

PROPOSTA PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SISTEMATIZADA A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS* NA ATENÇÃO BÁSICA

Cristiane Franca Lisboa Gois

Liudmila Miyar Otero

Gabriela Menezes Gonçalves de Brito

Gabryella Garibaldi Santana Resende

Simonize Cunha Barreto de Mendonça

A academia é um ambiente propício para a reflexão de temáticas que tenham como ponto central a sociedade. No âmbito da saúde coletiva o foco central é a promoção de uma melhor qualidade de vida à coletividade e, por isso, pensamos em discutir para aprimorar a assistência de enfermagem voltada a indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mais especificamente, com Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes *Mellitus* (DM).

Na tentativa de aprimorar o processo de ensino-aprendizagem dos alunos dos cursos de enfermagem e ao mesmo tempo oferecer uma assistência de enfermagem que atenda às necessidades dos indivíduos/usuários com HA e DM na Atenção Básica, foi discutida a necessidade de desenvolver um instrumento de coleta de dados para ser utilizado na consulta de enfermagem. Nessa trajetória foi considerado o contexto epidemiológico e os serviços oferecidos.

Assim, este capítulo descreve o caminho metodológico percorrido pelos professores, mestres e mestrando envolvidos nesse trabalho e apresenta como resultado uma ferramenta que poderá servir de guia para a implementação do processo de enfermagem no atendimento aos indivíduos com HA e DM na Atenção Básica.

SITUAÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As DCNT constituem o principal problema de saúde pública na atualidade, considerando as altas taxas de prevalência e morbimortalidade, associadas a elevados gastos públicos. Toda essa cadeia se traduz em um elevado número de mortes evitáveis e prematuras, perda de qualidade de vida, limitação nas atividades de trabalho e de lazer, períodos prolongados de disfunção, com impactos para as famílias, comunidade e a sociedade em geral (BRASIL, 2011; GOULART, 2011; SCHMIDT et. al., 2011).

É interessante destacar que o risco de desenvolver alguma DCNT inicia-se antes do nascimento e se estende ao longo de todo o ciclo de vida, necessitando, assim, que as ações de prevenção acompanhem os indivíduos durante todo o seu desenvolvimento (OMS, 2004).

As DCNT geralmente são multicausais, iniciando-se de forma gradual e evoluindo para períodos de agudização e incapacidades. Devido ao seu caráter permanente, é necessário o acompanhamento por equipe multiprofissional de saúde, tendo como fio condutor do tratamento a educação para o autocuidado, visando o controle da doença, e, por conseguinte, retardando ou evitando o aparecimento de complicações (BRASIL, 2013).

Para tanto, os indivíduos devem atuar como agentes ativos no planejamento e execução do seu tratamento, desenvolvendo um sentimento de autorresponsabilidade, com o profissional de saúde atuando como parceiro no processo de autocuidado (BRASIL, 2013).

Nesse contexto do cuidar das pessoas com DCNT, a ciência da enfermagem tem fundamental importância. A partir do planejamento da assistência, sustentado no conhecimento científico, os profissionais de enfermagem têm possibilidade de desenvolver ações direcionadas às práticas de autocuidado e à avaliação e detecção dos fatores de risco para o desenvolvimento das complicações (CUNHA, 2007).

No Brasil, a Política Nacional da Atenção Básica estabelece dentro das áreas estratégicas para a atuação em todo o território nacional, o controle das DCNT, dentre elas, a HA e o DM (BRASIL, 2013).

SITUAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DO DIABETES *MELLITUS*

A HA é uma DCNT que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial que frequentemente encontram-se associados a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, o que aumenta o risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Um quarto da população adulta do mundo tem HA, e projeções indicam um aumento de 1,15 bilhões em 2025 nos países em desenvolvimento (MITTAL; SINGH, 2010). O número total estimado de adultos com hipertensão no ano 2000 foi de quase um bilhão, sendo pouco mais de 300 milhões nos países economicamente desenvolvidos e de 600 milhões nos em desenvolvimento (KEARNEY et al, 2005).

Resultados de um estudo de metanálise envolvendo pesquisas brasileiras revelaram que a prevalência de HA, a partir dos critérios do Joint National Committee (Pressão Arterial \geq 140 / 90 mmHg), nas décadas de 1980, 1990 e 2000 foi de 36,1%, 32,9% e 28,7%, respectivamente. Apesar dessa diminuição percentual nas últimas três décadas, a prevalência da HA permanece elevada (PICON et al., 2012).

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), referentes ao ano de 2013, revelam que a prevalência de HA autorreferida, na população acima de 18 anos, foi de 24,1%, no conjunto das 27 capitais brasileiras, sendo maior entre as mulheres (26,3%) quando comparadas com os homens (21,5%). Foi identificado aumento da prevalência de HA com o avanço da idade e entre pessoas com menor escolaridade (BRASIL, 2014a).

Alguns fatores influenciam a prevalência global da HA, como, por exemplo, a urbanização, com suas mudanças associadas ao estilo de vida; as diferenças étnicas raciais; o estado nutricional e o peso ao nascer (MITTAL; SINGH, 2010)

Além da elevada prevalência, a HA está relacionada a baixas taxas de controle. Em 2001 mais de sete milhões das mortes ocorridas no mundo foram relacionadas à elevação da pressão arterial, com aproximadamente 54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração. Em torno de 80% dessas mortes ocorreram em países de baixo e médio desenvolvimento econômico, e mais da metade em indivíduos na faixa etária de 45 a 69 anos (LAWES; VANDER HOORN; RODGERS, 2008).

Outra DCNT que possui destaque no cenário global é o DM, por apresentar elevada prevalência e alta taxa de morbimortalidade nos diferentes grupos etários (OMS, 2003).

O DM caracteriza-se como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. A hiperglicemia crônica causa danos a longo prazo, pela disfunção e insuficiência de diversos órgãos, como olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014; ADA, 2014).

A prevalência global de pessoas com DM na faixa etária de 20 a 79 anos em 2013 era de 8,3%, com previsão de aumento para 10,1% em 2035, com o Brasil ocupando o quarto lugar no *ranking* dos países com maior número de pessoas com a doença nos dois períodos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013). Resultados de pesquisa realizada em vários estados do Brasil entre os anos de 2006 a 2013 possibilitaram identificar que entre os jovens na faixa etária de 18 a 24 anos a prevalência de DM é menor que 1%, enquanto que nos idosos acima de 65 anos é de 22% (BRASIL, 2013).

A realidade se torna mais alarmante quando se analisa o número de mortes por consequência do DM. Segundo dados internacionais, uma em cada seis mortes que ocorrem no mundo são decorrentes das complicações da doença (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013). Dentre as complicações cita-se: doenças cardiovasculares, retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia diabética e doenças periodontais, tão comuns nos indivíduos com DM (BRASIL, 2006).

PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO INDIVÍDUO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

A HA e o DM constituem importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares e apresentam muitos aspectos comuns, a saber: a cronicidade; o fácil diagnóstico; os fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo; a necessidade de mudanças nos hábitos de vida; as complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas; a difícil adesão à terapêutica proposta e a necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar (BRASIL, 2009).

Dentre os profissionais da equipe multidisciplinar, destaca-se o papel do enfermeiro na assistência ao indivíduo com HA e DM. A assistência deve estar fundamentada nos conhecimentos técnicos e científicos desses profissionais, e direcionada para as orientações das práticas de autocuidado e a avaliação e detecção dos

fatores de risco que interferem no desenvolvimento das complicações agudas e crônicas (CUNHA, 2007).

Compete aos enfermeiros realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames e realizar transcrição da prescrição de medicações, de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, desenvolver estratégias de educação em saúde e fazer encaminhamentos quando necessário (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010; BRASIL, 2013).

Devido à forma de relacionamento que historicamente vem sendo construída entre profissionais de enfermagem e indivíduos/pacientes, relação de maior proximidade quando comparada à estabelecida por outros profissionais da saúde, os enfermeiros têm a possibilidade de promover um vínculo de confiança que é fundamental no planejamento e execução de estratégias de saúde individualizadas e direcionadas à recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (PONTES et al., 2008; BRASIL, 2013).

Durante a consulta de enfermagem o enfermeiro deve realizar atividades educativas que possam contribuir para melhorar a adesão ao tratamento, uma vez que esta é uma das maiores dificuldades para o controle da HA e do DM.

As atividades educativas devem ser programadas levando em consideração os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (determinantes sociais de saúde) dos indivíduos (MIYAR; ZANETTI; DAGUANO, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006; BRASIL, 2013).

O estímulo à busca de conhecimento que possibilitem o desenvolvimento de novas habilidades para o autocuidado e as mudanças dos hábitos de vida, também é muito importante. A mudança desses hábitos é essencial para o controle da doença, porém, na maioria das vezes, acontece de forma lenta e gradual. Isto porque o desenvolvimento da HA e do DM é mais comum na vida adulta, fase em que os hábitos de vida já estão consolidados. Cabe aos profissionais da equipe de saúde, dentre eles os enfermeiros, despertarem nos indivíduos a necessidade de mudança de hábitos, ressaltando os benefícios a serem obtidos com o controle da doença e prevenção das complicações (OMS, 2004; BRASIL, 2013).

As atividades relacionadas ao autocuidado devem-se constituir pelas orientações para o seguimento do tratamento prescrito. No caso do tratamento medicamentoso, devem ser fornecidas informações acerca do nome, dose, horários e procedimentos corretos para a autoadministração, assim como os efeitos indesejáveis das mesmas.

Devem ser verificadas também as habilidades individuais para a autoadministração (BRASIL, 2013).

Quanto ao plano alimentar e de atividades físicas, é importante verificar o entendimento por parte do indivíduo das orientações dadas pelos profissionais da área, assim como encorajá-los para o seguimento do plano proposto (BRASIL, 2013).

Caso não exista nutricionista na equipe, as informações sobre alimentação saudável podem ser feitas pelo enfermeiro, o qual deverá orientar os indivíduos com HA e ou DM sobre a importância de evitar o consumo de alimentos ricos em gordura e com grandes quantidades de sal (BRASIL, 2014b).

O enfermeiro pode também selecionar algumas estratégias para ensinar aos indivíduos com HA e ou DM como se alimentar melhor. Algumas metodologias podem ser aprendidas e implementadas por estes profissionais, como, por exemplo, o uso da pirâmide alimentar e a contagem de carboidratos.

Quanto à atividade física, a orientação poderá estar direcionada para a realização das atividades da preferência de cada indivíduo. Além disso, será indicado o uso de calçado confortável e apropriado à prática de atividades físicas e de roupa leve. Os horários para a prática de atividade física, deverão ser sugeridos de acordo com as possibilidades do indivíduo, o clima e os locais onde podem ser praticados, entretanto, no caso do indivíduo com DM, sugere-se a prática no horário da manhã, com vistas a evitar hipoglicemia noturna (ADA, 2014). A sugestão, quanto ao tempo e frequência, será a prática por tempo mínimo de 150 minutos por semana (HASKELL et al., 2007; ADA, 2014).

As informações acerca das consequências da não adesão ao plano de tratamento também deve ser transmitidas. Isto lhes permitirá a escolha para a tomada de decisão quanto à adesão ou não das orientações.

No caso do indivíduo com DM, atenção especial deve ser dada ao cuidado com os pés e pele, verificação frequente da pressão arterial, orientação quanto importância de se evitar o fumo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Também deve sempre orientar quanto aos cuidados em situações especiais como festas e viagem, dentre outros (MIYAR; ZANETTI; DAGUANO, 2008).

Ainda com relação ao indivíduo com DM, é importante capacitá-lo quanto a automonitorização da glicemia e a técnica para a sua realização, sintomatologia da doença, especialmente nas situações de hipo e hiperglicemia (MIYAR; ZANETTI; DAGUANO, 2008; BRASIL, 2013).

Outro aspecto importante a considerar é o psicológico do indivíduo frente à doença. Frequentemente existe a falta de aceitação por parte do indivíduo e família, o que pode dificultar o seguimento do tratamento. O apoio familiar deve igualmente ser estimulado. Em algumas situações é de grande ajuda a identificação de um ou mais membros da família que se mostrem dispostos a colaborar nos cuidados ao indivíduo doente. Os enfermeiros devem considerá-los como um apoio importante para o alcance da adesão ao tratamento e do controle da doença (SANTOS, et al, 2007).

São muitos os aspectos a serem considerados na assistência de enfermagem ao indivíduo com HA e ou DM. Por esse motivo, a criação de ferramentas que contribuam para organizar e sistematizar este processo facilitará e melhorará a qualidade do mesmo.

O processo de enfermagem, nesse caso, a consulta de enfermagem é um dos elementos da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Todavia, embora obrigatório, sua utilização é ainda incipiente, principalmente na Atenção Básica e nos serviços ambulatoriais.

Durante a consulta de enfermagem o enfermeiro deve realizar atividades educativas que possam contribuir para melhorar a adesão ao tratamento, uma vez que esta é uma das maiores dificuldades para o controle da HA e do DM.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS* NA ATENÇÃO BÁSICA

Para o desenvolvimento da assistência de enfermagem de forma sistematizada dispomos do processo de enfermagem. O processo de enfermagem é um meio organizado e efetivo de trabalho que possibilita a assistência ao indivíduo considerando toda a subjetividade que o envolve.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatizou o processo de trabalho da enfermagem através da Resolução COFEN 358/2009. Nessa Resolução foi destacada a SAE como caminho para uma prática segura do exercício profissional, utilizando o processo de enfermagem. Convém ressaltar que após a promulgação da norma em vigor, torna-se obrigatório a utilização da SAE nos ambientes onde são realizados os cuidados de enfermagem (COFEN, 2009).

O processo de enfermagem é desenvolvido em cinco etapas distintas e que se complementam: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de

enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

A Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem é a fase inicial da SAE, cujo objetivo principal é obter informações sobre o indivíduo/paciente e o processo saúde/doença, subsidiando assim as fases seguintes. Utiliza métodos e técnicas variadas (COFEN, 2009).

O Diagnóstico de Enfermagem (DE), nessa etapa os dados são interpretados e agrupados. Subsidiando as ações de enfermagem para o alcance das metas estabelecidas (COFEN, 2009). O DE utiliza uma terminologia própria da enfermagem, visando a categorização e padronização das respostas e/ou situações expressas pelo indivíduo/paciente (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013). Para estruturar as terminologias utilizadas nos diagnósticos emitidos pelos enfermeiros o Conselho Internacional de Enfermeiros – CIE desenvolveu a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

O Planejamento de Enfermagem corresponde à etapa em que são traçadas as metas e expressas as ações a serem realizadas (COFEN, 2009).

A Implementação é a etapa em que é posto em prático o que foi estabelecido na etapa de planejamento (COFEN, 2009).

A Avaliação de Enfermagem é a quinta e última etapa do processo de enfermagem. Nesse estágio é avaliado se as metas estabelecidas foram alcançadas, se há necessidade de se fazer alteração considerando as etapas anteriores do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

Para a fundamentação da prática de enfermagem é importante a escolha da teoria, a qual deve ser adequada a cada realidade (TANNURE; PINHEIRO, 2011). Assim, considerando a realidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família e a dos usuários dependentes do Sistema Único de Saúde, foi escolhida a Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC).

TEORIA DE INTERVENÇÃO PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA (TIPESC)

A Teoria de TIPESC, desenvolvida por Eгры (EGRY, 1996), foi escolhida como referencial teórico para a construção do instrumento de coleta de dados apresentado neste capítulo, por utilizar uma metodologia dinâmica e participativa, característica que vem ao encontro do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que atuam na Estratégia da Saúde da Família. A TIPESC oferece um caminho a seguir, subsidiando assim o planejamento da assistência a partir da utilização de métodos sustentados nos princípios teórico-filosóficos da saúde coletiva (GARCIA; EGRY, 2010).

Essa teoria possibilita identificar o fenômeno e interpretá-lo em associação aos processos de produção e reprodução social presentes no binômio saúde-doença de uma coletividade (EGRY, 2008).

A TIPESC tem como base teórica as categorias conceituais e dimensionais. As categorias conceituais podem ser entendidas como o conjunto de noções e ideias que são historicamente construídas. Elas possibilitam o entendimento do fenômeno que recairá a intervenção. É interessante destacar que “a categoria conceitual é dinâmica, ao mesmo tempo em que é ideológica, remetendo sempre a determinada visão de mundo hegemônica nos processos sociais”. Conceitos: “sociedade, homem, processo saúde-doença, saúde coletiva, assistência, enfermagem, trabalho, necessidade, vulnerabilidade e educação” (GARCIA; EGRY, 2010, pag. 71).

As categorias dimensionais estão presentes na operacionalização da TIPESC. Como são dimensionais, não existe um corte entre elas, e sim uma contínua relação. As três categorias consideradas como fundamentais à TIPESC são: a totalidade, a práxis e a interdependência (EGRY, 1996).

A totalidade refere-se ao entendimento da relação do todo com a parte. Propicia o entendimento da realidade em suas inter-relações (GARCIA; EGRY, 2010).

A práxis pode ser entendida como a ação que carece de reflexão, de questionamento e da base teórica.

A terceira dimensão é a interdependência entre o estrutural, o particular e o singular. O estrutural é a totalidade do fenômeno. O particular é a relação entre o estrutural e o singular, sendo este o todo menor. Por exemplo, na saúde coletiva, quando prestamos assistência de enfermagem à família no território, esta, alvo da assistência, refere-se à dimensão singular, o conjunto de famílias do território em produção e reprodução social refere-se à dimensão particular. A população, com suas características de saúde-doença, considerando os diferentes processos de produção e reprodução social que coexistem em uma mesma estrutura e conjuntura social, representa a dimensão

estrutural (GARCIA; EGRY, 2010). É importante ter em mente a inter-relação das partes com o todo.

Para o desenvolvimento do processo de enfermagem, segundo a fundamentação da TIPESC, são seguidas cinco etapas a saber: Captação da realidade objetiva; Interpretação da realidade objetiva; Projeto de intervenção; Intervenção na realidade objetiva; Reinterpretação da realidade.

Destaca-se que as etapas não são exclusivas, ou seja, em determinada etapa como estar sendo desenvolvidas outras ao mesmo tempo (GARCIA; EGRY, 2010).

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA SER UTILIZADO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS*

O instrumento foi iniciado durante as atividades desenvolvidas no curso oferecido pelo Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe, tendo como ministrante a Profa. Dra. Joseilze Andrade. O curso foi sobre SAE utilizando como ferramentas de padronização da linguagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e a Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). A experiência das enfermeiras e docentes envolvidas nesse trabalho contribuiu muito na seleção dos diagnósticos de enfermagem mais comuns para o indivíduo com HA e/ou DM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho foi elaborar um instrumento que possa servir como uma ferramenta de auxílio para a implantação da SAE na Atenção Básica, direcionada aos indivíduos com DCNT, mais especificamente HA e/ou DM. Assim, esperamos que o instrumento apresentado possa contribuir para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem cada vez mais sustentada na realidade desses indivíduos, contribuindo assim para a promoção da saúde, prevenção de complicações e melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes - 2014. **Diabetes Care**. v. 37, Supplement. 1, Jan, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus**, n. 16 (Série A, Normas e Manuais Técnicos). 64p.II, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. 160 p.: it. (Cadernos da Atenção Básica, n. 35). Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados. Brasília, DF, 16 out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 junho 2015.

CUBAS MR, SILVA SH, ROSSO M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.1, p.186-194, 2010.

CUNHA, G. R. **Integralidade da atenção na assistência hospitalar**: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário. 2007. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2007.

EGRY EY. **Metodologias para captação da realidade objetiva**. In: Egry EY, organizadora. **As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone, 2008. p.79-90.

_____. **Saúde coletiva: construindo um novo método para a enfermagem**. São Paulo, Ícone, 1996.

GARCIA, T.R.; EGRY, E.Y. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GOULART, F. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: PAHO; 2011. Disponível em:< http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acessado em 10 de junho de 2015.

HASKELL, W. L., LEE, I. M.; PATE, R. R.; POWELL, K. E.; BLAIR, S. N.; FRANKLIN, B. A.; MACERA, C. A.; HEATH, G. W.; THOMPSON, P. D.; BAUMAN, A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sport Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v.3, n. 2, p.1423-34, 2007.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF diabetes atlas**. 6th ed. Brussels: IDF; 2013. Disponível em: <http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf>. Acessado em 09 de junho de 2015.

KEARNEY, P. M.; WHELTON, M.; REYNOLDS, K.; MUNTNER, P.; WHELTON, P. K.; HE J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, London, v. 365, p. 217-223, 2005.

LAWES, C. M.; VANDER HOORN, S.; RODGERS. A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. **Lancet**, v.371, n.9623, p.1513-1518, 2008.

MITTAL, B.V.; SINGH, A. K. Hypertension in the developing world: challenges and opportunities. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 55, p. 590-598, 2010.

MIYAR, L. O.; ZANETTI, M. L.; DAGUANO, O. M. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.2, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnóstico de enfermagem**: definições e classificação 2013-2014. Philadelphia: Nanda Internacional, 2013.

OLIVEIRA, G.K.S.; OLIVEIRA, E.R. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. **VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Dieta, nutrición y prevención de las enfermedades crônicas**. Informe de uma Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Serie de Informes Técnicos no. 916. Organización Mundial de la Salud: Ginebra 2004.

PICON, R. V. *et al.* Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis. **PLoS ONE**, v. 7, n. 10, 2012.

PONTES, A. C.; LEITAO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61,n.3,p.312-318, 2008.

SANTOS, M. A. *et al.* Grupo Operativo como estratégia de atenção integral ao diabético. **Revista Enfermagem (UERJ)**, v. 15, p. 242-247, 2007.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 11, p. 1949-61, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo; 2006.

TANNURE M C; PINHEIRO, A M. **Sistematização da assistência de enfermagem**: Guia prático. 2.ed- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome:	Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: F () M ()
Nº Cartão/SUS:	R.G:	Nome da Mãe:	Nº PASTA FA
Naturalidade:	Cor/Etnia:	Nome do Pai:	
Endereço:	Bairro:	Telefone:	Cidade:
Estado Civil:	Escolaridade:	Ocupação/Profissão:	Religião:
CAPTAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA			
Dimensão Estrutural			
Renda familiar: ____ reais e (salários mínimos): () < 1 () 1-3 () 3-5 () >5 () Bolsa Família	Condições de Saneamento: () Água encanada () Coleta de Lixo () Rede		
Número de dependentes da renda: _____			
Condições de Moradia: () Tijolo () Taipa revestida () taipa não revestida () Madeira () Material aproveitado Nº de cômodos: _____ Pessoas no D			
Dimensão Particular			
Antecedentes Pessoais: () HAS () DM () Diabetes Gestacional () RN > 4kg () Dislipidemia () IAM () AVC () Síndrome de Ovários Policísticos () Ex-tabagista () tabagista, quanto tempo? _____ () usa\usou outras drogas _____ () outros _____			
Antecedentes Familiares: () HAS () DIA () IAM () AVC () Doença Arterial Coronariana prematura () Morte Súbita () outros _____			
Queixa Atual: () tontura () cefaléia () alteração na visão () dor precordial () dispnéia () parestesia () edema () lesão em MMII () Outros: _____			
Medicações em Uso:	Resultados de Exames:		
Dimensão Singular			
Necessidades psicobiológicas			

Cuidado Corporal	Autocuidado: () Adequado () Inadequado Auto-higiene: () Sim () Não Higiene: () Satisfatória () parcialmente satisfatória () Insatisfatória "Consegue": Banhar-se: () Sim () Não Vestir-se () Sim () Não Alimentar-se: () Sim () Não geralmente encontra tempo para cuidar de você () Sim () Não, porque? _____
Integridade Física	() Presente () Ausente
Oxigenação	Perfusão tissular prejudicada () Sim () Não Dispneia: () Sim () Não
Hidratação	Toma líquido quando tem sede? () Sim () Não Quantos copos ao dia? _____ Retenção hídrica? () Não
Nutrição	Alimentação: () dentro de casa () fora Quem prepara _____ Onde _____ Numero de refeições ao dia? _____ Preparo alimentos: Quem _____ Onde? _____ Ingere alimentos salgados? () Sim () Não Ingere muita gordura? () Sim () Não Ingere muitos carboidratos? () Sim () Não
Eliminação	Diurese: () sem alterações () alterada, quantas vezes por dia? _____ Dejeções: () sem alterações () alterada, quantas vezes por dia? _____ Dispositivo em uso: SVD () Outros: _____
Andar	Anda normalmente: Sim () Não () Anda com auxílio de marcha: Muletas () Cadeira de rodas () Andador () Outros: _____
Atividade Física	Exercício físico regular: () Não () Sim, quantas vezes/semana _____ Tipo: _____ Obs.: _____
Sono e Repouso	Geralmente dorme o suficiente para se sentir descansado. () Sim () Não, porque? _____ Insôn () Não
Atividade Física	Exercício físico regular: () Não () Sim, quantas vezes/semana _____
Regulação Vascular	Edema postural nos MMII? () Sim () Não Perfusão Tissular prejudicada: () Sim () Não

Regulação Neurológica	Cefaléia: () Sim () Não Tontura () Sim () Não () Afasia () Disfasia () Disartria Paresia: () Sim () Não Parestesia () Sim () Não
Regulação Térmica	Calafrios: () Sim () Não Sudorese Excessiva: () Sim () Não
Regulação Imunológica	Infeções recorrentes: () Sim () Não Cartão Vacinal: () atualizado () não atualizado Alergias: () Sim () Não Qua
Dor	() Ausente () Presente Local: _____ Intensidade (de 0 a 10): _____
Sexualidade/Alterações Ginecológicas	Vida sexual ativa?: () Sim () Não Atividade sexual () Satisfatória () Insatisfatória Inf vaginais recorrentes: () Sim () Não Outras alterações: _____ Uso de contra Sim () Não Fluxo menstrual () Regular () Irregular
Necessidades psicossociais	
Segurança Emocional/Amor/Aceitação	Reside com quem: () sozinho () companheiro(a) filhos () pais () amigos () outro _____ Relacionamento interpessoal com familiares e amigos: () Bom () Regular () Ruim Alteraçã decorrente do estado de saúde atual () Sim () Não
Liberdade e Participação	O que costuma fazer nas horas vagas? () ficar em casa () lazer com amigos/família () isolamento social () outros _____
Educação para a Saúde/Aprendizagem	Cognição: () Comprometida () Positiva Adesão ao tratamento: () atende () atende parcialmente () não atende Participa de grupos de educação em saúde: () Sim () Não Deseja modificar os hábitos de vida: () Sim () Não Conl sobre a HAS: () Satisfatório () Insatisfatório Conhecimento sobre o Diabetes: () Satisfatório () Insatisfatório
Autoimagem /Atenção	Percepção sobre si mesmo: () positiva () parcialmente positiva () negativa () parcialmente negativa () não sabe Autoes Normal () Baixa () Elevada
Religiosidade/Espiritualidade	Crença em alguma religião: () Sim () Não Qual: _____
Exame Físico	

Sinais Vitais	PA: _____ mmHg (sentada) PA: _____ mmHg (deitada) Peso: _____ Kg Alt: _____ m IMC: _____ Circ. Abdominal (C.A): _____ cm FR: _____ rpm Pulso Radial: _____ bpm Pulso Carotídeo: _____ bpm _____ bpm Glicemia Capilar: _____ mg/dl	
Visão	Acuidade visual: () normal () reduzida, qual olho _____ () usa óculos/lente Distúrbio na visão: () miopia () hipermetropia () astigmatismo () estrabismo () outro _____ Conjuntiva () normocorada () hipocorada	
Cabeça/Pescoço	Gânglios cervicais: () palpáveis () impalpáveis Tireoide: () normal () hipertrofiada Cavidade Oral: Dentição: () completa incompleta () prótese () língua saburrosa () halitose () outro _____	
Audição	Acuidade auditiva: () normal () reduzida _____ () usa aparelho auditivo	
Pele	Íntegra: () Sim () Não Turgor: () Presente () Ausente Manchas: () Sim () Não Coloração: _____ Alterações: _____	
Tórax	() simétrico () assimétrico () escavado () peito de pombo () chato () outro _____ AP: () sem alterações () com alterações Qual: _____	
Ausculta Cardíaca	() sem alterações () com alteração _____ Qual: _____	
Abdômen	() globoso () plano () flácido () doloroso a palpação () indolor a palpação () RHA () alterações _____	
MMSS E MMII	Unhas: () Sem alterações () Com alterações Quais: _____ Dor: () Sim () Não Edema: () Sim () Não Pulso Pedioso: () Presente () Ausente Localização: _____ Lesões: () Sim () Não articulações Flexão, extensão, limitações de mobilidade das articulações: () presente () ausente Localização: _____ Bolhas nos pés: () Sim () Não Sensibilidade: () preservada () alterada Local: _____ Ferimentos: () Sim () Não Calosidades: () Sim () Não Unhas cortadas: () Sim () Não	
INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA (Diagnósticos)	PROJETO DE INTERVENÇÃO/RESPONSÁVEL (Ações)	INTERVENÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA

<p>CUIDADO CORPORAL</p> <p>1. Higiene Pessoal comprometida</p> <p>2. Higiene Pessoal Dependente</p>	<p>Enfermeiro</p>	<p>1. Explicar ao indivíduo/família a importância da higiene pessoal;</p> <p>2. Ensinar ao indivíduo/família como fazer a higiene pessoal</p> <p>3. Assistir o indivíduo a cuidar da higiene</p>
<p>INTEGRIDADE FÍSICA</p> <p>1. Integridade dos tecidos corporais Comprometida</p> <p>2. Dentição Incompleta</p>	<p>Enfermeiro</p>	<p>1. Ensinar ao indivíduo/família como cuidar da dentição</p> <p>2. Referenciar para o dentista</p>
<p>OXIGENAÇÃO</p> <p>1. Sistema Respiratório Comprometido</p> <p>2. Potencial de Risco para Dispneia</p> <p>3. Cansaço Anormal</p>	<p>Enfermeiro</p>	<p>1. Avaliar o status respiratório utilizando um oxímetro de monitorização</p> <p>2. Avaliar o cansaço</p> <p>3. Encorajar técnica respiratória ou da tosse</p>
<p>HIDRATAÇÃO</p> <p>1. Potencial de Risco para Desidratação</p> <p>2. Retenção hídrica grave</p>	<p>Enfermeiro</p>	<p>1. Ensinar sobre a ingestão hídrica adequada</p>
<p>NUTRIÇÃO</p> <p>1. Apetite anormal</p> <p>2. Apetite diminuído</p> <p>3. Apetite comprometido</p> <p>4. Atitude Negativa face ao regime dietético</p> <p>5. Atitude Negativa face ao estado nutricional</p> <p>6. Estado Nutricional comprometido</p>	<p>Enfermeiro</p>	<p>1. Avaliar a atitude face ao status nutricional</p> <p>2. Avaliar o comportamento de comer ou beber</p> <p>3. Ensinar sobre a adoção de hábitos alimentares saudáveis</p> <p>4. Referenciar para o nutricionista/endocrinologista</p>

7. Comportamento Alimentar de Risco 8. Potencial de risco para Obesidade 9. Ingestão alimentar alterada		
ELIMINAÇÃO 1. Eliminação Urinária comprometida 2. Potencial de Risco para Incontinência 3. Defecação comprometida 4. Obstipação Grave	Enfermeiro	1. Verificar o status fisiológico 2. Ensinar estratégias para controle do esfíncter 3. Ensinar sobre o regime dietético rico em fibras
ANDAR 1. Andar Comprometido 2. Potencial de Risco para Andar dependente	Enfermeiro	1. Ensinar a família sobre a prevenção de quedas
ATIVIDADE FÍSICA 1. Atividade Física Comprometida 2. Atividade Física Interrompida 3. Risco para Hipoatividade 4. Atividade física inadequada	Enfermeiro	1. Ensinar o doente a fazer exercício 2. Ensinar como aumentar a tolerância a atividade física 3. Referenciar para o nutricionista/endocrinologista
REGULAÇÃO VASCULAR 1. Perfusão Tissular Prejudicada 2. Presença de Edemas	Enfermeiro	1. Avaliar o risco de perfusão dos tecidos inferiores 2. Demonstrar o exame clínico dos pés 3. Ensinar ao indivíduo/família o cuidado com os pés

3. Cicatrização comprometida 4. Potencial de Risco para Necrose 5. Necrose presente		4. Avaliar a cicatrização da ferida 5. Referenciar para o cirurgião vascular
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA 1.Potencial de Risco para Parestesia 2. Tontura presente 3. Cefaléia presente	Enfermeiro	1.Demonstrar o exame clínico dos pés 2. Referenciar para o cirurgião vascular
DOR 1.Dor isquêmica 2. Dor vascular 3. Dor aguda 4.Dor crônica 5.Dor melhorada	Enfermeiro	1. Ensinar medidas para o alívio da dor
SEXUALIDADE/ALTERAÇÕES GINECOLÓGICAS 1.Atividade sexual insatisfatória	Enfermeiro	1.Referenciar para a psicologia 2. Verificar dispareunia/corrimentos/sangramento

