

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANNA NUNES PEREIRA NETA FARIAS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANNA NUNES PEREIRA NETA FARIAS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Doenças Crônicas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Ms. Aridiane Alves Ribeiro

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Consulta de Enfermagem no cuidado ao usuário com Hipertensão Arterial e Diabetes na Estratégia de Saúde da Família** de autoria da aluna **Anna Nunes Pereira Neta Farias** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área de Doenças Crônicas.

Profa. Ms. Aridiane Alves Ribeiro
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

“É preciso amar as pessoas como se não houvesse
amanhã, Porque se você parar para pensar, na
verdade não há.”

Renato Russo

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fonte de vida e inspiração, porque sem Ele eu nada posso fazer.

Ao meu esposo André Luiz pelo incentivo, paciência e por estar sempre ao meu lado me apoiando e me encorajando para estudar cada vez mais.

Aos meus pais Ademar e Ivone e aos meus irmãos: Ademar júnior, Míriam das Mêrces e Jayme Netto, pelo afeto e união que nos une a cada dia mais.

À minha amiga Liana Barcelar Evangelista Guimarães por ter me enviado o edital deste curso de especialização em Linhas do Cuidado em Enfermagem – e que me incentivou em fazer a inscrição e realizar este curso de especialização.

A professora Ms Aridiane Alves Ribeiro, minha orientadora de monografia que mesmo no ensino à distância me ensinou como é bom estudar, pesquisar e cuidar das pessoas com doenças crônicas.

À prof^a e Dr^a Vânia Marli Schubert Backes coordenadora do curso de Linhas do Cuidado em Enfermagem - doenças crônicas pela oportunidade em estar realizando mais um curso de especialização.

À prof^a e Dr^a Flávia Regina Souza Ramos, Coordenadora de monografia pelo apoio e colaboração.

À Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade que me proporcionou ao realizar esse curso de especialização na modalidade à distância.

E, por fim, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização desse trabalho.

RESUMO

A hipertensão arterial e o Diabetes são doenças crônicas consideradas pela Organização Mundial de Saúde, um grande problema de saúde pública. O papel do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família é fundamental na assistência ao paciente com doenças crônicas. Dentre as inúmeras atribuições do enfermeiro, está na realização da consulta de enfermagem. Para realizar a consulta é imprescindível a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem, pois, esta permite ao enfermeiro conhecer melhor o paciente com doença crônica, visando sempre o atendimento integral. Assim, o presente estudo teve como objetivo geral elaborar um instrumento de coleta de dados para realizar a consulta de enfermagem ao hipertenso e diabético na estratégia de saúde da família. Trata-se de um projeto de intervenção do tipo tecnologia de cuidado. O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Brigadeiro Eduardo Gomes no município de Porto Nacional, Tocantins, Brasil. O período desenvolvimento do instrumento foi de Janeiro à Dezembro de 2012. Para realizar o atendimento ao usuário hipertenso e diabético, foi proposto um instrumento de coleta de dados aos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade: Brigadeiro Eduardo Gomes, pois, permite essa ferramenta ajuda a identificar os problemas, realizar a anamnese, exame físico, identificar diagnósticos, elaborar um plano de ações e, além disso, facilita o trabalho do enfermeiro. No intuito de mudar o diagnóstico encontrado tanto na realidade estudada no que tange ao atendimento ao hipertenso e diabético, reitera-se a importância da implantação de um instrumento de coleta de dados para que seja utilizado pelo enfermeiro da estratégia de saúde da família.

Palavras – Chave: Estratégia de Saúde da Família; Hipertensão; Diabetes; Enfermagem.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Hipertensos e diabéticos cadastrados de acordo com a faixa etária no ano de 2003 a 2013 no Tocantins	11
TABELA 2: Hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados no ano de 2003 a 2013 no Tocantins	12
TABELA 3: Hipertensos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes no município de Porto Nacional/TO no período de janeiro a dezembro de 2010.....	14
TABELA 4: Hipertensos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes no município de Porto Nacional/TO no período de janeiro a dezembro de 2011.....	15
TABELA 5: Hipertensos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes no município de Porto Nacional/TO no período de janeiro a dezembro de 2012.....	16
TABELA 6: Diabéticos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes no período de janeiro a dezembro de 2010.	17
TABELA 7: Diabéticos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes no período de janeiro a dezembro de 2011	18
TABELA 8: Diabéticos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes de janeiro a dezembro de 2012	19

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Classificação do risco no pé do diabético, abordagem e seguimento clínico.....	25
---	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
1.1 OBJETIVOS	2
1.1.1 Objetivo Geral	2
1.1.2 Objetivos Específicos	3
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL	4
2.1.1 Definição	4
2.1.2 Epidemiologia	4
2.1.3 Fatores de risco	4
2.1.4 Critérios Diagnósticos e Classificação	4
2.1.5 Tratamento	5
2.2 DIABETES	5
2.2.1 Definição	5
2.2.2 Classificação	5
2.2.3 Diagnóstico	5
2.2.4 Complicações Agudas e Crônicas dos Diabetes	06
2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	06
2.4 A CONSULTA DE ENFERMAGEM	6
2.5 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	07
2.6 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	08
2.7 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM DIABETES.....	09
2.8 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO AO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	10
2.9 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE	10
3 METODOLOGIA	20
3.1 TIPO DE ESTUDO	20
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	20
3.3 PÚBLICO-ALVO.....	20

3.4 INSTRUMENTO.....	20
3.5 PERÍODO DO ESTUDO.....	20
3.6 PROCEDIMENTO	21
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	21
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	22
4.1 DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DIABETES	25
4.2 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM AOS HIPERTENSOS, DIABÉTICOS E FAMÍLIA.....	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO.....	30

1 INTRODUÇÃO

A doença crônica tem seu início geralmente insidioso de duração longa e indefinida. No caso do diabetes e da hipertensão arterial, são doenças que impõe limitações às atividades da vida diária do paciente. É a dieta restrita, as medicações que devem ser tomadas no horário certo e de uso contínuo, o uso da insulina para portador de diabetes, a impotência sexual, sem falar nas outras complicações como o pé diabético, Infarto Agudo do Miocárdio, e Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Renal Crônica, além de deixar o paciente acamado (BRASIL, 2012).

O diabetes e a Hipertensão Arterial são doenças crônicas consideradas pela organização mundial de saúde, um grande problema de saúde pública, que envolve vários fatores de ordem social, econômica, familiar, cultural e pessoal. Segundo dados do ministério da saúde são elevados o número de pessoas que tem diabetes, Hipertensão arteriais ou ambas associadas. A quantidade de idosos, adultos, adultos jovens que vem apresentando essas doenças vem aumentando cada vez mais e o número de crianças com diabetes também é elevado e vem sendo motivo de preocupação constante para o ministério da saúde (BRASIL, 2006).

O papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família é fundamental na assistência ao paciente com essas doenças crônicas, visto que é este profissional que tem como umas das atribuições, realizar a busca ativa, formar grupos, cadastrar, notificar e acompanhar os pacientes com diabetes e hipertensão arterial através do programa Hiperdia do ministério da saúde. Este profissional conhece bem as complicações de cada doença e possui conhecimentos técnico-científico para realizar uma consulta de enfermagem de qualidade e humanizada.

O enfermeiro é um dos profissionais responsáveis pela operacionalização da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A saúde da família é operacionalizada tendo em vista a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde. As equipes atuam por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além da manutenção da saúde da comunidade. Iniciada em 1994 e denominada Programa Saúde da Família (PSF) , a ESF apresentou significativo crescimento nos últimos anos (BRASIL, 2012).

Para realizar a consulta de enfermagem ao usuário com doenças crônicas, é relevante a aplicação da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE). Essa sistematização é considerada valiosa para o cuidado profissional de enfermagem, pois, permite conhecer melhor o paciente de forma holística, permite um atendimento acolhedor. É constituída por cinco etapas,

são elas: histórico de enfermagem (anamnese e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento, prescrição, evolução ou avaliação de enfermagem.

Sabe-se que as doenças crônicas vêm aumentando cada vez mais entre pessoas de diversas faixas etárias e vem sendo motivo de preocupação para profissionais de saúde é de suma importância a realização de uma consulta de enfermagem de qualidade e mais humanizada. O profissional de enfermagem ao atender um paciente portador de doença crônica seja ela, HAS ou DIA deverá ter um olhar holístico, ou seja, atender este usuário como um todo abordando todos os aspectos bio-psicossocial (BRASIL, 2006). Daí a necessidade de aplicar a SAE através de um instrumento de coleta de dados contendo todas as etapas do processo de enfermagem. O instrumento de coleta de dados facilita o trabalho do enfermeiro, além de ser uma metodologia que busca conhecer melhor o usuário com HAS/DIA.

O instrumento de coleta de dados permite identificar os problemas, realizar um exame físico completo, levantar os possíveis diagnósticos de enfermagem, realizar o planejamento das ações e propor cuidados de enfermagem.

O crescente aumento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no território de abrangência da USF: Brigadeiro Eduardo Gomes, a constante busca ativa dos faltosos às consultas médicas e de enfermagem, a dificuldade do profissional enfermeiro em realizar a consulta de enfermagem, a falta de um protocolo de atendimento, ou de um instrumento específico, considerando tais questões tornou-se uma inquietação prioritária realizar o presente trabalho e propor ao coordenador da atenção básica, gestores e aos enfermeiros da ESF, um instrumento de coleta de dados para realizar a consulta de enfermagem na atenção básica, com o objetivo de prevenir complicações oriundas dessas doenças.

Diante do exposto, busca-se nesse trabalho: propor um modelo de instrumento de coleta de dados (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2003) para realizar a consulta de enfermagem ao hipertenso e diabético em uma Unidade de Saúde da Família no município de Porto Nacional, Tocantins.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Apresentar um instrumento de coleta de dados para realizar uma consulta de enfermagem ao usuário com hipertensão arterial e diabetes.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as atribuições do enfermeiro no atendimento ao hipertenso e diabético;
- Identificar as etapas da sistematização da assistência de enfermagem;
- Descrever os principais diagnósticos encontrados no atendimento ao paciente com hipertensão arterial e diabetes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

2.1.1 Definição

A Hipertensão Arterial (HA) é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmhg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmhg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

2.1.2 Epidemiologia

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

2.1.3 Fatores de risco

Idade; fatores socioeconômicos; sal em excesso; obesidade Álcool; Sedentarismo (ATHANIEL; SAITO, 2008) Predisposição genética; Fatores ambientais; Hiperglicemia e Dislipidemia; (ATHANIEL; SAITO, 2008).

2.1.4 Critérios Diagnósticos e Classificação

O quadro 1 apresenta a classificação da pressão arterial para adultos com mais de 18 anos. Os valores limites de pressão arterial normal para crianças e adolescentes de 1 a 17 anos constam de tabelas especiais que levam em consideração a idade e o percentil de altura em que o indivíduo se encontra (BRASIL, 2006).

A classificação da pressão arterial em adultos é considerada normal quando a pressão arterial sistólica for menor que 120mmhg e diastólica menor que 80; é considerada pré-

hipertensão quando a pressão arterial sistólica estiver entre 120-139 e a diastólica entre 80-89; é considerada hipertensão quando estágio 1 quando a pressão arterial sistólica apresentar valores de 140-159 e a diastólica de 90-99, no estágio 2 quando a PA sistólica for maior ou igual a 160 e a diastólica maior ou igual que 100.

2.1.5 Tratamento

Não – Farmacológico: controle do peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e prática de atividade física regular; e farmacológico: Diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatores diretos, antagonistas do sistema renina – angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio (BRASIL, 2006).

2.2 DIABETES

2.2.1 Definição

O diabetes Melito (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia. Essas doenças são associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BATISTA; SANTOS, 2013).

2.2.2 Classificação

O DM pode ser classificado em dois principais tipos: (MAIA, 2005) Tipo 1 – é mais comum em jovens. Esses pacientes utilizam insulina para controle do DM; Tipo 2 – afeta pessoas de meia-idade ou idosas. Esses pacientes mantêm o controle do DM com hipoglicemiantes orais ou com dieta. Alguns podem também fazer uso de insulina.

2.2.3 Diagnóstico

O DM pode ser diagnosticado na presença de sintomas, como: (BATISTA; SANTOS, 2013); Poliúria; Polifagia; Polidipsia; Astenia; Emagrecimento; Balanopostite; Letargia; Prurido vulvar; Redução da acuidade visual; Infecções de repetição.

2.2.4 Complicações Agudas e Crônicas dos Diabetes

Existem três complicações agudas do DM relacionadas aos desequilíbrios em curto prazo nos níveis sanguíneos de glicose: (BATISTA; SANTOS, 2013 *apud* SMELTZER, 2005); Hipoglicemia; Cetoacidose diabética; Síndrome hiperglicêmica não cetótica hiperosmolar.

2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem (TANNURE, 2010).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 358/2009, tem preconizado que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada implantando-se o processo de enfermagem (PE) (TANNURE, *apud* COFEN, 2009). É importante também ressaltar que, para que a SAE seja incorporada à prática, é necessária uma educação permanente de todos os profissionais envolvidos no processo. Além disso, os enfermeiros necessitam de “instrumentos” que favoreçam a implantação das etapas do PE na prática, tais como impressos para auxiliar na coleta e no registro dos dados do indivíduo, da família ou da comunidade e/ou softwares que os auxiliem na execução das etapas do método científico (TANNURE, 2010).

2.4 A CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem foi instituída em 1968 e legitimada como atividade privativa do enfermeiro a partir de 1986. Inicialmente, visava o controle de gestantes e crianças saudáveis; posteriormente, foi sendo estendida a grupos da população que apresentavam patologias, como hanseníase, diabetes, hipertensão e tuberculose. Cabe aos enfermeiros a responsabilidade de desenvolverem a consulta de enfermagem a ponto de incorporá-la definitivamente à prática de enfermagem (SANTANA, 2008).

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, deverá ser individualizada e requer conhecimento técnico-científico para a sua aplicação durante o atendimento ao paciente. Ela permite ao profissional de enfermagem um olhar holístico, a escuta qualificada, observação, julgamento e tomada de decisão.

O enfermeiro, ao executar a consulta de enfermagem, coloca em prática ações transformadoras, distanciando-se do modelo mecanicista e tecnicista e executa um modelo de compreensão, respeito, sensibilidade, solidariedade. O enfermeiro deve mostrar interesse pelo cliente para que este possa expor seus problemas e preocupações. É importante saber escutar, o centro das atenções é o cliente (SANTANA, 2008).

A Consulta de enfermagem apresenta-se como direcionadora das ações de enfermagem dispensadas ao cliente, está fundamentada na necessidade de cientificidade das atividades desenvolvidas e pressupõe: Entrevista para coleta de dados; Exame físico; Estabelecimento do diagnóstico de enfermagem; Prescrição; Implementação de cuidados; Orientação das ações relativas aos problemas encontrados (BATISTA; SANTOS, 2013).

São competências do enfermeiro no que se refere à consulta de enfermagem: Ser observador e atencioso com o paciente; Estar receptivo, ouvir atentamente as necessidades do cliente, suas preocupações e seus problemas, demonstrando interesse; Ser resolutivo, considerando as necessidades em saúde possíveis de serem atendidas na unidade; Traçar estratégias que contemplem a utilização das rotinas de acordo com as necessidades do paciente; Ser criativo, encontrando soluções de acordo com cada situação (BATISTA; SANTOS, 2013).

2.5 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde da família é a estratégia que o ministério da saúde escolheu para reorientar o modelo assistencial do sistema único de saúde a partir da atenção básica. Esta estratégia foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo o ministério da saúde, uma unidade de saúde da família se destina a “realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção” (COSTA; CARBONE, 2004).

Segundo o ministério da saúde, no documento “Saúde da Família”, uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (Brasília – 1998), os objetivos da implantação do modelo de saúde da Família são: Prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização

do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, por tanto, expressão de qualidade de vida; Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (COSTA; CARBONE, 2004).

2.6 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dentre as características do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), destacam-se: Realizar programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se, aqui, o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, o que dificulta o acesso dos usuários; Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e de danos evitáveis; Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva a demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências; Prover atenção integral, contínua e organizada à população; Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca de qualidade de vida pelos usuários; Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controladas/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (CROZETA; ROEHRS, 2013).

De acordo com a Portaria nº 2.488, é importante lembrar as atribuições dos membros da equipe de enfermagem na APS. São atribuições específicas do enfermeiro: Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do

desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do distrito federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar ,quando necessário, usuários a outros serviços; Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Planejar. Gerenciar e avaliar ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e de outros membros da equipe; Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde (UBS) (CROZETA; ROEHRS, 2013).

2.7 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM DIABETES.

De modo geral, o Ministério da Saúde define para o enfermeiro as seguintes atribuições: (BRASIL, 2006); Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade (atividades individuais ou em grupo de pacientes com diabetes); Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar de forma permanente suas atividades; Realizar consulta de enfermagem a pessoas com maior risco para DM tipo 2 identificadas pelos agentes comunitários de saúde, definindo claramente a presença do risco; após, encaminhar o paciente ao médico da unidade para rastreamento do DM com glicemia de jejum quando necessário; Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, estratificando risco de doenças cardiovasculares, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências do tratamento, encaminhando o paciente ao médico quando necessário; Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer adesão (grupos de pacientes com diabetes); Programar, junto à equipe, estratégias para educação dos pacientes; Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina definidos como necessários pelo médico da equipe, ou de acordo com protocolos e normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal; Orientar os pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica da aplicação de insulina; Repetir a medicação de pacientes com DM controlado e sem intercorrências; Encaminhar os pacientes portadores de diabetes, seguindo a periodicidade descrita no manual do Ministério da Saúde, de acordo com a especificidade de cada caso (com maior frequência para indivíduos não aderentes,

de difícil controle, portadores de lesões em órgão-alvo ou com comorbidades) para consultas com o médico da equipe; Acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos MMII para identificação do pé em risco. Realizar também cuidados específicos no pé acometido e no pé em risco; Perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao portador de diabetes, os objetivos e as metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, HbA1C e peso); Organizar, junto ao médico e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de DM; Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.

2.8 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO AO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade, desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos; Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos); Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc. ou com co-morbidades; Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades; (BRASIL, 2006).

2.9 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), através das *fichas PMA2 e SSA2, a quantidade de hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados no Estado do Tocantins estão descritos no quadro 1 e 2 abaixo:*

TABELA 1: Hipertensos e diabéticos cadastrados de acordo com a faixa etária no ano de 2003 a 2013 no Tocantins

Ano	Faixa etária	Diabéticos	Hipertensos
2003	0 a 14 anos	55	41
	15 anos e mais	9.333	48.425
2004	0 a 14 anos	58	41
	15 anos e mais	10.456	56.091
2005	0 a 14 anos	60	45
	15 anos e mais	11.565	62.752
2006	0 a 14 anos	65	62
	15 anos e mais	13.160	71.141
2007	0 a 14 anos	84	67
	15 anos e mais	14.050	75.365
2008	0 a 14 anos	95	68
	15 anos e mais	15.044	79.563
2009	0 a 14 anos	88	55
	15 anos e mais	16.267	84.102
2010	0 a 14 anos	96	56
	15 anos e mais	18.174	90.732
2011	0 a 14 anos	99	49
	15 anos e mais	19.014	92.448
2012	0 a 14 anos	92	47
	15 anos e mais	19.426	91.294
2013	0 a 14 anos	96	38
	15 anos e mais	18.874	85.211

Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde/DAB – DATASUS – Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins.

De acordo com a tabela 1 os dados são de janeiro a dezembro de 2013, percebe-se que a quantidade de diabéticos e hipertensos vem aumentando a cada ano. Dado relevante, isso mostra que as doenças cardiovasculares vêm aumentando, fator preocupante e que precisa ser mais investigado.

De acordo com a literatura, as doenças cardiovasculares vem sendo motivo de preocupação para profissionais da saúde e para a organização mundial de saúde.

A Tabela 1 mostra em relação ao diabetes e a hipertensão arterial na faixa etária de 0 a 14 anos que a quantidade de crianças e adolescentes que apresenta essas doenças crônicas é muito grande e só vem aumentando com o passar dos anos.

Em 1995 foi estimado que o diabetes mellitus atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025, atingirá 5,4% da população, o que equivalerá a aproximadamente 300 milhões de diabéticos. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento e neles se acentuará o atual padrão de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (KING, 1998).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estimativas indicam que sua prevalência está ascendente e seu impacto nas populações será ainda mais danoso nos próximos anos. De acordo com o Hiperdia (sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos), que segundo sexo e faixa etária identificou a predominância de pacientes do sexo feminino cadastradas nesse sistema. Em todas as faixas etárias há mais mulheres, sendo a maior diferença na idade entre 40 e 49 anos. No ano investigado (2004) foram cadastrados 387.754 pacientes no sistema, sendo 66% (255.830) de mulheres e 34% (131.924) de homens (BOING; BOING, 2007).

TABELA 2: Hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados no ano de 2003 a 2013 no Tocantins

Ano	Diabéticos cadastrados	Diabéticos Acompanhados	Hipertensos Cadastrados	Hipertensos Acompanhados
2003	10.001	9.607	50.286	48.028
2004	10.462	10.011	54.059	51.445
2005	12.211	11.351	62.253	58.477
2006	12.892	12.191	66.536	62.764
2007	13.893	13.102	73.472	66.051
2008	14.098	13.276	71.780	66.864
2009	16.129	15.150	80.224	75.249
2010	17.710	16.583	83.621	78.110
2011	19.460	18.193	88.984	82.645
2012	18.576	16.840	80.990	72.857
*2013	18.436	17.209	78.045	72.952

Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde/DAB – DATASUS – Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins.

* Dados de janeiro até outubro de 2013.

De acordo com a tabela 2, a quantidade de diabéticos e hipertensos cadastrados e que não estão sendo acompanhados é muito grande. Isso mostra que a atenção básica precisa estar atenta quanto ao acompanhamento desses usuários portadores de doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes, pois, estes usuários se não forem bem acompanhados pela equipe da estratégia de saúde da família o risco de apresentar complicações como o infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, aneurisma arterial e outras complicações são bem favoráveis. Ações precisam ser implantadas no estado do Tocantins, como capacitações dos profissionais da atenção básica, gestores, digitadores do sistema HIPERDIA (Sistema de cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos).

A equipe de saúde da família possui papel fundamental no desenvolvimento das ações de prevenção e controle de agravos. Para tanto, cabe-lhe sistematizar a assistência e organizar o atendimento, de modo a que o usuário hipertenso e/ou diabético tenha acesso a todos os serviços que abrangem: consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, recebimento de medicamentos anti-hipertensivos e/ou anti-diabéticos, mensuração de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar, além do atendimento odontológico e encaminhamento a outros especialidades visando prevenir ou conter lesões em órgãos-alvo (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

O enfermeiro e os demais profissionais da Saúde da Família precisam atentar para os protocolos do Hiperdia no sentido de implementar atividades que estimulem os hipertensos e/ou diabéticos à prática de ações educativas em prol da melhoria de condições de vida e saúde (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011 *apud* BRASIL, 2001).

TABELA 3: Hipertensos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes no município de Porto Nacional/TO no período de janeiro a dezembro de 2010

JAN	FEV		MAR	ABRIL		MAIO		JUN	
HAS	HAS	HAS	HAS	HAS	HAS	HAS	HAS	HAS	HAS
CAD	ACOMP.	CAD	ACOMP	CAD	ACOMP	CAD	ACOMP	CAD	ACOMP
191	189	192	177	157	155	193	163	201	190
JUL		AGO		SET		OUT		NOV	
HAS	HAS	HAS	HAS	HAS	HAS	HAS	HAS	HAS	HAS
CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOMP	CAD	ACOM
106	78	197	157	195	159	169	130	190	149
DEZ	DEZ								
HAS	HAS								
CAD	ACOM								
193	127								

Fonte: Unidade de Saúde da Família: Brigadeiro Eduardo Gomes/ Sistema de informação de atenção básica-Secretaria Municipal de Saúde/Porto Nacional- TO

De acordo com a tabela 3 muitos hipertensos não foram acompanhados pela unidade de saúde, isso se deve pelo fato de muitos hipertensos não procurarem a unidade no dia da consulta agendada ou por falta do médico ou da enfermeira. Alguns também por não estarem sentindo nenhuma queixa não procuram a unidade para o consultar, apesar das orientações fornecidas na unidade de saúde, pelos agentes comunitários ou no grupo de hipertensos.

A hipertensão arterial é uma doença silenciosa, pois, muitas vezes, a pessoa com HA não sente qualquer sintoma. Ela é causa básica de outros problemas, como as doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração que são consequência da HA não controlada (SILVA et. al, 2013).

TABELA 4: Hipertensos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes no município de Porto Nacional/TO no período de janeiro a dezembro de 2011

JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN	
HAS	HA	HAS	HA	HA	HA	HA	HA	HAS	HA	HAS	HA
CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM
193	99	193	156	197	158	SEM		194	161	200	197
						DADOS					
JUL		AGOS		SET		OUT		NOV		DEZ	
HA	HÁ	HÁ	HÁ	HÁ	HÁ	HÁ	HÁ	HÁ	HÁ	HÁ	HÁ
CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM
200	192	191	182	168	165	168	137	148	142	147	108

Fonte: Unidade de Saúde da Família: Brigadeiro Eduardo Gomes/ Sistema de informação de atenção básica- Secretaria Municipal de Saúde/Porto Nacional- TO

Através da tabela, a quantidade de hipertensos cadastrados são muitos e os acompanhados continua muito pouco. Isso justifica pelo fato de não existir uma cobrança maior, por exemplo, busca ativa dos faltosos pelos agentes comunitários e também da unidade de saúde.

A abordagem multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico, fisioterapeuta, terapeuta, agentes comunitários de saúde, dentista, assistentes administrativos) é muito importante para o acompanhamento do hipertenso, pois, o número de indivíduos atendidos será maior; a adesão ao tratamento será superior; cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos e atitudes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

TABELA 5: Hipertensos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes no município de Porto Nacional/TO no período de janeiro a dezembro de 2012

JAN		FEV		MAR		ABR		MAI	
HÁ	HÁ								
CAD	ACOM								
175	164	177	159	181	161	188	166	211	174
JUN		JUL		AGO		SET		OUT	
HÁ	HÁ								
CAD	ACOM								
209	173	209	144	224	210	226	191	227	180
NOV		DEZ							
HAS	HAS	HAS	HAS						
CAD	ACOM	CAD	ACOM						
226	148	223	194						

Fonte: Unidade de Saúde da Família: Brigadeiro Eduardo Gomes/ Sistema de informação de atenção básica Secretaria Municipal de Saúde/Porto Nacional- TO

De acordo com a tabela, no ano de 2012, muitos hipertensos não foram acompanhados pela unidade de saúde, mas, porém alguns procuraram a unidade para realizar a consulta de rotina.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devido à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

TABELA 6: Diabéticos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes no período de janeiro a dezembro de 2010.

JAN		FEV		MAR		ABR		MAI	
DIA	DIA								
CAD	ACOM								
45	43	45	38	45	39	36	36	42	36
JUN		JUL		AGO		SET		OUT	
DIA	DIA								
CAD	ACOM								
44	44	27	27	40	40	47	41	40	35
NOV		DEZ							
DIA	DIA	DIA	DIA						
CAD	ACOM	CAD	ACOM						
49	38	45	32						

Fonte: Unidade de Saúde da Família: Brigadeiro Eduardo Gomes/ Sistema de informação de atenção básica- Secretaria Municipal de Saúde/Porto Nacional- TO

Através da tabela 6, nota-se que os diabéticos aderem melhor o tratamento do que os hipertensos. O índice de faltosos nas consultas de acompanhamento é bem menor do que os hipertensos. Pode ser devido o fato que o diabetes pode causar complicações graves.

Censo populacional brasileiro realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, foi apontado que há, no Brasil, 12.054.827 pessoas com diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012). Isso significa que 6% da população brasileira sofrem de diabetes (SILVA et al, 2013).

TABELA 7: Diabéticos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes no período de janeiro a dezembro de 2011

JAN		FEV		MAR		ABR		MAI	
DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM
46	26	45	43	48	46	SEM DAD		45	42
JUN		JUL		AGOS		SET		OUT	
DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM	CAD	ACOM
53	48	51	47	51	49	48	47	50	44
NOV		DEZ							
DIA	DIA	DIA	DIA						
CAD	ACOM	CAD	ACOM						
55	55	55	47						

Fonte: Unidade de Saúde da Família: Brigadeiro Eduardo Gomes/ Sistema de informação de atenção básica- Secretaria Municipal de Saúde/Porto Nacional- TO

A tabela 7, mostra que em 2011 a quantidade de diabéticos cadastrados são muitos e aqueles que estão sendo acompanhados é maior do que os hipertensos, a adesão ao tratamento é melhor.

O aumento expressivo de pessoas com Diabetes (tipo 2) é apontado como uma consequência do estilo de vida das pessoas que apresentam hábitos como: alta ingestão de alimentos ricos em carboidratos e gorduras, pouco atividade física e estresse (SILVA et al, 2013).

TABELA 8: Diabéticos cadastrados e acompanhados na USF Brigadeiro Eduardo Gomes de janeiro a dezembro de 2012

JAN		FEV		MAR		ABR		MAI	
DIA	DIA								
CAD	ACOM								
59	54	59	49	55	52	54	49	59	59
JUN		JUL		AGO		SET		OUT	
DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DAI	DIA	DIA
CAD	ACOM								
60	39	45	45	60	56	59	53	64	55
NOV		DEZ							
DIA	DIA	DIA	DIA						
CAD	ACOM	CAD	ACOM						
56	51	57	53						

Fonte: Unidade de Saúde da Família: Brigadeiro Eduardo Gomes/ Sistema de informação de atenção básica-Secretaria Municipal de Saúde/Porto Nacional- TO

De acordo com a tabela 8 em 2012, o número de diabéticos cadastrados começou com oscilando muito na quantidade de diabéticos cadastrados e acompanhados, isso justifica que muitos mudaram para outros endereços, atestado de agente comunitário de saúde e outros motivos.

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo apresenta uma intervenção do tipo de tecnologia de cuidado (REIBNITZ et al, 2013) a ser implementada na USF: Brigadeiro Eduardo Gomes, no município de Porto Nacional/TO.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo considerou o contexto de atuação da USF: Brigadeiro Eduardo Gomes entre grupos de hipertensos e diabéticos cadastrados nessa unidade de saúde e acompanhados pela equipe da estratégia de saúde da família no período de janeiro a dezembro de 2010 a 2012.

3.3 PÚBLICO-ALVO

O público- alvo é constituído por hipertensos e diabéticos cadastrados no território de abrangência da USF: Brigadeiro Eduardo Gomes

3.4 INSTRUMENTO

O instrumento consta na adequação do Protocolo de Enfermagem/Atenção à Saúde do Adulto (SÃO PAULO, 2003) do município de São Paulo – SP. O instrumento foi adequado de acordo com as particularidades e necessidade dos indivíduos hipertensos e diabéticos atendidos na estratégia de Saúde da Família em Porto Nacional/TO. Poderá ser utilizado na consulta de enfermagem com vistas á garantia do cuidado centrado nas necessidades do hipertenso e diabético. Para tanto considerou-se a experiência profissional da autora e levantamento bibliográfico realizado à respeito.

3.5 PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de Janeiro a dezembro de 2010 a 2012 na USF: Brigadeiro Eduardo Gomes através da observação sistemática do atendimento realizado pela equipe de saúde e também acadêmicos de enfermagem do 8º período do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos de Porto Nacional – TO.

3.6 PROCEDIMENTO

Foi realizado um levantamento bibliográfico a respeito da hipertensão arterial e diabetes, foi levantado o diagnóstico da realidade da situação do Hiperdia no período de 2003 a 2013 no Estado do Tocantins e também através da realidade encontrada na USF: Brigadeiro Eduardo Gomes no cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos pelo SIAB no período de janeiro a dezembro de 2010 a 2012. A proposta de utilizar um instrumento de coleta de dados nas consultas ao hipertenso e diabético surgiu a partir da observação realizada durante o atendimento prestado a essa população. Esse instrumento de coleta de dados será apresentado ao coordenador da atenção básica do município para implantar nas unidades de saúde da Família e também aos profissionais da unidade de saúde da família como proposta de melhorar o serviço e prestar um atendimento humanizado e mais acolhedor aos usuários com hipertensão arterial e diabetes, principalmente aos faltosos nas consultas médica e de enfermagem.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização do estudo foram observados os preceitos e condutas éticas.

O presente estudo não oferecerá nenhum tipo de despesa aos usuários dos serviços de saúde e nem aos profissionais da atenção básica. Os participantes poderão desistir do projeto em qualquer momento, sem qualquer prejuízo por abandonar, sendo garantido o sigilo das informações prestadas, se houverem, para a preservação da sua integridade. Os mesmos serão informados, que independente dos resultados da pesquisa, eles serão divulgados e publicados em periódico científico.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

4 RESULTADO E ANÁLISE

O instrumento de coleta de dados (ANEXO A) permite identificar os problemas, realizar um exame físico completo, levantar os possíveis diagnósticos de enfermagem, realizar o planejamento das ações e propor cuidados de enfermagem. Para realizar uma consulta de enfermagem ao paciente com Hipertensão arterial e/ou diabetes, foi proposto um modelo de instrumento para atendimento aos usuários portadores de doenças crônicas, contendo as etapas da sistematização da assistência de enfermagem. Abaixo, estão descritas os passos para a realização da consulta de enfermagem ao paciente com HAS/DIA.

Na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial sistêmica o enfermeiro deverá realizar a seguinte anamnese abordando os seguintes aspectos: Identificação: sexo, idade, raça, condição socioeconômica e profissão; Identificação do conhecimento sobre a doença e os riscos que ela acarreta; História atual e pregressa: duração conhecida da HAS e níveis de pressão; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sinais e sintomas de doença arterial coronária; sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doenças vasculares encefálicas; insuficiência vascular das extremidades; doença renal, gota e diabetes mellitus; Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, atividade sexual, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, sedentarismo; Antecedentes familiares: acidente vascular encefálico, doenças arteriais coronarianas prematuras (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos; Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade; Avaliação dietética: se consome sal, faz uso de bebidas alcoólicas, de gorduras saturadas e de cafeína; o tipo de medicação que está usando (anticoncepcionais, corticosteroides, descongestionantes nasais, anti-hipertensivos etc.) (JULIANI; SPIRE, 2004), e além disso, investigar se pratica alguma atividade física, se pratica, perguntar qual é o tipo de atividade física que pratica.

No exame físico geral e específico, o profissional deve procurar avaliar o peso e altura, estabelecendo o IMC (índice de massa corpórea); pressão arterial e frequência respiratória; avaliar a região do pescoço, realizar a ausculta cardíaca com possível presença de arritmias, sopros e frequência cardíaca; realizar a ausculta pulmonar verificando a presença de estertores, roncocal e sibilos; realizar a palpação na região abdominal em busca de massas palpáveis e ruídos hidroaéreos, identificar possível edema e o exame de fundo de olho.

Durante as consultas de enfermagem realizadas aos hipertensos e diabéticos na USF: Brigadeiro Eduardo Gomes os principais diagnósticos encontrados foram: Déficit de conhecimento sobre a hipertensão arterial; Alteração na nutrição, muitos apresentaram excesso de peso, sobrepeso/obesidade. Déficit de conhecimento sobre a hipertensão arterial; Ansiedade. **O plano de enfermagem estabelecido para cada usuário foi de acordo com o diagnóstico identificado, ou seja, para a ansiedade, foi prescrito: Escutar ativamente o paciente;** Promover a expressão dos sentimentos e medos; Treinamento em relaxamento muscular; encaminhar para grupos de hipertensos. Para o diagnóstico: déficit de conhecimento sobre a hipertensão arterial, o paciente era orientado sobre a não interrupção do tratamento medicamentoso; não faltar às consultas agendadas; Seguir as orientações dos profissionais da saúde. Para o diagnóstico alteração na nutrição, os cuidados de enfermagem levantados foram: Evitar alimentos condimentados; Consumir frutas, legumes e verduras; Ingerir bastante líquido; praticar atividade física.

Na consulta de enfermagem ao paciente com diabetes a coleta de dados realizada pela enfermagem foi referente ao paciente , à família e à comunidade, com o propósito de identificar as necessidades e particularidades de cada um. Essa ação compreende as seguintes informações sobre o paciente: Identificação (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, lazer e religião); Antecedentes pessoais(agravos à saúde); História familiar de diabetes (pais, irmãos); Medicações em uso e presença de efeitos colaterais; Hábitos de vida – história ponderal, padrões alimentares, estado nutricional atual (em criança e adolescente, crescimento e desenvolvimento), história de atividade física, estilo de vida e outros aspectos que podem afetar o manejo do diabetes; Prevalência de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo, estresse e história obstétrica); Alimentação; Sono e repouso; Higiene; Funções fisiológicas; Infecções prévias e atuais (atenção especial à pele, aos pés, aos dentes e ao trato urinário); Queixas atuais, principalmente as indicativas de lesão de órgão-alvo, como tontura, cefaloprecordial, dispneia, parestesia, parestesias e edema e lesões de MPercepção do cliente frente à patologia, ao tratamento e autocuidado;

Tratamentos prévios, incluindo dieta, automedicação e tratamento atual (BATISTA, SANTOS, 2013).

Durante o exame físico, é importante o profissional observar: Aparência pessoal; Altura, peso corporal, circunferência da cintura e IMC; Pressão arterial; Frequências cardíaca e respiratória; Pulsos radial e carotídeo; Alterações de visão; Pele (integridade, turgor, coloração e manchas, presença de acantose nigricante); Cavidade oral (dentes, característica da gengiva,

quantidade de saliva, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico); Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdome; Membros superiores (MMSS) e MMII (unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões); Articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); Pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte de unhas) – avaliar o grau de risco de pé Diabético (teste do monofilamento de Semmes – Weinstein) e registrar em ficha própria, que deverá ser anexada ao prontuário. (Batista, Santos, 2013)

O profissional de enfermagem não deve deixar de examinar os pés dos diabéticos para prevenir sequelas tão comuns para quem tem diabetes. Deve estar atento para a perda da sensibilidade protetora dos pés, de acordo com o Protocolo de Enfermagem (2003):

a) Classificação da Úlcera Neuropática em MMII (pé diabético)

- Grau 0 - doença vascular periférica ou neuropática, deformidade dos pés e unhas, sem lesão.
- Grau 1 - úlcera superficial.
- Grau 2 - úlcera profunda (tendão, ligamentos e/ou articulações).
- Grau 3 - infecção localizada.
- Grau 4 - gangrena local (dedo, antepé ou calcanhar).
- Grau 5 - gangrena extensa (todo o pé)

QUADRO 1: Classificação do risco no pé do diabético, abordagem e seguimento clínico.

Neuropatia ausente	Risco 0	Grupo educativo Avaliação anual
Neuropatia Presente, sem deformidades	Risco 1	Grupo educativo Uso de calçados adequados Avaliação semestral
Neuropatia presente, deformidade presente	Risco 2	Grupo educativo Uso de calçados adequados/especiais, palmilhas, órteses. Avaliação trimestral
Úlcera/amputação prévia	Risco 3	Grupo educativo Uso de calçados adequados/especiais, palmilhas, órteses. Avaliação bimestral

Fonte: Protocolo de enfermagem (2003)

4.1 DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DIABETES

Os principais diagnósticos encontrados na avaliação do paciente diabético foram:

Ingestão alimentar alterada; Ingestão alimentar excessiva; Emagrecimento; Trauma na pele.

De acordo com (BATISTA, SANTOS, 2013 *apud* ALBUQUERQUE; CUBAS, 2005). As prescrições de enfermagem para os diagnósticos encontrados foram: **Ingestão alimentar alterada:** Orientar o paciente a comer pequenas quantidades, várias vezes ao dia; Estimular a ingestão de frutas, verduras e fibras; Desencorajar o consumo de alimentos gordurosos e frituras; Investigar perda de peso; Orientar a adaptação da dieta ao modo de vida do paciente. **Ingestão alimentar excessiva:** Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência; Orientar o paciente a manter horário para as principais refeições (almoço e jantar); Orientar Programar monitoramento domiciliar; o paciente a manter horário para as principais refeições (almoço e jantar); Retornar no dia e horário agendados; **Emagrecimento:** Avaliar condições de moradia e ambiente familiar; Orientar o paciente a beber, no mínimo, 2 litros de água por dia; Orientar o paciente a ingerir frutas, vitaminas, sucos, farelo, aveia, leite; Orientar o paciente a comer várias vezes ao dia, pequenas quantidades; Encaminhar para consulta médica. **Trauma na pele:** Avaliar a situação do trauma; Indicar vacina antitetânica;

Orientar o paciente a manter ferida limpa conforme orientado; Orientar o paciente sobre cuidados com o trauma; Programar visita domiciliar.

4.2 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM AOS HIPERTENSOS, DIABÉTICOS E FAMÍLIA.

Na avaliação de enfermagem, é necessário determinar o quanto as metas de cuidados foram alcançadas. É preciso também observar as mudanças a cada retorno à consulta (BATISTA, SANTOS, 2013).

A avaliação dos pacientes que procuram a unidade de saúde para consulta sempre acontece com os retornos desse pacientes às consultas agendadas, através das visitas domiciliares para saber se realmente estão cumprindo a dieta que foi orientada e se estão fazendo uso correto da medicação. A família também é orientada quanto aos cuidados com a dieta, atividade física e medicação. Os pacientes são constantemente avaliados seja na unidade de saúde ou durante as visitas da equipe. Quando faltam às consultas é realizada a busca ativa dos usuários faltosos e posteriormente a consulta é novamente agendada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes constituem um sério problema de saúde pública no Brasil e no Mundo, o grande número de hipertenso e diabéticos só vem aumentando cada vez mais, e isso vem sendo motivo de preocupação para profissionais de saúde e de educação. Este contexto se repete no município Porto Nacional, Tocantins, especificamente no território da Unidade de Saúde da Família Brigadeiro Eduardo Gomes.

Apresentamo neste estudo um instrumento de coleta de dados a ser utilizado na de enfermagem ao usuário com hipertensão arterial e diabetes na atenção primária. Este tipo de intervenção caracteriza uma tecnologia do cuidado.

De acordo com os dados levantados neste estudo, o diagnóstico da realidade do estado Tocantins e do município Porto Nacional não é muito bom. De acordo com os dados encontrados, a falta de adesão do hipertenso e diabético a não dar continuidade no tratamento da doença crônica, o não comparecimento às consultas médica e de enfermagem é muito grande tanto a nível estadual como municipal. A falta de realização de busca ativa desses faltosos seja pelo agente comunitário ou pelos demais trabalhadores da equipe da atenção básica é relevante. Tal aspecto pode ser justificado pela sobrecarga de trabalho que esses profissionais enfrentam na atenção básica e também pela falta de apoio da gestão e coordenação de enfermagem em não preconizar um fluxo de atendimento, um protocolo para auxiliar esses profissionais nas ações de prevenção, promoção da saúde, ou até mesmo um instrumento para realizar uma consulta de enfermagem, como forma de organizar e facilitar o trabalho do profissional e por outro lado, oferecer atendimento humanizado e acolhedor ao usuário com doenças crônicas.

Portanto, no intuito de mudar o diagnóstico encontrado tanto no estado como no município no atendimento ao hipertenso e diabético, reitera-se a importância da implantação de um instrumento de coleta de dados para que seja realmente utilizado pelo enfermeiro da estratégia de saúde da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, Nancy Nay Leite; SANTOS, Tatiana Maria Melo. **Consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família ao usuário com diabetes**. Porto Alegre: Artmed ABEN, 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema único de Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2004.

REIBNITZ, K. S. et al. **Módulo X: Desenvolvimento do Processo de cuidar**. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2013.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Enfermagem Atenção à Saúde do Adulto:. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde da Família, São Paulo, 2003.

SANTANA, Peterson Perfeito. **Consulta de enfermagem: da teoria à prática** – Goiânia: AB, 2008. 136p.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – Secretaria de assistência à Saúde/ DAB – DATASUS, 2013.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: cronicidade e suas inter – relações na atenção à saúde**. 2013. Monografia (Pós-Graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileira de Cardiologia, vol. 89, nº 3, São Paulo, sept 2007. Disponível em:< [www.scielo.com .br](http://www.scielo.com.br)> Acesso em: 24 de fevereiro de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **São doze milhões de diabéticos no Brasil**. Disponível em: < [http:// www.diabetes.org.br/sala - de- notícias/2116 - são - 12- milhões – de – diabetes – no – Brasil](http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabetes-no-brasil) >. Acesso em: 24 ago 2012.

TANNURE, Meire Chucre. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TANNURE, Meire Chucre. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Brigadeiro Eduardo Gomes, Secretaria Municipal de Saúde / Coordenação de Atenção Básica/ SIAB. Porto Nacional/TO, 2013.

ANEXO A

Instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem ao usuário com Hipertensão Arterial e Diabetes na Estratégia de Saúde da Família

I – IDENTIFICAÇÃO:

Data da Consulta: _____

Nome: _____ Sexo: _____

DN: _____

Idade: _____ Profissão: _____

II – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

Antecedentes Pessoais:

() Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Tabagismo () Etilismo () Obesidade
 () Cardiopatia () Doença Infecto Contagiosa () Cirurgia Anterior () Sedentarismo
 () Colesterol () Outras doenças

Antecedentes Familiares:

() Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Tabagismo () Etilismo () Obesidade
 () Cardiopatia () Doença Infecto Contagiosa () Colesterol () outras doenças.

Vacinação: _____

Atividade física: Tipo: _____ Frequencia: _____

Exames Anteriores: _____

História da Moléstia Atual: _____

Hábitos alimentares: _____

Eliminações: urinárias: _____ Fecal: _____

Higiene corporal: _____

Atividades realizadas em casa: _____

Sono e recreação: _____

Lazer e recreação: _____

Expressão da sexualidade: _____

Medicações em uso: _____

Já mediu a glicemia antes? _____

Faz algum tipo de dieta? _____

III – EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ PA: _____

Circunferência Abdominal: _____

Cabeça e pescoço: _____ Olhos: _____

Nariz: _____ Ouvidos: _____

Tórax: Mamas e mamilos: _____

Ausculda Cardíaca: _____ Ausculda Pulmonar: _____

Abdômen: () Plano () Globoso () Rígido () Flácido () Timpânico

() Distendido () Doloroso à palpação

Genitália: _____ Ânus: _____

Membros:MMSS _____ MMII: _____

Dor: Local: _____ Tipo: _____ Intensidade: _____

Outras informações: _____

IV – DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

V – PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM/PLANO DE CUIDADOS:

VI – EVOLUÇÃO/AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Profissional que realizou a consulta: _____

Fonte: Adaptado do Protocolo de Enfermagem/Atenção à Saúde do Adulto, Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003 (SÃO PAULO, 2003).