

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FERNANDA SÂMYLLA DA SILVA SANTOS

**ENFERMAGEM NO CUIDADO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES –
DESENVOLVIMENTO DE FICHA DE ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO
BÁSICA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FERNANDA SÂMYLLA DA SILVA SANTOS

**ENFERMAGEM NO CUIDADO A PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES –
DESENVOLVIMENTO DE FICHA DE ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO
BÁSICA**

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: Betina Hörner Schlindwein Meirelles

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Enfermagem no cuidado a pessoas com Hipertensão e Diabetes – desenvolvimento de ficha de acompanhamento na Atenção Básica** de autoria do aluno **Fernanda Sâmilla da Silva Santos** 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. Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1 DIRETRIZES PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM HAS E DM NA ATENÇÃO BÁSICA	10
3 MÉTODO.....	16
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	18
4.1 CONSTRUÇÃO DA FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO/DIABETES	18
4.2 FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO/DIABETES	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação da hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2010).....	11
Tabela 2. Metas do Tratamento para hipertensos e diabéticos.....	13

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), constituem as principais causas de morte no mundo. No Brasil, constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. Os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS e DM. Um dos desafios para as equipes é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular destas pessoas. Este trabalho tem por objetivo geral desenvolver um modelo de ficha de acompanhamento sistemático das pessoas com HAS e DM, que favoreça a atuação do enfermeiro no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Trata-se de um relato de experiência realizado em uma Unidade de Saúde da Família. Foi elaborada a proposta de intervenção em resposta ao problema detectado, que foi a dificuldade e a sistematização do acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes. O produto do estudo é um recurso tecnológico de modo a sistematizar o cuidado, sendo desenvolvido um modelo de ficha de acompanhamento. A utilização da ficha no cotidiano de trabalho do enfermeiro visa contribuir no processo de acompanhamento para que este reconheça precocemente os fatores de risco e as complicações que podem acometer a pessoa com HAS e/ou DM para intervir e atuar para evitar que esses problemas aconteçam, colaborando no direcionamento do plano assistencial do enfermeiro.

Palavras-chave: Cuidado; Enfermagem; Condição crônica.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), constituem as principais causas de morte no mundo, tendo originado alto número de mortes precoces, dano à qualidade de vida com grau elevado de limitação nas atividades laborais e de lazer, bem como impactos econômicos os quais aumentam as iniquidades e agravam a pobreza (BRASIL, 2011).

Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011).

No Brasil, as DNCT constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. Atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Apesar de elevada, observou-se redução de 20% na taxa de mortalidade na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Essa redução pode ser, em parte, atribuída à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% em 1989 para 15,1% em 2010 (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária em Saúde cobre o atendimento de cerca de 60% da população brasileira. As equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT (BRASIL, 2011).

A adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das DCNT exige (BRASIL, 2006).

Em 2001 foi elaborado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, segundo portaria GM/MS 235 em 22 de fevereiro de 2001, com o objetivo de estabelecer a organização da assistência, prevenir e promover a saúde, através da vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em

hipertensão, diabetes e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2001). Com isso, foi criado o programa Hiperdia, que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do SUS, gerando informações para profissionais e gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), estudos mostram que a metade dos portadores da doença (50%) sabem que tem HAS. Destes, a metade está em acompanhamento (25%); destes a metade possuem Pressão Arterial controlada (12,5%). Portanto, apenas 1/8 dos portadores de HAS possuem níveis de PA controlados. Um dos desafios para as equipes de Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular destas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Novas técnicas e metodologias de abordagem individual e coletiva são necessárias para modificar a atual situação.

A adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso apresenta-se como conceito fundamental no cuidado à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, e a compreensão de barreiras e de facilitadores para as mudanças comportamentais poderá subsidiar as intervenções de enfermagem para promover ou fortalecer condições favoráveis à adesão (GOMES-VILLAS BOAS, 2012).

Assim, muitas inquietações surgem no cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam na Atenção Básica, frente à complexidade e dificuldade de acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Como garantir acompanhamento adequado a estas pessoas? Como melhorar a atenção as pessoas com DM e HAS?

Faz-se necessário investir em estratégias para maior e melhor acompanhamento dos usuários após o diagnóstico e cadastro, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada à HAS e ao DM e melhorar a qualidade de vida.

Nesse contexto, este trabalho tem por objetivo geral desenvolver um modelo de ficha de acompanhamento sistemático das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em uma Unidade de Saúde da Família.

Como objetivos específicos:

- buscar subsídios teóricos e as diretrizes Ministeriais para a elaboração da ficha de acompanhamento das pessoas com HAS e DM;
- elaborar a ficha de acompanhamento segundo os critérios recomendados;

Espera-se que este trabalho contribua com os profissionais de saúde oferecendo subsídios para adoção de tratamento adequado e promoção de medidas de prevenção de

complicações, facilite a busca ativa dessas pessoas e auxilie na identificação de usuários de maior risco de complicações. Favoreça a atuação do enfermeiro no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, de modo a efetivar sua atribuição e competência dentro da equipe de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DIRETRIZES PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM HAS E DM NA ATENÇÃO BÁSICA

Um grande desafio atual para as equipes que atuam na Atenção Básica (AB), porta de entrada do sistema de Saúde, é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas, muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais. Sua abordagem envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Saúde e realizando um esforço para que se organize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, que visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014).

Em 2011, o Brasil elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), tendo como objetivos promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco. Esse plano fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; cuidado integral (BRASIL, 2012).

No eixo cuidado integral umas das principais ações é a linha de cuidado de DCNT, com definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas, projeto terapêutico adequado, vinculação dos portadores ao cuidador e à equipe de saúde, garantindo a integralidade e a continuidade do acompanhamento (BRASIL, 2012).

O Documento de Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias de 2012 aborda a promoção de mudanças na atenção à saúde em uma série de dimensões, entre elas modificações necessárias no processo de trabalho das equipes, apresentando a importância do Cuidado Continuado/Atenção Programada, de modo que as ofertas, como consultas, exames, procedimento devem ser programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e necessidades individuais do usuário (BRASIL, 2012).

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem caráter estratégico, sendo ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede (BRASIL, 2012).

De acordo com o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes de Ribeirão Preto (2011), no diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão, é muito importante considerar a presença ou não de fatores de risco cardiovasculares ou comprometimento de órgãos-alvo, e não somente os valores da pressão arterial.

Segundo esse protocolo, os fatores de riscos para hipertensão e/ou diabetes são:

- Idade acima de 20 para HAS e acima de 40 anos para DM tipo 2;
- História familiar positiva para diabetes ou hipertensão;
- Obesidade (particularmente obesidade abdominal);
- Sedentarismo;
- Tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos ou de seus fatores de risco (hipertensão, dislipidemia, entre outros);
- Mulheres com antecedentes de abortos frequentes, partos prematuros, mortalidade perinatal ou mães de recém-nascidos com mais de 4 kg;
- Uso de medicamentos diabéticos (corticóides, anticoncepcionais, diuréticos tiazídicos, betabloqueadores, entre outros) ou hipertensores (corticóides, anticoncepcionais, anti-inflamatórios não hormonais, anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos, vasoconstritores nasais, cocaína, entre outros);
- Síndrome dos ovários policísticos;
- Síndrome metabólica;
- Histórico de hiperglicemia ou glicosúria;
- Consumo excessivo de álcool (mais que 30 ml de etanol/dia);
- Consumo excessivo de sal;
- Tabagismo;
- Indivíduos de cor não branca (fator de risco somente para hipertensão).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), a decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular, conforme a tabela:

Tabela 1 - Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação da hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2010)

	Normotensão			Hipertensão		
Outros fatores de risco ou doença	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120 -129 ou PAD 80-84	Limítrofe PAS 130 -139 ou PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥180 PAD ≥110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1 a 2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
3 ou mais fatores de risco, LOA ou SM - DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

Legenda - LOA:Lesão Órgão Alvo; SM:Síndrome Metabólica; DM:Diabetes Mellitus;

PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2010

Assim, recomenda-se consultas médicas mensais para os indivíduos não aderentes, não controlados, portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos) ou com comorbidades; trimestrais, para os indivíduos diabéticos bem controlados, hipertensos que mesmo apresentando controle da pressão arterial, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos) ou com comorbidades; e semestrais, para os indivíduos

hipertensos controlados e sem lesões em órgãos-alvo ou comorbidades (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

O protocolo de Ribeirão Preto (2011) também recomenda encaminhar uma vez ao ano todos os pacientes diabéticos e ou hipertensos, para rastreamento das complicações crônicas, com exames anuais de creatinina, potássio, ácido úrico, proteinúria, microalbuminúria (solicitar para pacientes diabéticos e/ou hipertensos, hipertensos com síndrome metabólica ou hipertensos com 3 ou mais fatores de risco, quando a proteinúria anual for < 300 mg/24 horas), colesterol total, HDL, LDL, triglicérides, eletrocardiograma (ECG) ou avaliação cardiológica, urina rotina e exame de fundo de olho. Para diabéticos, devem ser avaliadas trimestralmente a glicemia de jejum, glicemia pós-prandial e hemoglobina glicada.

O enfermeiro tem papel fundamental no acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas na Atenção Básica. A consulta de enfermagem é um importante instrumento de estímulo à adesão às ações na Atenção Básica e tem sido fundamental no acompanhamento de pessoas com HAS e DM, sensibilizando-as sobre a sua condição de saúde e pactuando com elas metas e planos de como seguir o cuidado (BRASIL, 2013).

Está ligada ao processo educativo e deve motivar a pessoa em relação aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde, auxiliando o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, de modo que 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 (BRASIL, 2013).

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, 2013).

Durante a consulta, o enfermeiro, de acordo com o protocolo de Ribeirão Preto (2011), deve avaliar:

- Peso, altura, IMC e circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar;
- Adesão à medicação atual;
- Auto-aplicação de insulina/administração de antidiabéticos orais;
- Auto-monitorização da glicemia;
- Hábitos: fumo, álcool, sedentarismo e alimentação;
- Imunização;

- Conhecimento sobre diabetes e hipertensão;
- Conhecimento sobre realização de medidas preventivas e de autocuidado;
- Como o cliente está se cuidando;
- Necessidade de sensibilização educativa;
- Habilidades de autocuidado;
- Cavidade oral;
- Reforçar as orientações de autocuidado conforme necessidades identificadas;
- Realizar exame físico geral destacando o exame de membros inferiores para risco de úlceras/amputação e avaliação dos calçados;
- Convidar o paciente para participar do grupo de sensibilização educativa sobre DM/HA e autocuidado;
- Reforçar a participação ativa do paciente no seu autocuidado negociando as metas que se pretende atingir no tratamento em curto e médio prazo.

Para aliviar os sintomas, reduzir a ocorrência de complicações agudas e crônicas e melhorar a qualidade de vida, no tratamento do DM e da HAS é essencial manter a glicemia, os níveis pressóricos e lipídicos dentro dos parâmetros considerados normais, conforme a seguinte tabela:

Tabela 2 - Metas do Tratamento para hipertensos e diabéticos

Metas para controle	Bom	Aceitável	Ruim
Glicemia (mg/dl)			
- Jejum	80 -110	≤ 130	> 130
- Pós-prandial	80 -140	≤ 180	> 180
Hemoglobina glicada (%)	≤ 6,5 -7	≤ 7	> 7
Colesterol total (mg/dl)	< 200		≥ 240
HDL-colesterol (mg/dl)			
Homens	> 40		
Diabéticos ou com coronariopatias,	> 50		
Mulheres			
Triglicérides (mg/dl)	< 150	< 200	≥ 200
LDL- colesterol (mg/dl)			
Diabéticos ou com coronariopatias	< 70 - 100	< 100	> 100
Índice de Massa Corporal	≤ 25	≤ 27	> 27

[peso/altura (kg/m ²)]			
Circunferência abdominal			
-Homens	<94	< 102	> 102
-Mulheres	<80	< 88	> 88

Fonte: Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes de Ribeirão Preto (2011)

As modificações de estilo de vida são fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e diabetes. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais as metas do tratamento não poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2013).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS e DM. Devem ter em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão e diabetes (BRASIL, 2013).

3 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Massaranduba. O estudo foi idealizado a partir da reflexão da realidade e buscando intervenção no cotidiano de trabalho desenvolvido nesta USF, que está localizada na área rural do município de São Gonçalo do Amarante, da região metropolitana de Natal, Rio Grande do Norte.

A USF de Massaranduba tem 448 famílias cadastradas e 1484 habitantes, distribuídos em 3 microáreas, além de aproximadamente 70 famílias localizadas em área descoberta, sem agente de saúde, e das famílias do acampamento do Movimento Sem Terra, que buscam atendimento na unidade.

Em Massaranduba há dificuldades de acesso à educação, precárias condições de infraestrutura urbana e poucas opções de lazer, segundo dados do processo de territorialização, realizado pela equipe de saúde da USF de Massaranduba em julho de 2013. Assim, a população é mais suscetível a certos agravos de saúde, como: desnutrição, doenças parasitárias, doenças infecto-contagiosas, doenças crônicas, abuso de álcool e outras drogas, entre outros.

Há 102 hipertensos cadastrados no programa Hiperdia nessa USF e 40 diabéticos, sendo esse o público alvo, que motivou a intervenção.

No período de março de 2013 a abril de 2014, foi elaborada a proposta de intervenção em resposta ao problema detectado, que foi a dificuldade e a sistematização do acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes. O produto do estudo é um recurso tecnológico de modo a sistematizar o cuidado, sendo desenvolvido um modelo de ficha de acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, com base no aporte teórico das diretrizes do Ministério da Saúde.

O modelo da ficha foi desenvolvido com base na ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético do programa Hiperdia do Ministério da Saúde, porém acrescentando dados para melhorar o registro do acompanhamento, oferecendo mais suporte para identificação das necessidades do usuário e planejamento adequado das ações.

A ficha não foi testada e deverá ser aplicada a todos as pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na Unidade, pelo enfermeiro da equipe nos momentos das consultas individuais, sendo anexada ao prontuário, acessível a todos da equipe de saúde, de modo a garantir a continuidade dos cuidados.

O projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) pois não foram utilizados dados relativos aos sujeitos, intervenções ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 CONSTRUÇÃO DA FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO E DIABETES

O produto deste estudo é o modelo de ficha de acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes, que foi desenvolvida de acordo com os principais aspectos referidos na literatura como importantes para o controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, de modo a garantir um melhor acompanhamento a partir da identificação das necessidades de cada indivíduo e assim ofertar um cuidado mais adequado, para prevenir complicações.

Na primeira parte da ficha é feita a identificação do usuário, com nome, data de nascimento, idade, sexo, ocupação, número do cartão do SUS, do prontuário e o agente comunitário de saúde da microárea correspondente, além da patologia apresentada, se hipertensão e/ou diabetes tipo 1 ou 2.

Para estratificação de risco cardiovascular global do usuário, são listados os fatores de risco e presença de complicações, para melhor planejar o cuidado.

O referencial teórico aborda também a importância dos exames que devem ser realizados anualmente, que foram incluídos na ficha, de modo a facilitar a verificação dos valores alterados.

Também foi incluído o espaço para registro do tratamento medicamentoso utilizado e a respectiva dose diária, assim como o uso de insulina.

De acordo com risco cardiovascular, deve ser assinalada a periodicidade das consultas, se mensal, trimestral ou semestral. Para cada consulta realizada, deve ser registrado a data, peso, altura cintura, IMC, pressão arterial, glicemia, e os encaminhamentos realizados para especialidades.

Além disso, registram-se as datas da vacinação contra influenza, já que as pessoas com doenças crônicas estão entre o público alvo da campanha anual, a realização de avaliação odontológica e participação em atividades coletivas, como por exemplo os grupos da comunidade.

Assim, os objetivos do estudo foram atingidos a partir da criação dessa ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, porém é só um dos passos na atenção a essas pessoas.

Considerando que quanto melhor controlada a HAS e o DM, maiores os benefícios e que o tratamento precoce da doença permite prevenir suas complicações, a população em

geral deverá ser orientada sobre esse problema de saúde com atividades e campanhas educativas sobre a importância de realizar o tratamento de forma contínua.

Segundo o protocolo de Ribeirão Preto (2011), em virtude da pequena aderência a terapia, e por isso se constituir em um grave e difícil problema a ser resolvido, algumas orientações podem ser seguidas para tentar minimizar tal obstáculo e melhorar aderência:

- Informar calma e repetidamente ao paciente, no decorrer das consultas, sobre sua doença, tratamento e complicações;
- Reconfirmar as consultas e em casos de falta, fazer novo contato;
- Receitar medicamentos que cause menos efeitos colaterais e orientar acerca deles;
- Prescrever fármacos, com menor número de tomadas possível;
- Verificar e ter sempre em mente as metas de tratamento (não se acostumar com valores não desejáveis);
- Elogiar os progressos obtidos em direção aos objetivos propostos;
- Identificar e corrigir os obstáculos à aderência;
- Adaptar e colaborar com o paciente na melhor estratégia para o seu tratamento;
- Solicitar consulta com acompanhante para os mais idosos e pedir para trazer todos os medicamentos em uso;
- A relação do profissional de saúde-paciente é um dos itens mais importantes na aderência.

A atenção humanizada é fundamental nesse processo para promover adesão das pessoas hipertensas e diabéticas ao tratamento, com acolhimento, vínculo e responsabilização do enfermeiro. Ao acolher o usuário, o profissional deve expressar o reconhecimento pelo outro, em suas diferenças, dores, alegrias e seu modo de viver (BRASIL, 2013)

As modificações do estilo de vida também têm importância na prevenção da hipertensão e no processo terapêutico, e sem essas o tratamento medicamentoso torna-se pouco eficaz. Os hábitos e estilos de vida deletérios continuam a crescer na sociedade, levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, além de dificultar seu controle adequado (BRASIL, 2006).

Isso reforça a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros no controle da HAS e do DM, além da importância da abordagem individual.

Este desafio para a saúde pública tem grande relevância no trabalho da Atenção Básica, notadamente na Estratégia de Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde, que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2006).

Segundo Mendes (2012), os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam nas suas situações de saúde, devendo haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente. Entretanto, há um desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde, voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa.

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral, possível se o cuidado for organizado em rede. Assim, uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde nesse sentido foi o estabelecimento de diretrizes em 2010 para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2012).

4.2 FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO/DIABETES

USF MASSARANDUBA

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSÃO/DIABETES

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: () F () M

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Prontuário: _____ Cartão SUS: _____

ACS: _____

HIPERTENSÃO ()

DIABETES TIPO 1 ()

DIABETES TIPO 2 ()

Diagnóstico desde: _____

Fatores de risco	Presença de complicações		Risco cardiovascular global
() Antecedentes familiares	() IAM	() Retinopatia	() Basal
() Sedentarismo	() AVC	() Cegueira	() Baixo risco adicional
() Tabagismo atual	() Angina	() Pé diabético	() Moderado risco adicional
() Ex-fumante	() ICC	() Amputação por diabetes	() Alto risco adicional
() Dislipidemia	() Nefropatia		() Risco adicional muito alto

Hábitos de vida

Alimentação? _____

Atividade física? _____

Sono e repouso? _____

Funções fisiológicas? _____

EXAMES ANUAIS (___/___/___)						
Hb glicada	Proteinúria	Ácido úrico	Potássio	HDL	Urina tipo 1	Exame de fundo de olho
Creatinina	Microalbuminúria	Triglicerídeos	Colesterol total	LDL	ECG	

MEDICAMENTOS E DOSE DIÁRIA

INSULINA E DOSE DIÁRIA

Periodicidade das consultas médicas

Mensal

Trimestral

Semestral

Data	Peso	Altura	Cintura	IMC	P.A.	Glicemia	Encaminhamentos	Assinatura

	Data	Data	Data	Data
Vacinação Influenza anual	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Avaliação odontológica	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Participação em atividade coletiva	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de desenvolvimento da ficha de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes contribuiu para repensar a prática profissional do enfermeiro. O estudo das diretrizes ministeriais permitiu ampliar o aporte teórico para oferecer atendimento a população com maior qualidade.

A utilização da ficha no cotidiano de trabalho do enfermeiro da Atenção Primária visa contribuir no processo de acompanhamento para que este reconheça precocemente os fatores de risco e as complicações que podem acometer a pessoa com HAS e/ou DM para intervir e atuar para evitar que esses problemas aconteçam, colaborando no direcionamento do plano assistencial do enfermeiro.

Além disso, este estudo possibilitou compreender a importância do papel do enfermeiro na orientação da população para adoção de estilo de vida saudável, fator visto como essencial no cuidado das pessoas com hipertensão e diabetes. Assim, seu papel vai além da consulta individual e utilização da ficha de acompanhamento.

É essencial que o enfermeiro desenvolva ações de promoção à saúde, que devem abranger não só os usuários acompanhados, mas todas as pessoas da comunidade, compartilhando informações e objetivando a prevenção primária e secundária, com estímulo ao estilo de vida saudável.

Muitos são os desafios para os profissionais que atuam na atenção básica no cuidado as pessoas hipertensas e diabéticas. São necessários profissionais qualificados para atender as principais demandas dessa população, exigindo assim processos de educação permanente voltados para a realidade de trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/plano_dcnt.pdf . Acesso em: 19 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

_____. 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, Itemar M. Bianchini, Rui Flores**. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, número 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P. 7-8.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Cadernos de Atenção Básica, número 14. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P. 8-9.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. P. 10-11. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/plano_reorganizacao_atencao.pdf . Acesso em: 04 mai. 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes**. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf> . Acesso em: 01 abr. 2014.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al . Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, fev. 2012.

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.