com redução do sal, consumo de frutas e vegetais, atitudes para controle do peso como a atividade física regular, a cessação do uso do tabaco, a prevenção do uso nocivo de álcool, por exemplo. Muitas vezes, essas ações são realizadas em grupo, promovendo apoio social e motivação entre os participantes.

Em estudo realizado por Castro e Car (20 00), que objetivou descrever o cotidiano da vida de hipertensos após o conhecimento do diagnóstico da hipertensão arterial e identificar possíveis mudanças na dinâmica da vida de hipertensos após o início do tratamento, foram observados diferentes comportamentos/reações das pessoas com hipertensão em relação aos seus cotidianos após a descoberta do agravo. Aliado a isso, perceberam que conviver com a cronicidade da doença significa, ao longo do tempo, incorporar mudanças no cotidiano da vida.

Para Teixeira e colaboradores (2006), o estilo de vida envolve aspectos diversos que incluem os hábitos de vida, os comportamentos aditivos e o estado emocional. De acordo com esses autores, para compreender o estilo de vida é necessário levar em consideração o contexto social e os aspectos subjetivos, de modo a favorecer uma atitude crítica e sensível sobre as práticas de saúde.

A participação em Grupos de Convivência está relacionada com a constituição de um espaço de compartilhamento de saberes e práticas dos participantes voltada para a dinâmica da vida e do bem viver. Aqui, é possível falar das experiências dos participantes, realizar momentos educativos, servir como espaço terapêutico, dentre outros. Aliado a isso, pode ser um espaço para exercitar o suporte social que é importante para o cuidado em saúde.

Mendonça e Nunes (2014) realizaram estudo com o objetivo de analisar os fatores que contribuem para a presença de estratégias participativas em grupos realizados para pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Observaram que a abertura ao saber dos usuários e o trabalho multiprofissional constituem estratégias fundamentais para tornar os grupos de educação em saúde espaços de troca e construção compartilhada de saberes.

No que diz respeito à Busca Ativa, consideramos essa estratégia como recurso importante para identificação de novos casos. O termo ‘busca ativa’ é muito usado nas vigilâncias epidemiológica e sanitária, bem como na saúde do trabalhador. Faz referência a estratégia de "ir à procura de indivíduos com o fim de uma identificação sintomática, principalmente, das doenças e agravos de notificação compulsória" (Pereira *et al*., 2013, p. 410). No entanto, tem sido apontada como um sentido estrito do termo.

A partir dessa estratégia, é possível interagir com as pessoas, famílias, comunidade, compreendendo o cenário e o contexto em que vive. Isso inclui, ainda, as relações construídas e suas interações (PEREIRA *et al*., 2013).

Alguns autores defendem essa ação para o cuidado em saúde, considerando a hipertensão. Sousa e colaboradores (2006) comentam sobre a dificuldade e insuficiência na identificação dos casos de hipertensão, principalmente no gênero masculino. Relatam que isso constitui impedimento para o efetivo funcionamento da assistência à população. Para superação dessa dificuldade, sugerem a intensificação da busca ativa para obtenção de diagnóstico (SOUSA *et al*., 2006).

Ao considerar o Diagnóstico Precoce, nos referimos à identificação da condição em seus estágios iniciais, antes que os sintomas se tornem mais graves ou complicações ocorram. Esse tipo de diagnóstico é importante, porque permite: tratamento mais eficaz, impede a progressão da doença, menor risco de complicações, redução de custos e aumento da taxa de sobrevivência. Alguns autores defendem que a prevenção primária será mais efetiva e terá maior impacto se realizada numa faixa etária em que a prevalência da doença não é plena (ALMEIDA *et al*., 2002).

No artigo que trata da hipertensão arterial pediátrica como manifestação precoce de doença cardiovascular na criança, os autores alertam para a importância do diagnóstico precoce da hipertensão arterial e pressão arterial elevada na criança e no adolescente. Ressaltam as peculiaridades e dificuldades da medida da pressão arterial em pediatria e a importância da hipertensão arterial secundária nesta faixa etária (KOCH & FURUSAWA, 2024).

A Abordagem Multidisciplinar e as Práticas Interdisciplinares são outras pautas indispensáveis para o cuidado em saúde de pessoas que convivem com a hipertensão. Essa integração resulta em estratégias personalizadas, maior adesão ao tratamento e, consequentemente, melhores resultados para as pessoas. Vale mencionar que isso inclui o suporte de uma rede psicossocial, uma vez que a ansiedade e o estresse, além da depressão, podem apresentar-se como aspectos moduladores da hipertensão arterial. Intervenções que incluem apoio psicológico e terapia comportamental têm demonstrado melhorias na qualidade de vida e nos resultados de saúde (OLIVEIRA *et al*., 2021).

Diante disso, a consulta conjunta, compartilhada ou interconsulta é uma ação de saúde interprofissional e interdisciplinar que objetiva integrar e promover o compartilhamento de saberes de diferentes atores que atuam nos serviços de saúde. Visa o aprimoramento da tarefa assistencial e a busca pela integração de saberes e práticas (MELLO FILHO & SILVEIRA, 2005).

Por fim, é importante destacar o Monitoramento Contínuo. Faz referência a utilização de instrumentos e tecnologias que buscam facilitar o acompanhamento regular da condição, permitindo ajustes rápidos no tratamento e maior engajamento da pessoa que convive com a hipertensão (PINHO & PIERIN, 2013).

CONCLUSÃO

A revisão conclui que a definição de ações que combinam essas intervenções, pode melhorar significativamente o cuidado em saúde de pessoas com hipertensão, promovendo não apenas a adesão ao tratamento, mas também a saúde geral e o bem-estar. Aliado a isso, é importante mencionar a necessidade de um enfoque multidisciplinar e atuação interdisciplinar que possibilite aglutinar esforços e reunir recursos que possibilitem a transformação de práticas de saúde em prol do bem-viver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. A. *et al.* Prevenção Primária e Detecção Precoce da Hipertensão Arterial em Escolas do Ensino Médio: Projeto Comunitário Envolvendo Estudantes de Medicina. Rev Bras Educ Med. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v26.2-003.

BARROS, L. B. L.; BISPO, G. S. Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. In: I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem, 1., 2017, São Paulo 2017.

BARROSO, W. K. S. *et al*. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3): 516-658. Disponível em: https://doi.org/10.36660/abc.20201238. Acesso em: 05 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, 2021.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. Rev Esc Enferm USP 2000 Jun; 34(2): 145–53. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000200004. Acesso em: 05 out. 2024.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface. Comunicação Saúde Educação, v. 15, p. 589-599, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021

ELEONE, A. *et al*. Linha de cuidado de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. Instituto de Estudos para as Políticas de Saúde – IEPS. 2021. Disponível em: https://ieps.org.br/panorama-ieps-02/. Acesso em: 18 jun. 2024.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A systematic approach to reviewing literature. Journal compilation. Health Libraries Group. 2009.

HORTA, W. A. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

JESUS, E. S. *et al*. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1): 59-http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000100009. Acesso em: 05 out. 2024.

KOCH, V. H. K.; FURUSAWA, E. A. Pediatric hypertension as an early manifestation of cardiovascular disease in children. Braz J Nephrol [Internet]. 2024 Oct; 46(4): e20230159. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2023-0159en. Acesso em: 05 out. 2024.

MELLO FILHO, J. de; SILVEIRA, L. M. C. da. Consulta Conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. Rev Bras Educ Med Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-021. Acesso em: 05 out. 2024.

MENDONÇA, F. de F.; NUNES, E. de F. P. de A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. Cad Saúde Colet [Internet]. 2014 Apr; 22(2): 200–4. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X201400020014. Acesso em: 05 out. 2024.

MILL, J. G. Social determinants of hypertension. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2019 Oct; 113(4): 696–8. Disponível em: https://doi.org/10.5935/abc.20190220. Acesso em: 05 out. 2024.

MILLS, K. T.; BUNDY, J. D.; KELLY, T. N.; REED, J. E.; KEARNEY, P. M.; REYNOLDS, K.; *et al*. Global disparities of hypertension prevalence and control. Circulation. 2016; 134(6): 441-50. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912. Acesso em: 05 out. 2024.

OLIVEIRA, A. R. *et al*. A relação entre hipertensão arterial, ansiedade e estresse: uma revisão integrativa da literatura. Psicol Estud [Internet]. 2021; 26: e46083. Disponível em: https://doi.org/10.4025/psicolestud.v26i0.46083. Acesso em: 05 out. 2024.

OLIVEIRA, J. H.; SOUZA, M. R.; MORAIS NETO O. L. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. Epidemiologia e Serviço de Saúde, v. 29, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1226

OLIVEIRA, T. L. *et al*. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013; 26(2): 179–84. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200012. Acesso em: 05 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Hipertensão: Fatos importantes. 2011. Disponível em: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hypertension

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. rev., ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PEREIRA, M. O. *et al*. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. Acta Paul Enferm Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500002. Acesso em: 05 out. 2024.

PEREIRA, M. O. *et al*. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500002. Acesso em: 05 out. 2024.

PINHO, N. de A., & PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. Arq. Bras. Cardiol., 101(3), e65–73. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.5935/abc.20130173. Acesso em: 07 de out. 2024.

SALVIANO, M. E. M. *et al*. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n.6, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331

SILVA, F. M. *et al*. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 May; 67(3): 347–53. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140045. Acesso em: 05 out. 2024.

SOUSA, L. B. de; SOUZA, R. K. T. de; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. Arq Bras Cardiol Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0066-782X2006001700015. Acesso em: 05 out. 2024.

SOUZA, A.; SILVA, B.; PEREIRA, C. O conceito de cuidado em saúde: uma abordagem ética e social. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 2. 2005.

TAJRA, F. S.; PONTES, R. J. S.; CARVALHO, F. H. C. Os possíveis sentidos do cuidado: o cuidar-de-si e o cuidar-dos-outros.v. 35, n. 2, p. 199-209, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&p-id=S0120-53072017000200199&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 out. 2024.

TEIXEIRA, E. R. *et al*. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. Esc Anna Nery. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300004. Acesso em: 05 out. 2024.