



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR
'PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES'

LUCIANO DE ALMEIDA SOARES

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E PARA MINIMIZAÇÃO DE SEUS
AGRAVOS CARDIOVASCULARES**

*THE IMPORTANCE OF NURSE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE
CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION AND FOR MINIMIZATION OF THEIR
CARDIOVASCULAR GRIEVANCES*

SÃO JOÃO DEL REI

2015

LUCIANO DE ALMEIDA SOARES

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E PARA MINIMIZAÇÃO DE SEUS
AGRAVOS CARDIOVASCULARES**

*THE IMPORTANCE OF NURSE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE
CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION AND FOR MINIMIZATION OF THEIR
CARDIOVASCULAR GRIEVANCES*

Artigo didático-acadêmico apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a Msc. Bárbara Fabrícia Silva

SÃO JOÃO DEL – REI

2015

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E PARA MINIMIZAÇÃO DE SEUS
AGRAVOS CARDIOVASCULARES**

RESUMO

A hipertensão arterial nasce como uma doença silenciosa, que vem há décadas aumentando consideravelmente o número de hipertensos no Brasil e no mundo. Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o enfermeiro surge como um importante elo entre os usuários do sistema e a equipe multiprofissional, orientando, acompanhando e propondo estratégias que visem a melhoria na qualidade de vida desses usuários. Diante desse contexto, objetivou-se, com esse estudo, oferecer aos leitores um conhecimento sobre o perfil evolutivo da hipertensão arterial, abordar o histórico e a estrutura da ESF, de modo a destacar as atribuições do enfermeiro e, por fim, caracterizar as ações do enfermeiro para o controle da doença e a minimização dos agravos cardiovasculares. Esse trabalho utilizou de uma pesquisa de caráter bibliográfica baseada em literatura específica, artigos, dissertações, e manuais do Ministério da Saúde, de caráter analítico descritiva.

Palavras-chave: Enfermagem. Hipertensão arterial. Estratégia de Saúde da Família.
Doenças cardiovasculares.

THE IMPORTANCE OF NURSE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION AND FOR MINIMIZATION OF THEIR CARDIOVASCULAR GRIEVANCES

ABSTRACT

Arterial hypertension is born as a silent disease, which has been increasing considerably for decades the number of hypertensive patients in Brazil and worldwide.

With the implementation of the Family Health Strategy (ESF), the nurse emerges as an important link between the system users and the multidisciplinary team, guiding, monitoring and proposing strategies that aim at improving the quality of life of these users.

In light of this context, this study aims at offering readers an understanding of the evolving profile of arterial hypertension, addressing the history and structure of the ESF, in order to highlight the roles of nurses and finally, characterize the actions of the nurse to control the disease and minimizing cardiovascular diseases. This study used a bibliographical research in nature based on specific literature, articles, dissertations, and manuals of the Ministry of Health, from descriptive analytical type.

Keywords: Nursing. Arterial Hypertension. Family Health Strategy. Cardiovascular diseases.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E PARA MINIMIZAÇÃO DE SEUS AGRAVOS CARDIOVASCULARES

THE IMPORTANCE OF NURSE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION AND FOR MINIMIZATION OF THEIR CARDIOVASCULAR GRIEVANCES

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, caracterizada por elevados níveis de pressão sanguínea (PS) no leito das artérias, o que faz com que o coração exerça um esforço maior que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A hipertensão arterial (HA) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, se tornando o principal fator de risco para as complicações cardiovasculares mais comuns.

Alguns dos agravos das doenças cardiovasculares são causados pela HA de longa data, sem acompanhamento e tratamento contínuo. Observa-se que a falta de tratamento para o controle da HA ou o mesmo realizado de forma inadequada a longo prazo, leva a agravos de doenças cardiovasculares, que são uma das principais causas de morte. Um planejamento adequado seria eficiente para minimizar ou até mesmo erradicar os agravos cardiovasculares provocados pela HA.

Nesse contexto, serão analisadas as ações de prevenção utilizadas pelo enfermeiro da ESF na abordagem aos pacientes hipertensos e a importância do controle da doença para minimizar os possíveis agravos como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e insuficiência renal crônica (IRC). Para tanto, será revisado o perfil evolutivo da doença, sinais e sintomas, sequelas e formas de prevenção.

Pretende-se levar ao conhecimento da população a noção de que a hipertensão é uma doença crônica silenciosa que, quando não controlada, leva a agravos que podem comprometer a vida. Para isso, serão abordados os agravos mais comuns relacionados à HA que podem ser evitados com promoção da saúde.

Este estudo foi realizado a partir de revisão de literatura sobre o tema proposto, englobando fontes tradicionais do conhecimento como livros, artigos de periódicos eletrônicos, dissertações e teses. Segundo a Resolução 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e

normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa de caráter bibliográfico não requer aprovação do comitê de ética.

Dentro do algoritmo do estudo, abordou-se a doença hipertensiva arterial e sua epidemiologia, o histórico da HA e alguns de seus agravos, a estrutura da ESF, bem como sua composição e atribuições de cada membro da equipe, destacando a importância do enfermeiro como elo nesse processo de prevenção na atenção primária à saúde.

2. HIPERTENSÃO ARTERIAL

2.1 Definição e considerações gerais

A HA é considerada como um dos maiores problemas de saúde da atualidade, caracterizando-se como fator preponderante para o crescimento das taxas de mortalidade das coronariopatias, associadas à ocorrência de AVE, IAM e IRC, entre outras.

A HA ou “pressão alta”, como é conhecida popularmente, é uma doença crônica, silenciosa, causada pelo aumento da PS no leito das artérias.

Rodrigues e Herculian (2006, p.188) definem a HA como uma doença multifatorial, onde uma alteração genética, sob a influência de fatores externos como, por exemplo, a ingestão excessiva de sal ou de álcool e o estresse, desencadeia um desequilíbrio no sistema que regula a pressão arterial (PA).

Para Smeltzer e colaboradores (2009, p.862), a PA é definida como “produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica. O débito cardíaco é o produto da frequência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico.” Ainda referenciando Smeltzer e colegas (2009, p.862), “a pressão arterial alta, conhecida como hipertensão, pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, uma modificação na resistência periférica ou de ambas”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), há atualmente cerca de 600 milhões de pessoas hipertensas no mundo. A doença atinge, em média, 25% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e 5% dos 70 milhões de crianças e adolescentes no Brasil, segundo dados 2011/2014 da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (BRASIL, 2014).

Por trás dessa casuística, deve-se destacar o fato da HA ser uma doença inicialmente assintomática, o que leva muitas pessoas a ignorarem a sua relevância ou até mesmo desconhecer serem portadoras da enfermidade. É um grande desafio para o enfermeiro

promover a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, mas, principalmente, estimular a sua continuidade.

Os limites definidos para uma PA ser considerada padrão são: pressão sistólica menor ou igual a 120 mmHg e pressão diastólica menor ou igual a 80 mmHg. O indivíduo, para ser considerado hipertenso, tem que apresentar os valores da pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e da diastólica maior ou igual a 90 mmHg. A conduta indicada para classificar uma pessoa em relação a sua PA envolve a obtenção de uma média da PA aferida durante três dias diferentes, com intervalos de uma semana entre as mensurações, e o resultado será a soma dos valores divididos por três (BRASIL, 2013a, p. 32).

Algumas condições como dor física e estresse influenciam nos valores da PA, e deve-se evitar a aferição da mesma na presença desses sintomas. Mesmo assim, outros fatores também podem causar alterações na aferição como, por exemplo, a chamada hipertensão do avental branco, que será abordada na sequência. Assim sendo, para um diagnóstico preciso devem-se levar em conta os seguintes indicadores:

- Ampa (Automedida da PA): Significa a aferição da PA realizada fora do ambiente de consultório pelo próprio paciente ou por um familiar, que não sejam da área da saúde. Tal indicador é uma importante ferramenta para o profissional que acompanha esse paciente, já que é possível obter uma média da PA em um cenário ideal, tendo em vista que os valores são obtidos onde as pessoas passam a maior parte de seu dia (Arquivo Bras. Cardiologia; 2010, p.06).

- MRPA (Monitorização Residencial da PA): Onde a PA é classificada através de três mensurações obtidas pela manhã (antes do desjejum e da tomada de medicamento), e de três à noite (antes do jantar), durante um período de cinco dias; ou de duas mensurações obtidas em cada sessão, durante sete dias consecutivos. As aferições são realizadas pelo próprio paciente ou por outra pessoa capacitada, durante o período de vigília, no domicílio ou no trabalho (Arquivo Bras. Cardiologia; 2010, p.07).

- Hipertensão do Avental branco: É definida como aquela hipertensão na qual o paciente apresenta medidas de PA persistentemente elevadas ($\geq 140/90$ mmHg) no consultório e médias de PA consideradas normais seja na residência (método AMPA ou MRPA), seja pela monitorização ambulatorial da PA (Arquivo Bras. Cardiologia; 2010, p.08-09).

- MAPA (monitorização ambulatorial da PA): é o método que permite o registro indireto e intermitente da PA durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais durante os períodos de vigília e de sono. (Arquivo Bras. Cardiologia; 2010, p.08).

- Hipertensão Mascarada: É definida como a situação clínica caracterizada por valores normais de PA no consultório ($< 140/90$ mmHg), porém com PA elevada pela MAPA durante o período de vigília ou na MRPA. (Arquivo Bras. Cardiologia; 2010, p.09).

Com base nesses indicadores, é possível uma melhor caracterização do indivíduo em relação à sua PA (Tabela 1).

TABELA 1 – Classificação da HA segundo os diferentes métodos aplicados de aferição da PA.

Classificação da PA	Consultório	Mapa Vigília	Ampa	MRPA
Normotenso	< 140/90	≤ 130/85	≤ 130/85	≤ 130/85
Hipertensão	≥ 140/90	>130/85	> 130/85	> 130/85
Hipertensão do Avental branco	≥ 140/90	< 130/85	< 130/85	< 130/85
Hipertensão mascarada	< 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85

FONTE: Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010 apud Brasil, 2013a, p.33.

Portanto, com base nos valores obtidos pela aferição da PA dentro e fora do consultório, e na constatação da incidência de agravos cardiovasculares frente à certas faixas de PA, pode-se estabelecer uma classificação para a PA de caráter prognóstico (Tabela 2).

TABELA 2 – Classificação da PA com implicação prognóstica.

Classificação da Pressão Arterial para adultos maiores de 18 anos		
Classificação	Pressão sistólica mmHg	Pressão diastólica mmHg
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Estágio 1	140 – 159	90 – 99
Estágio 2	160 -179	100 – 109
Estágio 3	≥ 160	≥ 110

FONTE: Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010 apud Brasil, 2013a, p.35.

Destaca-se, deste modo, que a PA deve ser aferida de modo regular e controlada com o objetivo de se prevenir a HA e, conseqüentemente, os seus agravos cardiovasculares. Deve-se, particularmente, ter uma maior atenção quando a PA atingir os valores considerados limítrofes. Nessa situação, faz-se necessário a marcação de uma consulta de enfermagem, onde o enfermeiro trabalhará o processo de educação em saúde, destacando a importância da mudança do estilo de vida e da prática de hábitos saudáveis, na tentativa de prevenir a hipertensão primária.

2.2 Epidemiologia

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de preocupação mundial, sendo uma das principais causas de óbitos em todo o mundo. Tais doenças são mais frequentes em países de baixa e média renda, acometem a população com idade inferior a 60 anos e são causados por fatores de risco modificáveis (BRASIL, 2013b). Conforme afirma Brasil (2011), a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos/100 mil habitantes.

A HA é a doença crônica mais frequentemente diagnosticada e o principal fator para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como o IAM, AVE e IRC. Em decorrência disto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.8) afirma que:

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35 % da população com 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento esta cada vez mais precoce, e estima-se que 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representadas pela morbimortalidade devido a doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

O risco de mortalidade por doença cardiovascular aumenta com a elevação da PA. Corroborando essa afirmação, constatou-se que, em 2001, cerca de 7,6 milhões de pessoas no mundo morreram por doenças cardiovasculares, onde 54% foram por AVE e 47% por doença isquêmica do coração. A doença renal terminal, outra complicação associada à HA, foi responsável por 9.486 óbitos em 2007, e a inclusão de 94.282 pessoas em programas de diálises no Sistema Único de Saúde (SUS) (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010)

Observa-se a existência de um grande número de estudos da prevalência da HA sistêmica em todo mundo. No Brasil, estudos dessa natureza não são tão abrangentes, limitando-se a algumas cidades e estados, o que pode comprometer o diagnóstico real da

doença no país, em função da população estudada. Outro ponto limitante é a variação dos critérios adotados para diagnóstico da hipertensão (PEREIRA *et al.*, 2007).

De modo geral, verifica-se que a prevalência da HA é maior em mulheres (26,3%) do que em homens (21,5%) e que sua frequência tende a aumentar quanto maior a idade e quanto mais baixo o nível de escolaridade (BRASIL, 2013b, p.94 - 95).

Portanto, em um país com grande extensão territorial e uma população miscigenada, a atuação do enfermeiro para abordagem do paciente e a forma com que ele motiva a continuidade no tratamento da HA, torna-se seu trabalho uma importante estratégia para o controle da morbimortalidade causada por essa doença.

2.3 Agravos Cardiovasculares mais importantes

2.3.1 Infarto Agudo do Miocárdio

As doenças cardiovasculares representam um grande problema de saúde pública no Brasil, apresentando altas taxas de mortalidade, sendo o IAM responsável por uma grande parcela dessas taxas.

Segundo Smeltzer (2009, p.740) o IAM é também conhecido como “oclusão coronariana, ataque cardíaco [...]. À medida que as células são privadas de oxigênio, a isquemia se desenvolve, ocorre a lesão celular e a falta de oxigênio resulta em infarto.”

Fatores como idade, sexo, etnia, obesidade, ingestão de sal e álcool, além de fatores socioeconômicos e genéticos, estão envolvidos no desenvolvimento da HA e, conseqüentemente, o agravo para doenças cardiovasculares como o IAM (VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2010).

Segundo a OMS, em se tratando de IAM, a confirmação diagnóstica necessita atender pelo menos dois dos três critérios a seguir: história clínica de desconforto torácico tipo isquêmico, alterações eletrocardiográficas compatíveis com a suspeita diagnóstica e alterações dos marcadores cardíacos em exames laboratoriais (NICOLAU, *et al.*, 1999).

No Brasil, os índices de doenças cardiovasculares são apresentados como principal causa de mortalidade, estando em torno de 29%, sendo o IAM a segunda causa de morte mais frequente, com índices de 7%. No sistema público de saúde, as mortes hospitalares continuam apresentando taxas elevadas para pacientes internados por IAM, onde a média era 16,2% em

2000, 16,1% em 2005 e 15,3% em 2010 para internações registradas em todo país (DATASUS, 2010 apud MARCOLINO, *et al.*, 2012).

Passos e colaboradores (1998) afirmam que somente o fator idade não serve de parâmetro para justificar o maior número de óbito por IAM em mulheres do que homens em unidades hospitalares.

O modelo campo de saúde é definido como: “Modelo que possibilita uma análise mais ampla dos problemas da área de saúde, por considerar além dos aspectos biológicos, outros fatores que podem contribuir para a determinação de doenças, como o IAM.” (DANTAS *et al.*, 1999, p.63). Ainda segundo Dantas e colaboradores (1999), os quatro elementos analisados pelo modelo de campo de saúde que determina o equilíbrio de saúde de uma pessoa e que podem contribuir no diagnóstico de IAM são: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde.

Destaca-se, desse modo, que o sucesso no atendimento não é somente dos serviços de saúde, mas também da conscientização do paciente infartado de que a melhor maneira de não ter sua vida cotidiana interrompida é mudar seus hábitos de vida para que não ocorra a doença. Finalizando o pensamento, o enfermeiro é essencial na capacitação de pessoas leigas para a importância no atendimento imediato a pacientes com sinais e sintomas de IAM, bem como também o conhecimento das técnicas necessárias para realização de uma ressuscitação cardiopulmonar, caso necessário (MUSSI, 2004).

Em decorrência disso, um dos principais pontos no cuidado aos pacientes infartados é uma boa avaliação do enfermeiro, buscando a história pregressa do paciente, seus sinais e sintomas e, assim, identificando as reais necessidades do paciente, para um melhor planejamento da assistência. O enfermeiro deve atuar com programas educativos englobando não somente o paciente, como também todos que o cercam.

2.3.2 Acidente vascular encefálico

O AVE é uma possível complicação decorrente de uma HA descontrolada de longa data, que com o passar dos anos acaba lesionando os órgãos-alvos, como coração, cérebro e rins.

Silva e colaboradores (2009, p.02) afirma que:

Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a nomenclatura mais atual usada para o acidente vascular cerebral (AVC). O AVC compreende apenas uma porção

do encéfalo, que é o cérebro, excluindo dessa forma, o cerebelo e o tronco encefálico. Para a população leiga, o nome mais utilizado é o “derrame”, que se refere apenas ao AVE hemorrágico, o que exclui cerca de 80% dos casos de origem isquêmica.

Ainda referenciando Silva e colaboradores (2009), existem diversos fatores que estão correlacionados ao AVE, entre eles, o tabagismo, diabetes mellitus, obesidade, HA, predisposição genética e sedentarismo.

A HA é o principal fator de risco para o AVE, que quando mantida sob controle, reduz significativamente as taxas de incidência dessa doença (GAGLIARDI, 2009). O AVE é uma das principais causas de óbito no Brasil e, muitas vezes, deixa o indivíduo sequelado. Tem um alto impacto na população devido sua taxa de prevalência e morbimortalidade. Dentro dessa perspectiva, 30% da população que sofre AVE falecem no primeiro ano, e 30% ficam com graves sequelas ou incapacidades (BARBOSA, 2009).

Essa doença é classificada em AVE isquêmico e hemorrágico. O cérebro é uma região altamente vascularizada, que não armazena oxigênio e glicose, portanto é necessário um fluxo sanguíneo que forneça esses nutrientes. O AVE isquêmico resulta da formação de trombos e êmbolos nas paredes das artérias, verificando um edema na área do tecido isquêmico, evoluindo para morte neuronal quando não houver uma rápida intervenção (CHULAY; BURNS, 2012).

Ainda segundo Chulay e Burns (2012), o tratamento deve ser realizado em caráter emergencial, utilizando de uma tomografia computadorizada (TC) para descartar a hipótese de um AVE hemorrágico. O objetivo do tratamento é restaurar o fluxo sanguíneo na região isquemiada prevenindo complicações secundárias.

Os principais sinais e sintomas mais frequentes de um AVE são: “diminuição da força em face, membro superior ou inferior do hemicorpo, perda súbita da visão em um ou nos dois olhos, alteração aguda na fala, cefaleia intensa e desequilíbrio” (SILVA, *et al.*, 2009, p. 148).

O AVE hemorrágico é descrito como a ruptura de um vaso com extravasamento para o interior do cérebro (hemorragia intraparenquimatosa), sistema intraventricular (hemorragia intraventricular) ou espaço subaracnóide (hemorragia subaracnóide) (PONTES-NETO, *et al.*, 2009). Em se tratando de AVE hemorrágico, o mesmo representa cerca de 10% de todos os AVEs, sendo a hipertensão não controlada sua principal causa. Sabe-se que a mortalidade por

essa causa é de aproximadamente 25% a 60%, sendo o tamanho do hematoma e sua localização importantes fatores de risco (CORREIA, 2009).

Os sinais e sintomas desse tipo de AVE são descritos por cefaleia intensa, de início súbito, com persistência por vários dias e com pouca melhora com analgésicos. O paciente pode ainda apresentar vômitos, náuseas, mal estar geral, crises convulsivas, perda do nível de consciência temporária até o coma (CALIL, 2007 *apud* LAVOR, *et al.*, 2011, p.05).

Portanto, a melhor forma de se prevenir um AVE envolve um controle rigoroso da PA e uma mudança nos hábitos de vida saudáveis. Porém, pessoas normotensas podem ser acometidas pela doença, mas isso se deve a outros fatores associados, tais como uso de álcool, tabagismo, sedentarismo e diabetes mellitus.

2.3.3 Insuficiência renal crônica

A doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde pública, sendo necessária a compreensão desse tema não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pelos demais segmentos da sociedade, uma vez que qualquer um pode ser acometido pela doença. A DRC é definida como lesão nos rins que ocasiona perda progressiva e irreversível da função renal (JUNIOR, 2004).

Para se diagnosticar a DRC é realizado um teste laboratorial chamado de *Clearance* da creatinina sérica, através da análise da urina, o qual avalia a presença de alterações (microalbuminúria, proteinúria e hematuria) e também a redução do ritmo de filtração glomerular, além da identificação dos fatores de risco (ASSOCIAÇÃO DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS, 2007).

TABELA 3 – Classificação dos Estágios da DRC

	TFG mL/min/1,73 m²	Definição
1	≥ 90	Lesão renal com TFG normal ou aumentada
2	60 – 89	Lesão renal com redução leve da TFG
3	30 – 59	Redução moderada da TFG
4	15 – 29	Redução grave da TFG
5	< 15 ou diálise	Falência renal

Fonte: REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO Vol. 15 (BORTOLOTTI, 2008, p.153)

Vale ressaltar que Barbosa e colegas (2006) afirmam que pacientes portadores de insuficiência renal, quando em fase terminal, apresentam um quadro clínico de uremia, com

perda da capacidade de excreção de toxinas pelos rins e incapacidade de manter o equilíbrio hidroeletrólítico. Ao diagnosticar a insuficiência renal crônica terminal (IRCT), é necessário instalar uma terapia renal substitutiva com o objetivo de remover líquidos e produtos do metabolismo corporal final.

A prevalência no Brasil da IRCT é de 391/1.000.000 de habitantes, e sua incidência vem aumentando de forma progressiva em todo mundo, trazendo ônus ao SUS (MORAES,2009).

Sabe-se que o controle da clínica dos pacientes que apresentam HA deve-se aos altos índices de eventos cardiovasculares resultando na principal causa de mortalidade em pacientes submetidos à hemodiálise (OLIVEIRA, 1997).

As principais causas de internação dos pacientes renais crônicos são crises hipertensivas, febre de origem desconhecida, hemorragia gastrointestinal, insuficiência cardíaca congestiva; comorbidades essas que poderiam ser evitadas através de orientações e intervenções de equipe multidisciplinar no que tange o tratamento de forma geral (PIVATTO; ABREU, 2010).

Vale ressaltar que existe uma baixa taxa de rastreamento para DRC em pacientes diabéticos e hipertensos. Foram encontradas 21,9% dos hipertensos apresentando taxas de creatinina sérica¹ $\geq 1,3\text{mg/dl}$, e 12,5 apresentando proteinúria² $\geq 1+$, testes esses utilizados para verificação da função renal (MC CLELLAN, 1997 apud BASTOS *et al*, 2007). De fato, é importante trabalhar com a prevenção da insuficiência renal em populações de risco, pois possibilita modificar o curso e a evolução natural da DRC.

3. O ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1 Breve histórico da Estratégia de Saúde da Família

No ano de 1994, nasceu o Programa de Saúde da Família (PSF), quando a implementação efetiva do SUS ainda era um desafio, sendo sugeridas a descentralização e municipalização dos serviços de saúde (PEREIRA, *et al.*,2005).

¹ Taxa de creatinina sérica: É o exame utilizado para dosar a quantidade de creatinina e uréia presentes na corrente sanguínea, muito utilizada quando se pretende fazer uma avaliação da função renal.

² Proteinúria: é uma importante alteração pela qual se manifesta as doenças renais.

A ESF foi implantada pela Portaria GM/MS 648 de 28/03/2006 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para o PSF, sendo revogada pela Portaria GM/MS 2488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b).

Em síntese, conforme afirmam Pereira e colaboradores (2005), o objetivo do PSF é reorientar o modelo de assistência a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do SUS. Esses princípios que o programa valoriza são: territorialização, vinculação com a população, garantia de integridade na atenção, trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações inter-setoriais, estímulo à participação da comunidade.

Esse programa do governo intervém nos fatores de risco aos quais a população está exposta e estimula a comunidade a se organizar para o efetivo controle social. A ESF nasce como resposta a uma crise no modelo de assistência, que era tradicional voltado para a cura das doenças e para o hospital.

De acordo com Escorel e colegas (2007), a ESF significou um marco na implantação da estratégia da atenção primária na política de saúde do Brasil. A partir de 1999, a ESF foi definida pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de reestruturação dos sistemas municipais de saúde, com intuito de reorganizar o modelo assistencial trazendo uma nova cara aos serviços e ações de saúde.

3.2 Estrutura da Estratégia de Saúde da Família

A mudança na forma de prestar assistência que antes era hospitalocêntrica, com foco na doença, para preventivista focada na promoção da saúde, trouxe um grande desafio para os profissionais de saúde. Esse desafio consistiu em mudar a forma de pensar e o comportamento de uma sociedade.

O PSF é visto pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de atenção à saúde, sendo o indivíduo e sua família assistidos de forma integral e contínua, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (ROSA; LABATE, 2005). Esse novo modelo de assistência é assim definido por uma equipe multiprofissional, sendo composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (FRANCO; MERHY, 1999). Ainda citando Franco e Merhy (1999, p.42), segundo diretrizes adotadas pela ESF, a proposta é de

que cada equipe assista uma clientela de 600 a 1000 famílias no máximo, de um determinado território.

O objetivo do trabalho de uma equipe multiprofissional é a interação e o compartilhamento de ações de todos os profissionais envolvidos, a dedicação exclusiva, exercendo trabalhos como: visitas domiciliares, internação domiciliar, participação em grupos comunitários, atendimento na unidade e educação em saúde (COSTA; MIRANDA, 2008).

Pretende-se com isso que a ESF passe a ser a porta de entrada ao sistema de saúde, ou seja, o primeiro nível de atenção, passando aos demais níveis de atenção mais complexos quando necessário, diminuindo assim a demanda pelos serviços hospitalares. Para Escorel e colaboradores (2007) a equipe deve:

Conhecer as famílias de seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade e no âmbito da atenção básica.

Como lembra Magalhães (2011, p.24), as equipes priorizam ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, podendo ser essas ações praticadas em unidades de saúde, em domicílio ou através da mobilização da comunidade.

Os profissionais envolvidos na ESF devem estar abertos para uma mudança de comportamento, de atitude, para que possam perceber o outro na sua totalidade, compreender que a assistência vai além dos fatores biológicos. A característica principal da equipe saúde da família é ter uma formação multiprofissional, percebendo o valor de cada membro no seu trabalho designado para o sucesso dessa estratégia. Com base neste cenário, Junqueira (2008, p.154-159) cita as principais atribuições de cada membro da equipe:

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- Desenvolver ações que busquem interação entre a equipe e a comunidade;
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter o cadastro atualizado;
- Orientar as famílias quanto a disponibilidade dos serviços de saúde oferecidos;
- Desenvolver atividades de promoção a saúde, de prevenção das doenças e agravos, de vigilância à saúde;

- Acompanhar por meio de visita domiciliar todas as famílias que estão sob sua responsabilidade;
- Cumprir as atribuições definidas em relação a prevenção e ao controle da malária e da dengue

Auxiliar e Técnico de Enfermagem

- É o principal responsável por ações educativas na unidade básica de saúde (UBS);
- Participa de atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados pela sua profissão;
- Realiza ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situações de risco;
- Participa do gerenciamento dos insumos para o adequado funcionamento da unidade de saúde da família (USF)

Médico

- Realizar assistência integral aos indivíduos e família, em todas as fases do desenvolvimento humano;
- Realizar consultas clínicas e procedimentos, sendo eles nas USF ou domicílio;
- Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica;
- Encaminhar quando necessários os usuários a serviços de média e alta complexidade;
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF.

Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal;
- Proceder a desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- Preparar e organizar instrumental e materiais necessários

Técnico de Saúde Bucal (TSB)

- Realizar atenção integral em saúde bucal individual ou coletiva a todas as famílias;
- Coordenar e realizar a manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

Cirurgião-Dentista

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar os procedimentos clínicos de ABS, inclusive as pequenas cirurgias;
- Realizar atenção integral em saúde bucal individual ou coletiva a todas as famílias;
- Encaminhar e orientar os usuários quanto a outros níveis de assistência;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde, e à prevenção de doenças bucais.

Neste novo modelo de atenção, nota-se o quão é necessário o trabalho em equipe para cumprimento dessa assistência mais holística e humanizada.

3.3 Atribuições do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família

O SUS e os ideais da ESF se confluem na crença de que esse novo modelo de assistência deve ter caráter preventivo e educativo, estruturação dos estabelecimentos e ações de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, promovendo os cuidados do indivíduo e da coletividade.

Observa-se uma vantagem do enfermeiro em relação aos outros profissionais de saúde para essa nova implantação da assistência, pois ele possui experiências de planejamento, execução e avaliações de ações assistenciais (COSTA; MIRANDA, 2008). A enfermagem é uma profissão essencial e de utilidade pública, de valor inquestionável para a sociedade.

Segundo Giroti e colegas (2008), compete ao enfermeiro da ESF as seguintes atribuições: práticas assistenciais, práticas administrativas, práticas de planejamento, organização e supervisão, práticas educativas e de pesquisa.

O enfermeiro monitora as condições de saúde de um indivíduo ou grupo, realiza um levantamento acompanhando os problemas de saúde encontrados na população com enfoque nos riscos e vulnerabilidades, não deixando de intervir nos casos de agravos. O seu trabalho

deve ser realizado de forma comunicativa com a comunidade no intuito de promover a autonomia dos envolvidos (JUNIOR, *et al.*, 2011).

Além disso, o enfermeiro é amparado pela Portaria GM/MS nº1625 que alterou a Portaria GM/MS nº648 em seu texto do Art. 1º inciso II, no uso de suas atribuições que lhe confere, passando a vigorar com a seguinte redação: “realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observada as disposições legais da profissão e conforme os protocolos e outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde” (BORGES, 2010, p.06).

Destaca-se dessa maneira que o enfermeiro é o principal elo entre a comunidade e a equipe de saúde possuindo ainda as seguintes atribuições:

- Realizar assistência integral aos indivíduos e famílias na USF, e quando indicado no domicílio, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanentes dos ACS e da equipe de enfermagem;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene bucal; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (JUNQUEIRA, 2008, p. 155-156).

Portanto, fica claro que o enfermeiro deve assumir uma posição de liderança na equipe multiprofissional, implicando compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade de comunicação e na tomada de decisão.

4 – AÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO E MINIMIZAÇÃO DOS AGRAVOS CARDIOVASCULARES RELACIONADOS

4.1 Hiperdia

Devido ao aumento do número de hipertensos e diabéticos em todo mundo, em especial no Brasil, houve uma necessidade de acompanhamento desses casos, nascendo assim o grupo Hiperdia.

Segundo Filha *et al*(2011), o termo que define melhor Hiperdia é um programa de cadastramento e acompanhamento dos usuários do Programa de Hipertensão e Diabetes, em que os profissionais de saúde são os responsáveis pelo preenchimento desses dados. Esse

programa tem o objetivo de monitorar os pacientes, fornecendo assim dados fidedignos para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada.

Uma importante estratégia adotada pelo Hiperdia, por exemplo, é a educação em saúde. Ela possui um papel de destaque no controle das enfermidades, uma vez que os seus agravos estão diretamente ligados ao conhecimento para o cuidado pessoal diário e à adequação de um novo estilo de vida saudável (CARVALHO, 2012).

Ainda citando Carvalho (2012), o enfermeiro, além da capacitação de sua equipe na execução das atividades, é responsável por realizar consultas de enfermagem, identificar fatores de risco e de adesão, possíveis complicações e, quando necessário, encaminhar o paciente ao médico.

Partindo deste ponto, o grande desafio para o sistema público de saúde, em especial para os profissionais envolvidos no programa, como por exemplo, o enfermeiro, é diminuir o grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população que traz a diabetes e a hipertensão como um importante agravo (LIMA *et al.*, 2012).

Apesar da existência do hiperdia, é notório que o aumento expressivo do número de hipertensos nos últimos anos mostra que o programa não está sendo efetivo em algumas ações fundamentais, talvez pela implementação incompleta ou inadequada.

Segundo Figueiredo Júnior *et al.* (2011) os enfermeiros têm realizado o rastreamento para buscar os hipertensos, contudo, não têm seguido os protocolos do Ministério da Saúde, tornando a assistência falha.

Em decorrência disso, para o sucesso do programa é necessário o envolvimento de cada membro da equipe multiprofissional na assistência e implementação das suas atribuições específicas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Para tanto, é cabível medidas gerenciais por parte da Secretaria de Saúde e da Coordenação da Atenção Primária do Programa Hiperdia, para estimular a participação ativa dos profissionais de enfermagem no atendimento e, até mesmo, da comunidade no tratamento (FIGUEIREDO JUNIOR *et al.*, 2011).

Conclui-se que os profissionais de enfermagem são fundamentais na assistência dos pacientes e sua conscientização em relação à sua importância na execução das normas. Além disso suas atribuições no programa Hiperdia são essenciais para o adequado planejamento da atenção.

Pretende-se, com isso, reafirmar a importância da figura do enfermeiro no desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção das DCNT.

4.2 Consulta de Enfermagem

Observa-se que a enfermagem possui papel importante nesse programa, pois a consulta de enfermagem irá detectar problemas de saúde/doença, para que sejam implementadas medidas de enfermagem através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), contribuindo para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente.

Para a realização da consulta de enfermagem imagina-se que o enfermeiro possui domínio nas habilidades de comunicação, observação e técnicas de assistência. Essas qualificações fazem com que o enfermeiro obtenha uma atuação definida no serviço de saúde. (SANTOS *et al.*, 2008).

O enfermeiro dentro desse contexto tem a função de verificar o histórico de enfermagem através de uma anamnese de qualidade, realizar o exame físico, verificar a Pressão Arterial (PA), glicemia, peso, estatura, circunferência abdominal, Índice de Massa Corporal (IMC) e observar a presença de alguma outra complicação ou sequela que possa estar afetando a qualidade de vida do paciente (SILVA *et al.*, 2013).

Porém sabe-se que a adesão dos pacientes ao tratamento e continuidade do mesmo é outro desafio para a enfermagem, haja vista que cada pessoa traz consigo características individuais e apresenta uma visão de mundo particular, priorizando seus interesses, habilidades, frustrações e desejos. Essa é a justificativa para reunir essas pessoas em grupo para a troca de experiências e uma maior aceitação da doença e do seu tratamento.

A partir do que foi exposto, a consulta de enfermagem apresenta-se como importante ferramenta no cotidiano do trabalho do enfermeiro, ampliando o objeto de atenção, os meios e a finalidade, visando não somente a cura ou alívio do sofrimento. E sim o desenvolvimento de autonomia das pessoas para lidarem com seus problemas e condições de vida, estabelecidas através do diálogo entre usuário, família e equipe de saúde. (MATUMOTO, 2011).

Contudo, mesmo sabendo do valor da consulta de enfermagem frente aos problemas encontrados, é necessária que ela esteja vinculada a uma educação permanente.

4.3 Visita Domiciliar e Educação em saúde

A visita domiciliar (VD) é uma importante ferramenta do enfermeiro na ESF, pois é através dela que se pode avaliar as condições ambientais e físicas em que vive o indivíduo e sua família.

Para Mattos (2004, p.35) a VD é definida como “um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial.”

Cruz e Bourget (2010) destacam a visita domiciliar como meio facilitador na interação das ações do serviço de saúde com a aproximação das necessidades da população. Ainda referenciando os autores ele enfatiza a valorização das relações afetivas na visita domiciliar, devido à construção de laços de confiança entre o usuário e os profissionais.

Para Santos e Morais (2011) o enfermeiro define a visita domiciliar como uma importante ferramenta de trabalho, uma vez que proporciona o conhecimento das condições sócio-econômicas, culturais e ambientais do local de trabalho.

Acredita-se que a VD estabelece vínculos ampliando a eficácia dos serviços de saúde e proporcionando a participação efetiva do usuário durante à assistência. (SANTOS; MORAIS, 2011).

Porém, a VD ainda é um grande desafio para equipe multiprofissional, uma vez que, ao tentar levar suas ações para dentro das casas dos usuários, a ESF não pode se esquecer dos aspectos culturais, sociais, religiosos e afetivos que estão inseridos nessa comunidade.

4.4 Educação em Saúde

A educação em saúde é vista como uma área que combina conhecimento, habilidades de relacionamento e autonomia, visando atingir a promoção da saúde. Para realizar esse trabalho o enfermeiro utiliza, muita das vezes, a criatividade e capacidade de improvisação.

Existem dois fatores que causam empecilho na realização de uma atividade educativa, segundo Pereira (2005):

- Falta ou desconhecimento de uma metodologia adequada;
- Visão equivocada dos profissionais de saúde que se veem como donos do saber.

A educação em saúde é vista como uma importante ferramenta na mão do enfermeiro, pois se define por ser um processo que objetiva capacitar indivíduos e grupos para assumirem a melhoria das condições de saúde da população. Ela é uma ação básica importante, uma vez que o princípio dessa educação é o desenvolvimento da consciência crítica das causas, dos problemas e das ações necessárias para a melhoria das condições. (KAWAMOTO, 2004).

Ainda referenciando o autor acima citado, a educação em saúde visa à adesão de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução da sua vida.

Segundo Kawamoto (2004), na construção do processo de educação em saúde, sempre haverá um confronto de cultura entre os conhecimentos técnicos dos profissionais de saúde e a cultura popular da população, a qual o enfermeiro não deverá impor seu conhecimento desconsiderando a realidade da população a ser trabalhada.

A idéia de que indicadores como a pobreza, o nível de escolaridade e a renda são parâmetros para desenvolver ações educativas relacionadas à educação em saúde, não contribuem para a troca de conhecimento, pois é baseada no conhecer técnico causando uma ruptura no processo. (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

Como lembra Colomé e Oliveira (2012) a formação do enfermeiro deve ser voltada para uma contínua aproximação do ensino com o mundo do trabalho. Destaca-se desse modo que:

Pensar na promoção da saúde pela via da educação, contando como sujeitos das ações educativas pessoas que conheçam a realidade e as necessidades de determinados grupos sociais, supõe propor uma educação em saúde para a emancipação, a qual se fundamenta no diálogo e na interação entre as pessoas.

Dentro deste quadro, a educação em saúde é imprescindível para o alcance da qualidade de vida, uma vez que cada cidadão transmite a outro o conhecimento adquirido à respeito dos meios de prevenção, construindo assim informações favoráveis para o alcance de uma melhor qualidade de vida. (CARVALHO, 2012).

Assim a educação em saúde deve ser vista como uma prática atribuída não somente ao enfermeiro, mas todos os profissionais da ESF de modo integral e contínuo, identificando situações de risco e enfrentando junto com a população assistida os determinantes do processo saúde-doença.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é resultante da influência dos fatores sócio-econômicos e culturais: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e acesso aos serviços de saúde. Esses fatores geram direta e indiretamente grandes desigualdades na qualidade de vida, interferindo assim na saúde individual ou coletiva.

No decorrer do trabalho percebeu-se que a enfermagem desempenha papel importante na saúde e na doença porque atua nos diferentes níveis de atenção. Suas ações de prevenção na atenção primária não devem ser isoladas, mas em conjunto com a equipe multiprofissional que a compõem, compartilhando experiências e saberes em prol de um atendimento mais humanizado.

Em meio a um processo de transição do modelo da medicina exercida - curativa para a preventiva -, na mudança do perfil epidemiológico populacional e também no aumento da longevidade, observou-se o aumento progressivo das doenças crônicas não transmissíveis.

Hoje a hipertensão arterial, quando não devidamente diagnosticada e acompanhada por um serviço especializado, representa um importante fator de risco para o agravamento futuro de doenças cardiovasculares como o IAM, o AVE e a DRC.

Conclui-se que o Hiperdia é um importante programa para o cadastramento e acompanhamento dos grupos de hipertensão, porém os profissionais não devem impor seus conhecimentos e desconsiderar a realidade em que vive a população, porque isso pode ocasionar a não adesão ao programa devido à incompatibilidade com a realidade.

Vale ressaltar que o enfermeiro exerce um papel importante na prevenção da hipertensão e, conseqüentemente, dos agravos cardiovasculares, porém o paciente deve ter conhecimento necessário acerca da patologia que o acomete, pois o sucesso, tanto do tratamento quanto da prevenção, vai depender da sua conscientização.

Este estudo não pretende encerrar as discussões sobre o tema, e sim incentivar que profissionais de saúde, bem como os usuários do sistema, especialmente os hipertensos e diabéticos, encontrem informações que garantam um estilo de vida saudável.

É notório que estudos desta natureza, além de colaborar com o conhecimento da temática, possam levar mais informações e reflexões acerca no planejamento de estratégias realizadas pelo enfermeiro na ESF.

REFERÊNCIAS

ARQUIVO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, **Diagnóstico e Classificação**. 2010. Disponível em: < http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_as-sociados.pdf > Acesso em: 10 out 2015.

ASSOCIAÇÃO DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS, **Perfil da Doença Renal Crônica o desafio brasileiro**. 2007. Disponível em: < http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas/Doenca_Renal_Cronica.pdf > Acesso em: 04 set 2015.

BARBOSA, Dulce Aparecida; *et al.*, **Co-morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise**. Acta Paul Enferm, v.19, n.3, pp.304-309, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a08v19n3.pdf> > Acesso em: 10 set 2015.

BARBOSA, Maria Aglair Ribeiro, **Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário**, Revista Brasileira de Clínica Médica, v.7, n.6, pp. 357-360, 2009. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/-v7n6/a001.pdf> > Acesso em: 26 ago 2015.

BASTOS, Rita Maria Rodrigues; *et al.*, **A Doença Renal Crônica e os Desafios da Atenção Primária à Saúde na sua Detecção Precoce**. Revista APS, v.10, n.1, pp. 46-55, 2007. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Drenal.pdf> > Acesso em: 16 set 2015.

BORGES, Ivo Aguiar Lopes, **Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde**. Enfermagem em Foco, v.1, n.1, pp. 05-08, 2010.

BORTOLOTTTO, Luiz Aparecido, **Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica**. Revista Brasileira de Hipertensão, v.15, n.3, pp.152-155, 2008. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf> > Acesso em: 08 set 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica, **Caderno de Atenção Básica nº15 – Hipertensão Arterial**; Brasília (DF), 2006. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_a-tencao_basica15.pdf >. Acesso em: 04 jun 2015.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria em Vigilância em Saúde. Departamento de Análises de Situação de Saúde, **O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão**. 2011a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano-acoess_enfrent_dcnt_2011.pdf >. Acesso em: 26 mai 2015.

_____, Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família**

(ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html > Acesso em: 18 set 2015.

_____, Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica**, Brasília (DF), 2013a.

_____, Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2013**. 2013b. Disponível em: < <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload-/saude/arquivos/morbidade/Vigitel-2013.pdf> > Acesso em: 04 ago 2015.

_____, Ministério da Saúde, Portal Brasil, **Saúde anuncia dados da hipertensão no país, 2011/2014**, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/04/saude-anuncia-dados-da-hipertensao-no-pais>>. Acesso em: 18 mai 2015.

_____, Ministério da Saúde, Epidemiologia e Serviços de Saúde, Revista SUS do Brasil, v.20, nº04, **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022**. Disponível em: < [http://scielo-iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf](http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf) > Acesso em: 19 mai 2015.

CARVALHO, Clecilene Gomes, **Assistência de Enfermagem aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: Educação em Saúde no Grupo Hiperdia**, Revista e-Scientia, Belo Horizonte, v.5, n.1, pp. 39-46, 2012.

CHULAY, Marianne; BURNS, Suzanne M., **Fundamentos de Enfermagem em Cuidados Críticos da AACN**, 2. ed., Porto Alegre, Editora Artmed, 2012.

CORREIA, Diogo Jorge Durais, **AVC Hemorrágico; Relação entre a mortalidade precoce e o volume inicial de hemorragia e edema**, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade da Beira Interior da Covilhã, Portugal.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de, **O Enfermeiro e a Estratégia de Saúde da Família: Contribuição para a mudança do modelo de assistência**. Rev Rene Fortaleza, v.9, n.2, pp.120-128, 2008.

CRUZ, Mariene Miriam; BOURGET, Monique Marie Marthe, **A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias**. Saúde Soc São Paulo, v.19, n.3, pp. 605-613, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/12.pdf> > Acesso em: 01 out 2015.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti *et al.*, **Perfil de Mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio, segundo o Modelo “Campo de Saúde”**. Revista Latino-am. Enfermagem, v. 7, n.3, pp. 63-68, 1999.

ESCOREL, Sarah *et al.*, **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Rev. Panamam Salud Publica, Pan AM J Public Health, v.21, n.2, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rps-p/v21n2-3/11.pdf> > Acesso em: 18 set 2015.

FIGUEIREDO JÚNIOR, Adoaldo Gomes; *et al.*, **Programa Hiperdia: Do preconizado ao realizado – Interfaces com a Ética na Enfermagem**. 2011. Disponível em: < <http://apps.cofen.gov.br/cbcent/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I40969-.E10.T8178.D6AP.pdf> > Acesso em: 03 out 2015.

FILHA, Francidalma Soares Sousa Carvalho, *et al.*, **Programa Hiperdia: Desafios vivenciados por Profissionais de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família**, Trabalho submetido ao 14º Congresso dos Conselhos de Enfermagem CBCENF, pp.1-12, 2011. Disponível em: < <http://apps.cofen.gov.br/cbcent/sistema-inscricoes/anais.php?evt=9&sec=48&niv=7.1&mod=1&con=5105&pdf=1> > Acesso em: 26 set 2015.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias, **Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial**. 1999. Disponível em: < <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/tex-tos/PSF-contradicoes.pdf> > Acesso em 21 set 2015.

GAGLIARDI, Rubens José, **Hipertensão Arterial e AVC**. ComCiência, n.109, 2009. Disponível em: < <http://comciencia.scielo.br/pdf/ci/n109/a18n109.pdf> > Acesso em: 24 ago 2015.

GIROTI, Suellen Karina de Oliveira; *et al.*, **As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 29, n.1, pp. 9-26, 2008. Disponível em: < http://www.uel.br/proppg/portal/pages/arquivos-pesquisa/semina/pdf/semina_29_1_20_26.pdf > Acesso em: 25 set 2015.

SMELTZER, Suzanne C., **Histórico e Cuidados aos Pacientes com Hipertensão**. In: SMELTZER, Suzanne C. Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica, 11. ed. (Vol.2), Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2009.

JUNIOR, Davi Antônio Brondani *et al.*, **Atividades Gerenciais do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**, Rev. Enferm UFSM, v.1, n.1, pp. 41-50, 2011.

JUNIOR, João Egídio Romão, **Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação**, J. Bras Nefrol, v.26, n.3, suplemento 1, 2004. Disponível em: < http://www.transdoreso.org/pdf/doenca_renal.pdf > Acesso em: 03 set 2015.

JUNQUEIRA, Simone Rennó, **Competências profissionais na estratégia saúde da Família e o trabalho em equipe**. Módulo Político Gestor. Disponível em: < http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf > Acesso em: 24 set 2015.

LAVOR, Ícaro Guedes de; *et al.*, **Perfil dos Casos de Acidente Vascular Cerebral Registrados em uma Instituição Pública de Saúde de Campina Grande – PB**, Revista Tema, v.12, n.17, 2011.

LIMA, Aisleide de Souza; *et al.*, **A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético**. Saúde Coletiva em Debate, v.2, n.1, pp.10-17, 2012.

MAGALHÃES, Patrícia Lima, **Programa de Saúde da Família: Uma Estratégia em Construção**. 2011. TCC (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), UFMG, 2011. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf> > Acesso em: 23 set 2015.

MARCOLINO, Milena Soriano *et al.*, **Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte**, Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia, v.100, n.4, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/2013nahead/aop5145.pdf> > Acesso em: 21 ago 2015.

MATTOS, Thalita Maia de, **Visita Domiciliária**. In: KAWAMOTO, Emília Emi *et al.* São Paulo(SP): Editora Pedagógica e Universitária Ltda., pp.35-39, 2004.

MATUMOTO, Sílvia; FORTUNA, Cinira Magali, **A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção**, Revista Latino-Am Enfermagem, v.19, n.1, pp. 1-8, 2011.

MORAES, Cinthia Esbrile, **Preditores de Insuficiência Renal Crônica em Pacientes de Centro de Referência em Hipertensão Arterial**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 55, n.3, pp. 257-262, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a15.pdf> > Acesso em: 14 set 2015.

MUSSI, Fernanda Carneiro, **O Infarto e a Ruptura com o Cotidiano: Possível Atuação da Enfermagem na Prevenção**. Revista Latino-am. Enfermagem, v. 12, pp. 751-759, 2004.

NICOLAU, José Carlos *et al.*, **Infarto do Miocárdio em Hipertensos**, Hiperativo, v.6, n.1, pp. 38-41, 1999. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/-6-1/011.pdf> > Acesso em: 18 ago 2015.

OLIVEIRA, José Mário Franco de, **Revisão/Atualização em diálise: Hipertensão arterial em hemodialisados. Fatores relacionados ao seu controle adequado ou inadequado e tratamento**. 1997. Disponível em: < <file:///C:/Users/Luciano%20Soares/Downloads/19-02-20.pdf> > Acesso em: 12 set 2015.

PASSOS, Luiz Carlos Santana *et al.*, **Diferença de Letalidade Hospitalar do Infarto Agudo do Miocárdio entre Homens e Mulheres submetidos a Angioplastia Primária**, Arq. Bras. Cardiologia, v.71, n°04, p.587-590, 1998.

PEREIRA, Adriana Lemos; *et al.*, **Programas de Atenção à Saúde**. In: FIGUEIREDO, N.M.A (Org.).Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul: Editora Yendis, pp.299-304, 2005.

PEREIRA, Maria Regina *et al.* **Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.10, pp.2363-2374, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina-ufmg.br/biblioteca/imagem/0754.pdf>> Acesso em: 24 jun 2015.

PIVATTO, Daiane Roberta; ABREU, Isabella Schroeder, **Principais Causas de Hospitalização de Pacientes em Hemodiálise no Município de Guarapuava, Paraná, Brasil**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.31, n.3, pp.515-520, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a15.pdf>> Acesso em: 14 set 2015.

PONTES-NETO, Octávio M.; *et al.*, **Diretrizes para o Manejo de Paciente com Hemorragia Intraparenquimatosas Cerebral Espontânea**. Arquivo de Neuropsiquiatria, v.67, n.3-B, pp. 940-950, 2009. Disponível em: <http://neurologiahu-ufsc.br/files/2012/08/Consenso-Bras_AVEh_Intraparenquimatoso_2009.pdf> Acesso em: 27 ago 2015.

RODRIGUES, Cibelli I. Saad (Coord). **Diagnóstico e Classificação**. Revista Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro, v.17, n.1, pp.1-64, 2010.

RODRIGUES, Márcia Renata; HERCULIAN, Juliana Gonçalves. **Hipertensão arterial e doenças do aparelho circulatório**. In: BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; GAMBA, Mônica Antar; Enfermagem e Saúde do Adulto, 3.ed., São Paulo: Editora Manole, 2006.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa de Saúde da Família: A Construção de um Novo Modelo de Assistência**. Ver Latino-am Enfermagem, v.13, n.6, pp. 1027-1034, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: 20 set 2015.

SANTOS, Edirlei Machado dos; MORAIS, Sandra Helena Gomes, **A Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: Percepção de Enfermeiros**, Cogitare Enferm., v.16, n.3, pp. 492-497, 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21761/16235>> Acesso em 01 out 2015.

SANTOS, Sueli Maria dos Reis; *et al.*, **A Consulta de Enfermagem no Contexto da Atenção Básica de Saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais**. Texto Contexto de Enferm, v.17, n.1, Florianópolis, pp.124-130, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/14.pdf>> Acesso em: 28 set 2015.

SILVA, Luciana Leite Melo, *et al.*, **Fatores de Risco para Acidente Vascular Encefálico**. Universitas Ciências da Saúde, v.3, n.1, pp. 145-160, 2009.

SILVA, Máguida Gomes da; *et al.*, **Hiperdia: A importância da consulta de enfermagem**. 17º SENPE (Seminário Nacional de Pesquisa de Enfermagem), 2013. Disponível em: <

http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1229po-.pdf >Acesso em: 29 set 2015.

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; v.95, sup 1, pp 1-51. Disponível em: < http://publicacoes.cardiol.br/-consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em 11 jun 2015.