



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

DANIELLE MARIA VENÂNCIO SILVA

**AÇÕES DO HIPERDIA DURANTE O ESTÁGIO MULTIDISCIPLINAR
INTERIORIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**CAMPINA GRANDE – PB
2016**

DANIELLE MARIA VENÂNCIO SILVA

**AÇÕES DO HIPERDIA DURANTE O ESTÁGIO MULTIDISCIPLINAR
INTERIORIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso, em forma de relato de experiência, apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção de graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Ms. Jacqueline Santos da Fonsêca Almeida Gama

**CAMPINA GRANDE – PB
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586a Silva, Danielle Maria Venâncio.
Ações do Hiperdia durante o estágio multidisciplinar interiorizado [manuscrito] : relato de experiência / Danielle Maria Venâncio Silva. - 2016.
27 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Ma. Jacqueline Santos da Fônsaca Almeida Gama, Departamento de Enfermagem".

1. Hipertensão arterial. 2. Diabetes mellitus. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Atuação do enfermeiro. I. Título.

21. ed. CDD 610.730 69

DANIELLE MARIA VENÂNCIO SILVA


AÇÕES DO HIPERDIA DURANTE O ESTÁGIO MULTIDISCIPLINAR
INTERIORIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

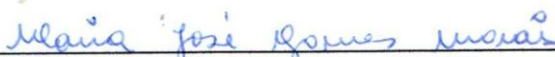
Trabalho de Conclusão de Curso, em forma de relato de experiência, apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção de graduação em Enfermagem.

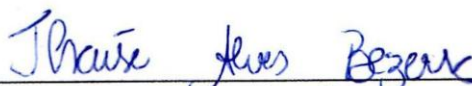
Orientador: Prof.^a Ms. Jacqueline Santos da Fonsêca Almeida Gama

Aprovada em: 25/05/2016.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Ms. Jacqueline Santos da Fonsêca Almeida Gama (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Maria José Gomes Morais
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Ms. Tháise Alves Bezerra
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha filha Daielly, inspiração para minha vida,
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades durante toda a graduação.
A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Ao minha orientadora Prof.^a Ms Jacqueline Santos da Fonsêca Almeida Gama, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, paciência e pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A enfermeira Giane Guimarães de Medeiros pelo o apoio e compreensão.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

Danielle Maria Venâncio Silva. Ações do HIPERDIA durante o Estágio Multidisciplinar Interiorizado: Relato de Experiência. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem – Universidade Estadual da Paraíba – PB 2016.

Introdução: O programa HIPERDIA criado pelo Ministério da Saúde, permite o cadastramento de Hipertensos e Diabéticos para que esses usuários possam ser acompanhados e recebam os medicamentos prescritos e além disso pode definir o perfil epidemiológico dessa população, desencadeando assim estratégias de saúde pública que levarão a modificação do quadro atual, à melhoria de qualidade de vida dessas pessoas e a redução de custo social. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) e ocupa posição de destaque no grupo das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT). A Diabetes mellitus (DM) representa um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. A assistência de enfermagem tem um papel imprescindível na atenção ao portador dessas doenças crônicas, porque além do seu conhecimento científico o enfermeiro na atenção básica cria laços com a comunidade que é assistida, facilitando assim a organização do processo de trabalho. **Objetivo Geral:** Descrever as ações desenvolvidas durante o Estágio Multidisciplinar Interiorizado, com enfoque no HIPERDIA. **Objetivos Específicos:** Descrever a atuação do enfermeiro durante a consulta de enfermagem com os Hipertensos e os Diabéticos; Detalhar a organização do enfermeiro no agendamento e registro dos hipertensos e os diabéticos; Relatar orientações e cuidados que o paciente recebeu durante a consulta de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo, embasado em atividades realizadas durante o Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI), no Município de São Sebastião de Lagoa de Roça – PB, no qual foram observadas e realizadas ações e consultas de enfermagem voltadas à atenção básica, com enfoque maior nas consultas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos. **Relato das Atividades:** As consultas de enfermagem eram realizadas de acordo com o cronograma criado pela enfermagem e sua equipe na Estratégia saúde da família com o objetivo de acompanhar hipertensos e diabéticos cadastrados na sua área. Durante o período de estágio foi possível desenvolver a consulta de enfermagem com bastante autonomia, orientando cada usuário de acordo com sua individualidade, prevenindo assim possíveis complicações. **Conclusão:** É imprescindível a atuação do enfermeiro na atenção básica, porque ele passa a fazer parte do contexto familiar de cada usuário, facilitando assim a assistência e organização de enfermagem com relação a população assistida.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Danielle Venancio Maria Silva. HIPERDIA actions during the Multidisciplinary Stage internalized: Experience Report. Working Nursing Course Conclusion - State University of Paraiba - PB 2016.

Introduction: HIPERDIA program created by the Ministry of Health, allows the registration of Hypertensive Diabetics so that these users can be monitored and receive prescription drugs and can additionally define the epidemiological profile of this population, thus triggering public health strategies that will lead to modification of the current frame, to improve the quality of life of these people and the reduction of social costs. Systemic arterial hypertension (SAH) is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure (BP) and occupies a prominent position in the group of Diseases and Injuries Noncommunicable (NCD). Diabetes mellitus (DM) is a heterogeneous group of metabolic disorders that have in common hyperglycemia. Nursing care has an essential role in care to people with these chronic diseases, because beyond his scientific knowledge nurses in primary care creates ties with the community that is assisted, thus facilitating the organization of the work process. **General Objective:** To describe the actions developed during the Multidisciplinary Stage internalized, focusing on HIPERDIA. **Specific Objectives:** To describe the work of nurses during the nursing consultation with hypertensive patients and diabetics; Detail the organization of nurses in scheduling and recording of hypertensives and diabetics; Report guidelines and care that the patient received during the nursing consultation. **Methodology:** This is an experience report descriptive, based on activities performed during the Multidisciplinary Stage internalized (EMI), in the municipality of São Sebastião de Lagoa de Roça - PB, which were observed and performed actions and nursing consultations focused on primary care, with greater focus on follow-up visits of hypertensive and diabetic. **Report of Activities:** The nursing consultations were held according to the schedule set by the Nursing and his team in the family health strategy in order to monitor registered hypertension and diabetes in your area. During the probationary period it was possible to develop the nursing consultation with enough autonomy, directing each user according to their individuality, thus preventing possible complications. **Conclusion:** the role of nurses in primary care is essential, because it becomes part of the family context of each user, thereby facilitating and nursing care organization with respect to assisted population.

Keywords: Systemic Arterial Hipertension. Diabetes Mellitus. Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AMPA - Auto Medida da Pressão Arterial
AVE - Acidente Vascular Encefálico
CEO - Centro Especializado de Odontologia
CAPS - Centro de Assistência Psicossocial
DANT - Doenças e Agravos não Transmissíveis
DM - Diabetes Mellitus
EMI - Estágio Multidisciplinar Interiorizado
ESF - Estratégia Saúde da Família
HAB - Hipertensão do Avental Branco
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HM - Hipertensão Mascarada
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA - Monitorização Residencial da Pressão Arterial
NASF - Núcleo de Apoio Saúde da Família
PA - Pressão Arterial
PNAB - Plano Nacional da Atenção Básica
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU - Serviço Assistência Móvel de Urgência
UBSF - Unidade Básica Saúde da Família
UEPB - Universidade Estadual da Paraíba
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
3	METODOLOGIA	13
4	REVISÃO DA LITERATURA.....	14
4.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	14
4.2	DIABETES MELLITUS.....	26
5	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	19
6	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	20
6.1	EQUIPE DE SAÚDE.....	21
7	RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	21
8	CONCLUSÃO.....	23
	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

O estágio é definido pela Lei nº. 11.788, de 25 de setembro de 2008, como o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo do estudante. O estágio integra o itinerário formativo do educando e faz parte do projeto pedagógico do curso. Dessa forma, o Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI), engloba – além dessas características citadas anteriormente – a necessidade de promover práticas de saúde em âmbito municipal, sob uma perspectiva multidisciplinar.

O EMI foi implantado em 1994, através da Resolução UEPB/CONSEPE/07/94, envolvendo a Pró-reitora de Ensino de Graduação através de uma parceria entre municípios paraibanos. Podendo ser definido como um componente (atividade) curricular obrigatório, que abrange uma carga horária de 160 horas.

O EMI tem como objetivo oferecer aos estudantes, no último semestre de curso, um campo de estágio nos municípios circunvizinhos. O mesmo é desenvolvido sob a forma de saúde coletiva e tem a participação dos discentes dos cursos de: Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Farmácia, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Dessa forma, o aluno tem a oportunidade de desenvolver suas competências e habilidades para investir no trabalho de assistência, educação e investigação nos serviços básicos de saúde, hospitais, escolas e afins, de modo multidisciplinar.

As ações que embasam este relato de experiência fazem parte da assistência de Enfermagem na Atenção Básica (AB), as quais incluem: Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano, ou seja, na infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo; solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, os usuários a outros serviços; Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), em conjunto com os outros membros da equipe; Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe de saúde, e Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado

funcionamento da (UBS) Unidade Básica de Saúde (POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

Para embasamento deste relato de experiência, as atividades a serem descritas, dizem respeito à atuação do acadêmico de enfermagem no HIPERDIA, durante o EMI.

Sobre o HIPERDIA, é importante destacar que se trata de um programa, criado pelo Ministério da Saúde, 2006, o qual permite além do cadastramento de Hipertensos e Diabéticos o seu acompanhamento, o recebimento de medicamentos prescritos e a caracterização do perfil epidemiológico dessa população, desencadeando, assim, estratégias de saúde pública que levarão a modificação do quadro atual, à melhoria de qualidade de vida dessas pessoas e a redução de custo social (BRASIL, 2013).

A portaria nº 371, de 04 de março de 2002, cria o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), pactuada pela União, Estados e Municípios.

O Programa tem como objetivos: implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes a ser proposto pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT; ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão e diabetes, definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes e pela CIT; acompanhar e avaliar os impactos na morbi-mortalidade para estas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional.

O HIPERDIA é consolidado por intermédio dos profissionais atuantes na estratégia Saúde da Família (ESF), que ao implementarem as ações aos usuários e demonstrarem a importância que apresentam, instigam modelos de atenção mais responsáveis e estimulam nos usuários o autocuidado, corresponsabilizando-os pela sua própria saúde (FIGUEIREDO, et al).

A HAS é uma condição clínica, multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares, fatais e não-fatais, de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, de 2010. Considera-se, hipertensão, a pressão sistólica igual ou maior a 140 mmHg e a diastólica igual ou maior que 90 mmHg. A HAS ocupa posição de destaque no grupo das Doenças e Agravos não

Transmissíveis (DANT) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010 apud OHARA, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, DM, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias, que compartilham diversos fatores de risco. Também incluem no rol das condições crônicas os transtornos mentais, as doenças neurológicas, bucais, ósseas e articulares, oculares e auditivas, a osteoporose e as desordens genéticas. São doenças que apresentam longos períodos de latência e curso prolongado, o que coloca grande desafio para a saúde pública (THEME, 2013).

O DM não é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultada de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O número de indivíduos diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida de pacientes com DM. Atualmente, estima-se que a população mundial com DM seja da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015)

As complicações mais frequentes da HAS e do DM são: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença renal crônica, amputações de membros inferiores e cegueira; além de acarretarem dor, ansiedade, menor qualidade e expectativa de vida aos doentes, familiares e amigos. Consideradas, também, a maior causa de partos prematuros e mortalidade materna (GAIA et al, 2012).

A equipe multiprofissional é de fundamental importância no diagnóstico e tratamento dessas doenças para prevenção de complicações, pois exige um processo contínuo de motivação para que o paciente venha a aderir e não abandone o tratamento, sempre que possível, além do enfermeiro, o médico, o nutricionista, o psicólogo, o educador físico, o farmacêutico e o agente comunitário de saúde devem fazer parte de todo esse processo, se possível, realizando ações em conjunto para uma melhor assistência a esse paciente portador dessas doenças crônicas (BRASIL, 2013).

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Descrever as ações desenvolvidas durante o Estágio Multidisciplinar Interiorizado, com enfoque no HIPERDIA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a atuação do enfermeiro durante a consulta de enfermagem para com Hipertensos e Diabéticos.
- Detalhar a organização do enfermeiro no agendamento e registro dos hipertensos e diabéticos.
- Relatar orientações e cuidados que o paciente recebeu durante a consulta de enfermagem.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado na vivência do EMI, no qual foram descritos os aspectos, atividades e ações vivenciadas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Santa Terezinha, localizada no município de São Sebastião de Lagoa de Roça – PB, durante o período de 22 de Fevereiro a 14 de Março de 2016. Foram desenvolvidas ações de enfermagem para a prevenção de complicações de HAS e DM, com maior ênfase nas consultas de enfermagem.

O cronograma e as atividades desenvolvidas foram planejadas no primeiro dia, através de reunião com a coordenadora da atenção básica do município, e de acordo com os serviços de saúde. O grupo enviado para o EMI, neste período, era composto por quatro acadêmicos, sendo um de Enfermagem, um de Farmácia, um de Psicologia e dois de Odontologia.

Durante o estágio foram executadas diversas ações de competência do enfermeiro como: consulta de enfermagem, planejamento familiar, puericultura, pré-natal, visita domiciliar e educação em saúde. As ações descritas neste relato são referentes ao HIPERDIA.

Por ser um relato de experiência foi dispensada a avaliação deste estudo pelo Comitê de Ética da UEPB, porém, foi mantido o respeito e anonimato dos participantes concordância a resolução 466/12 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é algumas vezes denominada “o assassino silencioso”, visto que as pessoas que a apresentam são frequentemente assintomáticas. (BRUNNER E SUDDARTH, 2012).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010) considera alguns fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, os quais incluem: idade avançada (>65 anos), gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sal, ingestão de álcool por períodos prolongados, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética.

A literatura destaca o sedentarismo como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Assim, a falta de exercícios físicos pode ser vista como um problema social que necessita de intervenções capazes de contribuir para uma mudança de estilo de vida e para uma redução das taxas de morbimortalidade relacionadas às doenças crônicas (MARTINS, 2015).

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na AB (BRASIL, 2013).

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), problemas renais, entre outros. O rastreamento deve ser feito em todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à UBS para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de, pelo menos, uma verificação da PA nos últimos dois anos, o enfermeiro, portanto deve verificar e registrar em prontuário (BRASIL, 2013).

Os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização, contudo, nem sempre são realizados de forma adequada. Condutas que podem evitar erros são, por exemplo, o preparo apropriado do paciente, uso de técnica padronizada e equipamento calibrado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar

verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições (BRASIL, 2013).

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três (BRASIL, 2013).

Poderão ocorrer as seguintes situações em relação à PA:

- I. Efeito do Avental Branco: uma elevação da pressão arterial que ocorre em pessoas com ou sem hipertensão arterial, mas que não altera o seu diagnóstico definitivo (em pessoas sem hipertensão, essa elevação não é suficiente para colocá-lo na categoria de um paciente hipertenso, ou seja, com pressão arterial igual ou maior que 140/90 mmHg).
- II. Hipertensão do Avental Branco: uma elevação da pressão arterial a um nível de hipertensão arterial (maior ou igual a 140/90 mmHg), em uma pessoa que fora do consultório é normotensa. Corresponde a até 20% dos pacientes com suspeita de hipertensão arterial.
- III. Hipertensão Mascarada (normotensão do consultório): uma queda da pressão arterial a níveis inferiores à 140/90 mmHg, em pacientes que são realmente hipertensos fora do consultório. Corresponde a cerca de 10% dos hipertensos.

Por isso, uma grande proporção dos pacientes hipertensos necessitará de uma confirmação de seu diagnóstico através de um exame que analise a pressão arterial fora do ambiente médico ou de consultório, como a MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) ou a MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A MAPA é feita por aparelhos validados que empregam o método oscilométrico. Afere a pressão por dezenas de vezes nas 24 horas, registrando o comportamento da pressão arterial durante o período do sono. A MRPA é feita, preferencialmente, por manômetros digitais pela própria pessoa ou familiares. Recomendam-se três medidas pela manhã, antes do desjejum e da tomada de medicamento, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medidas em cada sessão durante sete dias (PARATI et al., 2010 apud BRASIL 2013).

O surgimento de equipamentos automáticos digitais de diversas marcas, procedências e preços tem propiciado nova informação dos valores da PA denominada de Auto Medida da Pressão Arterial (AMPA). Diferentemente MRPA, a AMPA pode ser realizada com qualquer

equipamento (inclusive não-validado), pelo próprio paciente, em casa ou na farmácia, e não obedece a nenhum protocolo preestabelecido.

Quadro 1: Valores de pressão arterial no consultório, MAPA, AMPA e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.

	Consultório	MAPA (vigília)	AMPA	MRPA
Normotenso ou Hipertensão Controlada	<140/90	≤130/85	≤130/85	≤130/85
Hipertensão	≥140/90	>130/85	>130/85	>130/85
Hipertensão do Avental Branco	≥140/90	<130/85	<130/85	<130/85
Hipertensão Mascarada	<140/90	>130/85	>130/85	>130/85

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Quadro 2: Classificação da PA para adultos maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-149	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-169	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010)

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que tem como objetivo a educação em saúde para o autocuidado.

A Resolução do Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009) define essas etapas como: histórico; exame físico; diagnóstico das necessidades de cuidado da pessoa, planejamento da assistência (incluindo a prescrição de cuidados e um plano terapêutico construído com a pessoa); implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado (inclui a avaliação contínua e conjunta com a pessoa e com a família em relação aos resultados do tratamento e do desenvolvimento ao longo do processo de apoio ao autocuidado).

A consulta de enfermagem deve focar nos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão, ou seja, as mudanças no estilo de vida, o incentivo à atividade física, à redução do peso corporal quando acima do IMC recomendado e o abandono do tabagismo. Deve também estar voltada para as possibilidades de fazer a prevenção secundária, a manutenção de níveis pressóricos abaixo da meta e o controle de fatores de risco (BRASIL, 2013).

Apesar dos riscos que a hipertensão arterial apresenta, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é ineficiente, caracterizando-se como um desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, visto que a maioria dos portadores não tem sua pressão controlada de forma adequada, por consequência da baixa adesão ao tratamento (MENDES, 2015).

4.2 DIABETES MELLITUS

A DM é uma Síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbio no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (CORDOBA, 2013).

As consequências do DM, em longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2001 apud, CORDOBA, 2013).

A DM é classificada em:

- I. Diabetes Mellitus tipo 1: afeta cerca de 5 a 10% dos indivíduos com a doença, caracteriza-se pela destruição das células beta do pâncreas, tem maior prevalência em crianças e adolescentes.

- II. Diabetes Mellitus tipo 2: representa em torno de 90 a 95% de todos os casos, caracterizado por defeitos na ação e na secreção de insulina, é mais prevalente após os 40 anos, estando na maioria das vezes associada ao sobrepeso e à obesidade.
- III. Outros tipos específicos de Diabetes: Defeitos genéticos na função das células beta; Defeitos genéticos na ação da insulina; Doenças do Pâncreas exócrino; Endocrinopatias; Induzidas por medicamentos ou agentes químicos; Infecções; Formas comuns de DM autoimune; Outras formas genéticas por vezes associadas à DM.
- IV. Diabetes Mellitus Gestacional: definida como qualquer intolerância a glicose diagnosticada no período gestacional, é semelhante ao tipo 2, a gestante pode apresentar reversão total após o parto como também desenvolver o tipo 2 após o parto. (CORDOBA, 2013).

Algumas ações podem prevenir o DM e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce.

Quadro 3: Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

Excesso de peso (IMC >25 kg/m ²) e um dos seguintes fatores de risco:
História de pai ou mãe com diabetes
Hipertensão arterial
História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg
Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL)
Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada
Obesidade severa
Síndrome de ovários policísticos
História de doença cardiovascular
Inatividade física

OU

Idade ≥ 45 anos

OU

Risco cardiovascular moderado

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015

As Diretrizes Brasileiras de Diabetes 2015 define valores de glicose para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos:

Quadro 4: Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos

CATEGORIA	JEJUM	2H APÓS 75 G DE GLICOSE	CASUAL
Glicemia normal	< 100	<140	
Tolerância a glicose diminuída	>100 a < 126	> ou igual 140 a <200	
Diabetes Mellitus	> ou igual 126	> ou igual a 200	> ou igual a 200 (sintomas clássicos)

Fonte: DIRETRIZES SOCIEDADE DE DIABETES, 2015

Assim como na HAS, os cuidados e orientações de enfermagem não são muito diferentes. A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM pode ser realizada utilizando-se a SAE que tem como objetivo a educação em saúde para o autocuidado, prevenindo assim complicações. A assistência de enfermagem para a pessoa com DM precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado (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).

A prática de exercícios físicos tem sido sugerida como uma possibilidade de tratamento não medicamentoso para os indivíduos com DM (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013). Ela tem apresentado resultados positivos para o tratamento de DM, tais como: melhora na sensibilidade à insulina, diminuição dos níveis de glicose no sangue para faixa de normalidade, redução das doses de insulina e atenuação das disfunções autonômicas e cardiovasculares (AMERICAM COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2010; MOURA et al, 2011, apud FREITAS, 2015).

5 CARATERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de São Sebastião de Lagoa de Roça teve origem a partir dos índios Bultrins, habitantes da Aldeia Velha, aldeamento localizado entre o engenho Geraldo e o Bonito, pertencente ao município de Alagoa Nova. Lagoa de Roça é o nome primitivo de uma pequena lagoa que ficava ao sudeste do local onde foi levantada a capela de São Sebastião, onomástico do doador do patrimônio e padroeiro do templo, que deu nome ao povoado que ficou conhecido até os nossos dias, ao mesmo tempo por São Sebastião e por Lagoa de Roça (IBGE, 2012).

O Decreto Lei nº 1.164, de 15 de novembro de 1938, mudou a denominação Lagoa de Roça para Bultrins, elevando-a a categoria de Vila, cujo objetivo era homenagear os índios Bultrins. Porém, o Decreto Lei nº 520, de 30 de dezembro de 1943, restaurou o nome Lagoa de Roça. No entanto, só em 20 de dezembro de 1961, através da lei nº 2.651, foi que se criou o município de São Sebastião de Lagoa de Roça, sendo desmembrado de Alagoa Nova.

São Sebastião de Lagoa de Roça faz limite com os municípios de Esperança ao oeste e ao norte, Alagoa Nova e Matinhas ao leste, Lagoa Seca ao sul e com o município de Montadas ao oeste, tem uma área de 50 km², estando a sede a uma altitude de 641m acima do nível do mar, e distante da capital do estado João Pessoa, 130 km. O município tem uma população de 11.041 habitantes, assim distribuídos: 6.382 na zona rural e 4.659 na zona urbana (IBGE, 2010).

A economia do município baseia-se na agricultura, tendo como destaque as culturas de milho, feijão, mandioca, batatinha, batata doce, entre outras.

6 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O estágio aconteceu no município de São Sebastião de Lagoa de Roça – PB que apresenta os seguintes serviços: Policlínica municipal, 5 Unidades Básicas de Saúde (3 na área urbana e 2 na área rural), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS I). O CEO é do tipo I, atendendo as áreas de cirurgia oral, endodontia, periodontia, pacientes com necessidades especiais e prótese dentária.

6.1 EQUIPE DE SAÚDE

A equipe de Saúde da Família da UBSF escolhida para realização do estágio é composta por uma Enfermeira, duas técnicas de Enfermagem (uma só para sala de vacina e outra para demais competências de sua área), uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista, três ACS (uma se encontrava afastada).

7 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O EMI é uma oportunidade grande para o acadêmico de enfermagem, visto que, oferece a chance de vivenciar a rotina da unidade básica de saúde, inclusive tomar decisões referentes ao plano de cuidado dos usuários e realizar a assistência adequada. Diante desse maior contato com o serviço de atenção básica o estudante adquire experiência, bastante útil para o início de sua vida profissional.

No município de São Sebastião de Lagoa de Roça, participei de várias atividades em uma UBSF, sob a supervisão da enfermeira responsável pela unidade. A assistência prestada pela enfermagem foi realizada de acordo com o cronograma de atendimentos ofertados pela unidade, os quais incluem a assistência aos usuários do Hiperdia, planejamento familiar, puericultura, educação em saúde e pré-natal, além da reunião do Conselho de Saúde do Município.

A UBSF escolhida é responsável pelo atendimento de 1.100 famílias, cadastradas na mesma, dentro de sua área de abrangência, ou seja, sua macroárea que é dividida em quatro microáreas, que ficam sob a responsabilidade de quatro agentes comunitários de saúde.

Quadro 5 : Perfil da UBSF

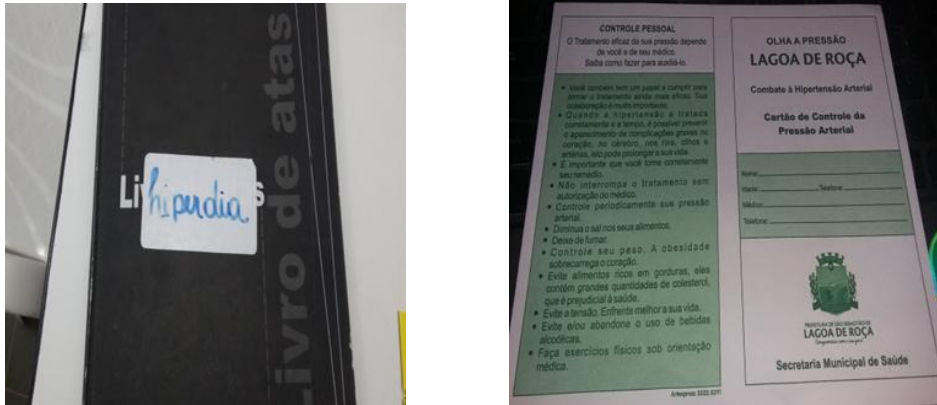
	Hipertensos	Diabéticos	Gestantes	Crianças 0 a 2 anos
Micro 1	63	14	05	17
Micro 2	102	15	06	09
Micro 3	133	24	09	13
Micro 4	91	17	04	38

Total: 389 hipertensos, 70 diabéticos, 24 gestantes e 77 crianças de 0 a 2 anos de idade. (SIAB Dezembro, 2015)

Em relação ao HIPERDIA, todos os hipertensos e diabéticos eram cadastrados em um livro, criado pela própria enfermeira da unidade, onde eram organizados pelo nome, data de

nascimento, tratamento (medicação e dosagem) e tipo de patologia. Durante a consulta e de acordo com cada mês do ano, registrava-se a PA, o peso e a glicemia de jejum para os diabéticos, tanto no prontuário, como no cartão do usuário, que ao sair, já estava com a próxima consulta reagendada, se necessário.

Figura 1: Livro de registro de Hipertensos e Diabéticos e Cartão do Usuário



Quando havia algum paciente com pico hipertensivo ou com glicemia muito elevada, o mesmo era encaminhado para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), pois no período em que se realizou este estágio, a unidade não dispunha de médico.

O mais interessante era a distribuição de atendimentos, cada semana era exclusiva de um ACS, ou seja, cada semana era destinada ao atendimento de uma microárea, o cronograma era elaborado mensalmente pela enfermeira em conjunto com sua equipe, e ficava exposto no quadro de avisos para visualização dos usuários e da equipe.

O usuário ao chegar à unidade entregava seu cartão na recepção, que logo era repassado para a triagem onde eram verificados PA, peso e glicemia de jejum (diabéticos), em seguida, o usuário era encaminhado para a consulta de enfermagem.

Figura 2: Consulta de Enfermagem no dia do HIPERDIA



No início de cada consulta eram realizados exame clínico e anamnese do usuário, eram fornecidas orientações sobre a alimentação adequada cada um na sua individualidade, sobre a tomada de medicações em seu horário correto e estimulados com relação à atividade física de acordo com a necessidade.

Na consulta de enfermagem eram fornecidas informações de como o usuário poderia identificar possíveis complicações dessas doenças e de como preveni-las, tais como sintomas de IAM, AVE, pé diabético, nefropatia, retinopatia entre outras complicações, como também, era explicado para eles a importância da realização dos exames solicitados durante a consulta na unidade. Outro fato que merece destaque foi que mesmo na ausência do profissional médico na unidade, os usuários portadores dessas patologias não deixavam de comparecer à consulta de enfermagem, cumpriam sempre com o cronograma e agendamento no cartão, de acordo com a semana específica de seu ACS. Quando algum usuário não podia ir naquela semana, ele sempre comparecia na próxima, mas não deixava de ir à sua consulta de enfermagem.

Constatou-se que a enfermagem, nesta UBSF localizada em São José de Lagoa de Roça é bem vista e respeitada por seus usuários, pois honra o compromisso de cuidar do ser humano e não apenas da doença.

8 CONCLUSÃO

A experiência com o EMI, promovido pela UEPB, foi muito proveitosa e enriquecedora, pois permitiu o contato do acadêmico no final de sua graduação, com a realidade do serviço público de saúde e suas limitações. É um estágio que contribui bastante para a formação profissional do acadêmico e para a construção de um perfil profissional, visto que, não existe o acompanhamento direto de um docente, o próprio acadêmico é responsável por traçar um plano de cuidado assistencial para cada usuário, por desenvolver atividades com todos os públicos e realizar educação em saúde em parceria com o profissional responsável por cada instituição.

É necessário além do conhecimento científico, que o enfermeiro também tenha humanização, pois ao se tratar de doenças crônicas, o enfermeiro tem que analisar toda a situação em que o portador da mesma está envolvido como, por exemplo, suas condições socioeconômicas e sua aceitação ao descobrir que ele está com uma patologia que não tem cura e sim um tratamento que pode controlar a situação e evitar complicações futuras.

Durante o período do estágio foi possível perceber o vínculo e a confiança que a população tem em relação à equipe de enfermagem, pois a enfermagem procura não só tratar da doença, mas sim ver o indivíduo como um todo, procurando orientar e dar apoio psicológico sempre que necessário.

É muito importante a atuação do enfermeiro na atenção básica, porque ele passa a fazer parte do contexto familiar de cada usuário, que ao longo do tempo passam a dividir outros planos, medos e ansiedades com este profissional, por haver estabelecido um vínculo com o mesmo, e é por meio desta relação de confiança que o usuário passa a fazer o seu tratamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO N. , ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro. Ed 6. Editora: Medsi, 2003.

AMERICAM COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Exercise and Type 2 Diabetes**. **Medicine Science Sports and Exercise**. Madison, v. 42, n. 12, p. 2282-2303, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 20 abr. 2016

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes 2013**. **Diabetes Care**. New York, v. 36, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 20 abr. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Caderno 36. Brasília-DF. Ed. 1. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Caderno 37. Brasília-DF. Ed. 1. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Atenção ao pré-natal de alto risco**. Caderno 32. Brasília-DF. Ed. 1. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF. Ed. 1. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>> . Acesso em: 20 abr. 2016.

BRUNNER, L.S, SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem: Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro. Editora, Guanabara Koogan. Ed. 12. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Resolução n. 358/2009 de 22 de outubro de 2009. Brasília, Out. 2009. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>>. Acesso em: 20 abr. 2006.

CORDOBA, ELIZABETH. **SUS e ESF- Sistema único de saúde e estratégia saúde da família.** São Paulo. Editora, Rideel. Ed. 1. 2013.

FREITAS, et al. **Prevalência de diabetes mellitus e prática de exercício em indivíduos que procuram atendimento na estratégia saúde da família de VIÇOSA/MG.** Rev. Educ. Física/UEM, v. 26, n.4, p. 549-556. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15 mai. 2016.

GAIA, M.S.E. et al, **A importância do programa Hiperdia em uma unidade de saúde da família do município de Serra Tallhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético.** Saúde Coletiva em debate. Vol 2, p.20-29. Dez. 2012. Disponível em: <<http://www.fis.edu.br>> Acesso em: 06 abr. 2016.

GUS, M. **Hipertensão do avental branco.** Rev. Bras. Hipertensão vol.15(4): p.206-208, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15 mai. 2016.

IBGE. Censo Demográfico de 2010. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Campina Grande. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso: 06 abr. 2016.

MARTINS, L.C.G. LOPES M.V.O, GUEDES N.G, NUNES M.M, DINIZ C.M, CARVALHO P.M.O. **Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial.** Rev. Bras. Enfermagem. 2015; p.697-704. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15 mai. 2016.

MENDES,C.R, SOUZA, T.L, FELIPE,G.F, LIMA, F.E, MIRANDA, M.D. **Comparação do autocuidado entre usuários com hipertensão de serviços da atenção à saúde primária e secundária.** Acta Paul. Enfermagem. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15 mai. 2016.

OHARA, E.C.C, SAITO, R.X.S. **Saúde da Família: Considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo. Editora, Martinari. Ed. 3. 2014.

OLIVEIRA, R.F. et.al. **Diabetes dia-a-dia: Guia para o diabético, seus familiares, amigos e membros das equipes de saúde.** Editora, Revinter. Ed. 2 [ca.2002].

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: **diretrizes da sociedade brasileira de diabetes: 2014-2015.** Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>> Acesso em: 06 abr. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI**. Ano 13. n.1 Vol.13. 2010. Disponível em: <www.sbh.org.br> Acesso em: 06 abr. 2016.

THEME FILHA, M.M. et.al. **Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Rev. Bras. Epidemiologia Dez. 2015; p. 83-96. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 15 mai. 2016.