

**Carlos Flávio de Paula**

Faculdade Anhanguera de Bauru  
carlos\_flavio\_123@hotmail.com

**Teresa Cristina Bruno Andrade**

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho - UNESP Marília  
tcrisa@uol.com.br

Anhanguera Educacional Ltda.

Correspondência/Contato  
Alameda Maria Tereza, 4266  
Valinhos, São Paulo  
CEP 13.278-181  
rc.ipade@aesapar.com

Coordenação  
Instituto de Pesquisas Aplicadas e  
Desenvolvimento Educacional - IPADE

Revisão de Literatura  
Recebido em: 25/07/2011  
Avaliado em: 07/09/2011

Publicação: 8 de outubro de 2012

## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS* NA FAMÍLIA

### RESUMO

A atuação do enfermeiro, dentre vários campos, tem destaque especial no atendimento à família. Sendo assim, neste estudo, estabelecemos como objetivo enfatizar seu trabalho quanto às orientações necessárias para a prevenção da hipertensão arterial e aos cuidados com os portadores de Diabetes *Mellitus*. A hipertensão arterial, popularmente conhecida como pressão alta, tem grande incidência no mundo moderno, frente às atuais exigências do modelo político-econômico vigente, assim como pode agravar-se por hereditariedade, obesidade, sedentarismo, alcoolismo, estresse e fumo. Já o Diabetes *Mellitus* é consequência da incapacidade que o pâncreas apresenta para secretar insulina. Para tanto, realizamos revisão da literatura, com abordagem qualitativa, sintetizando e discutindo os resultados. Para sua interpretação empregamos a técnica da Hermenêutica. Os resultados indicam que - se bem preparados - os enfermeiros podem dar assistência pertinente aos problemas de saúde familiares e orientação aos responsáveis sobre como tratar diversas patologias e, entre elas, ao doente que apresenta hipertensão e/ou Diabetes *Mellitus*.

**Palavras-Chave:** estratégia da saúde da família; hipertensão arterial; Diabetes *Mellitus*.

### ABSTRACT

Nursing actions among various fields have special emphasis on family care. Therefore, this study established how to emphasize her work on the guidelines necessary for the prevention of hypertension and care for patients with Diabetes *Mellitus*. Hypertension, commonly known as high blood pressure, have high incidence in the modern world, given the current demands of the current economic-political model, as can be worsened by heredity, obesity, physical inactivity, alcoholism, stress and smoking. Have Diabetes *Mellitus* is the result of the inability of the pancreas has to secrete insulin. We made a literature review, qualitative approach, synthesizing and discussing the results. To employ the technical interpretation of hermeneutics. The results indicate that - if well prepared - nurses can provide relevant assistance to family health problems and guidance about how those responsible for and treat various diseases, among them that the patient has hypertension and / or Diabetes *Mellitus*.

**Keywords:** family health strategy; hypertension; Diabetes *Mellitus*.

## 1. INTRODUÇÃO

Dentre os vários campos de trabalho do enfermeiro, a estratégia de saúde da família (ESF) merece destaque especial. Neste programa, além de o enfermeiro atuar com mais autonomia, apesar das dificuldades normalmente apresentadas em âmbito institucional e outros campos, seu trabalho tem maior visibilidade e é mais valorizado. A competência do enfermeiro para integrar a ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual instrumentaliza a realizar a consulta, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem em toda a assistência de enfermagem. A Resolução do Conselho Nacional de Educação CNE/CES nº 03/2001, mencionada expressamente na Resolução COFEN nº 271/2002 prevê, na formação do profissional enfermeiro, a capacidade de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, intervir no processo saúde doença, com a finalidade de proteger e reabilitar a saúde, na perspectiva da integralidade da assistência e integração da enfermagem as ações multiprofissionais. (Informativo COREN-PB 08/2004, nº 10). Cabe ressaltar que a resolução mencionada acima foi revogada pela Resolução COFEN nº 317/2007 uma vez que a LEI 7.498/1986 já prevê tal prescrição de medicamentos privativa do enfermeiro quando integrante da Equipe de Saúde da Família, não necessitando da Resolução. Ademais, a citação do CNE/CNS é, portanto, mais legítima.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A principal relevância da identificação e controle da hipertensão arterial sistêmica reside na redução das suas complicações, tais como: Doença cérebro-vascular; Doença arterial coronariana; Insuficiência cardíaca; Doença renal crônica; Doença arterial periférica (BRASIL, 2006).

Já o Diabetes *Mellitus* é uma doença que resulta da incapacidade do pâncreas em secretar insulina. É causada por *degeneração ou inativação das células beta* das ilhotas de Langerhans, mas o mecanismo básico desses efeitos ainda é desconhecido. Em algumas pessoas diabéticas, em especial naqueles que apresentam o diabetes quando ainda muito jovens, a doença é causada por *herança* de um dos genitores (ou de outro ancestral mais distante) de células beta com tendência acentuada à degeneração. Em outras pessoas, aparecem anticorpos contra as células beta, causando sua destruição, o que apresenta

exemplo de uma doença autoimune. Em outras ainda, algumas vezes, podem aparecer anticorpos contra a própria insulina que a destroem antes que possa atuar em outras partes do corpo; a quantidade de insulina secretada pode estar inteiramente normal, mas ela nunca atinge seu destino (GUYTON, 1988, p.208).

Nesse sentido, indagamos: qual deve ser a atuação do enfermeiro na prevenção de hipertensão arterial e do Diabetes *Mellitus* na família? Será que o enfermeiro realmente tem cumprido seu papel diante dessas patologias? Este estudo, por meio da revisão de literatura de artigos e livros sobre saúde da família, hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus* e dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão e Diabetes, e do Ministério da Saúde, análise de artigos publicados em periódicos indexados nas principais bases de dados em saúde: MEDLINE base de dados de literatura internacional, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Brunner e Suddarth (Tratado de enfermagem médico-cirúrgica, 2002) e Guyton (Tratado de Fisiologia Médica, 1988), apresenta reflexões sobre a atuação do enfermeiro ao lidar com doenças crônico-degenerativas na família, como a hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus* que, atualmente, têm-se tornado um problema de saúde pública devido à alta incidência e prevalência na população adulta. Ressalta ainda, que a prevenção de agravos, atualmente, é a melhor opção de tratamento, e que o enfermeiro tem papel primordial dentro dessa conduta, realizando consultas de enfermagem e criando grupos voltados aos pacientes hipertensos e diabéticos, no intuito de minimizar agravos e programar ações pertinentes à redução progressiva da letalidade que a patologia pode oferecer.

Os critérios de inclusão foram livros da área da saúde que tratam sobre hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*.

Os critérios de exclusão livros que não eram da área da saúde e não tratavam sobre hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus*.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2010 *apud* BARROS et al., 2009, p. 15), "Pessoas negras possuem mais risco de ser hipertensas. A sua incidência aumenta com a idade, mas também pode ocorrer na juventude". Ressaltamos que existe um problema para diferenciar a pressão alta da pressão considerável normal. Ocorre variabilidade entre a pressão diastólica e a pressão sistólica e é difícil determinar o que seria considerado normal e anormal neste caso. Alguns estudos farmacológicos antigos criaram um mito de que a pressão diastólica elevada seria mais comprometedora da saúde que a sistólica. Na realidade, um aumento nas duas é fator de risco (WOODS, 2005; MION JR. et al., 2006).

Consideram-se hipertensos os indivíduos que mantêm pressão arterial acima de 140 por 90 mmHg ou 14x9, durante seguidos exames, de acordo com o protocolo médico.

Ou seja, uma única medida de pressão não é suficiente para determinar a patologia (Biblioteca Virtual de Saúde, 2010; Ministério da Saúde do Brasil, 2010). A situação 14x9 inspira cuidados e atenção médica pelo risco cardiovascular.

O tratamento pode ser medicamentoso e/ou associado com um estilo de vida mais saudável. De forma estratégica, pacientes com índices na faixa 85-94 mmHg (pressão diastólica) inicialmente não recebem tratamento farmacológico (MION JR. et al., 2006). De acordo com o fisiologista GUYTON (1988, p. 243-253),

A hipertensão significa pressão arterial elevada, ocorrendo, aproximadamente, em uma de cada cinco pessoas antes do término de suas vidas, em geral, na meia-idade ou na velhice. A hipertensão maligna pode provocar ruptura dos vasos sanguíneos cerebrais, dando origem aos "acidentes vasculares cerebrais", bem como dos vasos renais, causando "insuficiência renal", ou dos vasos de outros órgãos vitais, produzindo cegueira, surdez, ataques cardíacos etc. Por outro lado, também representar carga excessiva para o coração, levando a sua insuficiência. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente dessas complicações. Por essas razões, um dos mais importantes problemas da fisiologia é o de determinar as causas da hipertensão.

Estudos realizados pela *American Diabetes Association* (2006, p. 29) atestam que

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

## 2. HIPERTENSÃO ARTERIAL

Entre 28 e 31% dos adultos nos estados unidos apresentam hipertensão (FIELDS; BURT; CUTLER et al., 2004). Dessa população 90 a 95% apresentam hipertensão primária, a pressão arterial elevada por uma etiologia não identificada (OPARIL; ZAMAN; CALHOUN, 2003).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa, cujo controle tem se tornado um desafio para os profissionais, visto que seu tratamento exige a participação ativa do hipertenso, no sentido de modificar alguns hábitos de vida prejudiciais à saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição de saúde.

Além de sua importância isolada, a hipertensão arterial e a alteração da glicemia também têm papel relevante como componentes da síndrome metabólica, apontada como responsável pelo aumento da mortalidade geral e mortalidade cardiovascular (Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão (CADE, 2001, p. 123).

As ações preventivas têm demonstrado impactos positivos na redução da morbidade e mortalidade associada à hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2001; Centers for Disease Control and Prevention, 2003). Para planejar, desenvolver e avaliar ações de prevenção e desses agravos é necessário o conhecimento

da distribuição e do papel conjunto dos fatores de risco. Vários estudos têm sido voltados à população em geral, com ênfase nos idosos. Atualmente, existem vários parâmetros para se determinar Hipertensão Arterial.

Criado pelo Ministério da Saúde (2002, p. 13), a HA é definida como: “o resultado maior ou igual a 140/90 mmHg, quando encontrada pelo menos em duas aferições, em momentos diferentes.” Esta classificação ficou definida no III Consenso Brasileiro de HA manual de Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*.

A PA quando elevada favorece o surgimento de outras patologias que se instalam devido a lesões provocadas pela força exercida nas paredes dos vasos. Como exemplo de patologias provenientes da HA podem ser citadas lesões causadas no Sistema Renal que, se não tratadas, podem causar o falecimento total dos rins, dando assim à Insuficiência Renal Crônica (IRC). De acordo com Dummert et al (2006, p. 446), “A doença renal crônica é uma síndrome por inúmeras doenças que tem em comum a redução progressiva da filtração glomerular”.

A pressão arterial aumenta linearmente com a idade (VASAN et al., 2001, p.1682-1686). Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais frequentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica (FRANKLIN et al., 2005). Em relação aos fatores de risco podemos citar:

*Sexo e etnia* – A prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%; IC 95% 26,0-27,2%) e mulheres (26,1%; IC 95% 25,5-26,6%) insinua que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década (KEARNEY et al., 2005, p. 217-223). Hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas (LESSA, 2001, p. 43-53).

*Fatores socioeconômicos* – Nível socioeconômico mais baixo está associado à maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares. Hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são possíveis fatores associados (DRUMMOND; BARROS, 1999, p. 34-49).

*Sal* – O excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial. A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo

deste têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade (MANCILHA-CARVALHO; SOUZA; SILVA, 2003).

*Obesidade* – O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Apesar de o ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado (CARNEIRO et al., 2003, p. 306-311). Estudos sugerem que obesidade central está mais fortemente associada com os níveis de pressão arterial do que a adiposidade total. Indivíduos com nível de pressão arterial ótimo, que ao correr do tempo apresentam obesidade central, têm maior incidência de hipertensão (SIMON et al., 2006, p. 162-167). A perda de peso acarreta redução da pressão arterial (NETER et al., 2003, p. 848-884).

*Álcool* – O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão (STRANGES et al., 2002, p. 1903-1913). O efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica com a redução no consumo de etanol. Estudo observacional indica que o consumo de bebida alcoólica fora de refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade de álcool ingerida.

*Sedentarismo* – O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos (FAGARD, 2005, p. 265-267). O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos (WHELTON et al., 2002, p. 493-503). O exercício resistido possui efeito hipotensor semelhante, mas menos consistente (CORNELISSEN; FAGARD, 2005, p. 251-259).

### 3. DIABETES MELLITUS

*Diabetes Mellitus* é uma doença metabólica caracterizado por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue. A glicose é a principal fonte de energia do organismo, mas

quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde Haidar Jr. e Baracat (2005, p.354) definem que

O *Diabete Mellitus* Tipo 2 está associado diretamente à obesidade e ganho de peso. O risco de infarto do miocárdio em diabéticos isoladamente é maior do que em hipertensos isolados, fumantes ou indivíduos com colesterol elevado. No diabético, os critérios de controle da pressão arterial e do colesterol são mais rigorosos do que no resto da população sem diabete. Mulheres pós-menopausa com *Diabete Mellitus* têm risco aumentado para doença cardiovascular. Doses baixas a moderadas de estrogênio aumentam a sensibilidade à insulina, e podem ser benéficas para pacientes com *Diabete* Tipo 2. Devem ser utilizados estrogênios naturais por via transdérmica, associados a progestagênios sem ação androgênica.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), os diabetes prolongado, via de regra, causa o desenvolvimento precoce da aterosclerose, o que, subsequentemente, pode provocar ataques cardíacos, lesões renais, acidentes vasculares cerebrais e outros distúrbios circulatórios. A aterosclerose ocorre no diabetes quando os níveis de glicemia estão sempre altos, impedindo o metabolismo das gorduras que favorece o depósito de colesterol nas paredes dos vasos sanguíneos. Devido a isso, a pessoa que apresenta diabetes em fase muito jovem de sua vida tem, em geral, sobrevida reduzida, não importando quão seja tratado.

O *Diabetes Mellitus* (DM) representa a quinta causa de morte no mundo (ROGLIC et al., 2005), o que ocorre principalmente em consequência das doenças cardiovasculares. Estima-se que ele eleve o risco de sua ocorrência, em especial o da doença arterial coronariana (DAC), em duas a quatro vezes, sendo o terceiro fator de risco mais importante na sua gênese (YUSUF et al., 2004).

O *Diabetes Mellitus* Tipo 2, de maneira crescente, acomete, numa dimensão mundial, um grande número de pessoas de qualquer condição social (Assunção; Santo; Gigante, 2001). Pelo aumento da expectativa de vida, dentre outros fatores, no Brasil, como em outros países da América Latina, esta enfermidade ganha cada vez mais relevância no perfil de morbimortalidade atingindo parcelas importantes da população em situação de pobreza (FREESE, 2006).

É uma doença que pode ser controlada, mas exige mudanças nos hábitos de vida, devendo os portadores adotar uma série de comportamentos específicos de autocuidado, bem como ações de vigilância e assistência à saúde para que a glicemia seja mantida o mais próximo possível da normalidade (FREESE, 2006; SMELTZER; BARE, 2002).

O diabetes está associado ao aumento da mortalidade devido ao alto risco de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas. Nas primeiras, estão listadas a hipoglicemia, cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar. Já as complicações crônicas podem ser decorrentes de alterações na micro circulação, causando retinopatia e nefropatia e, na macro circulação, levando à cardiopatia isquêmica, doença

cerebrovascular e doença vascular periférica e, ainda, neuropática (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Políticas de Saúde, 2002).

Estudos realizados por Macedo; Pedrosa & Ribeiro, (2001, p. 671-685) revelam que

O *Diabetes Mellitus* (DM) é um dos problemas de saúde mais importantes da atualidade, por ser uma doença com elevada morbidade e mortalidade. É uma doença crônica e se caracteriza por uma variedade de complicações, entre as quais mais se destaca o pé diabético, considerado um problema grave e com consequências muitas vezes devastadoras diante dos resultados das ulcerações, que podem implicar em amputação de dedos, pés ou pernas.

Em vista desse quadro, apresentamos possibilidades de atuação dos enfermeiros.

#### 4. SUGESTÕES DE PROCEDIMENTOS

Para a ORDEM dos enfermos (2008, p. 13),

Uma das principais funções da enfermagem em saúde da família é atuar na promoção e prevenção da saúde dos pacientes em geral. O enfermeiro deve ser um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para agir consciente em questões de saúde.

Assim, o Ministério da Saúde tem promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja atuação é centrada na família, que está sob responsabilidade da equipe multiprofissional. As famílias são cadastradas e acompanhadas com, no mínimo, uma visita mensal (BAPTISTA; MARCON; SOUZA, 2008).

“A equipe de Saúde da Família desenvolve propostas educacionais que permitiram ao indivíduo a escolha de seu estilo de vida de modo racional e autônomo”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2007, p. 152).

De acordo com Salesi e Tamaki (2007, p. 157-163),

Os enfermeiros membros da equipe na, ESF, vivenciam a pouca adesão e abandono ao tratamento anti-hipertensivo. Esforços devem ser reunidos no sentido de aperfeiçoar recursos e estratégias, com participação ativa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, visando minimizar ou evitar esta problemática, tão frequente. Este processo educativo deve ser realizado periodicamente nas visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem.

A melhor forma de atuar é amenizar e, se possível, eliminar os fatores de risco modificáveis. No caso da hipertensão, o enfermeiro deve intervir em assuntos como tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada e rica em lipídeos saturados, conservantes e sódio, estresse e falta de atividade física (CARLOS et. al, 2008).

O enfermeiro, enquanto integrante ESF desenvolve importante papel no acompanhamento do paciente com hipertensão. Este profissional, além de atuar como

educador em saúde no trabalho com grupos de pessoas hipertensas, seus familiares e com a comunidade, é responsável por desenvolver a consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os centros de atendimento primário, Atenção Básica, realizam atendimento de grupos considerados de maior risco a agravos, sendo o enfermeiro responsável pela condução desse atendimento. De acordo com o Guia Prático do Programa de Saúde da Família (2001, p. 76), é atribuição do enfermeiro:

Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão [...] organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas como, hipertensos e diabéticos.

Na consulta ao paciente com hipertensão, o enfermeiro deverá realizar a aferição da pressão arterial (PA); verificação da altura, peso, circunferência da cintura e quadril, e cálculo de índice de massa corporal (IMC); investigar sobre fatores de risco; orientar sobre a doença, uso regular de medicamentos prescritos e hábitos de vida pessoais e familiares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

A adesão do paciente ao tratamento é o principal fator para o sucesso do controle pressórico. Dentre as estratégias utilizadas para aumentar a aderência ao tratamento, destacamos a introdução de outro profissional ao binômio médico - paciente.

De acordo com Silva e Jardim, (1994, p. 13):

A efetividade da atuação do enfermeiro de forma sistemática neste binômio tem sido demonstrada por vários autores e fundamenta-se, provavelmente, na sua atenção sobre o aspecto psicoemocional do paciente, além do fornecimento de orientação e elucidação de dúvidas sobre a doença e seu tratamento, e fatores de risco, além da instrução sobre aspectos de higiene, hábitos alimentares, crenças de saúde etc.

Ainda, de acordo com Maciel e Araujo (2003, p. 26), a consulta de enfermagem pode ser definida como: “atividade que é prestada ao paciente, onde são identificados problemas de saúde-doença, são prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam para promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente”.

Segundo Plavinik et al. (2002), a prática de exercícios físicos também auxilia na redução da pressão arterial, já que a falta de atividade física é um fator de risco para doença cardiovascular, sendo responsável, aproximadamente, por 12% do total de mortes.

“Um estilo de vida sedentário é um dos fatores de risco para hipertensão” (WOODS et al., 2005, p. 12).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo concluímos que o enfermeiro atuante na Estratégia de Saúde da Família juntamente com a equipe de saúde é um dos principais responsáveis pelos seus clientes agindo na prevenção das doenças crônicas degenerativas como as descritas anteriormente, sendo a consulta de enfermagem a principal ferramenta para uma abordagem geral do cliente e também da família e, de acordo com as literaturas pesquisadas, o enfermeiro realmente tem cumprido seu papel diante dessas patologias.

Na consulta de enfermagem com o paciente diabético ou hipertenso e seu familiar, estará criado o momento em que ele poderá perceber como o paciente reconhece sua doença e a adesão ao tratamento, fornecendo informações necessárias ao incentivo a essa adesão.

Esta atividade do PSF constitui-se de um momento rico, onde o enfermeiro presta assistência à saúde, acompanha a família, fornece subsídios educativos para que os indivíduos, ou o grupo familiar e a comunidade tenham condições de se tornar independentes.

O enfermeiro é, então, um constante educador em Saúde e será por suas práticas que seus pacientes, com seus respectivos familiares, poderão adquirir hábitos de vida saudáveis e, possivelmente, não evoluirão com complicações de sua doença de base. Atuar em conjunto com a família é somar resultados positivos para o próprio paciente, seus entes e os profissionais da Saúde.

O Diabetes *Mellitus* e a Hipertensão Arterial permanecem, pois, no topo dos desafios enfrentados pelos enfermeiros. Ainda existem muitas barreiras: pouca atenção governamental, restrições orçamentárias, ignorância e preconceitos por parte de pacientes e familiares. A expansão do conhecimento científico estrito é apenas um desses obstáculos a serem vencidos.

Nessa perspectiva, com este trabalho, esperamos ter despertado a reflexão sobre a importância do enfermeiro na estratégia de Saúde da família, na prevenção dessas doenças.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes, **Diabetes Care**, v.29, Suppl 1, p. 4-42, 2006.
- ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; GIGANTE, D.P. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p. 88-95, fev. 2001.
- BARROS, A.L; BOTURA, L. et al. Alterações do nível pressórico e fatores de risco em graduandos de enfermagem, **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, dez. 2009 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000600008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2010.

BAPTISTA, E.K.K.; MARCON, S.S.; SOUZA, R.K.T. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 out. 2010.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE. **Hipertensão**. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>. Acesso em: 20 out. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília; 2001a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília; 1997.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Texto retirado de Atenção integral à saúde de adolescentes e jovens. Documento preliminar para discussão na Oficina de Construção da Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens**. Brasília: ASAJ, 2003.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARLOS, P.R. et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família, **Arquivos Ciências da Saúde**, v. 15, n. 4, p. 176-881, 2008. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-4/IDB%20296.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20296.pdf)>. Acesso em: 16 out. 2010.

DIRETRIZ brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica, **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 4, 2004.

FAGARD, R.H. Physical activity, physical fitness and the incidence of hypertension, **J Hypertens**, v. 23, p.265-2677, 2005.

FIELDS, L.E.; BURT, V.L.; CUTLER, J.A.; HUGHES, J.; ROCCELLA, E.J.; SORLIE, P. The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000. **Hypertension**, v. 44 p.398-404, 2004.

FREESE, E. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

GOODMAN; GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. [tradução da 10. ed. original, Carla de Melo Vorsatz. et al]. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2005.

GUYTON, A.C. **Fisiologia Humana**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1988.p.208-253.

LUDKE, M.; ANDRÉ, E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACIEL, H.C.F.; ARAÚJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 2. mar./abr.2003.

MACEDO, G.; PEDROSA, H.C.; RIBEIRO, J. F. **Abordagem clínica e terapêutica do pé diabético**. In: Vilar L, organizador. **Endocrinologia Clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 671-685.

MANCILHA-CARVALHO, J.J.; SOUZA & SILVA, N.A. The Yanomami Indians in the INTERSALT Study. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, n.80, p.289-300, 2003.

MAXIMILIANO, C. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 19. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Pratique saúde contra a hipertensão arterial**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23616&janela](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616&janela)>. Acesso em: 20 out. 2010.

MION JUNIOR, C. et. al. **MRPA: monitorização residencial da pressão arterial - como fazer e interpretar**. Barueri, SP.: Manole, 2006.

- NETER, J.E. et al. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of Randomized Controlled Trials, **Hypertension**, Chicago, v. 42, p. 848-884, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMOS. ENFERMEIROS E FAMÍLIAS. **Em parceria na construção da saúde para todos**. São Paulo: Ordem dos enfermos, 2008. Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=29&view=news>>. Acesso em: 18 out. 2010.
- OPARIL, S.; ZAMAN, A.; CALHOU, D.A. Pathogenesis of Hypertension. **Annals of Internal Medicine**, v. 139, p. 761-76, 2003.
- PLAVINIK, F.L. Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, p. 50-60, dez, 2002.
- ROGLIC, G.; UNWIN, N.; BENNETT, P.; MATHERS, C.; TUOMILEHTO, J.; NAG, S. et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. **Diabetes Care**, v. 28, p. 2130-2135, 2005.
- SALESI, C. M.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso, **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 2, p. 157-163, 2007. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007costa-jmbs.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2010.
- SBH, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica**. Rev Bras Hipertens 2004; 4: 123-59.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Histórico e tratamento de pacientes com *Diabetes mellitus*. In: BRUNNER, L.S. (Org.). **Brunner/Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 933-983.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10. ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- SOARES JR., J.M.; HAIDAR, M.A.; BARACAT, C.B. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da Unifesp-EPM: medicina laboratorial**, 2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006.
- STRANGES, S.; WU, T.; DORN, J.M.; FREUDENHEIM, J.L.; MUTI, P.; FARINARO, E.; RUSSEL, M.; NOCHAJSKI, T.H.; TREVISAN, M. Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. **Hypertension**, v. 44, p. 813-819. In: 61 prospective studies. *Lancet*, v. 360, p. 1903-1913, 2002.
- WOODS, S.L. et al. **Enfermagem em cardiologia**. [trad. Shizuka Ishii]. Barueri, SP: Manole, 2005.
- YUSUF, S.; HAWKEN, S.; ÔUNPUU, S.; DANS, T.; AVEZUM, A.; LANAS, F. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction. In: 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, v. 364, p. 937-952, 2004.

---

#### **Carlos Flávio de Paula**

Pós-Graduado do curso de Saúde Pública e Estratégia de Saúde da Família certificado pela ASSEVIM/Instituto Passo 1 Uberlândia, MG. Polo Bauru/SP.

---

#### **Teresa Cristina Bruno Andrade**

Doutora em Educação - UNESP de Marília; Graduação em Letras (Português-Grego) - UNESP de Araraquara; graduação em Pedagogia - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras Urubupungá; Pós-graduação *lato sensu* em Linguística - UNESP de Araraquara, e em Teoria da Literatura; Mestrado na UNESP de Marília.