FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ALÉM PARAÍBA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LUANA RIVANA DE OLIVEIRA SOUZA

ENFERMAGEM E AS AÇÕES AO PACIENTE HIPERTENSO ADSCRITO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA- ESF

Além Paraíba
2020

LUANA RIVANA DE OLIVEIRA SOUZA

ENFERMAGEM E AS AÇÕES AO PACIENTE HIPERTENSO ADSCRITO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA- ESF

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

BACHAREL - CURSO DE ENFERMAGEM

COORDENADOR PROF: GLEIDSON ROBERTO SANTOS COSTA

ORIENTADOR – PROFª. Ms. MICHELLY BAGANHA COELHO SOARES

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO

ALÉM PARAÍBA, DEZEMBRO/2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Luana Rivana de Oliveira Souza.

Enfermagem e as ações ao paciente hipertenso adscrito na Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Atenção à saúde do paciente hipertenso adscrito na ESF

Nº de folhas: 32

Bacharel em Enfermagem - Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro – FAC-SAÚDE ARTHE, mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba - FEAP.

Coordenador do Curso: Gleidson Roberto Santos Costa

Professor Titular – Douglas Pereira Senra

Profª. Orientadora – Ms. Michelly Baganha Coelho Soares

ENFERMAGEM E AS AÇÕES AO PACIENTE HIPERTENSO ADSCRITO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA- ESF

LUANA RIVANA DE OLIVEIRA SOUZA

MONOGRAFIA APRESENTADA A FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO MANTIDA PELA A FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ALÉM PARAÍBA – FEAP, COMO REQUISITO PARCIAL À OBTENÇÃO DO TÍTULO EM BACHAREL EM ENFERMAGEM.

BANCA EXAMINADORA:

_____
Douglas Pereira Senra
Prof. Titular

_____
Michelly Baganha Coelho Soares
Profª. Ms. Orientadora

_____
Gleidson Roberto Santos Costa
Prof. convidado e Coordenador

_____
NOTA

APROVADA ☐ **APROVADA COM RESTRIÇÕES** ☐ **REPROVADA** ☐

_____

Gleidson Roberto Santos Costa
Prof. Coordenador do Curso de Enfermagem

Além Paraíba,_____ de _____2020

Dedico a Deus, que por meio das orações se mostrou presente todos os momentos.

Dedico esse trabalho a minha filha Isabelly Oliveira Matos, meu incentivo diário e luz na minha vida!

AGRADECIMENTOS

Dedico primeiramente a Deus, por todas as vezes em que conversamos em orações e acalmou meu coração. E mesmo em silêncio me trouxe respostas. Nunca soltou as minhas mãos.

A minha vó Lídia (in memorian) que foi a primeira pessoa que acreditou neste sonho e merecia presenciar essa “nossa vitória”. Tenho certeza que hoje temos uma estrela muito orgulhosa.

A mulher da minha vida Regina Afonso. Mulher guerreira, que foi mãe e pai. Nunca deixou faltou o mais importante, o amor. E ao meu Paidrasto Alexandre, que ocupa um lugar especial na minha vida.

Ao meu esposo Josiel pelo incentivo (fã de carteirinha). Por todas as vezes que entendeu o meu cansaço, que torceu por mim, por todas as vezes que desejou “Boa Prova!”. A minha filha Isabelly Oliveira por quem eu busco dias melhores. Perdoem por todos os momentos em que não passamos agarradinhas, espero fazer valer a pena.

Aos meus amigos de faculdade, foi uma turma incrível.

Agradeço em especial a excelente profissional e Prof. Ms. Michele Baganha, que de pronto aceitou esse desafio. Agradeço pelo lado humano, pela compreensão e paciência, e desejo ainda mais sucesso.

Na atenção primária de saúde e dentre as atribuições específicas do enfermeiro, sob o olhar do profissional da saúde, está à consulta de enfermagem, a qual é uma atividade desenvolvida pelo enfermeiro na assistência a saúde, tendo por base o monitoramento, a avaliação e a intervenção das situações de saúde/doença nos diversos momentos do ciclo de vida das famílias.

(ALONSO, 2005).

RESUMO

SOUZA, Luana Rivana de Oliveira. Enfermagem e as ações ao paciente hipertenso adscrito na Estratégia de Saúde da Família – ESF. Além Paraíba. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2020.

O tema da presente pesquisa refere-se às ações educativas aos pacientes hipertensos acompanhado pela Atenção Primária à Saúde (APS). Estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida, com vista a reduzir o risco de predisposição à doença. A pesquisa propôs como problema: quais os cuidados prestados à saúde do paciente hipertenso pela equipe de enfermagem que atua na ESF? A hipótese sustentada é que, sendo a ESF espaço privilegiado de atenção à saúde, que incorpora estratégias individuais e coletivas, contribui para uma melhor qualidade de vida e as ações educativas de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial sistêmica são importantes para uma assistência preventiva e cuidativa. Como o objetivo geral refletir sobre a importância do trabalho de enfermagem para a organização do processo de trabalho no âmbito da ESF e como objetivos específicos conceituar Hipertensão Arterial Sistêmica e fisiopatologia, conceituar atenção primária e destacar as ações educativas de enfermagem aos pacientes hipertensos. O procedimento metodológico implica em revisão bibliográfica. Assim, o trabalho em saúde apresenta o potencial da promoção, das necessidades, das demandas, das soluções, da rotina dos serviços, e principalmente do profissional Enfermeiro através do seu conhecimento, atender as necessidades do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Hipertenso. Ações educativas. ESF.

ABSTRACT

SOUZA, Luana Rivana de Oliveira. Enfermagem e as ações ao paciente hipertenso adscrito na Estratégia de Saúde da Família – ESF. Além Paraíba. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2020.

The theme of this research refers to the educational actions for hypertensive patients accompanied by Primary Health Care (PHC). Public health strategies are necessary to address these factors related to habits and lifestyles, in order to reduce the risk of predisposition to the disease. The research proposed as a problem: what care is provided to the health of hypertensive patients by the nursing team working in the FHS? The supported hypothesis is that, since the FHS is a privileged space for health care, which incorporates individual and collective strategies, it contributes to a better quality of life and the educational nursing actions for patients with systemic arterial hypertension are important for preventive and care assistance . As the general objective to reflect on the importance of nursing work for the organization of the work process within the scope of the FHS and as specific objectives to conceptualize Systemic Arterial Hypertension and pathophysiology, conceptualize primary care and highlight the educational nursing actions for hypertensive patients. The methodological procedure implies a bibliographic review. Thus, health work has the potential for promotion, needs, demands, solutions, routine services, and especially the professional nurse through his knowledge, meet the needs of the patient.

KEYWORDS: Nursing. Hypertensive. Educational actions. ESF.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....10
1.1 Objetivos.....12
1.1.1 Objetivo geral.....12
1.1.2 Objetivos específicos.....12
1.2 Justificativa.....12
1.3 Metodologia.....12

2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....14
2.1 A doença.....14
2.2 Diagnóstico.....15
2.3 Tratamento.....17
2.4 Fisiopatologia.....18

3 O ENFERMEIRO E AS AÇÕES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....22
3.1 O Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.....22
3.2 Estrutura da ESF.....26
3.3 Educação em saúde.....28

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....32

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....33

1 INTRODUÇÃO

O tema da presente pesquisa refere-se às ações educativas aos pacientes hipertensos acompanhado pela Atenção Primária à Saúde (APS). Enquanto profissional de Saúde, lotada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Vila Caxias II, compreendi a importância de uma assistência visando desenvolver ações pela equipe multidisciplinar.

O interesse pela temática emergiu durante o curso[1], apresentando as dimensões com as quais o enfermeiro está comprometido, pois no cuidado ele previne, protege, trata, recupera, promove e produz saúde.

Na rotina da APS são estabelecidas várias iniciativas, a fim de ofertar um serviço de qualidade, estimulando o acesso da comunidade à informação, consulta médica e medicação.

A APS faz parte do Programa Nacional de Melhorias do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com a finalidade de ser preferencialmente, o acesso para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Este modelo de atendimento é voltado para as demandas da comunidade, através de ações que possibilitem a promoção, proteção e reabilitação. Os serviços ofertados tendem a desenvolver ações coletivas ou individuais, para uma atenção integral, impactando diretamente na vida dos assistidos pelas APS.

O principio da Integralidade do SUS pressupõe a articulação de políticas públicas, em diferentes áreas para assegurar uma atuação intersetorial que venha a proporcionar qualidade de vida aos indivíduos.

O principio da integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, conforme dispõe na Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990) que instituindo o SUS, revoando o § 1º do art 35, pela lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 2012).

Outro princípio é a universalidade, que compreende a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, sendo o acesso às ações e serviços independente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. É essencial que a equipe execute o processo de trabalho por meio da prática do cuidado, a partir de territórios definidos e

---

[1] Curso de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro – Fundação Educacional de Além Paraíba.

orientados pelas diretrizes do SUS, compreendendo a importância do seu papel e prestando um serviço de qualidade, na qual é direito de todos os cidadãos (BRASIL, 1990).

Com relação aos pacientes hipertensos, o Ministério da Saúde estima que existem mais de 30 milhões no Brasil e apenas 10% da população faz o controle da doença. Sendo a hipertensão responsável por 40% dos infartos, 80% dos Acidentes Vasculares Cerebral (AVC) e 25% de casos de insuficiência renal. Os estudos apontam que o excesso ao sal, alimentos gordurosos, e a falta de exercícios regulares são fatores que favorecem a aceleração da doença (BRASIL, 2018).

Esta patologia pode evoluir sem sintomas por mais de 20 anos e, quando não tratada, causa lesões em diversos órgãos e sistemas, produzindo graves complicações, podendo determinar sérias complicações, invalidez e também ao óbito. Sendo este estudo relevante, uma vez que evidencia a assistência de enfermagem no tratamento da hipertensão arterial sistêmica na ESF.

O enfermeiro, como profissional de saúde responsável pela assistência preventiva e cuidativa, necessita estar preparado para assistir a esta clientela específica, direcionando-a para o autocuidado, pois modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados.

Nesta perspectiva, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida. Tais estratégias poderão reduzir o risco de predisposição à doença, trazendo benefícios para a prevenção da hipertensão arterial sistêmica e redução da carga de outros males que podem surgir como coadjuvantes de hipertensão.

Diante do exposto, a pesquisa propôs como problema: quais os cuidados prestados à saúde do paciente hipertenso pela equipe de enfermagem que atua na ESF?

A hipótese sustentada é que, sendo a ESF espaço privilegiado de atenção à saúde, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade, incorporando estratégias individuais e coletivas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida, ações educativas de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial sistêmica é importante para uma assistência preventiva e cuidativa.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral.

Refletir sobre a importância do trabalho de enfermagem para a organização do processo de trabalho no âmbito da ESF, mostrando a importância das ações educativas realizadas pelo Enfermeiro da ESF para complementação do tratamento de pacientes hipertensos com intuito de aumentar a adesão, contribuindo para a promoção e prevenção de doenças e agravos à saúde.

1.1.2 Objetivos específicos

- Conceituar Hipertensão Arterial Sistêmica e fisiopatologia;
- Conceituar atenção primária;
- Destacar as ações educativas de enfermagem aos pacientes hipertensos.

1.2 Justificativa

A pesquisa apresenta sua relevância, tendo em vista que o trabalho em saúde apresenta o potencial da promoção, das necessidades, das demandas, das soluções, da rotina dos serviços, e principalmente do profissional Enfermeiro através do seu conhecimento, atender as necessidades do paciente.

1.4 Metodologia

O procedimento metodológico implica em uma revisão bibliográfica, de natureza qualitativa, que, de acordo com Gil (2008), visa descobrir respostas do tema proposto, empregando-se os conhecimentos científicos já publicados. Sendo a pesquisa qualitativa estudo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. A pesquisa apresenta como estrutura três capítulos.

No primeiro capítulo conceitua Hipertensão Arterial Sistêmica, diagnóstico, tratamento e fisiopatologia. No segundo capítulo, dedica-se aos princípios da ESF para ações

de promoção à saúde e destaca a assistência de enfermagem que atua na ESF, com ações educativas para complementação do tratamento de pacientes hipertensos.

2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Este capítulo desenvolve o conceito, diagnóstico, tratamento e fisiopatologia da hipertensão arterial sistêmica.

2.1 A doença

A Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), é uma doença crônica não transmissível, de origem multifatorial que apresenta elevada prevalência na população brasileira, constituindo-se com um sério fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Sendo uma doença crônica, quando não tratada e controlada adequadamente, pode levar a complicações que podem atingir outros órgãos e sistemas.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença basicamente detectável por meio da medida da pressão arterial. Apesar dos progressos expressivos da indústria farmacêutica na produção de medicamentos cada vez mais eficazes para o seu tratamento, associado ao tratamento não farmacológico, e dos benefícios comprovados na redução da mortalidade e morbidade relacionadas a eventos cardiovasculares, continua havendo um número muito grande de indivíduos hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente cardiovascular (PIERIN, 2011).

Segundo Porto (2005), a hipertensão arterial sistêmica é uma síndrome que basicamente se caracteriza pelo aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólicos quanto diastólicos. E se refere a uma enfermidade que merece bastante atenção e cuidados.

> A hipertensão arterial sistêmica é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, pois, além, de ser muito frequente 10 a 20% da população adulta são portadores de hipertensão arterial sistêmica– ela é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio. (PORTO, 2005, p.487).

No sistema nervoso central podem ocorrer infartos, hemorragia e encefalopatia hipertensiva; no coração, pode ocorrer cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, aumento

do coração e, em alguns casos, morte súbita; nos pacientes com insuficiência renal crônica associada sempre ocorre nefroesclerose.

No sistema vascular, podem ocorrer entupimentos e obstruções das artérias carótidas, aneurisma de aorta e doença vascular periférica dos membros inferiores. No sistema visual, há retinopatia que reduz muito a visão dos pacientes (SMELTZER; BARE, 2012).

> A pressão arterial é um 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 de sangue, através do coração e dos vasos sanguíneos. A pressão arterial alta., conhecida como hipertensão, pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, uma modificação na resistência periférica ou de ambos (SMELTZER; BARE, 2012, p.862).

Conforme Smeltzer e Bare (2012), qualquer que seja sua natureza, a hipertensão arterial sistêmica mantida acarreta efeitos indesejáveis sobre o coração e o sistema vascular, bem como sobre diversos órgãos e tecidos.

De acordo com Ferreira e Sarno (2009), o controle da hipertensão se faz por meio de tratamento medicamentoso contínuo além de mudanças no estilo de vida, como prática de atividade física, alimentação saudável, entre outros, exigindo de seus portadores controle durante toda a vida, o que dificulta a adesão ao tratamento, gerando um sério problema de saúde pública.

2.2 Diagnóstico

A hipertensão arterial sistêmica, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) pode ser sistólica e diastólica (máxima e mínima) ou só sistólica (máxima). A maioria desses indivíduos, 95%, tem hipertensão arterial sistêmica chamada de essencial ou primária (sem causa) e 5% têm hipertensão arterial sistêmica secundária a uma causa bem definida. A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica (máxima) não ultrapassar a 130 e a diastólica (mínima) for inferior a 85 mmHg. De acordo com a situação clínica, recomenda-se que as medidas sejam repetidas pelo menos em duas ou mais visitas clínicas.

Alguns cuidados devem ser tomados, quando se verifica a pressão arterial, tais como, repouso de 15 minutos em ambiente calmo e agradável; a bexiga deve estar vazia; após exercícios, álcool, café ou fumo aguardar 30 minutos para medir; o manguito do aparelho de

pressão deve estar firme e bem ajustado ao braço e ter a largura de 40% da circunferência do braço, sendo que este deve ser mantido na altura do coração; não falar durante o procedimento; esperar 1 a 2 minutos entre as medidas; manguitos especiais para crianças e obesos devem ser usados; vale a medida de menor valor obtido; a posição sentada ou deitada é a recomendada na rotina das medidas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a posição recomendada para a medida da pressão arterial (PA) é a sentada. Entretanto, a medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação, além de dois aspectos importantes que devem ser considerados. Maior frequência de hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito, geralmente entre o final da fase I e o início da fase II dos sons de Korotkoff.

Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), tal achado pode subestimar a verdadeira pressão sistólica ou superestimar a pressão diastólica e pseudo-hipertensão, caracterizada por nível de pressão arterial falsamente elevado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Pode ser detectada por meio da manobra de Osler, que consiste na inflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria for palpável após esse procedimento, sugerindo enrijecimento, o paciente é considerado Osler-positivo.

Segundo Pires e Mussi (2008), um erro comum no diagnóstico da hipertensão é achar que o paciente é hipertenso baseado apenas em uma aferição isolada da pressão arterial. Um paciente hipertenso pode ter momentos do dia em que a pressão esteja dentro ou próximo da faixa de normalidade, assim como uma pessoa sem hipertensão pode apresentar elevações pontuais de pressão arterial, devido a fatores como estresse e esforço físico. Portanto, não se faz diagnóstico, nem se descarta hipertensão, baseado em apenas uma única medida.

O fato de algumas pessoas terem dor de cabeça ou mal estar quando apresentam pressões arteriais muito elevadas não significa que estes sintomas sirvam de parâmetro. Estas mesmas pessoas podem ter picos de hipertensão assintomáticos e não se darem conta disso. É bom salientar que a dor aumenta a pressão arterial, sendo difícil saber nestes casos se a pressão subiu pela dor de cabeça ou a dor de cabeça surgiu pela pressão alta (PIERIN, 2011).

Passos, Assis e Barreto (2006) informam que vários fatores podem alterar a pressão arterial pontualmente, entre eles, estresse, esforço físico, uso de bebidas alcoólicas e cigarro.

Porém, a maioria das pessoas só procura aferir a pressão após eventos de estresse emocional ou dor de cabeça, situações que só aumentam os níveis tensionais.

Para o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, de acordo com as considerações em Smeltzer e Bare (2012) são necessárias de três a seis aferições elevadas, realizadas em dias diferentes, com um intervalo maior que um mês entre a primeira e a última aferição. Deste modo, minimiza-se os fatores confusionais externos. O paciente considerado hipertenso é aquele que apresenta a sua pressão arterial elevada frequentemente e durante vários períodos do dia.

2.3 Tratamento

Com relação ao tratamento, Passos, Assis e Barreto (2006) informam que há duas formas de tratamento, sem e com medicamentos. O tratamento sem medicamentos tem como objetivo auxiliar na diminuição da pressão, e se possível evitar as complicações e os riscos por meio de modificações nas atitudes e formas de viver.

O tratamento medicamentoso visa reduzir as doenças cardiovasculares e a mortalidade dos pacientes hipertensos. Até o momento, a redução das doenças e da mortalidade em pacientes com hipertensão leve e moderada foi demonstrada de forma convincente com o uso de medicamentos rotineiros do mercado (PIERIN, 2011).

No tratamento medicamentoso, Pierin (2011), apesar da eficácia e especificidade cada vez maior das drogas, os efeitos colaterais continuam sendo um problema à adesão ao tratamento. Uma vez que os hipertensos são assintomáticos, os tratamentos que contribuem para a percepção do indivíduo de piora de qualidade de vida ou de sensação de mal-estar dificultam a adesão à terapia.

Em relação ao tratamento não-medicamentoso, tem se tornado uma tônica na área da hipertensão. Segundo Ferreira e Sarno (2009), o tratamento não farmacológico da hipertensão arterial sistêmica deve visar não apenas a redução da pressão arterial, mas também diminuir ou evitar o uso de outros agentes anti-hipertensivos, e adicionalmente influenciar favoravelmente na redução da morbi e mortalidade associada à hipertensão arterial sistêmica.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o tratamento não-farmacológico inclui redução do peso; diminuição da ingesta de sódio; diminuição ou abandono do consumo de álcool; e atividade física programada, que são medidas com maior eficácia terapêutica;

enquanto que a descontinuação do tabagismo, controle de dislipidemia, controle do diabetes mellitus, evitar drogas que potencialmente elevem a pressão arterial e suplementação de potássio, cálcio e magnésio; dietas vegetarianas ricas em fibras, medidas anti-estresse são medidas ainda em fase avaliativa.

Na opinião de Oliveira e Nogueira (2010), a modificação do hábito alimentar, o abandono do álcool e do fumo bem como a adoção de um estilo de vida mais ativo podem constituir para alguns indivíduos um desafio quase que insuperável. Porém, se considerarmos a importância do controle desses fatores não só para o controle da hipertensão arterial sistêmica, mas também como uma contribuição para melhor qualidade de vida do indivíduo, fica clara a necessidade de se desenvolverem intervenções que auxiliem o paciente nessa modificação.

Como apresentado, o tratamento não medicamentoso sem dúvida contribui para o controle dos níveis tensionais. Porém, como pontuado por Oliveira e Nogueira (2010), implica em mudanças de hábitos de vida e de comportamento, tarefa não fácil para os hipertensos. Portanto, ao se propor o tratamento não medicamentoso, os profissionais da área da saúde devem estar alertados para as dificuldades que serão encontradas.

2.4 Fisiopatologia

A hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular. O desenvolvimento de hipertensão depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, Sabe-se, no entanto, que a hipertensão é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial (PORTO, 2005).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) aponta que a sobrecarga do sistema cardiovascular causada pelo aumento da pressão arterial e pela ativação de fatores de crescimento leva a alterações estruturais de adaptação, com estreitamento do lúmen arteriolar e aumento da relação entre a espessura da média e da parede arterial. Isso aumenta a resistência ao fluxo e aumenta a resposta aos estímulos vasoconstrictores. Adaptações estruturais cardíacas consistem na hipertrofia da parede ventricular esquerda em resposta ao aumento na pós-carga, hipertrofia concêntrica, e no aumento do diâmetro da cavidade

ventricular com aumento correspondente na espessura da parede ventricular, hipertrofia excêntrica, em resposta ao aumento da pré-carga.

Segundo Passos, Assis e Barreto (2006), o sistema nervoso autônomo simpático tem uma grande importância na gênese da hipertensão arterial sistêmica e contribui para a hipertensão relacionada com o estado hiperdinâmico. Nos estágios precoces da hipertensão, a elevação da pressão arterial é causada por um aumento do débito cardíaco, relacionado a uma hiperatividade simpática.

Ainda, de acordo com Passos, Assis e Barreto (2006), pelo menos três maiores arcos reflexos estão envolvidos na modulação da atividade simpática e, consequentemente, na regulação do tônus vascular, débito cardíaco e volume de sangue. Eles estão ligados aos barorreceptores arteriais, aos receptores cardiopulmonares e aos quimiorreceptores arteriais. Uma importante alteração no sistema nervoso autônomo, e que pode influenciar diretamente o tônus simpático, é a alteração do controle barorreflexo.

Nobre e Lima (2000) informam que os barorreceptores arteriais são um importante mecanismo, pelo qual o sistema nervoso central regula a pressão arterial momento-a-momento, provocando alterações na atividade vagal e no fluxo simpático para o coração e vasculatura. Na hipertensão sustentada, esses pressoreceptores ou barorreceptores sofrem adaptação, reajustando sua faixa de funcionamento para um novo nível de pressão arterial.

> [...] sua sensibilidade é reduzida, provocando, consequentemente, uma deficiência na regulação da pressão arterial. Essa menor sensibilidade dos barorreceptores é provavelmente o maior determinante do aumento da variabilidade da pressão arterial nos hipertensos e, indiretamente, das consequentes lesões de órgãos-alvo (NOBRE; LIMA, 2000, p.303).

O sistema cinina-calicreína também tem sido descrito como tendo um papel relevante na etiologia da hipertensão e na patogênese dos danos cardíacos e renais a ela associados. As cininas são hormônios peptídeos, que agem através de dois tipos de receptores, o tipo 1 (B-1) e o tipo 2 (B-2). Os receptores B-2 normalmente predominam, enquanto os receptores B-1 são ativados por danos nos tecidos, tais como os que ocorrem após uma isquemia do miocárdio ou inflamação. Uma complexa variedade de cininas age através desses receptores (PORTO, 2005).

Smaltzer e Bare (2012) apontam que os peptídios cininas têm ação importante nos vasos sanguíneos, no coração e nos rins. Um efeito hemodinâmico relevante das cininas é a

vasodilatação produzida pela estimulação dos receptores endoteliais B-2, nas artérias e arteríolas, com subsequente liberação de óxido nítrico e prostaglandinas.

As cininas estão implicadas em vários processos fisiológicos e patológicos, podendo exercer uma influência significativa na regulação da pressão arterial, na homeostase do sódio e no tônus vascular, devido à sua potente atividade vasodilatadora, natriurética e moduladora do crescimento vascular (PORTO, 2005).

O sistema renina-angiotensina e cinina-calicreína interagem-se em vários níveis. Aumento nas concentrações séricas da enzima conversora da angiotensina (ECA) pode resultar em maior síntese de angiotensina II e desativação das cininas. Enquanto a angiotensina II age estimulando a reabsorção de quantidades elevadas de sódio, aumentando a pressão arterial, as cininas têm um efeito oposto, regulando o balanço de água e sódio e a pressão artéria (SMELTZER; BARE, 2012).

Mecanismos renais estão envolvidos na patogênese da hipertensão, tanto através de uma *natriurese* alterada, levando à retenção de sódio e água, quanto pela liberação alterada de fatores que aumentam a PA como a renina (NOBRE; LIMA, 2000).

Para Smeltzer e Bare (2012), o aumento persistente da resistência vascular periférica é o fator mais importante na hipertensão arterial sistêmica primária, condição onde ocorre um desequilíbrio entre os elementos vasoconstritores e vasodilatadores. Dentre os fatores de maior impacto na vasoconstricção, contração da musculatura que regula a luz do vaso e também no crescimento vascular, espessura do vaso, está o sistema nervoso simpático e o sistema renina-angiotensina.

O sistema renina-angiotensina, de acordo com Ferreira e Sarno (2009), está envolvido no controle fisiológico da pressão arterial e no controle do sódio. Tem importantes implicações no desenvolvimento da hipertensão renal e deve estar envolvido na patogênese da hipertensão arterial sistêmica. O papel do sistema renina-angiotensina-aldosterona a nível cardíaco, vascular e renal é mediado pela produção ou ativação de diversos fatores de crescimento e substâncias vaso-ativas, induzindo vasoconstricção e hipertrofia celular.

Segundo Pierin (2011), para reduzir a incapacidade e a mortalidade decorrentes da hipertensão são necessárias 3 etapas para identificar os indivíduos que se beneficiariam com a redução da pressão arterial; tornar estes indivíduos pacientes, ligando-os a um serviço de saúde a fim de avaliá-los, tratá-los e segui-los continuamente; e os pacientes tomarem seu medicamento.

Neste contexto, a aquisição de informação obtida através de programas de orientação influencia positivamente na adesão. Como pontua Pierin (2011), o Enfermeiro tem papel de destaque, em sua assistência, com ações educativas para complementação do tratamento destes pacientes hipertensos com intuito de aumentar a adesão, contribuindo para a promoção e prevenção de doenças e agravos à saúde.

3 O ENFERMEIRO E AS AÇÕES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Este capítulo aborda os princípios da ESF para ações de promoção à saúde, destacando a assistência de enfermagem que atua na ESF, com ações educativas para complementação do tratamento de pacientes hipertensos.

3.1 O Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família

A enfermagem é uma atividade na qual o profissional da saúde cria um espaço de trabalho, centrado não somente na clínica, mas sim no indivíduo como um todo, intervindo no processo saúde-doença do individuo/família (ALONSO, 2005).

No contexto da atenção primária de saúde e dentre as atribuições específicas do Enfermeiro, sob o olhar do profissional da saúde, está à consulta de enfermagem, a qual é uma atividade desenvolvida pelo enfermeiro na assistência a saúde, tendo por base o monitoramento, a avaliação e a intervenção das situações de saúde/doença nos diversos momentos do ciclo de vida das famílias. Na consulta de enfermagem, são desenvolvidas ações de promoção da saúde e prevenção da doença. (ALONSO, 2005).

Esta atividade foi legalizada em 1986, com a aprovação da nova legislação do exercício profissional Lei nº 7.498 (BRASIL, 2001). Diante disso, conforme pressuposto da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), a consulta de enfermagem é entendida como:

> Um serviço diretamente prestado pelo enfermeiro à cliente através da qual são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implantadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação da saúde (ALONSO, 2005, p.145).

Como afirma Angelo e Bousso (2000), comportamento relacional é muito significativo, uma vez que a qualidade das interações interpessoais pode determinar o grau de aproximação entre o profissional da saúde e o indivíduo e/ou famílias. Para que ocorra essa interação, é necessário o desenvolvimento da habilidade refinada de comunicação, para o exercício da escuta e da ação dialógica.

> A fala dialogada está além de um ato técnico e automatizado. Para isso, convém ao profissional da saúde adquirir capacidade de compreender e entender o ser humano

> diante de suas complexidades, dimensões amplificadas, sabendo ouvir e, ao intervir, fazê-lo com ações compreensivas e humanizadas (ANGELO; BOUSSO, 2000, p.1).

A consulta de enfermagem deve ser um momento de interação entre o profissional e o cliente, formando um vínculo, a fim de diminuir a ansiedade e proporcionar um ambiente agradável, onde o cliente possa sentir-se descontraído e falar sobre seus medos, ansiedades, alegrias e aspectos biopsico-sociais (ALONSO, 2005).

Segundo definição de Straub (2005, p.23), saúde refere-se, "[...] a um estado de integridade do corpo, [...] bem-estar físico, mental e social". Esta definição afirma que saúde é um estado positivo e multidimensional que envolve três domínios: saúde física, saúde psicológica e saúde social.

Straub (2005) pontua ainda que a saúde física implica ter um corpo vigoroso e livre de doenças, com um bom desempenho cardiovascular, sentidos aguçados, sistema imunológico vital e a capacidade de resistir a ferimentos físicos. Envolve hábitos relacionados com o estilo de vida que aumentem a saúde física. Entre estes estão, dieta nutritiva, exercícios regularmente e dormir bem, evitar o uso de tabaco e outras drogas, praticar sexo seguro e minimizar a exposição a produtos químicos tóxicos.

A saúde psicológica, na definição de Straub (2005) significa ser capaz de pensar de forma clara, ter uma boa auto-estima e um senso geral de bem-estar. Inclui a criatividade, as habilidades de resolução de problemas, tais como: buscar informações sobre questões relacionadas com a saúde e a estabilidade emocional. É também caracterizada pela auto-aceitação, abertura a novas idéias e uma tenacidade geral na personalidade.

A saúde social envolve boas habilidades interpessoais, relacionamentos significativos com amigos e família, e apoio social em épocas de crise. Está relacionada com fatores socioculturais em saúde, como *status* socioeconômico, a educação, a etnicidade, a cultura e o gênero. Cada domínio de saúde é influenciado pelos outros dois domínios. O que significa que, o indivíduo que apresente uma boa saúde psicológica, provavelmente, terá mais facilidade de manter uma boa saúde física e social (STRAUB, 2005).

Caponi (2003) realça que a promoção da saúde remete à proposição de que produzir saúde é permitir que os sujeitos e coletividades exerçam sua autonomia, de maneira que estejam aptos a assumir a responsabilidade sobre os limites e riscos impostos pela doença e pelo contexto social, econômico, político e cultural em que vivem.

> Com essa compreensão, passa-se a defender o agir em saúde não apenas sobre os efeitos do adoecer, mas também no espaço fora dos serviços de saúde, agregando, como atores de responsabilidade nesse processo, o Estado e toda a sociedade civil, re-significando as relações sociais e o modo de viver num movimento de construção de saberes e fazeres que considere a saúde, como um estado de integridade física-psico-social (CAPONI, 2003, p.23).

Entende-se assim, conforme Caponi (2003) descreve, a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e ações no sentido de ampliar a capacidade das pessoas em decidirem sobre sua vida/saúde/doença, portanto, no campo das liberdades individuais para escolhas saudáveis e oportunas.

A Estratégia iniciou como Programa Saúde da Família (PSF), em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários. Esta estratégia reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2001).

A partir de 2003, com o desenvolvimento do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o Ministério da Saúde reorienta quanto ao uso da terminologia, ao invés do termo PSF, Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL).

> A Estratégia de Saúde da Família significa rever práticas, valores e conhecimentos de todos os envolvidos, ampliando as ações a serem desempenhadas pelos profissionais de saúde e aumentando os limites e as possibilidades de atuação, exigindo novas habilidades e aptidões (2003, p.63).

A ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, em substituição do modelo tradicional de assistência, com a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Isto possibilita às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde pode-se considerar que, a partir do PACS, iniciou com uma proposta centrada na assistência à família como unidade de ação programática de saúde, deslocando a atenção do indivíduo para a família. O PACS também introduziu uma visão ativa de ação preventiva em saúde, que busca estabelecer uma

verdadeira interação com a comunidade e, ao mesmo tempo, reorganizando, a demanda por assistência (BRASIL, 2001).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), a ESF prioriza ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Integralidade inclui a atenção à saúde, tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas ou de grupos devem ser levadas em consideração.

Partindo do princípio que a saúde é direito de todo e dever do Estado, conforme consta na Carta Magna, esse direito fundamental do ser humano se torna realidade com a participação da população em suas conquistas e com o compromisso político do Ministério da Saúde com a universalização, equidade, integralidade, resolubilidade e controle social da política de saúde (BUSS, 2002).

De acordo com Buss (2000, p.163) "Esse novo modelo de saúde permitiu a implementação dos princípios do SUS, bem como levar os profissionais a trabalhar dentro da realidade da sua área de atuação, conhecendo os problemas de sua área de abrangência".

Referente à dinâmica de funcionamento, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) informa que cada equipe do ESF atende de 600 a 1.000 famílias ou 4.500 pessoas numa área de abrangência restrita e limitada. São compostas por, um médico generalista, ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde.

> Apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer (BRASIL, 2003, p.65).

A equipe da ESF, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p.65), "[...] deve garantir a qualidade da assistência à saúde, o planejamento e a avaliação das ações desenvolvidas, e a real modificação no estado de saúde da comunidade". Para tal, a equipe da ESF deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade.

Gomes e Nascimento (2006) destacam que a ESF reforça a saúde como um direito de cidadania, e que oferece serviços mais resolutivos, integrais e humanizados, pautados na intersetorialidade e da participação da comunidade nas ações de saúde e no controle social.

Angelo e Bousso (2000) enfatizam alguns compromissos importantes da prática da Saúde da Família como espaço social familiar como núcleo básico da abordagem, assistência integral, resolutiva, contínua e de qualidade, intervenção em fatores de risco, humanização da assistência, criação de vínculos e co-responsabilidade entre profissionais e a comunidade, desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; democratização do processo saúde-doença, da organização do serviço, da produção social da saúde como direito da cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social.

Um aspecto peculiar da prevenção é o fato de que a ação planejada deve ser aplicada a um grande número de pessoas, causando impacto para posteriormente, atingir cada indivíduo de forma efetiva. É um processo com resultado em longo prazo e deve começar pelo coletivo. (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) destaca que, a prevenção pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e riscos específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) as ações preventivas devem facilitar a promoção global aos indivíduos, e que detenham uma perspectiva evolutiva real ao futuro das pessoas.

Complementando, Straub (2005), considera que no campo da saúde o objeto principal do trabalho não seria a cura ou promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado por meio do qual se crê que poderemos atingir a cura e a saúde. Entendemos então, a produção do cuidado como um conjunto de ações e intervenções sobre indivíduos sejam coletivas, individuais tendo a saúde com produto final.

3.2 Estrutura da ESF

A estrutura da ESF é formada a partir de uma Unidade Básica Saúde (UBS), com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população, onde desenvolve ações de promoção de saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL, 2001).

A UBS atua com base nos seguintes princípios: atenção integral garantida aos indivíduos e famílias, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis do

sistema; acompanhamento da população adscrita no território de abrangência e uma equipe composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2003).

No processo de trabalho as funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas, e atendimento no consultório pelo médico e o enfermeiro. As equipes devem ser preparadas historicamente, teoricamente e administrativamente para comportar esse novo processo de assistir (BRASIL, 2003).

No trabalho em equipe cada profissional deve responder pelas ações que executa e, ao mesmo tempo, em um âmbito de co-responsabilidade, responde também pelo conjunto de intervenções realizadas pela equipe, devendo buscar a integralidade das ações (MERHY, 2006).

A partir do surgimento do ESF começou-se a exigir dos profissionais de saúde uma maior participação destes na resolução dos problemas de sua comunidade, por estarem diretamente inseridos na realidade específica de sua área de atuação. Nessa percepção, segundo Alonso (2005, p.143), “o Enfermeiro deve atuar nas diferentes etapas de desenvolvimento do indivíduo, de modo especial, a fase da adolescência por ser uma fase primordial para a formação e construção do indivíduo como cidadão”.

Em relação à operacionalização, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), as equipes deverão fazer cadastramento das famílias pelas quais são responsáveis para fazer um diagnóstico identificando: características sociais, problemas de saúde e situações de risco a que estão expostas. Deverão também prestar assistência integral, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

Sendo então, imprescindível ao profissional Enfermeiro, em consonância de suas ações, comprometer-se ao trabalho imbuídos de responsabilidade, ou seja, possuir um vínculo e promover ações de saúde na comunidade em que trabalha. Quanto a este aspecto, Merhy (2006, p.308) considera que na ESF, a enfermagem constitui: “uma parcela do trabalho que também se encontra presente na produção de serviços de saúde no nível coletivo”.

Inserida neste contexto, precisa ser capaz de identificar as necessidades sociais de saúde da população sob a sua responsabilidade, além de intervir no processo saúde/doença dos indivíduos, família e coletividade (LESSA, 2001).

Em síntese, a ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua, em sintonia com os princípios dos SUS,

especialmente universalidade, eqüidade da atenção e da integralidade das ações e participação social, voltada permanentemente para a saúde do cidadão. Propõe ainda a valorização do trabalho em equipe, creditando a esse aspecto a capacidade de dar novos contornos às relações sociais dentro do espaço de trabalho (MERHY, 2006).

O programa de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica está inserido no plano de atenção básica de assistência a Saúde desenvolvida pela ESF. Fornece informações educativas sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, bem como visa realizar o diagnóstico precoce e o acompanhamento do portador, prestando assistência individualizada ou em grupo,promovendo o autoconhecimento do paciente e da doença que o acomete, facilitando o adequado controle da pressão arterial (BRASIL, 2002).

Frente a estes pressupostos, a elaboração de um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença faz-se necessário, através do desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e oferecimento de assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2002).

Assim, o profissional Enfermeiro da ESF, contribui para um conjunto de procedimentos, a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, entre os serviços de saúde e a população.

3.3 Educação em saúde

Ações de educação permanente em saúde buscam assegurar a qualidade e efetividade das práticas e a adequação delas aos pressupostos da integralidade, declarados como princípio do sistema de saúde do país, para o qual se atribui a responsabilidade de efetivar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde (BRASIL, 2003).

Conforme Silva e Santos (2004, p.172),

> As práticas educativas podem ser desenvolvidas em qualquer contexto social, visto que o campo da saúde é muito mais amplo. Recorrer a leitura, se ater do recurso da visita domiciliar, indagar e buscar se informar com os demais profissionais poderão auxiliar o enfermeiro a propor situações com as quais frisem a importância de se fazer ação social, no que abarcam as condições de saúde-doença da população.

Um diferencial para as práticas educativas do Enfermeiro, no entendimento de Silva e Santos (2004) é fazer das ações metas a serem cumpridas, com a intenção de que a comunidade coloque em prática as orientações. Desta forma, ações educativas em saúde se tornam eficientes.

De acordo com Alonso (2005), utilizando apenas palestras sem o envolvimento do profissional de saúde com a comunidade, não se consegue perceber as alusões necessárias existentes na comunidade. Além disso, ações sem um direcionamento, descontextualizado, os objetivos propostos possivelmente não serão alcançados e as orientações vão ser informadas, porém, será despercebida sua magnitude pela comunidade.

Segundo Saito (2008), para toda e qualquer prática de assistência de saúde, faz-se necessário que os profissionais se identifiquem com as questões sociais com as quais irão se deparar ao longo de sua jornada de trabalho. Sendo importantes atualizações periódicas da equipe da ESF, de modo a proporcionar à população um atendimento mais holístico e humanizado.

Todo o processo educativo é para complementação do tratamento de pacientes hipertensos para aumentar sua adesão àquele, contribuindo no controle da pressão arterial, no esclarecimento de dúvidas e direcionamento do autocuidado. Como afirma Silva e Santos (2004, p.172), “A educação é um componente essencial para a promoção, manutenção e restauração da saúde, devendo agir de maneira conscientizadora”.

Conhecer os programas do Ministério da Saúde permite reconhecer características peculiares dos diversos clientes que são atendidos e fundamentar nas ações planejadas e implementadas pela equipe, buscando proporcionar a população adscrita um atendimento mais qualificado e humano, no intuito de reduzir a incidência de agravos e possíveis sequelas à saúde (BRASIL, 2003).

Semelhantemente, Saito (2008) considera que ações de educação permanente em saúde buscam assegurar a qualidade e efetividade das práticas e a adequação delas aos pressupostos da integralidade, declarados como princípio do sistema de saúde do país, para o qual se atribui a responsabilidade de efetivar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.

Para Péres, Magna e Viana (2003), a relação de confiabilidade reflete no acesso das condutas assistenciais do enfermeiro na comunidade. Com isso, as mudanças significativas

dos profissionais da ESF viabilizam as estratégias previstas, reafirmando o modelo vigente na prática assistencial e educativa, representada pela ESF.

O Enfermeiro assume um trabalho de responsabilidade em todas as ações que pratica, como colaborador das atividades que lhe competem. Conforme explicam Péres, Magna e Viana (2003, p.635),

> A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam o tratamento. A participação ativa do individuo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações.

Conforme Péres, Magna e Viana (2003), não se deve pensar que estas atividades perpassem apenas como dizeres e falas, mas devem ter significados reais para as pessoas que as escutam, para que assim facilite o acesso à informação e a educação de como lidar com as situações diárias vivenciadas pela população.

Para os Enfermeiros que lidam durante as consultas de enfermagem e nas visitas domiciliares, de acordo com Leite e Medeiros (2008), as atividades educativas acabam contribuindo para a forma de se dialogar com os usuários dos serviços de saúde.

Complementando, Saito (2008) destaca que o Enfermeiro pode e deve tornar a assistência dinâmica, pois torna suas ações esclarecedoras, utilizar um diálogo objetivo, de fácil compreensão e acessível ao se expressar e o objetivo do seu trabalho começa a ser alcançado através das atividades educativas quando visam tratar o cuidar de forma humanizada para as pessoas. Porém é necessário saber, que cuidar abarca responsabilidade e o enfermeiro do ESF assume o compromisso de sua profissão, atribuindo o dever de fazer o possível para ajudar as pessoas.

Silva e Santos (2004, p.173) afirmam que educar significa também cuidar e para cuidar é necessário se educar. “Os atos de educar e cuidar representa uma intersecção, que visa à internalização de um pensar e agir por parte dos sujeitos implicados no contexto, levando-o a ser um agente transformador do seu meio”.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Saito (2008) considera que a necessidade em se aprender não consiste em refletir a pensar, mas em desenvolver a prática cabível por meio do raciocinar, e para o Enfermeiro toda ação consiste em prática e nos estudos aprendidos, pautando suas ações por meio da confiabilidade e segurança do serviço que presta à sociedade.

Neste enfoque, ainda referenciando Saito (2008, p.123) afirma que,

> As palestras educativas resultam na adoção de hábitos e comportamentos mais saudáveis para a população, direcionando e reforçando condutas sobre noções de higiene e bem-estar como forma de amenizar os problemas de saúde e doença.

Diante de tal fato, as atividades educativas são de suma relevância na promoção e prevenção de doenças e agravos à saúde, por possibilitarem condições que modifiquem a forma de pensar e agir da população, se forem promovidas com frequência acabam tendo resultados positivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise realizada no decorrer da pesquisa, verifica-se que a ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. Tendo como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição do modelo tradicional de assistência, com a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes da ESF uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Reconhecendo que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os indivíduos.

Constituindo-se a hipertensão arterial sistêmica um sério fator de risco, é importante o controle contínuo, bem como mudanças de estilo de vida, criando alternativas saudáveis. Neste contexto, o profissional de enfermagem deve esclarecer os objetivos e resultados esperados.

Para uma boa aderência, as práticas educativas devem facilitar a compreensão do público que é atendido. A educação deve compreender medidas preventivas, como mudança no estilo de vida, hábitos e informação dos fatores de risco. A conscientização da seriedade da doença e os benefícios do tratamento são importantes para que as mudanças do estilo de vida ocorram e para realização do tratamento.

Conclui-se que, a educação em saúde é uma maneira de promover a adaptação dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, onde é fundamental o envolvimento destes para prevenir as complicações, criando alternativas saudáveis para mudança de hábitos. Neste sentido, conhecer as necessidades dos indivíduos, seus valores e crenças são importantes para adesão ao tratamento.

Assim, com esta pesquisa, acredita-se que constitui um ponto de partida para novo estudo objetivando a sua validação, podendo assim, contribuir para novos modelos de assistência de enfermagem. Sendo pertinente a continuidade de estudos, com modelos que priorizem cada vez mais a importância de verificar as demandas da comunidade, com vista a desenvolver ações coletivas e/ou individuais, para uma atenção integral, impactando diretamente na vida dos assistidos pelas APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, I. L. K. Consulta de enfermagem. **Caderno Revista Saúde Pública**. a. 4, v.1, 2005, p.128-131.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. A Enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família. 2000. **Manual de enfermagem**. Disponível: <http://www.idssaude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 19 set. 2020.

BRASIL. Lei n. 8080/1990. **Institui o Serviço Único de Saúde.** Disponível em: <htpp://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família** – PSF. Brasília (DF); 2001. Disponível em: <htpp://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 11 set. 2020.

_____. Programa Saúde da Família**. Manual de Enfermagem**: atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial. Brasília (DF); 2002. Disponível em: <htpp://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 11 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família. **Princípios básicos**. Brasília (DF); 2003. Disponível em: <htpp://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 11 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2006. Disponível em: <htpp://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em 05 set. 2020.

_____. **Lei Complementar n. 141/2012**. Disponível em: <htpp://www. planalto.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis.** Saúde Brasil 2018 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 520 p. : il.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, 2000, p. 163-177.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FERREIRA, S.R.G.; SARNO, F. **Hipertensão arterial e obesidade**: aspectos epidemiológicos. 2009. Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 18 set. 2020.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, a.5, v.22, mai, 2006, p.901-911.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**. a.8, n.2, abr-jun, 2001, p.383-392.

LEITE, K.A.O.; MEDEIROS, F.A.L. O ato de cuidar na perspectiva de profissionais do programa saúde da família (PSF). **Revista Nursing**. a.11, n.126, 2008, p.518-523.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. *In*: MERHY, E. **O trabalho em saúde:** Olhando e experiênciando o SUS no cotidiano. São Paulo, SP: Hucitec, 2006.

NOBRE, F.; LIMA, N. K. C. Hipertensão Arterial: conceito, classificação e critérios diagnósticos. *In*: **Manual de Cardiologia SOCESP.** São Paulo: Atheneu, 2000.

OLIVEIRA, A.F.C.; NOGUEIRA, M.S. **Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica**. 2010. . Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 18 set. 2020.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. **Hipertensão arterial no Brasil**: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. 2006. Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 18 set. 2020.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Caderno Revista Saúde Pública**, a.2, n.7, 2003, p.635-642.

PIERIN, A.M.G. **Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo**. 2011. Disponível: em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 11 set. 2020.

PIRES, C.G.S; MUSSI, F.C. **Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial**. 2008. Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 18 set. 2020.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SAITO, R.X.S. **Integralidade da atenção**: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.

SILVA, S.P.; SANTOS, M. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde. **Caderno Revista Saúde Pública**, a.3, n.11, 2004, p.169-173.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem MédicoCirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. vol. I e II.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2010. Disponível em:<htpp://www.sbh.org.br>. Acesso em: 18 set. 2020.

STRAUB, R.O. **Psicologia da Saúde**. São Paulo: Artmed, 2005.