

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FERNANDA CARLISE MATTIONI

**A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO AO
USUÁRIO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FERNANDA CARLISE MATTIONI

**A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO AO
USUÁRIO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

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

Profa Orientadora: Msc. Dda.Bruna Pedroso Canever

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO AO USUÁRIO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS TIPO 2** de autoria do aluno **FERNANDA CARLISE MATTIONI** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Msc. Bruna Pedroso Canever
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Aos queridos usuários da Unidade de Saúde Vila Floresta, que compartilham saberes a cada consulta de enfermagem sobre como viver com a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Melittus.

AGRADECIMENTOS

Escrever esse trabalho foi um exercício diferente e interessante. Um aprendizado sobre uma outra forma de construir conhecimento: a partir do meu fazer, a partir da reflexão sobre o meu processo de trabalho. Confesso que não me pareceu uma tarefa fácil. Pelo contrário, foi mais difícil do que os métodos tradicionais da academia. Propor algo novo, diferente, a partir da reflexão da prática é algo que nos leva a muitas inquietações e nos sugere muitos caminhos.

Bem, aqui estamos, com uma proposta de trabalho que está apenas começando. E é gratificante apresentar algo que espero se tornar um instrumento de trabalho, para melhoria de práticas, para a melhoria da assistência.

Por isso, ao final deste trabalho quero fazer alguns agradecimentos:

A Deus, por estar presente em todas as coisas belas do Universo e me presentear cotidianamente com a energia necessária para cuidar de mim e cuidar do outro, por meio do meu trabalho.

A minha família: meu pai Nestor, minha mãe Delci, meu irmão Cristiano, minha cunhada-irmã Luciana e minha afilhadinha Diully Anne. Sei que vocês sempre torcem por mim e me apóiam com sua energia cuidadora, mesmo na distância.

As minhas amigas-irmãs, companheiras de vida, de convivência, de afeto e de luta: Andiara, Tiana, Afrannia, Thaís e Simone, que sabem verdadeiramente compartilhar a vida e por isso me fazem uma pessoa feliz.

A amiga-enfermeira Inês, por ser exemplo de vida e de profissional: “quando crescer quero ser como você”!

Ao querido amigo Pablo, médico de família e comunidade com quem partilhei muitos momentos de fazer-refletir-aprender. Muitas das nossas reflexões do final do dia de trabalho estão aqui, neste TCC!

Aos colegas de facilitação do Currículo Integrado: Ana Celina, Victor, Edelvels, Renata, Simone e Rejane, que compartilham o desafio de “aprender fazendo” e com afeto!

A equipe da US Vila Floresta, que me acolheu e me ensina todos os dias a magia e a beleza do cuidado em saúde.

A equipe da ETSUS/ESP, que compartilha os desafios da educação profissional, do aprender em serviço, de uma nova educação, libertadora!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVOS	04
3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE.....	05
4 TEORIZAÇÃO	09
5 PLANO DE AÇÃO	14
6 CRONOGRAMA	15
REFERÊNCIAS.....	16

RESUMO

O presente trabalho consiste em um projeto de intervenção na realidade encontrada no cotidiano de trabalho de uma equipe de Atenção Primária em Saúde. Tem como objetivo geral a construção de um instrumento capaz de servir como roteiro para a consulta de enfermagem para usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus tipo 2. Como objetivos específicos: reconhecer os protocolos clínicos de HAS, DM e estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica do SSC/GHC e do Departamento da Atenção Básica/Ministério da Saúde; identificar a atuação da enfermeira no cuidado a pessoas portadoras de HAS/DM, prevista nos protocolos clínicos do SSC/GHC e MS; descrever como ocorre a atuação da enfermeira no cuidado a pessoas portadoras de HAS/DM atualmente na Unidade de Saúde Vila Floresta. Espera-se, com esse exercício, poder construir um instrumento capaz de subsidiar a consulta de enfermagem em HAS e DM, com vistas a qualificar os cuidados destinados a usuários portadores destas patologias.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; Diabetes Mellitus; doença crônica

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas pode-se evidenciar uma significativa mudança na composição demográfica de nosso país. Nota-se o aumento do número de pessoas que se encontram na idade adulta e idosa. Segundo Minayo (2012), enquanto crescem as proporções de idosos no quadro demográfico, diminui o número crianças. As de 0-4 anos são agora só 7,2%, e o contingente dos que têm de 0-9 anos recuou de 30.206 milhões em 2007 para 29.392 milhões em 2009. Dados do IBGE apontam que em um intervalo de 20 anos, o número de pessoas com mais de 60 anos dobrou no Brasil. Em 1991 eram 10,7 milhões de idosos passando para 23,5 milhões em 2011.

A mudança no perfil demográfico brasileiro traz implicações à esfera pública, demandando a constituição de políticas públicas capazes de responder as necessidades geradas por essa nova configuração.

Na medida em que a população envelhece, mudam também as características epidemiológicas do país. Segundo Vilaça Mendes (2012), o Brasil apresenta um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas.

A transformação epidemiológica específica do país indica que, em 1930, em suas capitais, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que esse valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2009, por quase 30% de todos os óbitos (VILAÇA MENDES, 2012).

Frente a nova configuração demográfica e epidemiológica, surgem novos desafios, especialmente colocados ao setor saúde no que se refere à reorganização destes para responder a demanda por cuidados a pessoas portadoras de condições crônicas. Para Vilaça Mendes (2012) a crise observada nos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde, voltado para responder às condições agudas, análise esta que também se aplica ao sistema de saúde brasileiro.

Com o objetivo de buscar uma nova organização do Sistema Único de Saúde, capaz de possibilitar a oferta de cuidado integral a saúde dos cidadãos, de acordo com suas necessidades e

respeitando as novas características epidemiológicas, foi publicada a portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do SUS. A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

No contexto da referida portaria, a Atenção Primária em Saúde (APS) é compreendida como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Considerando o caráter geralmente permanente das condições crônicas, a APS caracteriza-se como o ponto da Rede de Atenção a saúde privilegiado para coordenar o cuidado dispensado a usuários portadores de condições crônicas. Ela é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

A organização do processo de trabalho das equipes de APS pressupõe atuação interdisciplinar na qual os diferentes núcleos profissionais devem estar articulados de modo a compartilhar entre si o cuidado dos usuários adscritos ao seu território.

O cuidado ofertado a usuários portadores de condições crônicas demanda uma organização específica, pois sua característica de permanência pressupõe acompanhamento longitudinal que de ser planejado com base nas evidências científicas e da singularidade de cada sujeito em cuidado.

Esse plano de cuidados agrega um conjunto de estratégias cujo objetivo é manter a condição crônica estável, evitando o seu agravamento/agudização ao mesmo tempo em que respeita a autonomia/direito de escolha dos usuários.

Duas das doenças crônicas com maior prevalência na APS são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Melitus (DM). Dentre as estratégias propostas para realizar o

acompanhamento de portadores de HAS/DM está a Consulta de Enfermagem, respaldada pela Resolução COFEN nº 159/1993.

A consulta de enfermagem pode ser um potente instrumento de cuidado na medida em que possibilite a construção de vínculo com o usuário em um espaço acolhedor. Além disso, a enfermeira pode desempenhar importante papel no manejo clínico do usuário, respeitando os protocolos adotados pela instituição em que atua e os fluxos pactuados no âmbito da gestão local se sua equipe de trabalho.

A reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, oriunda, principalmente, de uma tentativa de qualificar práticas de cuidado no contexto da APS, por meio da utilização de outras tecnologias de cuidado e novas práticas de gestão oportunizaram a construção de uma nova prática profissional para a enfermeira. Esta oportunidade surge como desafio para a profissão, que agora precisa avançar na busca pela qualificação de sua atuação clínica.

Frente a este cenário, este trabalho consiste em um projeto de intervenção, elaborado a partir da seguinte situação problema: a necessidade de qualificação da Consulta de Enfermagem em HAS/DM, no contexto da Atenção Primária em Saúde. Propõe-se a construção de um roteiro de Consulta de Enfermagem em HAS/DM, embasado nas evidências científicas.

A realização do trabalho tem relevância na medida em que alinha-se a proposta de fortalecimento das Redes de Atenção a Saúde para atender a demanda crescente de usuários portadores de condições crônicas.

Da mesma forma, sua execução propõe a construção de subsídios para qualificar as práticas de cuidado realizadas pela enfermeira no contexto da APS em conjunto com a equipe multidisciplinar.

A realização deste trabalho será registrada e publicada, bem como sua avaliação. Desta forma, pode subsidiar a utilização do roteiro em outras realidades, bem como sua revisão e discussão, podendo servir como subsídio para estimular o debate acerca da qualificação da prática profissional da enfermeira em HAS/DM, no contexto da APS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Construir um instrumento capaz de servir como roteiro para a consulta de enfermagem para usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Melitus tipo 2.

2.2 Objetivos Específicos

Reconhecer os protocolos clínicos de HAS, DM e estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica do SSC/GHC e do Departamento da Atenção Básica/Ministério da Saúde.

Identificar a atuação da enfermeira no cuidado a pessoas portadoras de HAS/DM, prevista nos protocolos clínicos do SSC/GHC e MS.

Descrever como ocorre a atuação da enfermeira no cuidado a pessoas portadoras de HAS/DM atualmente na Unidade de Saúde Vila Floresta.

3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

Atualmente o Sistema Único de Saúde prevê que os serviços que o integram estejam organizados de modo a compor Redes de Atenção a Saúde, buscando ofertar cuidados em saúde de acordo com as necessidades das pessoas.

Com vistas a estruturar essa proposta os serviços de saúde estão dispostos em diferentes pontos de atenção a saúde. A Atenção Primária em Saúde é o ponto de atenção a saúde com maior capilaridade, capaz de acompanhar os usuários do SUS em seus contextos de vida, nos territórios em que estão inseridos.

A Atenção Primária em Saúde, ou Atenção Básica, como faz alusão a Política Nacional de Atenção Básica, tem como estratégia prioritária de qualificação do cuidado, a Estratégia Saúde da Família.

Atualmente o Rio Grande do Sul possui 2.510 Unidades Básicas de Saúde e 1.399 Equipes de Saúde da Família. Na cidade de Porto Alegre, a rede de APS é composta por Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde e também algumas equipes de ESF vinculadas a hospitais filantrópicos.

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) vinculado ao Hospital Nossa Senhora da Conceição - Grupo Hospitalar Conceição, é um serviço de Atenção Primária em Saúde, idealizado no final da década de 1970. No início da década de 1980, surgiram as primeiras Unidades de Saúde Comunitária. Seus idealizadores acreditavam que a implantação de serviços de saúde próximos a realidade de vida das pessoas poderiam ser instrumentos para o melhor acompanhamento da saúde e a melhoria de suas condições, diminuindo o número de internações hospitalares.

Essa proposta, construída e efetivada antes mesmo da criação do SUS, ofereceu algumas das bases para o que é hoje a Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Atualmente o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição é formado por doze Unidades de Saúde, localizadas em territórios delimitados, na Zona Norte do município de Porto Alegre. Em equiparação realizada recentemente, estima-se que atuam 40 equipes de Saúde da Família nestas doze Unidades. As equipes são compostas por: médicos de família,

enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, dentistas, nutricionistas, farmacêuticos, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e profissionais em formação (estudantes e residentes de diversas áreas da saúde) (BRASIL, 2011).

A Unidade de Saúde Vila Floresta integra o Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Trata-se de uma Unidade que abriga quatro equipes de Saúde da Família, que atuam em um território contíguo, com adscrição dos usuários, por meio do cadastramento e abertura de prontuários de famílias.

Trabalham nessa equipe: seis médicos contratados e dois residentes; quatro enfermeiras contratadas e duas residentes; uma psicóloga e duas residentes, uma assistente social e duas residentes, dois dentistas e dois residentes; dois técnicos em saúde bucal; dois auxiliares de enfermagem e seis técnicos de enfermagem; doze agentes comunitários de saúde; residente de nutrição; estagiários de graduação de medicina e nutrição; duas higienizadoras e dois vigilantes. Conta com apoio matricial de uma farmacêutica; um médico psiquiatra; um médico internista; uma nutricionista.

Atualmente a equipe organiza seu processo de trabalho em torno de atividades assistenciais, atividades educativas e atividades de Vigilância em Saúde. A Vigilância em Saúde é realizada por meio das Ações Programáticas: Criança, Gestante, Imunizações, Tuberculose, Asma, Hipertensão e Diabetes. A Vigilância do Território é realizada por meio da divisão da equipe em Áreas de Vigilância, que são responsáveis por discutir, periodicamente situações que possam interferir nas condições de saúde das pessoas que ali vivem, e pensar ações para intervir nelas.

A enfermeira se insere no processo de trabalho da equipe, desenvolvendo práticas de núcleo e de campo, que abrangem as dimensões acima citadas. Na Ação Programática específica da Hipertensão e Diabetes, o enfermeiro atua realizando as ações de Vigilância: monitoramento dos indicadores, identificação de faltosos, usuários com a doença descontrolada, planejamento de ações para melhoria da qualidade dos cuidados prestados a usuários portadores de HAS e DM. Além disso, a enfermeira atua diretamente na assistência, por meio da realização de consultas de enfermagem, cuidados a feridas, cuidados a usuários com seqüelas decorrentes de complicações da HAS/DM.

Nesse contexto, a enfermeira assume diferentes atribuições no que se refere ao cuidado a pessoas portadoras de HAS e DM.

No que se refere à consulta de enfermagem, observa-se que ela ocorre a partir das diferentes necessidades dos usuários. O SSC/GHC preconiza que o cuidado em HAS/DM esteja orientado por protocolo específico para HAS/DM. De acordo com esse protocolo, toda pessoa com mais de 18 anos deve ter sua pressão arterial (PA) verificada pelo menos uma vez, como diretriz de rastreamento. Possuem indicação de consulta de enfermagem todas as pessoas com níveis pressóricos entre 120x80 mmHg e 139x89 mmHg, sem outros fatores de risco associados (BRASIL, 2009). A intervenção da enfermeira, nestes casos, estará focada na mudança de hábitos/estilo de vida, em processo de construção conjunta com os usuários em cuidado.

Com relação ao Diabetes Melitus tipo 2, o protocolo específico do SSC/GHC preconiza que todos as pessoas com mais de 45 anos, ou pessoas com sobrepeso e outros fatores de risco, em qualquer faixa etária, devam realizar a glicemia de jejum, solicitada em consulta médica ou consulta de enfermagem (BRASIL, 2011).

Para além das consultas de enfermagem descritas acima, com caráter mais estruturado por seguir o algoritmo de rastreamento em HAS e DM, o enfermeiro realiza consulta de enfermagem para usuários portadores de HAS/DM com diferentes níveis de controle da doença.

Recentemente foi proposta uma nova tecnologia de cuidado que busca realizar a estratificação de risco para portadores de HAS/DM, com vistas a descrever em linhas gerais os cuidados mais adequados para cada extrato de risco. Essa proposta, elaborada inicialmente no contexto do SSC/GHC integrou o Caderno da Atenção Básica nº 35. O enfermeiro atua nos cuidados prestados a usuários que compõe os diferentes estratos de risco, utilizando-se de diferentes tecnologias de cuidado, de acordo a necessidade de cada usuário (BRASIL, 2013). Essa atuação pode ocorrer em caráter mais individual ou em conjunto com outros profissionais da equipe de saúde.

Embora essas diretrizes estejam bem estruturadas, observar-se que a consulta de enfermagem em HAS/DM deve ser sistematizada para evitar a negligência de aspectos importantes a serem abordados. Isso pode ocorrer em função das muitas possibilidades de abordagem no cuidado a usuários portadores de HAS/DM. Seria pretensão pensar em um instrumento de sistematização capaz de agregar todas as dimensões que envolvem o cuidado em HAS/DM. Tampouco se pretende criar um roteiro rígido que não considera as especificidades de

cada usuário. No entanto, pretende-se organizar o cuidado a partir das diretrizes clínicas utilizadas no SSC/GHC descritas acima e também do referencial específico da consulta de enfermagem.

Com a produção desse roteiro, espera-se a qualificação do cuidado de enfermagem em HAS/DM, melhorando o impacto produzido por esta ação nas condições de saúde destas pessoas.

4 TEORIZAÇÃO

De acordo com Villaça Mendes, 2010, uma população em processo rápido de envelhecimento, como é o caso do Brasil, significa um crescente incremento relativo das condições crônicas por que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas.

O mesmo autor indica que o país vivencia um período de transição epidemiológica. Para caracterizar o perfil epidemiológico do país, utilizam-se as categorias “condições crônicas” e “condições agudas” de saúde, diferentemente do empregado em países desenvolvidos: “doenças transmissíveis” e “não transmissíveis”.

De maneira resumida, pode-se dizer que a situação epidemiológica brasileira tem sido definida, como a tripla carga de doenças por que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas (VILAÇA MENDES, 2010).

Destaca-se ainda, que:

para organizar os sistemas de atenção à saúde, o mais conveniente é separar as condições agudas, em geral de curso curto e que podem ser respondidas por um sistema reativo e com respostas episódicas, das condições crônicas, que têm curso mais ou menos longo e que exigem um sistema que responda a elas de forma proativa, contínua e integrada. Por isso, as condições crônicas envolvem todas as doenças crônicas, mais as doenças transmissíveis de curso longo (tuberculose, hanseníase, HIV/Aids e outras), as condições maternas e infantis, os acompanhamentos por ciclos de vida (puericultura, herbicultura e seguimento das pessoas idosas), as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras e deficiências motoras persistentes) e os distúrbios mentais de longo prazo (VILAÇA MENDES, 2010, p.2298).

Frente a este panorama, um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Como exposto anteriormente, os Serviços de Atenção Básica/Atenção Primária caracterizam-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção a Saúde, tendo um papel-chave na estruturação desta, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, além de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para a organização do cuidado (BRASIL, 2014). Considerando a característica de longitudinalidade das condições crônicas, o papel da Atenção Primária, no acompanhamento dos usuários portadores destas condições, é reforçado.

Nesta perspectiva um conjunto de pesquisadores, gestores e representantes da sociedade civil concebem a saúde, em suas diversas interfaces, a partir da influência de diferentes determinantes, os quais constituem os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Os DSS são conceituados como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco para as pessoas. De maneira simples e abrangente, os DSS podem ser considerados como as características sociais dentro das quais a vida transcorre (CNDSS, 2006).

Do ponto de vista das intervenções no âmbito dos serviços locais de Saúde, deve-se incidir sobre a forma como os determinantes sociais produzem as iniquidades em Saúde, reduzindo-as e buscando melhorar sistematicamente o resultado nas condições de vida das pessoas. As intervenções recomendadas aos serviços de Saúde para os distintos níveis de determinação, principalmente os proximais e os intermediários, deverão se fundamentar na efetividade das práticas que irão produzir a redução das iniquidades e os melhores resultados de saúde na população. E essas intervenções serão distintas se considerados os indivíduos em seu cuidado singular (com seus fatores de risco clínicos, vulnerabilidades e potencialidades próprias) ou se considerada uma dada população (BRASIL, 2014, p. 28).

Perseguindo a redução das iniquidades em saúde e a produção de cuidado integral, especialmente aqui falando do cuidado a portadores de condições crônicas de saúde, torna-se imprescindível a atuação interdisciplinar das equipes de Atenção Primária em Saúde e também a busca por ações intersetoriais.

Como forma de explicar a atuação interdisciplinar das equipes de saúde, Campos, 2000, propõe que as práticas de saúde seriam protagonizadas por meio de ações de campo e de núcleo. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

A atuação da enfermeira se insere nesta perspectiva, e o cuidado prestado a pessoas portadoras de condições crônicas se constitui a partir de práticas de campo e núcleo. A maior parte do cuidado está no *roll* das práticas de campo, o que caracteriza o cuidado compartilhado e tem maior potência para se aproximar da integralidade da atenção.

Existem, no entanto, algumas práticas específicas de núcleo. Ressalta-se que não há um limite preciso que define onde estas começam e terminam e tampouco se pretende criar uma divisão rígida de práticas entre as diferentes profissões, no que se refere ao cuidado a pessoas portadoras de doenças crônicas, o que o afastaria de uma perspectiva integral.

A consulta de enfermagem é uma prática de núcleo, respaldada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei 7.498/86). A resolução COFEN 159/93 determina que a Consulta de Enfermagem seja executada de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Segundo Maciel e Araújo (2003), a consulta de enfermagem encontra-se listada entre as atividades privativas dos enfermeiros, sem possibilidade de delegação a outro membro da equipe de enfermagem. Sendo, assim, uma atividade de responsabilidade única, que traz ao profissional um valor bastante significativo do seu trabalho frente às questões sociais na saúde do usuário.

As mesmas autoras apontam, em seu estudo, que existe uma falta de referência explícita à execução das etapas da Consulta de Enfermagem. Esse fato significa que a consulta de enfermagem, no caso do estudo, específica para usuários portadores de HAS, não é realizada de forma sistemática.

No mesmo estudo evidencia-se o fato de as enfermeiras não conseguirem dar à consulta que realizam, uma descrição de etapas inter-relacionadas e comuns entre si. A necessidade de sistematizar a Consulta de Enfermagem tem, como finalidade, dentre outras, dar à atividade um caráter profissional, organizar a abordagem do usuário e definir a competência da enfermeira. Não estando clara essa necessidade, a Consulta acaba não tendo objetivos próprios e sendo realizada como uma fase preliminar à consulta médica (pré-consulta) ou mesmo complementar (pós-consulta).

O exposto aponta a importância e necessidade de se organizar a consulta de enfermagem em HAS/DM como forma de caracterizar e definir essa ação do plano de cuidados construído com o usuário, como etapa importante ao seu processo terapêutico.

A Consulta de Enfermagem deve ter objetivos claros e metodologia própria, fazendo com que a enfermeira tenha, de fato, uma atuação definida nos Programas de Saúde (MACIEL e ARAÚJO, 2003). Segundo Vanzin e Nery, 1996, a Consulta de Enfermagem deve, sistematicamente, compreender a realização de um histórico, com um enfoque mais amplo que a anamnese médica; a elaboração de diagnósticos de enfermagem deve, por sua vez, contemplar ações, adotando-se ou não, taxonomias consagradas ou a denominação de problemas ou de necessidades de atendimento e, finalmente, o plano de cuidados.

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS/DM pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possui seis etapas interrelacionadas entre si, objetivando a educação em saúde para o autocuidado (BRASIL, 2014).

É atribuição da enfermeira, dentre outras ações realizadas dentro da Ação Programática, realizar consulta de enfermagem com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2 identificadas pelos agentes comunitários de saúde, definindo claramente a presença do risco e encaminhado ao médico da unidade para rastreamento com glicemia de jejum quando necessário. Da mesma forma, realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, estratificando risco cardiovascular, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário (BRASIL, 2014).

A assistência de enfermagem para a pessoa com HAS/DM precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos (BRASIL, 2014).

De acordo com o protocolo da HAS do Serviço de Saúde Comunitária/GHC (2011), indica-se que as Unidades de Saúde ofereçam consulta de enfermagem para orientação de Mudanças do Estilo de Vida e que estas sejam iniciadas no nível pressórico de pré-hipertensão

(PA limítrofe), pois se houver fatores de risco associados, como *diabetes mellitus* e obesidade, o risco de apresentar hipertensão no futuro é altíssimo.

Nas consultas de enfermagem o foco do processo educativo deverá ser na orientação de medidas que comprovadamente reduzem a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo. Essas indicações são importantes, pois já existem evidências do seu efeito na redução da pressão arterial, possuem baixo custo, ajudam no controle de fatores de risco para outros agravos, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (gerando necessidade de menores doses e de menor número de fármacos) e reduzem o risco cardiovascular).

O Protocolo de DM tipo 2, do Serviço de Saúde Comunitária preconiza, também, que a consulta de enfermagem possa focar a mudança de estilos de vida como elemento importante para o controle da doença e o aumento da qualidade de vida do usuário.

Conclui-se, a partir da revisão apresentada, que a enfermeira atua no cuidado ao portador de HAS/DM por meio de sua inserção na equipe multidisciplinar em um campo de saberes e práticas. Nesse contexto, a consulta de enfermagem emerge como prática de núcleo importante nesse conjunto de cuidados. Sua realização de modo sistemático pode contribuir para a melhoria da assistência dispensada a estes usuários.

A seguir, serão apresentados os passos a serem seguidos para a construção de consulta de enfermagem, para usuários portadores de HAS/DM, como proposta de aplicação na realidade de trabalho das equipes de APS.

5 PLANO DE AÇÃO

A proposta deste trabalho é a elaboração de um roteiro para a realização da consulta de enfermagem. A seguir são apresentados os passos necessários para a construção destes instrumentos:

- 1 – Revisão dos protocolos clínicos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde e do Serviço de Saúde Comunitária.
- 2 – Revisão das etapas integrantes da Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- 3 – Construção dos roteiros, por meio da organização das atribuições da enfermeira, previstas nos protocolos acima citados, de acordo com as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- 4 – Validação do roteiro, por meio da sua utilização em consultas de enfermagem piloto, com pelo menos um usuário portador de HAS e DM.
- 5 – Ajustes do roteiro, a partir da avaliação das consultas de enfermagem piloto.
- 6 - Apresentação do roteiro para os integrantes da equipe de APS responsáveis pela Ação Programática de HAS/DM e ajustes após suas sugestões.
- 7 – Implantação do roteiro, como instrumento de trabalho das enfermeiras integrantes da equipe.
- 8 – Apresentação do roteiro para as enfermeiras integrantes das 12 equipes de APS do Serviço de Saúde Comunitária – GHC.
- 9 – Apresentação experiência em eventos da Atenção Primária em Saúde, como forma de compartilhar a prática.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.270 de 30 de dezembro de 2010**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 28 jan. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 28 jan 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, em serviços de atenção primária à saúde** / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica nº 35**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica em serviços de Atenção Primária à Saúde** / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Setembro de 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em 30 abr 2009.

COFEN. Lei 7.498. Dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>. Acesso em 20 abr 2014.

COFEN. **Resolução 159/1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem.. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em 28 jan 2013

MACIEL, I.C.F; ARAÚJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2003 Mar-Abr; 11 (2): 207-14.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, Aug. 2010 .

MINAYO, M.C.S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):208-209, fev, 2012.

VANZIN, A.S.; NERY, M.E.S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre (RS): RM e L Gráfica; 1996.