

Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: sistematização da assistência através da consulta de enfermagem em uma Unidade Escola do Programa de Saúde da Família

Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus: systemization of the attendance through the nursing consultation in a “Unidade Escola” of the Program of Health of the Family

Ana Paula A. Reis¹; Thalita R. Pimenta¹; Vilma E. C. Rossi²; Maria Ambrosina C. Maia²; Raquel D. Andrade²

Resumo: Esse estudo buscou descrever a sistematização da assistência a hipertensos e diabéticos através da consulta de enfermagem, por meio da elaboração, implantação e desenvolvimento de um protocolo. Trata-se de uma pesquisa-ação, com análise quantitativa dos dados. A população estudada foi composta por hipertensos e diabéticos cadastrados em uma unidade escola do PSF, classificados no grupo muito alto risco, segundo critérios do Ministério da Saúde. Os resultados mostraram ser possível realizar diagnóstico de saúde dos pacientes, acompanhá-los sistematicamente, oferecendo assistência multiprofissional a partir da consulta de enfermagem, utilizando-se arquivo rotativo para alcançar maior adesão.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus; Enfermagem.

Abstract: This study sought describe systematization assistance through nursing consultation to people hypertensive and diabetic, by formulation, implantation and development of a protocol. Refers search's action with data's quantitative analysis. Study population was composed by hypertensive and diabetic, registered at school's unit of Family Health Program. These people were classified as very high risk, the according with the criteria of the Ministry of Health. The results show be possible to realize diagnosis of patient health, accompany them systematically, offering a multidisciplinary care from the nursing consultation, using a rotary file to achieve greater accession.

Keywords: Hypertension; Diabetes mellitus; Nursing.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um importante fator de risco cardiovascular, seja na forma de doença isquêmica, insuficiência cardíaca ou doença cerebrovascular (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Já o diabetes mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Suas consequências, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente os rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (VIANA; RODRIGUEZ, 2011).

As principais complicações relacionadas a esse segundo tipo da doença são as microvasculares e macrovasculares. Dentre as complicações microvasculares mais prevalentes estão a nefropatia, retinopatia e neuropatia e entre as macrovasculares, destacam-se as doenças cardiovasculares. Estima-se que cerca de 50% da mortalidade desses pacientes estão relacionadas às doenças cardiovasculares, e a incidência de doença arterial coronariana e cerebrovascular é de duas a quatro vezes maior nesses pacientes do que na população em geral (VIANA; RODRIGUEZ, 2011).

A possibilidade de associação das duas doenças, hipertensão arterial e diabetes mellitus, é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias no mesmo paciente (MARTINEZ; LATORRE, 2006).

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças que apresentam vários aspectos em comum, como a etiopatogenia, fatores de risco como obesidade, dislipidemia e sedentarismo, além de serem passíveis de tratamento não-medicamentoso, apresentarem cronicidade, complicações crônicas que podem ser evitadas, são patologias assintomáticas na maioria dos casos e de difícil adesão ao tratamento por exigirem mudança nos hábitos de vida. Em relação ao tratamento, alguns medicamentos são comuns e há necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar (MARTINEZ; LATORRE, 2006).

Os programas de saúde pública vêm evidenciando, cada vez mais, a importância da abordagem multiprofissional, levando-se em conta o fato do cliente, em geral, carecer de intervenções que fogem da competência de um só profissional. Para que essa abordagem atinja os propósitos que lhe deram origem, torna-se imprescindível que cada profissional envolvido tenha domínio da área que está sob sua responsabilidade, não só do ponto de vista de conhecimento científico, mas também de suas implicações éticas, sociais e políticas.

Enfatiza-se aqui o papel do enfermeiro, profissional presente em todas as unidades de atenção primária à saúde, desempenhando suas funções em especial proximidade com o médico e com os outros componentes da equipe de saúde, bem como com os usuários dessa.

¹Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem de Passos (FESP|UEMG).

²Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais (Campus de Passos). Email: vilmacontatto@hotmail.com

O enfermeiro deve conhecer o seu papel e estar bem preparado para desempenhá-lo.

A consulta de enfermagem tem o objetivo de prestar uma assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (CAMPOS et al., 2011).

A consulta de enfermagem, assegurada pela legislação de Enfermagem, deve ser repensada na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que visa aprimorar e assegurar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A aplicação desta estratégia possibilita reorganizar a assistência básica à saúde no intuito de desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade; identificar precocemente a necessidade de tratamento das doenças e para atender as necessidades de saúde da população cadastrada e atendida na unidade de saúde e na comunidade (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

O respaldo legal para o desenvolvimento desta prática assistencial foi legalizado pela Lei nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986 que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro (CAMPOS et al., 2011).

A consulta de enfermagem supõe a entrevista para anamnese, o exame físico, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, prescrição, implementação dos cuidados e orientação sobre ações de autocuidado. A partir dos diagnósticos efetivados, o enfermeiro adotará condutas de resolatividade própria ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso da intervenção fugir ao seu âmbito de atuação.

O protocolo destinado à consulta de enfermagem ao hipertenso e diabético, como ação integrante, estruturante e desencadeante de um contexto interdisciplinar de assistência, possibilita um acompanhamento rigoroso dos usuários de forma integral. Essa proposta de trabalho foi criada quando se observou que o tratamento baseado no modelo biomédico, limitado à demanda espontânea dos usuários à unidade de saúde quando apresentam queixas, não possibilita uma assistência sistematizada e a adoção de um plano de cuidados, levando à falta de incentivo para o autocuidado, adesão e acompanhamento do tratamento.

Sendo assim, diante da inquietude de verificar se a sistematização da assistência de enfermagem ao hipertenso e diabético, dentro da ESF, pode trazer benefícios a esta clientela, surgiu a proposta deste estudo.

A problemática estudada foi descrever a implantação e desenvolvimento de um protocolo de sistematização da assistência ao hipertenso e diabético, utilizando como referencial teórico a Teoria do Autocuidado proposta por Orem, através da consulta de enfermagem, em uma Unidade Escola da Estratégia de Saúde da Família, no município de Passos (MG).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo configurado como pesquisa-ação, realizado na ESF-Escola, da Fundação de Ensino Superior de Passos, o qual situa-se na mesor-região do Sudoeste de Minas Gerais.

A pesquisa-ação procura unir a pesquisa à ação ou prática. Ela surge diante da necessidade de superar a lacuna entre teoria e prática, pois através dela, se busca intervir na prática de maneira inovadora no decorrer do próprio processo de pesquisa, e não apenas como uma consequência, na etapa final do projeto (FIGUEIREDO, 2004).

O HIPERDIA é um sistema de informação criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de contribuir para aumentar a detecção, investigação, adequado tratamento fisiopatológico e psicossocial, facilitar a entrega de medicamentos, organizar melhor o serviço e a assistência ao usuário portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Assim, todas as equipes de PSF devem realizar o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos de sua área de abrangência, utilizando impresso próprio do programa HIPERDIA, conforme modelo fornecido pelo Ministério da Saúde às Secretarias Municipais de Saúde (SANTOS et al, 2011).

Os cadastros do HIPERDIA da ESF-Escola foram analisados e classificados em grupos de Muito Alto, Alto, Médio e Baixo Risco para hipertensão arterial e diabetes mellitus, conforme critérios do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Através dessa análise foi levantada a presença de 708 hipertensos, 63 diabéticos e 127 portadores de ambas as patologias, totalizando 970 pacientes que foram cadastrados no HIPERDIA na ESF-Escola. Destes, 123 pacientes foram cadastrados no grupo muito alto risco, 83 no alto, 156 no de médio e 34 no de baixo risco. Devido ao grande número de cadastrados, o estudo foi realizado com o grupo de Muito Alto Risco, composto de 123 indivíduos.

Posteriormente, foi elaborado um protocolo de sistematização da assistência a portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, o qual foi implantado na unidade de saúde da família e desenvolvido durante oito meses junto aos pacientes classificados no grupo de Muito Alto Risco, sendo que os registros resultantes dessa assistência foram posteriormente analisados. Inicialmente, visando captar os usuários para a assistência planejada no protocolo, foi realizada a sensibilização dos mesmos, através da ação dos agentes comunitários de saúde (ACS), realizando visitas domiciliares e solicitando a participação desses, iniciando-se assim, as atividades desenvolvidas no plano de assistência sistematizada conforme protocolo elaborado.

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), o projeto foi enviado para o Comitê de Normas Éticas em Pesquisa da Universidade de Franca (CEPE/UNIFRAN), tendo sido aprovado. A

participação dos usuários ocorreu mediante o esclarecimento sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como sobre seus direitos de sigilo dos dados coletados, liberdade em se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase na pesquisa, sem penalização alguma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 123 pacientes pertencentes ao grupo de muito alto risco, 83 (67,49%) são hipertensos, 04 (3,25%) diabéticos e 36 (29,26%) hipertensos e diabéticos. Para a realização dessa classificação, utilizou-se a tabela 1, a qual representa uma adaptação da tabela de risco que existe no verso do cadastro do HIPERDIA, incluindo nela valores de glicemia, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

De acordo com os dados do cadastro HIPERDIA, 87 (70,74%) participantes são do sexo feminino. Quanto à escolaridade, a concentração está no primeiro grau incompleto, com 42 (34,14%). A faixa etária de maior prevalência foi entre 61-70 anos, 37 (30,08%).

Em relação a hábitos de vida, 31 (25,20%) pacientes são tabagistas, 29 (34%) encontram-se na condição de sobrepeso e 63 (51,21%) são sedentários.

Sobre as complicações presentes entre os participantes, 49 (39,83%) relatam problemas renais; 46 (37,39%) coronariopatias; 16 (13%) infarto agudo do miocárdio (IAM); 14 (11,31%) acidente vascular cerebral (AVC); 7 (5,69%) pé diabético; 2 (1,67%) amputação por diabetes; 1 (0,81%) retinopatia; 13 (10,56%) relataram não ter desenvolvido nenhuma complicação. Em relação a antecedentes familiares cardiovasculares, 72 (58,53%) desses pacientes os possuem.

Em relação ao tratamento, 66 (53,65%) usuários fazem uso de algum(ns) medicamento(s) fornecido(s) pelo SUS e também de outro(s) não fornecido(s), en-

quanto uma parcela significativa de 41 (33,33%) só faz uso dos medicamentos não fornecidos pelo Sistema Público e apenas 16 (13%) pacientes só dos fornecidos. Observa-se, portanto, que 86,98% dos portadores de hipertensão e/ou diabetes cadastrados na ESF precisam utilizar parte de seus recursos financeiros na aquisição dos medicamentos necessários ao seu tratamento. Reforça-se que a ESF é um Serviço Público de Atenção Primária e, assim, tende a atender uma clientela de baixa renda. Esses dados demonstram a necessidade de análise, por parte das autoridades públicas, sobre a possibilidade de inclusão de outras drogas no conjunto de medicações disponibilizadas aos cidadãos usuários do Serviço Público de Saúde.

Os prontuários dos usuários classificados no grupo Muito Alto Risco foram consultados e os dados obtidos registrados e analisados para que fosse possível um diagnóstico prévio da situação de saúde-doença e de tratamento recebido por esses usuários. Porém, 54 (43,9%) dos usuários não possuíam prontuários. Chama atenção, aqui, o fato de, mesmo sendo pacientes classificados no grupo de muito alto risco para patologias consideradas prioritárias dentro da Estratégia de Saúde da Família, uma parte muito significativa não possuía nenhum registro em prontuário. Considera-se que um acompanhamento de qualidade realizado pela equipe a esses pacientes poderia ter evitado que muitos desses chegassem a tal nível de gravidade. Isso demonstra que o atendimento limitado à demanda espontânea por consulta médica, que tende a ocorrer apenas diante de queixas, dificulta a resolutividade do trabalho prestado no serviço de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família deve propor uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para os diversos níveis de assistência além de assumir um

Tabela 1: Critérios para classificação de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em graus de risco conforme Ministério da Saúde.

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1	Grau 2	Grau 3
	Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99 Glicemia Jejum = 101-125 PP = 141-199	Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109 Glicemia Jejum = 126-269 PP = 200-269	Hipertensão grave PAS \geq 180 ou PAD \geq 110 Glicemia Jejum = \geq 270 PP \geq 2
(I) Sem fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
(II) 1-2 fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
(III) 3 ou + fatores de risco ou lesões nos órgãos alvo ou diabetes mellitus	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
(IV) Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular e renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Fonte: verso do formulário de cadastro do Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde com inclusão de valores de glicemia de acordo com o Ministério da Saúde (2002).

compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, a fim de identificar fatores de risco aos quais ela está exposta, intervindo dessa maneira, de forma apropriada (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Entre os 69 (56,1%) usuários que possuíam prontuários, todos os registros foram realizados pelo médico da unidade e estava relacionados à troca de receitas ou a atendimento em função de pressão arterial e/ou glicemia estarem descompensadas. Os dados comprovam que o atendimento centrado no modelo biomédico não permite um acompanhamento integral, uma vez que o cliente procura a unidade apenas para resolver sua queixa principal, favorecendo a demanda espontânea e impossibilitando a estruturação do serviço e sistematização das ações.

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso também estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo. A discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde. Para prestar uma assistência holística, não podemos acreditar que seremos capazes de fazê-lo individualmente (MACHADO et al., 2007).

Na elaboração do protocolo foi utilizado um formulário que possibilitou o registro de dados de forma evolutiva ao longo de cada consulta, viabilizando ao profissional acompanhar o seguimento da situação de saúde do portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, o que facilita um conhecimento da mesma e das dificuldades na adesão ao tratamento, viabilizando a identificação precoce de complicações e a necessidade de inclusão de outros profissionais e da família na assistência. No final da ficha há um espaço reservado para a evolução multiprofissional, onde cada profissional envolvido na assistência relatava informações que poderiam ser úteis a todos os demais profissionais.

O trabalho em equipe permite maior envolvimento e continuidade do acompanhamento. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada já que todos possuem o conhecimento da problemática (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

De acordo com o protocolo elaborado e assim desenvolvido na assistência descrita no presente estudo, a pré-consulta de enfermagem constou de aferição da pressão arterial, glicemia capilar, cálculo de índice de massa

corporal (IMC) e razão cintura/quadril (RCQ), além do preenchimento de dados de identificação no caso da primeira consulta. Enquanto a consulta de enfermagem propriamente dita centrou-se na anamnese, exame físico, prescrição de enfermagem, solicitação de exames, orientações e encaminhamentos quando necessário.

Foram solicitados exames laboratoriais (urina rotina, creatinina, sódio e potássio, colesterol total, triglicérides, glicemia jejum) conforme necessidades do paciente e periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, além de encaminhamentos ao médico da unidade, nutricionista e outras especialidades médicas conforme recomendações do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2003).

As receitas (prescrições médicas de medicamentos) foram transcritas na consulta de enfermagem de acordo com os critérios pré-estabelecidos: valores de pressão arterial, glicemia e exames dentro dos limites de normalidade, além da ausência de queixas. Eram válidas para três meses, depois desse período, ou antes, quando necessário, o paciente era encaminhado para consulta com o médico da ESF, o qual tinha acesso aos registros realizados nas consultas de enfermagem.

A consulta de enfermagem também era um momento de reforçar as orientações sobre o autocuidado, uso correto de medicamentos e sua conservação, a técnica de aplicação de insulina, cuidados com a alimentação e a prática de exercícios físicos.

Esta prática assistencial, inserida no processo do trabalho coletivo em saúde, possibilita diagnosticar necessidades de saúde, prescrever e prestar cuidados de enfermagem resolutivos e qualificados. Para que seja prestada com qualidade, é importante que os serviços de saúde disponham de estruturas adequadas no que se refere à área física e instalações, disponibilidade de materiais e equipamentos, número adequado de profissionais enfermeiros com capacitação específica (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

O enfermeiro mais atuante possibilita o apoio e ordenação das atividades, planejando junto com a equipe, as intervenções necessárias, tornando seu trabalho reconhecido e valorizado (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Cada profissional envolvido na assistência registrava sua conduta através de relatos no espaço reservado no final da ficha, os quais são de suma importância para que a interdisciplinariedade seja efetiva no direcionamento das ações. Porém, na prática surgiram algumas dificuldades, devido à falta de comunicação e despreparo da equipe em relação a esse novo modelo assistencial, tornando-se necessária a capacitação entre os profissionais envolvidos, bem como reuniões periódicas.

No protocolo, definiu-se o arquivo rotativo como instrumento para viabilizar a periodicidade da assistência e o controle da frequência dos usuários aos retornos, bem como da busca ativa de faltosos. Esse foi estrutura-

do com divisórias em meses do ano (Janeiro a Dezembro), semanas do mês (Primeira, Segunda, Terceira e Quarta Semana) e dias da semana em que eram realizadas as consultas (Segunda, Terça, Quarta e Quinta-feira), dentro dessas divisórias, foram colocadas as fichas de agendamento das consultas, sendo uma ficha para cada paciente, as quais foram confeccionadas em cores diferentes para facilitar a identificação de cada micro-área (que é a região de abrangência para a atuação de cada agente comunitário de saúde (ACS) dentro da ESF). O final do arquivo foi destinado para os faltosos. Desse modo era possível ter um controle sobre o dia do retorno dos usuários, pois ao término de cada consulta guardava-se a ficha de agendamento já na próxima data estabelecida para o retorno do paciente. Assim, ao fim de cada dia de atendimento, as fichas dos pacientes que foram atendidos eram retiradas do espaço do arquivo destinado àquele dia e então transferidas para o espaço do arquivo destinado ao seu dia de retorno.

Para exemplificar essa organização, pode-se relatar a seguinte situação: se um paciente chega para atendimento na primeira segunda-feira do mês de março, sua ficha está posicionada no espaço do arquivo destinado a esse dia, então após a assistência, o profissional estabelece o prazo para o retorno. Se esse prazo é de três meses, sua ficha será transferida imediatamente para a primeira segunda-feira do mês de junho. Quando chegar o mês de junho, na data indicada, todos os pacientes que forem atendidos terão sua ficha transferida para a data de retorno, assim as fichas que permanecerem naquela data atual de atendimento, representam os faltosos do dia. Diante dessa identificação, as fichas daqueles que por ventura faltaram eram colocadas no espaço destinado aos faltosos, sendo essa informação repassada aos agentes comunitários de saúde para a efetuação da busca ativa através de visita domiciliar, no intuito de manter a assiduidade e adesão do paciente ao tratamento.

Assim, o controle sobre a data de retorno não fica apenas sobre a responsabilidade do paciente, mas também do serviço de saúde, viabilizando a legitimização da busca ativa, proposta importante da estratégia de saúde da família.

Os atendimentos de todas as consultas foram realizados de segunda à quinta das 13:00 às 17:00 horas. Eram atendidos diariamente quatro usuários, não sendo possível mais atendimentos devido ao tempo necessário para o desenvolvimento de uma assistência integral durante a consulta, sendo importante reforçar as orientações sobre o autocuidado, administração de medicamentos, alimentação adequada, realização de atividade física, entre outros. O acompanhamento posterior foi de 45 em 45 dias.

As informações a seguir referem-se aos dados coletados junto aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus durante o desenvolvimento da sistematização da assistência prestada a essa clientela a partir da consulta de enfermagem na ESF-Escola

Em relação aos dados referentes a anamnese e exame físico, encontramos variações nesses com o decorrer das consultas de enfermagem onde é possível notar que após a efetivação da implantação do protocolo pelas acadêmicas de enfermagem, houve melhora e mudanças em fatores considerados importantes para a redução de complicações decorrentes das patologias em questão. Encontramos na primeira, segunda e terceira consultas respectivamente as seguintes variáveis: P.A. alterada (acima 140/90): 32 (37,2%), 10 (14,49%), 09 (15,78%); glicemia capilar pós-prandial alterada: 36 (41,86%), 21 (30,43%), 17 (29,82%); estresse: 37 (43,02%), 19 (27,53%), 19 (24,56%); depressão: 22 (25,58%), 15 (21,73%), 11 (19,28%); déficit de conhecimento sobre a patologia: 53 (61,62%), 46 (59,42%), 14 (24,56%); ingeriam menos de 2 L de água: 56 (65,11%), 35 (50,72%), 29 (50,87%); alteração cavidade oral: 14 (16,27%), 9 (13,04%), 9 (14,03%); alteração frequência respiratória: 26 (30,23%), 7 (5,79%), 02 (3,5%).

Através desses dados é possível notar a importância da sistematização da assistência, visto que é um trabalho de orientação e conscientização, motivando o cliente a aderir ao tratamento, obtendo-se assim resultados significativos.

Dentre os vários meios para evitar complicações cardiovasculares, os mais efetivos são as mudanças no estilo de vida, como reeducação alimentar e realização de exercícios físicos. Considera-se, aqui, a necessidade dos profissionais de nutrição e de educação física serem inseridos na equipe da ESF, visando melhor orientação e acompanhamento dos usuários, sendo a atividade física fundamental à promoção da saúde de diversas clientelas.

As doenças cardiovasculares e renais contribuem significativamente, como grupo causal, para a taxa de mortalidade em todas as regiões brasileiras. Além disso, constituem uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e são responsáveis pela principal alocação de recursos públicos em hospitalizações no Brasil. O ônus econômico das doenças cardiovasculares e renais tem crescido exponencialmente nas últimas décadas. O risco de se desenvolver tais patologias é avaliado com base na análise conjunta de características que aumentam a chance do indivíduo vir a apresentar essas doenças. O conhecimento desses fatores associados ao risco é de grande importância para o estabelecimento de estratégias de prevenção (AZAMBUJA et al., 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% do total de mortes no mundo (EYKEN; MORAES, 2009).

Dentre as complicações adquiridas pelos usuários, em consequência da hipertensão arterial e diabetes mellitus, encontramos pacientes com arritmia 32 (32,5%), acidente vascular cerebral (AVC) 15 (15,1%), doença renal 40 (39,5%), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) 20 (20,9%), infarto agudo do miocárdio (IAM) 6 (7,00%), pé diabético 2 (2,3%) e angina 11 (11,62%).

Quanto às complicações adquiridas pelos usuários em consequência da hipertensão arterial e diabetes mellitus, não houve mudanças da primeira consulta para as consultas subsequentes, por se tratar da história pregressa de complicações muitas vezes irreversíveis.

Através dos dados nota-se claramente a associação de doenças cardiovasculares como arritmia, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), infarto agudo do miocárdio (IAM), angina, assim como doenças renais e pé diabético, como consequência da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

As doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), as DANT são responsáveis por cerca de 60% do total de mortes no mundo e 46% da carga global de doenças que atinge a população mundial. As DANT seguem padrão semelhante no Brasil e foram a principal causa de óbito em 2007, principalmente as doenças cardiovasculares (DCV) (31,9%) (MUNIZ et al., 2012).

Para uma prevenção adequada da doença cardiovascular, é necessária uma boa estratificação do risco e real controle dos fatores predisponentes. É essencial o controle da pressão arterial e do colesterol. A prevenção e o tratamento do excesso de peso, da síndrome metabólica e do diabetes mellitus, por intermédio de alimentação adequada e exercício físico, além de uma alimentação saudável, também têm um papel extremamente importante como estratégia preventiva de saúde pública (NEUMANN et al., 2007).

De acordo com a necessidade, os pacientes eram encaminhados a outros profissionais, sendo que dentre os encaminhamentos na primeira, segunda e terceira consultas de enfermagem observamos o seguinte: ao oftalmologista: 08 (9,3%), 03 (4,34%), 03 (5,26%); à nutricionista: 29 (33,72%), 09 (13,04%), 07 (12,28%); ao médico da unidade: 14 (16,27%), 11 (15,94%), 03 (5,26%).

Após a análise dos dados colhidos na anamnese e exame físico, foram identificados os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais para a confirmação do diagnóstico e/ou prevenção através da solicitação de exames complementares e/ou de rotina, assim como encaminhamentos para a avaliação de outros profissionais.

São importantes os encaminhamentos e avaliações clínicas, oftálmicas e nutricionais em pacientes hipertensos e diabéticos devido a suas complicações, entre elas retinopatia diabética, obesidade, doenças cardiovasculares e renais.

A partir da consulta de enfermagem foi possível oferecer uma assistência interdisciplinar equânime, reduzindo a duplicidade de ações e atendimentos não prio-

ritários comuns na demanda espontânea, o que resulta na otimização dos recursos, qualidade da assistência e maior impacto nas condições de saúde dos usuários.

Qualquer unidade de saúde que tenha a intenção de alcançar metas mais arrojadas deverá investir na formação de equipe multiprofissional. Diante da ação dessa equipe, o paciente será submetido a uma gama muito maior de informações com enfoques diferentes e assim teremos um indivíduo bem orientado com boa adesão ao tratamento proposto, com a possibilidade da incorporação de hábitos adequados de vida e, quando necessário, do uso correto dos medicamentos prescritos (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

O trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, onde as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas. A formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Este grupo propiciará atendimento a um maior número de pessoas, desafogará o serviço como um todo, dará um atendimento de melhor qualidade e, em particular, permitirá ao médico, atenção maior aos pacientes que necessitem de cuidados específicos (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

É importante ressaltar a necessidade de acompanhamento, de apoio e de seguimento contínuo do paciente por uma equipe multiprofissional de saúde, pois quando os pacientes são acompanhados de forma sistemática é possível prevenir e/ou protelar as complicações crônicas (ZANETTI et al., 2008).

Conforme protocolo elaborado, de acordo com a necessidade, era solicitado exames laboratoriais e de imagem aos pacientes incluídos na assistência. Dentre os exames solicitados na primeira, segunda e terceira consultas de enfermagem temos o hemograma completo: 49 (56,9%), 09 (13,04%), 10 (17,54%); urina tipo I: 53 (61,62%), 10 (14,49%), 04 (7,01%); ECG: 50 (58,13%), 09 (13,04%), 09 (15,78%); colesterol: 52 (60,46%), 11 (15,94%), 14 (24,56%); triglicérides: 52 (60,46%), 10 (13,04%), 03 (5,26%); creatinina: 52 (60,46%), 12 (17,3%), 11 (19,29%); glicemia jejum: 52 (60,46%), 08 (11,59%), 07 (12,28%); uréia: 53 (61,62%), 01 (1,44%), 00 (0,00%); TSH: 02 (2,32%), 01 (1,44%), 01 (1,75%); ácido úrico: 03 (3,48%), 00 (0,00%), 02 (3,5%); potássio: 00 (0,00%), 01 (1,44%), 01 (1,75%); EPF: 0 (0,00%), 01 (1,44%), 00 (0,00%); VHS: 00 (0,00%), 00 (0,00%), 01 (1,75%); T3: 00 (0,00%), 00 (0,00%), 01 (1,75%); T4: 00 (0,00%), 00 (0,00%), 01 (1,75%); PSA: 00 (0,00%), 00 (0,00%), 02 (3,5%); mamografia: 00 (0,00%), 00 (0,00%), 01 (1,75%).

Foram solicitados exames laboratoriais conforme necessidades do paciente e recomendações do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2003). É necessário acompanhar os resultados de exames para avaliar a condição

de saúde dos pacientes, a adequabilidade do tratamento adotado e para identificar precocemente sinais de risco para complicações, possibilitando atuação em tempo hábil para evitar agravamento da patologia e instalação de complicações.

No geral, o número de exames solicitados foi maior nas primeiras consultas, em função da necessidade de conhecer o estado de saúde dos indivíduos, uma vez que muitos não estavam com exames de rotina em dia, pela falta de um prévio oferecimento de acompanhamento sistemático pela unidade, uma vez que muitos desses pacientes não possuíam ao menos prontuários. Nas segundas e terceiras consultas foram solicitados alguns exames devido à necessidade identificada após a anamnese e exame físico de cada paciente.

A hipertensão arterial tem particularidades quando presente em um ou outro tipo de diabetes mellitus. No tipo 2, ela faz parte do espectro da síndrome metabólica, estando presente em cerca de 50% dos pacientes no momento do diagnóstico do diabetes mellitus. Já no diabetes mellitus tipo 1, a hipertensão arterial manifesta-se tardiamente, associando-se ao aparecimento da microalbuminúria e torna-se mais intensa à medida que progride para as fases de macroproteinúria e diminuição da função renal (VIANA; RODRIGUEZ, 2011).

Assim, considera-se importante a inclusão do exame de microalbuminúria nos exames de rotina de hipertensos e diabéticos, visto que seria possível a detecção precoce de complicações renais, favorecendo assim a prevenção de seu agravamento. Nota-se que esse exame não está disponível na rede pública de saúde de muitos municípios brasileiros, inclusive no local do estudo, sendo essa uma dificuldade encontrada.

Grande importância vem sendo dada à microalbuminúria como um marcador prognóstico de risco cardiovascular e/ou renal nos pacientes diabéticos, nos hipertensos e na população em geral. Estudos mostram que a associação de microalbuminúria com eventos cardiovasculares e lesão renal ocorre de forma contínua, ou seja, quanto maior a excreção urinária de albumina, maior o risco de desenvolver essas condições (STAMM; MEINERZ; SILVA, 2007).

Entende-se por microalbuminúria a excreção urinária elevada de albumina, que ultrapassa o considerado normal sem atingir os níveis mínimos detectáveis pelos métodos laboratoriais de rotina, ou seja, uma excreção de albumina entre 30 e 300 miligramas em 24 horas (STAMM; MEINERZ; SILVA, 2007).

A importância desse exame na atenção primária à saúde aos pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes, visando evitar complicações renais, é reforçada diante dos dados apresentados nesse estudo, onde a maioria das complicações já instaladas é referente a problema renal, sendo que 49 (39,83%) dos pacientes estudados o possui.

Já nos primeiros atendimentos foi possível notar

a satisfação, confiança e credibilidade dos pacientes, demonstrando a importância e viabilidade de um atendimento diferenciado, buscando motivar os usuários a mudanças de hábitos individuais e biopsicossociais.

Sistematizar a assistência ao portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus e promover a adaptação tanto da equipe quanto dos usuários a essa nova realidade se mostrou uma tarefa um pouco complexa, considerando o vigente modelo biomédico, limitado à demanda espontânea. Inicialmente, muitos pacientes tiveram resistência em aceitar participar da consulta de enfermagem, alegando estarem bem e precisarem apenas de receita para a aquisição dos medicamentos de uso contínuo fornecidos pelo SUS. O processo de transformar esse modelo, que é baseado na queixa e consulta por demanda espontânea, mostrou-se uma tarefa trabalhosa, porém viável e satisfatória. Logo após os pacientes participarem da primeira consulta de enfermagem, os mesmos demonstraram satisfação, credibilidade e adesão à assistência. Consideram-se como fatores fundamentais a humanização, acolhimento, postura profissional e competência técnica no desenvolvimento das ações.

CONCLUSÕES

O paciente cada vez mais carece de intervenções que fogem da competência de um só profissional. Além disso, sendo a organização da oferta de ações individualizadas de saúde limitada às consultas médicas, muitas vezes o profissional médico torna-se sobrecarregado e o acesso dificultado, sendo então necessária a reformulação das práticas de saúde.

Considera-se necessário melhorar a estruturação e direcionamento das ações e nesse sentido, mostrou-se satisfatória a sistematização da assistência ao portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus a partir da consulta de enfermagem, possibilitando a efetivação do princípio da equidade e integralidade, oferecendo uma assistência planejada e qualificada a essa clientela, incluindo a atuação de outros profissionais conforme necessário, principalmente o médico e nutricionista.

Tendo em vista contribuir para a consolidação de um novo modelo assistencial através da Estratégia de Saúde da Família, propõe-se a implantação da assistência sistematizada através da elaboração de protocolos, visando alcançar um acompanhamento diferenciado aos diversos grupos, como hipertensos, diabéticos, mulheres, homens, crianças, gestantes, portadores de Hanseníase, tuberculose, transtornos mentais, entre outros, considerando as realidades e prioridades locais.

COLABORADORES

Esta pesquisa contou com os recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e da Fundação de Ensino Superior de Passos (FES-P|UEMG). Não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- AZAMBUJA, M.I.R.; FOPPA, M.; MARANHÃO, M. F.C.; ACHTTI, A.C. Impacto Econômico dos casos de Doença Cardiovascular Grave no Brasil: uma Estimativa Baseada em Dados secundários. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 91, n. 3, p. 163-171, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. cap. 33, p. 33-34.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos**. DOU. n. 12, seção 1, p. 59. 13 de junho de 2013.
- CAMPOS, R.M.C.; RIBEIRO, C.A.; SILVA, C.V.; SAPAROLLI, E.C.L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola Enfermagem USP**. v. 45, n.3, p. 566-74, 2011.
- EYKEN, E.B.B.D.O.V.; MORAES, C.L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do sudeste do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**. v.25, n. 1, Rio de Janeiro, jan, 2009.
- FERREIRA, R.C.; VARGA, C.R.R.; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14 (Supl.1), p. 1421-1428, 2009.
- FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.
- MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS-uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.12, n.2, p.335-342, 2007.
- MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabete melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.87, n.4, São Paulo. Out, 2006.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Epidemiologia. Coordenadoria de Doenças Transmissíveis e Causas Externas. **Subsídios para Organização da Agenda da Unidade Básica de Saúde no atendimento programado aos pacientes hipertensos e diabéticos**, Belo Horizonte, 2003.
- MUNIZ, L.C.; SCHNEIDER, B.C.; SILVA, I.C.M.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I.S. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 534-42, 2012.
- NEUMANN, A.I.C.P.; MARTINS, I.S.; MARCOPITO, L.F.; ARAUJO, E.A.C. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**. v.22, n.5, 2007.
- OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**. v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006.
- PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.15, n.1, p. 35-45, 2006.
- SANTOS, E.M.; POHL, L.T.; BARRIONUEVO, V.; VENDRUSCOLOC.; FERRAZ, L. Promoção da saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus: relato de uma prática assistencial de enfermagem. **Revista Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v.4, n.1, jul./dez, 2011.
- SAPAROLLI, E.C.L.; ADAMI, N.P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança na Programa de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n.1, p. 55-61, 2007.
- STAMM, A.M.N.F.; MEINERZ, G., SILVA, J.C. Hipertensão arterial sistêmica e microalbuminúria. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.89, n.6, São Paulo, Dec, 2007.
- VIANA, M.R.; RODRIGUEZ, T.T. Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. **Revista de Ciências Médicas e Bilógicas**, Salvador, v.10. n.3, p. 290-296, set/dez, 2011.
- ZANETTI, M.L., BIAGG, M.V., SANTOS, M.A., PÉRES, D.S., TEIXEIRA, C.R.S. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.61, n.2, p. 186-192, mar/abr, 2008.