

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

REGINA CÉLIA DAMASCENO

**ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM POR
MEIO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM USUÁRIOS HIPERTENSOS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

REGINA CÉLIA DAMASCENO

**ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM POR
MEIO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM USUÁRIOS HIPERTENSOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Veridiana Tavares Costa

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM POR MEIO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM USUÁRIOS HIPERTENSOS** de autoria da aluna **REGINA CÉLIA DAMASCENO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Ma. Veridiana Tavares Costa
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico à minha mãe, pelo incentivo e amor incondicional, me apoiando nos momentos de dificuldades. A quem eu rogo todas as noites a minha existência. A minha família, afilhados e sobrinhos, pelo carinho e compreensão por tantos momentos ausentes do convívio familiar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me concedeu o dom da vida, iluminando os meus caminhos auxiliando nas escolhas na minha jornada tão especial como cuidadora da saúde.

A Universidade Federal de Santa Catarina pelo o empenho de uma formação específica para o profissional Enfermeiro na Linha de Cuidado as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), com um conteúdo tão relevante e profundo nos capacitando para a prática e especialista de fato nesta área.

Meus agradecimentos sinceros a minha orientadora professora Veridiana Tavares Costa, com o seu conhecimento e competência, que tão bem conduziu a realização dessa tarefa acadêmica de grande contribuição para a minha formação profissional e em especial para prestar uma assistência qualificada e fundamentada a essa linha de cuidado.

Em especial a coordenadora da Estratégia Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde do Natal/RN, Enfermeira Dr^a Marliete Fernandes, no apoio a conclusão deste plano de intervenção, entendendo a importância da formação do profissional enfermeiro na qualificação da atenção a saúde no SUS.

A Equipe 037 da Estratégia Saúde da Família de Santarém, em especial a médica Dr^a Claudia M. B. Varela Nascimento, as agentes comunitárias de saúde; Zenilde Borges de Góis, Maria Madalena, Maria Gorete Araújo, Kênia Galvão e Ana Maria dos Santos (técnica de enfermagem) pelo apoio, contribuição e reflexão da metodologia mais apropriada para esse grupo tão vulnerável.

As enfermeiras, Simone Cunha, Ana Maria Freire e Maria da Conceição Andrade Pessoa, pela valorosa contribuição e compartilha no processo de trabalho com esse grupo em especial.

Ao Diretor da USF de Santarém, a administradora Núbia Galvão, pela compreensão e apoio nos momentos necessários ao desenvolvimento deste estudo como também a todos os integrantes das equipes, pela solidariedade neste caminhar.

As pessoas hipertensas da equipe 037 ao qual pertenço por ter me despertado o interesse por esse tema tão relevante, com seus depoimentos e afetações por serem portadores de uma doença crônica.

Agradeço a todas as pessoas que diretamente ou indiretamente participaram para a concretização deste estudo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 Objetivo geral	08
1.2 Objetivos específicos	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no contexto da Atenção Básica	10
2.1.1 Escore de Framingham.....	11
2.1.2 Estratificação de Risco nas Doenças Crônicas.....	12
2.1.3 A severidade da condição crônica.....	12
2.1.4 Capacidade de autocuidado.....	13
3 MÉTODO	15
4 RESULTADO E ANÁLISE	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20
APÊNDICE A – Ficha síntese estratificação risco pessoa hipertensa	23
ANEXO A - Ficha escore de Framingham revisado para homens	26
ANEXO B- Ficha escore de Framingham revisado para mulheres	27

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo elaborar uma proposta de intervenção para organizar o cuidado de enfermagem por meio da estratificação de risco das pessoas com hipertensão em uma Unidade Básica de Saúde. O trabalho foi caracterizado como uma tecnologia de concepção. O estudo foi realizado na a Unidade Saúde da Família de Santarém, situada no Distrito Sanitário Norte II no município do Natal/RN no período de novembro 2013 a março de 2014. Os sujeitos alvos do estudo serão as pessoas com hipertensão pertencentes a equipe 037. Para operacionalizar a presente proposta primeiramente foi realizada uma revisão de literatura objetivando o aprofundamento da temática. Em seguida foi apresentado a equipe a proposta da intervenção prática a ser implementada. Os resultados apontaram para a discussão da implementação da proposta em que foi definido que a coleta de dados será por meio da análise dos prontuários familiares das pessoas hipertensas cadastradas na área. Será elaborado um instrumento que permitirá registrar os dados coletados nos prontuários. O instrumento para registrar os dados extraídos dos prontuários familiares irá conter os seguintes itens: Identificação do usuário hipertenso; Classificação da pressão arterial; Estratificação do risco cardiovascular para doenças; Estratificação do risco das doenças crônicas. A partir do registro e interpretação desses dados será realizada a classificação de risco dos hipertensos, o escore de Framingham, o grau de severidade e capacidade de autocuidado.

Palavras-Chave: Cuidado de Enfermagem. Hipertensão. Estratificação de Risco

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma das principais doenças crônicas. A cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que na última década, a HAS fez mais de 70 milhões de vítimas fatais e cerca de 80% dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento, mais da metade das vítimas têm idade entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010; SBC, 2010).

No Brasil, a taxa de mortalidade por doença hipertensiva teve um aumento de 66% no período entre 2000 e 2009. Estima-se que mais de 30 milhões de brasileiros têm HAS, afetando 36% dos homens e 30% das mulheres. Vale ressaltar que aproximadamente 28.410.753 são usuários do SUS (BRASIL, 2006a). Assim, a HAS é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo com alta prevalência global em homens e mulheres e alta taxa de mortalidade mundial (RAMIRES, 2005; CESARINO, 2012).

Dessa forma destaca-se o Plano de Ações e Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Este plano tem por objetivo promover e programar ações efetivas para a prevenção e o controle das doenças crônicas, dentre elas, as do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes. Ademais, destaca como diretrizes as ações de vigilância, promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011).

O Plano de Ações e Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) engloba também a intersetorialidade e a organização da rede de serviços (BRASIL, 2011). Esta rede de atenção e modelo de cuidado para os portadores de HAS e as demais doenças crônicas não transmissíveis deve pautar-se em um cuidado que integre as ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência no atendimento as necessidades de saúde individuais e coletivas da população (BRASIL, 2014).

As redes de atenção devem ser implantadas para superar o sistema público de saúde fragmentado baseado em uma estrutura hierárquica definida por níveis de complexidade crescentes, em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade (MENDES, 2011).

A Política Nacional de Promoção da Saúde prioriza a estratégia para melhoria da resposta ao tratamento dos indivíduos com HAS (BRASIL, 2012). A ampliação do acesso à atenção farmacêutica e distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes, por meio do programa Farmácia Popular concretiza-se como uma estratégia para o fortalecimento da adesão ao tratamento desses usuários (BRASIL, 2011).

Em contrapartida, observa-se que a efetivação do programa de HAS na atenção primária não adota parâmetros definidos nas diretrizes clínicas. Além disso, muitos

profissionais de saúde desconhecem a classificação por estratificação de risco das pessoas com HAS, assim como o risco de Framingham como marcador (LIMA, 2009; BRASIL, 2006a). Isto implica adoção de estratégias que fortaleçam a organização do cuidado as pessoas com HAS na atenção primária.

A classificação de risco no contexto individual do hipertenso é de grande importância para acompanhar o tratamento, monitorar e sensibilizar o autocuidado. Isto permite uma assistência mais freqüente às pessoas com maiores riscos. Com isso o grupo de pessoas com HAS terá um melhor acesso a UBS, maior adesão ao tratamento, e os profissionais terão uma apropriação mais fidedigna do monitoramento e avaliação dos casos, proporcionando uma diminuição dos eventos em decorrência do não controle da hipertensão.

Portanto, classificação individual do hipertenso além de todos os fatores acima citados é uma ferramenta importante para avaliarmos enquanto equipe o exercício do cuidado integral, o monitoramento de um grupo específico, o aprendizado e valorização do atendimento equânime e a importância do acesso ao cuidado a um a população ou a um indivíduo, além de contribuir para avaliar a eficiência da equipe.

Dessa forma, estando a atenção primária fortalecida, haverá um posicionamento ordenador do cuidado, ou seja, serviços vinculados entre si por objetivos comuns, articulando os demais níveis de atenção e redes de serviço com ação cooperativa interdependente a uma determinada população (BRASIL, 2011). Para organizar o cuidado as pessoas com HAS na atenção primária, em especial nas Unidades Básicas de Saúde com ESF implantadas, destacam-se o planejamento da assistência de enfermagem com base na classificação de risco (BRASIL, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada na Unidade Básica de Saúde (UBS) destacada nesse projeto de intervenção, apresenta a HAS como sendo sua maior morbidade, com uma prevalência estimada para indivíduos maiores de 40 anos de 27, 9% (SIAB, 2013). No entanto, a organização do cuidado para as pessoas com HAS precisa ser fortalecida, pois muitos indivíduos estão sendo acometidos por complicações levando-os a internações hospitalares. Para isso, faz-se necessário planejar uma nova organização do cuidado de enfermagem para as pessoas com HAS.

Diante desse contexto, este estudo teve por objetivos:

1.1 Objetivo geral:

Elaborar uma proposta de intervenção para organizar o cuidado de enfermagem por meio da estratificação de risco das pessoas com hipertensão em uma Unidade Básica de Saúde.

1.2 Objetivos específicos:

- Discutir junto à equipe como operacionalizar a proposta a ser implementada.
- Identificar quais as fontes de dados que irão possibilitar a identificação dos riscos dos usuários hipertensos.
- Discutir e elaborar os instrumentos necessários para classificar o grau de risco de cada indivíduo e caracterizar em grupo de estratificação de risco semelhante.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no contexto da Atenção Básica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e as alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010).

O parâmetro para caracterizar o indivíduo hipertenso consiste em uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Para isso os indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva devem verificar sua PA pelo menos em três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas (BRASIL, 2006b).

Dessa forma a classificação da pressão arterial de acordo com os valores pressóricos é uma medida necessária para a organização do cuidado. Conforme os valores aferidos a PA pode se apresentar em PA normotensa, PA limítrofe e Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013). O quadro 1 apresenta a classificação da pressão arterial em adulto maiores de 18 anos.

QUADRO 1-Classificação da PA

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA	PRESSÃO DIASTÓLICA	PA ATUAL marcar "X"
Ótima	< 120	< 80	
Normal	120 -130	< 85	
Limítrofe	130 – 139	85 -89	
Hipertensão Estágio 1	140 – 159	90-99	
Hipertensão Estágio2	160 – 169	100 – 109	
Hipertensão Estágio3	≥ 180	≥ 110	

FONTE: SBC; SBH; SBH; 2010.

A HAS tem alta prevalência, baixa taxas de controle e alta morbimortalidade com perda importante na qualidade de vida, considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um problema de saúde pública no Brasil e no mundo (SBC, 2010).

Apesar de uma elevada prevalência da HAS, as taxas de controle são muito baixas, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, fundamental para redução dos eventos cardiovasculares (SBC, 2010).

Os termos prevalência significam o número de casos novos e antigos da doença num determinado lugar e período de tempo; morbidade, o número de pessoas que adoecem de determinada doença num determinado lugar e período de tempo; e mortalidade diz respeito ao número de óbitos por determinada doença num determinado lugar e período de tempo (GUERREIRO, et all. , 2013).

Nesse sentido, os inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, estes estudos encontraram prevalências entre 22% e 44% para adultos (media de 32%) (SBC, 2010).

Os fatores de risco (FR) se referem aos componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde. Os FR modificáveis estão relacionados ao estilo de vida, os quais contribuem para o desenvolvimento da hipertensão arterial na sociedade contemporânea. Os mesmos se expressam em sedentarismo, obesidade, alimentação não balanceada, tabagismo, uso abusivo do álcool e consumo irrestrito do sal (ALMEIDA, 2013)

A organização do cuidado com base em intervenções que focam os FR modificáveis é uma estratégia de promoção da saúde que pode promover à qualidade de vida, reduzir à vulnerabilidade e os riscos a saúde relacionada aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006c). Isto justifica organizar o cuidado de enfermagem por meio da estratificação de risco as pessoas com hipertensão nas UBS.

A estratificação de risco dos portadores de hipertensão arterial sistêmica neste plano de intervenção será baseada no escore de Framingham e na estratificação de risco nas Doenças Crônicas de acordo com os dois critérios: grau de severidade e a capacidade do autocuidado, validados por Mendes (2012), conforme explanado a seguir.

2.1.1 Escore de Framingham

Instrumento para estratificação do risco cardiovascular através da Consulta de Enfermagem tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos (SBH; SBC; SBN, 2010).

O processo ocorre em três etapas: coleta de informação sobre fatores de risco prévio, avaliação da idade, exames de LDLc, HDLc, PA e tabagismo, e a terceira etapa, se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres. O escore de Framingham classifica os indivíduos nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2010):

- Baixo Risco: quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. Conduta para esse grupo, orientação sobre estilo de vida saudável e aferição da PA anual.
- Risco Intermediário: quando existir 10% a 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento desses indivíduos, orientação sobre o estilo de vida, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde, aferição da pressão arterial semestral.
- Alto Risco: quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver presença de lesão de órgão-alvo. Conduta para esse grupo, orientações sobre estilo de vida saudável e encaminhamento para ações de Educação em Saúde coletiva, aferição da pressão arterial e acompanhamento trimestral.

2.1.2 Estratificação de Risco nas Doenças Crônicas

Estratificar significa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de vulnerabilidade e riscos, portanto necessidades diferentes. Para agrupar segundo uma ordem, um critério se faz necessário identificar os riscos de cada indivíduo o que já procedemos com o levantamento dos dados através do prontuário.

Entretanto o conhecimento dos riscos de cada usuário ajuda identificar os grupos de pessoas com necessidades semelhantes, de acordo com dois critérios (MENDES, 2012): a severidade da condição crônica e a capacidade de autocuidado.

2.1.3 A severidade da condição crônica

Diz respeito à complexidade do problema, a interferência na qualidade de vida da pessoa e o risco de ocorrer um evento que cause morbidade ou mortalidade. Podemos estabelecer quatro graus de severidade da condição crônica, em ordem crescente (BRASIL, 2013).

- Grau 1: presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular. Exemplo: tabagismo, excesso de peso, sedentarismo, abuso de álcool.

- Grau 2: condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou médio risco. Exemplo: DM e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) dentro da meta estabelecida, sem complicações, com baixo ou médio risco cardiovascular em avaliação por escores de risco de Framingham.

- Grau 3: condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares.
- Grau 4: condição crônica muito complexa ou de risco muito alto com complicação com grande prejuízo na qualidade de vida.

Realizada a classificação para o grau de severidade da doença crônica, pode-se encontrar no mesmo indivíduo situações de diferentes graus, considerar aquele que caracterizar o maior grau. Citamos como exemplo, pessoa sedentária (grau 1), com uso de insulina (grau 3). O grau de severidade considerada é o grau 3, sempre será o maior valor de severidade atribuído.

2.1.4 Capacidade de autocuidado

A avaliação da capacidade de autocuidado deve ser realizada sistematicamente pelos profissionais de saúde, o Enfermeiro da AB pode observar o contexto e atitudes da pessoa diante da sua condição crônica, integrando os aspectos socioeconômicos, culturais e a capacidade do indivíduo e família para o autocuidado e a força das redes de suporte social (MENDES, 2012).

Segundo Stumer e Bianchin (2012), para avaliar os aspectos referentes às crenças relacionadas à condição de saúde, as atitudes e a motivação para mudanças e a importância dada à condição crônica, propõe operacionalizar estes aspectos em termos de suficiente e insuficiente que dependem do julgamento clínico, realizado por um profissional/equipe que conhece a pessoa e o seu contexto.

Todavia, os autores citados especificam circunstâncias que ilustram a capacidade de autocuidado insuficiente. Citaremos algumas: pessoas com dificuldade de compreensão de sua condição crônica, dificuldade de compreensão das necessidades farmacológicas; baixo suporte social (ausência de apoio familiar, problemas familiares e dificuldades socioeconômicas).

Neste sentido, a AB tem papel fundamental de apoiar os portadores de condições crônicas a receberem informações para tornar-se proativo do cuidado, passando de autocuidado insuficiente para um grau suficiente.

Diante do exposto, compreende-se que a avaliação do grau de severidade e a capacidade de autocuidado objetiva diagnosticar as necessidades de cuidado de cada indivíduo ou do grupo com mesmo estrato de risco. Assim planejam-se as melhores recomendações de cuidado.

Dando continuidade ao proposto, explanamos as intervenções ou ações de saúde em correlação com o grau de severidade e de autocuidado, conforme o modelo de Sturmer e Bianchini (2012):

Estrato 1: Grupos de Educação em Saúde – grupo de tabagismo, grupo de caminhada, grupo de atividade corporal, grupo de alimentação saudável, grupo de auto-estima;

Estrato 2: Atenção compartilhada em atividade de grupo – consulta coletiva entre os diferentes profissionais da unidade e o apoio ao autocuidado; Estímulo ao autocuidado através das artes cênicas.

Estrato 3: estrato intermediário, atenção individual/compartilhada em atividade de grupo – Consultas seqüenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva – Particularizar conforme a necessidade individual. A condição crônica representa um risco maior e a condição clínica determina o tipo de atenção. Como exemplo o usuário hipertenso não consegue controlar a pressão mesmo seguindo o plano de cuidado estabelecido.

Estrato 4: atenção individual – consultas seqüenciais multidisciplinares. Esse grupo representa pessoas com alto risco e insuficiente capacidade para o autocuidado ou com enfermidade crônica muito complexa com capacidade suficiente de autocuidado, porém requer uma atenção individual da equipe no cuidado da atenção a saúde.

No entanto, destacamos como eleição do cuidado à saúde das pessoas acometidas por essa patologia Atenção Básica (AB), principal porta de entrada dos usuários e centro de comunicação com toda Rede de Atenção à Saúde (RAS), (BRASIL, 2012).

Desta forma, para um resultado de um cuidado integral a atenção à saúde deve ser centrada nas necessidades sociais do usuário, rompendo com serviços fragmentados centrados em procedimentos (MENDES, 2011). Portanto, classificar o risco individual do sujeito hipertenso é imprescindível para uma assistência equânime, resoluta e humanizada. Neste sentido, faz-se necessário planejar uma nova organização do cuidado de enfermagem para as pessoas com HAS. Isto implica planejamento de ação por meio da adoção da consulta de enfermagem a qual deve guiar-se pela classificação de risco. Estando a consulta de enfermagem relacionada ao processo educativo com foco nos fatores de risco modificáveis (CHOBANIAN et al 2003), destaca-se que para o alcance dessas estratégias faz-se necessário uma atenção especial ao processo de trabalho dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família.

3 MÉTODO

O presente trabalho trata-se de uma tecnologia de concepção. A tecnologia de concepção é definida como sendo um método de planejamento com uma delimitação de atuação para o profissional enfermeiro, podendo gerar mudanças de qualidade nos serviços e práticas de cuidado de enfermagem capaz de reproduzir a experiência em outros contextos (REIBNITZ, 2013). Esse método demonstra a importância de qualificar a ação da prática assistencial.

O local da realização do projeto de intervenção foi a Unidade Saúde da Família (USF) de Santarém, situada no Distrito Sanitário Norte II no município do Natal/RN. A referida região demograficamente abriga a maior parte da população do município, possui uma das menores rendas do município: não chega a três salários mínimos, evidenciando grande desigualdade econômica comparada às outras regiões administrativas no município (NATAL, 2006).

A Unidade de Santarém é constituída por quatro equipes de saúde composta por 04 médicos, 04 enfermeiras, 04 dentistas, 08 técnicos de enfermagem, 04 auxiliares de saúde bucal, 20 ACS (agentes comunitários de saúde). Cada equipe é formada por cinco micro-áreas, são identificadas com a numeração de 01 a 05, com o respectivo ACS.

Possui um território adstrito, com uma população de 14.033 habitantes, todos os domicílios são em alvenaria, possuem fossa séptica, energia elétrica e água utilizada da rede pública em 100% das residências, o destino do lixo é coletado em 99,46%. Porém com acesso e uso de plano de saúde privado temos 8,69% da população (SIAB, 2014).

A Equipe Saúde da Família 037 de Santarém possui uma população de 3.972 habitantes com 1.046 famílias cadastradas. Um total de 345 pessoas acima de 40 anos portadoras de hipertensão arterial, correspondendo a um percentual de 30,28% , caracterizando uma alta prevalência na referida equipe (SIAB, 2014).

Os sujeitos-alvo do estudo, potencialmente atingidos por esta tecnologia de concepção serão as pessoas com HAS pertencentes à equipe 037. Assim, serão os 345 hipertensos cadastrados nas cinco micro-áreas desta área adstrita, que tenham sido atendidos na UBS e que tenham registro no prontuário familiar. Será excluído quem não pertencer à área.

O período de desenvolvimento do presente plano de trabalho foi de novembro 2013 a março de 2014.

Nesta direção, a para operacionalizar a presente proposta foi realizada as seguintes etapas:

Primeiramente foi realizada uma revisão de literatura objetivando o aprofundamento da temática. Em seguida foi apresentada a equipe a intervenção a ser realizada, ou seja, discutiu-se o presente plano de intervenção. Assim, foi apresentado e discutido com a equipe 037, com a participação da médica, enfermeira e quatro ACS (agentes comunitários de saúde).

Em relação aos procedimentos éticos, foram apresentados à equipe os objetivos da elaboração da proposta de intervenção. Vale ressaltar que, por não se tratar de pesquisa, e, sim, da elaboração de uma proposta de intervenção, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Após os encontros com a equipe para definir como programar a presente proposta deste estudo definiu-se que vai ser realizada uma coleta de dados por meio da análise dos prontuários das pessoas com HAS pertencentes à área 037 da Unidade de Saúde da Família de Santarém. Além disso, será elaborado um instrumento para o registro dos dados coletados nos prontuários.

Prontuário Familiar na ESF - instrumento de trabalho, garantindo o registro das informações e permitindo o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde da família. Elemento decisivo, reunindo os dados necessários à continuidade dos cuidados à saúde de seus membros (PEREIRA, 2008).

Nestes são registrados a visão biopsicossocial da família, onde cada membro desta família cadastrada possui uma ficha individual de identificação. Os prontuários são registrados com o número da equipe, em seqüência o número da micro-área e por fim o número da família cadastrada.

Assim, este estudo terá dois momentos: O primeiro refere-se a um novo levantamento bibliográfico da literatura específica no assunto e a segunda etapa será a coleta dos dados obtidos nos prontuários dos portadores de HAS, da equipe 037 da USF de Santarém.

Para a identificação dos referidos indivíduos com hipertensão utilizaremos a Ficha B-HAS do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), instrumento do registro do cadastro e acompanhamento das pessoas HAS pelo agente de saúde.

Desta forma, com esse registro da ficha B-HAS será realizado pelos ACS uma listagem das pessoas hipertensas com os referidos números dos prontuários e as micro-áreas pertencentes a equipe. Nesse momento, determina-se o tamanho da amostra que será igual ao número de hipertensos cadastrados e o critério de elegibilidade dos participantes.

Assim sendo, para registrar os dados coletados nos prontuários será elaborado um instrumento estruturado em:

- Identificação do usuário hipertenso: com as variáveis de sexo, idade, cor, estado civil, escolaridade, ocupação, renda.
- Classificação da PA usará um mapa de registro da primeira consulta PA de diagnóstico e a atual, tempo de acompanhamento para termos parâmetro da evolução e que medidas adotar mais coerentemente para o atendimento centrado na pessoa.

- Estratificar o risco cardiovascular para doenças (DCV) utilizará o escore de Framingham e a ficha validada de classificação do Framingham para homens e para mulheres (ANEXO A)

- Estratificar o risco das doenças crônicas: grau de severidade e a capacidade de autocuidado. Serão pautados em uma ficha os graus de severidade e de autocuidado, facilitando a identificação desta classificação (ANEXO B).

De posse destes dados registraremos numa ficha espelho o resultado da classificação do indivíduo hipertenso com: o nível pressórico, o escore de Framingham, o grau de severidade e capacidade de autocuidado (APÊNDICE A).

Para a coleta de dados inicialmente selecionaremos a micro área com maior número de hipertensos, registrando identificação do usuário, classificação da PA pelo nível pressórico, estratificação do Escore de Framingham e a estratificação do risco das doenças crônicas. Em sequência faremos as outras micro áreas.

Os participantes na realização da coleta de dados serão a Enfermeira autora do plano, os agentes comunitários de saúde e uma bolsista monitora do PET-saúde pertencente a nossa unidade de saúde.

Primeiramente faremos um treinamento para o conhecimento dos instrumentos de coleta, em seguida aplicaremos na prática onde cada componente terá um prontuário da sua micro área de uma pessoa hipertensa, executaremos as etapas inclusive o espelho e ao final avaliaremos em conjunto o resultado, os pontos de dificuldade e os esclarecimentos.

Semanalmente a enfermeira e a monitora receberão as fichas com o registro da coleta dos ACS para possíveis correções e discussões sobre as dúvidas.

Esclarecemos que por ocasião da execução da segunda etapa do plano, isto é, a coleta de dados, ocorrerá logo após a aprovação no comitê de ética.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve por objetivo elaborar uma proposta para organizar o cuidado de enfermagem por meio da estratificação de risco das pessoas com hipertensão arterial.

A proposta apresentada neste estudo foi considerada relevante pela equipe, pois ao utilizar a estratificação de risco para organizar o cuidado da enfermagem das pessoas com HAS podemos identificar importantes fatores de risco. Com isso podemos prevenir complicações como: Acidentes Vasculares Cerebrais, Infartos do Miocárdio, dentre outras comorbidades associadas. Assim, podemos possibilitar a melhoria do cuidado à saúde dessa população além de fortalecer o autocuidado e as práticas integrais.

Nesta direção entendemos que com a estratificação do risco o fluxo de atendimento será organizado de maneira equânime e humanizado, terá uma programação dos retornos conforme grau do risco e a capacidade de autocuidado e a evolução de cada caso. Entendemos que desta forma teremos um maior controle dos níveis pressóricos e dos fatores de risco das pessoas com HAS, diminuindo as complicações associadas a essa patologia.

Destaco que ao aprofundar a temática estudada por meio da literatura foi sendo despertado o interesse maior pelo tema e com isso foi possível exercer um processo crítico reflexivo da realidade da prática. Isto fortaleceu a relevância da implementação da proposta apresentada neste estudo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.M. et all. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Cadernos de Atenção Básica, n. 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.56 p.
- _____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Caderno de Atenção Básica, n. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 58 p.
- _____._____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____._____. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.
- _____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p.: il.
- _____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.162 p.
- _____._____. 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. 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- CESARINO EJ, VITUZZO AL, SAMPAIO JM, FERREIRA DA PIRES HA, SOUZA L. **Avaliação do risco cardiovascular de indivíduos portadores de hipertensão arterial de uma unidade pública de saúde**. Einstein. 2012; 10(1):33-.39.
- CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report.**JAMA**, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003.
- VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Revista Brasileira de Hipertensão**.volume 17, n. 1, jan/mar de 2010
- GUERREIRO, D; et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: **Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)**. Módulo V: cronicidade e suas inter-relações

na atenção à saúde. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 59 p.

LIMA, L. M.S. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 25(9):2001-2011, set, 2009

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. **(Re) desenhando a rede de saúde na cidade do Natal**. Natal: [s.n.], 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2003.

PEREIRA, A.T. S.et all O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 24 Sup. 1:S123-S133, 2008.

RAMIRES, J. A; CHAGAS, A. C. **Panorama das doenças cardiovasculares no Brasil**. In: Nobre F, Serrano CV, editores. Tratado de cardiologia SOCESP. São Paulo: Manole; 2005. p. 7-46.

REIBNITZ, K.S; et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: **Desenvolvimento do processo de cuidar**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 49 p.

SBH; SBC; SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, [S.l.], v. 13, ano 13, p. 1-51, jan./fev./mar.2010.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

STÜRMER, P. L.; BIANCHINI, I. **Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas**. 2012. No prelo.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **JACC**. 2010; 55(1): 66-73.

APÉNDICE

APÊNDICE A

FICHA ESPELHO: SÍNTESE CLASSIFICAÇÃO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

IDENTIFICAÇÃO: PRONTUÁRIO _____

NOME: _____

SEXO: M () F () ESTADO CIVIL: _____. IDADE: _____

DATA 1ª CONSULTA: _____ PA _____ PERÍODO EM TRATAMENTO _____

(I) MARCAR COM O "X" EM CADA QUADRO CORRESPONDENTE A CLASSIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO HIPERTENSO DE ACORDO COM OS DADOS APRESENTADOS.

1. CLASSIFICAÇÃO DA PA

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA	PRESSÃO DIASTÓLICA	PA ATUAL marcar "X"
Ótima	< 120	< 80	
Normal	120 -130	< 85	
Limítrofe	130 – 139	85 -89	
Hipertensão Estágio 1	140 – 159	90-99	
Hipertensão Estágio2	160 – 169	100 – 109	
Hipertensão Estágio3	≥ 180	≥ 110	

FONTE: SBC; SBH; SBH; 2010.

2. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GLOBAL, SEGUNDO ESCORE DE FRAMINGHAM

CATEGORIA	EVENTO CARDIOVASCULAR MAIOR (ECV)	MARCAR 'x'
Baixo	<10% / 10 anos	
Moderado	10 a 20 % / 10 anos	
Alto	>20% / 10 anos	

FONTE: BRASIL, 2006^a

3. GRAU DE SEVERIDADE DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS CARDIOVASCULARES

GRAU DE SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA	EXEMPLOS	"X"
GRAU 1: presença de fatores de risco ligados aos comportamentos estilos de vidas na ausência de doença cardiovascular.	Tabagismo, excesso de peso sedentarismo, usa de álcool.	
GRAU 2: condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou médio risco	DM, HAS, sem complicações e dentro dos parâmetros estabelecidos, com baixo ou médio risco cardiovascular pelo escore de Framingham.	
GRAU 3: condição crônica complexa ou fatores de alto risco para complicações cardiovasculares	Alto risco avaliação do escore de Framingham, microalbuminúrica/proteinúria, hipertrofia ventricular esquerda, uso de insulina, DM2 acima da meta glicêmica e acima da meta pressórica	

GRAU 4: condição crônica de muito alto risco, interferindo na qualidade de vida	Cardiopatia isquêmica, AVC prévio, vasculopatia periférica, retinopatia por DM, ICC classes II, III e IV, Insuficiência renal crônica, pé diabético, neuropatia periférica.	
--	---	--

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012, adaptado de MENDES, 2012).

4. CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE A CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO CONSIDERADA INSUFICIENTE.

AUTOCUIDADO INSUFICIENTE QUANDO:	Marcar com "X".
1. Dificuldade de aceitação da condição crônica	
2. Dificuldade tomar a medicação diariamente	
3. Desinteresse em realizar mudanças	
Dificuldades socioeconômicas e problemas familiares	
4. Depressão grave com prejuízo nas suas atividades.	
5. Dificuldades em acompanhar as metas pré- estabelecidas.	

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2011)

DIAGNÓSTICO DA CLASSIFICAÇÃO:

Identificação: prontuário: _____

Pressão Arterial: _____

Score de Framingham: _____

Grau de severidade: _____

Capacidade de Autocuidado: _____

ANEXO

ANEXO A

Escore de Framingham revisado para Homens.

ETAPA 1

IDADE	
Anos	pontos
30-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	7
60-64	8
65-69	8
70-74	8

LDL- colesterol	
mg/dl	pontos
<100	-2
100-129	0
130-159	0
160-169	2
>=190	2

HDL- colesterol	
mg/dl	pontos
<35	5
35-44	2
45-49	1
50-59	0
>=60	-2

Pressão Arterial

	Diastólica				
	<80	80-84	85-89	90-99	>100
Sistólica <120	-3	0	0	2	3
120-129	0	0	0	2	3
130-139	0	0	0	2	3
140-159	2	2	2	2	3
>=160	3	3	3	3	3

Diabete	
	pontos
Não	0
Sim	4

Tabagismo	
	pontos
Não	0
Sim	2

ETAPA 2

Soma dos pontos
Idade
LDL-C
HDL-C
Pressão arterial
Diabetes
Tabagismo
TOTAL

ETAPA 3

Total Pontos	Risco ECV 10 anos
≤-2	1%
-1	2%
0	2%
1	2%
2	3%
3	3%
4	4%
5	5%
6	6%
7	7%
8	8%
9	9%
10	11%
11	13%
12	15%
13	17%
14	20%
15	24%
16	27%
≥17	≥32%

ANEXO B

Escore de Framingham revisado para Mulheres.

