

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EDUARDO AUGUSTO MORAES HÜBNER DE SOUZA

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO: UMA
ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO PROTOCOLO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2014

EDUARDO AUGUSTO MORAES HÜBNER DE SOUZA

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO: UMA
ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO PROTOCOLO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para
obtenção do certificado de
especialista.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. PALMIRA DE FÁTIMA BONOLO

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2014

EDUARDO AUGUSTO MORAES HÜBNER DE SOUZA

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO: UMA
ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO PROTOCOLO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Banca Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____

Dedicatória

À comunidade de Conselheiro Lafaiete, que me acolheu.

Aos profissionais de saúde que contribuíram em minha rotina de trabalho, em especial as Equipes de Saúde da Família São João I, II, III e aos funcionários da Regional de Saúde, que me receberam de braços abertos e compartilharam comigo o cuidado em saúde.

Aos meus familiares e amigos que me incentivaram e apoiaram em todos os momentos de minha formação.

Aos meus pais, fonte permanente de apoio.

Agradecimentos

À minha orientadora, professora Dr^a Palmira de Fátima Bonolo, pela dedicação.

A minha mãe, Dr^a Angela Maria de Moraes, meu exemplo.

Aos pacientes de Conselheiro Lafaiete, pelo carinho diário.

“De fato, o que os usuários querem, ao procurar um serviço de saúde, é uma solução para o seu problema, que, às vezes, se pode traduzir em uma receita de medicamentos ou pedidos de exames ou de procedimentos mas que, na maioria das vezes, seria necessário mais do que essa resposta mais comum.”

“É através do cuidado e com o cuidado que se pode levar adiante e concretizar qualquer “projeto” de ser e do ser humano, ou seja, o homem é quem projeta e, ao mesmo tempo, é o cuidador do seu projeto e jeito de levar a sua vida. Portanto, só tem sentido falar em cuidado ao longo do tempo, de uma linha de temporalidade que percorre os ciclos de vida.”

Maria Terezinha Gariglio

RESUMO

O vínculo entre a Equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e os indivíduos favorece a continuidade do tratamento das doenças crônicas, efetividade dos planos de ação, melhorias em saúde e resolubilidade da atenção. Apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir morbidade e mortalidade cardiovasculares, os percentuais de controle da hipertensão são muito baixos em razão da pouca adesão ao tratamento. A não-adesão ao tratamento é multifatorial, sendo assim, requer apoio multidisciplinar. Melhores taxas de adesão foram registradas após intervenções combinadas e estreitamento das relações entre cuidador e paciente. Os objetivos foram desenvolver estratégia para adesão ao protocolo da hipertensão na ESF e estabelecer rotina estratégica e integrada. Esse estudo teve delineamento longitudinal com 50 pessoas de acordo com o critério de inclusão acompanhamento de hipertensão pela ESF São João II. Houve adesão de toda a equipe de saúde e as ações foram desenvolvidas paralelamente às atividades rotineiras. Para coleta de dados foi criado e utilizado o Protocolo de Acompanhamento de Hipertensão (PAH). Após seis meses, é repetida intervenção e realizado o teste de Morisky e Green (TMG). Os dados foram digitados e analisados em um banco de dados no programa Einfo 3.5.1 versão 2006. O Plano de Intervenção foi com o PAH o qual é, basicamente, estratégia combinada que resulta na identificação de problemas individuais para a determinação de planos de ação particulares com apoio multidisciplinar direcionado e contínuo. Estimulando o vínculo e o acompanhamento contínuo multiprofissional, favorece o cadastro HIPERDIA, auxilia o aumento do impacto das intervenções, da magnitude influência benéfica nos fatores de riscos modificáveis, nos fatores de não adesão ao tratamento, no desempenho e integração da ESF. Os cinquenta indivíduos tinham idade média de 61 anos, com predominância da raça branca (52%), escolaridade menor que oito anos (66%), que não relatavam atividades fora do lar (56%), que utilizavam até três medicamentos de uso contínuo (68%). A intervenção foi capaz de beneficiar e incentivar a adoção de dieta adequada (68% vs 80%), a adotar práticas de atividade física (40% vs 52%), reduzir o uso de tabaco (40% vs 16%) e de bebida alcoólica (40% vs 12%). A maioria aplicou a nota dez a ESF (88%), sendo menor (56%) para a autoavaliação. O uso regular das medicações se manteve 88%, pressão arterial normal ou limítrofe (92%), melhora do baixo peso e obesidade no idoso. Após a intervenção não houve procura do grupo pelo atendimento de urgência. O TMG demonstrou boa efetividade da intervenção (90%). O PAH mostrou-se consideravelmente eficiente e adaptável na ESF. Sua utilização pode superar muitas limitações no controle da hipertensão. Ressalta-se uma possível ampliação do PAH para uso das ESF, pois a estratégia possui aplicação prática, custo efetivo total baixo e impacto multifatorial. Propõe-se integração com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Key words: Hypertension, Primary Health Care, Effectiveness

ABSTRACT

The bond between the staff of the Family Health Strategy (FHS) and individuals favors the continuity of care for chronic diseases, effectiveness of action plans, improvements in health and continuity of attention. Despite evidence that antihypertensive treatment is effective in reducing cardiovascular morbidity and mortality, the percentage of control of hypertension are very low because of poor adherence to treatment. Non-adherence is multifactorial, and thus requires multidisciplinary support. Best adherence rates were registered after combined interventions and strengthening of relations between caregiver and patient. The objectives were to develop strategy for initiate the protocol of the hypertension in the FHS and establish strategic and integrated routine. This study was longitudinal design with 50 people according to the inclusion criteria for monitoring hypertension. Adherence to all health team and actions were developed in addition to routine activities. For data collection was created and used the Protocol Monitoring Hypertension (PAH). After six months, repeated intervention is performed and the test Morisky and Green (TMG). Data were entered and analyzed in a database program in Epi Info version 3.5.1. The Intervention Plan was with PAH basically combining strategy that results in identification of individual problems for the determination of individual action plans with targeted and continuous multidisciplinary support. Stimulating the bond and multidisciplinary continuous monitoring helps increase the impact of interventions , the magnitude of the beneficial influence of modifiable risk factors in non- adherence factors, performance and integration of ESF. The individuals had a mean age of 61 years, predominantly white (52%), less than eight years of schooling (66%) who reported no activities outside the home (56%), which used up to three prescription drugs continuously (68%). The intervention was able to benefit and encourage the adoption of proper diet (68% vs 80%), to adopt practices of physical activity (40% vs 52%), reduce tobacco use (40% vs 16%) and drink alcohol (40% vs. 12%). Regular use of medications remained 88%, normal or borderline blood pressure (92%), improved low weight and obesity in the elderly. The TMG has shown good effectiveness of the intervention (90%). The PAH proved to be quite efficient and adaptable in the FHS. Its use can overcome many limitations in the control of hypertension. We highlight a possible expansion of the use of the ESF for PAH because the strategy has practical application, cost effective and low total multifactor impact. It is proposed integrated with the team 's Support Center for Family Health (NASF) .

Palavras-chave: Hipertensão, Atenção Primária à Saúde, Efetividade

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CDI - Classificação Internacional de Doenças

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PAH - Protocolo de Acompanhamento do Hipertenso

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Unificado de Saúde

TMG - Teste de Morisky e Green

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização	11
1.2 Diagnóstico situacional	12
2 JUSTIFICATIVA	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
4 OBJETIVOS	21
5 METODOLOGIA	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	22
7 RESULTADOS	26
8 CONCLUSÕES	34
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

Em conjunto com a prestação de serviços da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Equipe de Saúde da Família estabelece uma rotina padrão que frequentemente sofre aperfeiçoamentos de acordo com as necessidades diárias. Novos diagnósticos e problemas locais, coordenação da demanda espontânea e programada, medidas educativas, entre outros eventos oportunos, coexistem com a dinâmica das atividades de prevenção, promoção, cura e reabilitação, já presentes no cronograma mensal de cada Unidade Básica de Saúde (UBS).

Tal diversidade e mutabilidade de rotina decorrem de seu caráter multifuncional/multidisciplinar e das particularidades locais de cada região, caracterizando a complexidade do atendimento fornecido pelas unidades porta preferencial de entrada. Esta concentração de importâncias e funções nas UBS exige uma capacitação de seus profissionais a ampliarem seus horizontes de atuação e adotarem um foco de tratamento ausente de centralização na doença. Uma abordagem ao indivíduo como pessoa e ampla, como sugerida pela política de saúde atual, requer a construção de equipes eficientes como pré-requisitos para a prestação de serviço integral e longitudinal.

De tal forma, esta capacitação em fornecer ao indivíduo o cuidado, em todos os seus significados como palavra, quando exercida pelos profissionais em suas atividades diárias, além de promover uma abordagem universal (biopsicossocial), estimula a resolubilidade das equipes. Uma postura acolhedora na tentativa de humanizar as relações entre o profissional de saúde e a pessoa assistida induz a população local ao convívio e integração com a UBS e ESF, favorecendo a fidelização da população adscrita.

Ao objetivar o vínculo e depois estabelecê-lo abrem-se portas para melhorias da saúde local. A Equipe Saúde da Família deve estar consciente da importância de criar vínculo com sua população e da proporção de seu alcance benéfico. O grau de saúde local, além de depender dos investimentos públicos, também está associado às atitudes particulares de cada profissional sobre os indivíduos de cada microárea

de atuação e assim, o vínculo está diretamente relacionado à eficácia dos planos de ação e com o desempenho das intervenções em saúde.

Diante disso, retomo o foco às situações da área de atuação da ESF na qual estou inserido através do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e onde crio um novo protocolo local e aplico o plano de ação.

1.2 Diagnóstico Situacional

O município de Conselheiro Lafaiete encontra-se no estado de Minas Gerais, é integrante da Zona da Mata mineira, Brasil. Em seus aspectos geográficos e demográficos, possui uma área de 375 km², uma Taxa de Crescimento Anual de 1,5% e uma população de 116.527 mil habitantes, sendo a densidade demográfica anual de 315,33 habitantes/Km².

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,793, sendo o Crescimento Anual de 1,5 %. A Taxa de Urbanização é de 13,5 Km². Dados socioeconômicos indicam uma Renda Média Familiar de R\$ 773,4, uma taxa de Escolarização de 96,9% com 3,1% de analfabetos. Tem-se 871 moradores abaixo da linha de pobreza, 27.456 mil domicílios com um abastecimento de água tratada de 99,52%. O esgoto por rede pública é de 96,16%.

O município tem indústria, comércio e agropecuária como principais atividades econômicas. Conta com recursos da comunidade: luz elétrica da Cemig; água da Copasa; telefonia da Oi, Tim, Claro, Vivo; correios; sete bancos; hospitais (São José, Queluz, São Camilo, São Vicente); Policlínica. Não há Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no município.

O sistema local de saúde possui em seu cadastro 91.164 mil pessoas. Abrange cinco centros de saúde em total de 221 leitos, 178 médicos, sendo 53 (29,8%) do Sistema Único de Saúde (SUS), 130 dentistas, 35 farmácias, seis ambulâncias municipais e seis particulares, 23 postos de saúde, 20 postos odontológicos, unidade móvel de saúde para atendimento médico e odontológico na zona rural, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e ESF abrangendo 93% da população, isto é, cobertura alta.

Tabela 1- População cadastrada no SUS de acordo com faixa etária, Conselheiro Lafaiete, 2013

Faixa etária (anos)	Total	Percentual (%)
< 1	302	0,3
1 a 4	2627	2,9
5 a 6	1769	2,0
7 a 9	3214	3,6
10 a 14	6450	7,2
15a 19	7482	8,3
20 a 39	30801	34,2
40 a 49	12468	13,8
50 a 59	11679	13,0
≥ 60	13372	14,8
Total	90164	100,0

Fonte: DATASUS, 2013

Desenvolvi este trabalho como médico integrante da ESF (PROVAB) na cidade de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, com ingresso em 01 de março de 2013. Estou responsável pela área São João II composta de seis microáreas no bairro de Albinópolis. A ESF atualmente possui um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS).

A UBS é um estabelecimento amplo e recém-inaugurado com excelentes condições de estrutura física, sendo sua área física de 550m² e atualmente comporta três equipes de Saúde da Família. Seu horário de funcionamento é de 07:00 as 17:00 porta de entrada para uso oportuno dos serviços de saúde, com fácil acesso para população a área São João II, estando bem localizada geograficamente em região plana e central, o que permite acesso rápido para o alcance do serviço.

Após o reconhecimento da área e durante o primeiro mês de atuação, identifiquei alguns problemas locais listados, a seguir:

Exames complementares mensais insuficientes; o atendimento de emergência local (Policlínica) possui infraestrutura inadequada e não suporta a demanda diária; os grupos educativos ocorrem esporadicamente; Prontuários são mal preenchidos e caligrafia irregular; Não estão definidos metas ou plano de ação; Exagero de encaminhamentos às especialidades e solicitação de exame complementar não criteriosa como cultura local (*check-up*); Congestão dos atendimentos das

especialidades, dos laboratórios e das farmácias do SUS; Uso indiscriminado de benzodiazepínicos; Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Irregularidade de adesão ao HIPERDIA; Grande número de pacientes com HAS em descontrolado da doença e tratamento irregular; Uso de medicações anti-hipertensivas em doses inadequadas para tratamento; Pacientes hipertensos sem receitas em mãos e acostumados a receberem medicações desta forma pela UBS através de análise de prontuário e/ou planilha com registros das medicações do usuário; Erro de diagnóstico e tratamento de HAS; Grande número de atendimentos de emergência, internações e complicações de pacientes com HAS; Grande procura de atendimentos por motivos de atestado médico ou solicitação exames complementares por orientação de especialidades; Baixo vínculo de alguns profissionais com a população; Orientação inadequada da população sobre ESF e/ou Policlínica; Uso inadequado da UBS pela população com perda de atendimento oportuno e resolutivo.

Tabela 2- População cadastrada no SUS, UBS São João II, 2013

Cadastro local	Total
Famílias Cadastradas	1311
Pessoas Cadastradas	4163
< 5 anos	185
> 60 anos	645

Fonte: DATASUS, 2013

Tabela 3 – Doenças prevalentes, UBS São João II, 2013

Doenças	Total
Hipertensão Arterial Sistêmica	747
Diabetes Mellitus	146

Fonte: DATASUS, 2013

Segundo, DATASUS 2013, as internações referentes à HAS e suas complicações como Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (Classificação Internacional de Doenças - CID-10), na cidade de Conselheiro Lafaiete durante o período de janeiro a março dos anos 2008 a 2013, totalizaram:

Tabela 4 – Internações por HAS, AVE, IAM, Conselheiro Lafaiete, 2008 a 2013

Ano	HAS	AVE	IAM
2008	157	183	51
2009	96	150	59
2010	80	136	81
2011	112	168	61
2012	97	162	59
2013	13	37	10

Fonte: DATASUS,2013

Observa-se uma tendência a redução do número de internações no município com a implantação e consolidação da ESF.

A capacidade de gestão dos sistemas de saúde é um dado que cursa com grande impacto na Atenção Primária à Saúde (APS) e no desempenho da ESF. Noto que melhorias locais para um acesso a saúde pública de maior qualidade são as principais metas, à medida que o modelo de saúde brasileiro mantém funcionalmente em desenvolvimento à custa da proposta teórica do oferecimento de atenção integral a saúde pela política pública atual. Porém, como seu controle foge de meu campo de atuação, torno o foco à doença Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por possui maior prevalência local e maior frequência na listagem de problemas identificados, sendo assim mais acessível a mudanças. Assim, identifico como nó crítico a HAS em descontrole.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (SBC,2010,p.1), representando um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (SBC, 2010,p.1). Pode ter consequências devastadoras, frequentemente permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua evolução (ROBBINS,2006,p.522). Associa-se às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com consequente aumento do

risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, obtendo alta prevalência e baixas taxas de controle (SBC,2010,p.1). Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS, ASSIS e BARRETO,2006,p.242).

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares. Entre os fatores de risco para mortalidade, a HAS provoca 40% das mortes por AVC e 25% por doença coronariana (SBC, 2007). Dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), divulgados no período de 08/2006 a 08/2009, mostram que há 2.358.647 pacientes com HAS ou HAS e Diabetes Mellitus (DM). São 1.829.037 pessoas com HAS e 529.610 pessoas com HAS e DM. Em Minas Gerais, são 286.868 HAS e 75.594 HAS e DM (DATASUS,2013).

Apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir morbidade e mortalidade cardiovasculares, os percentuais de controle da PA são muito baixos em razão da pouca adesão ao tratamento. Dados na literatura apontam 20% a 40% (SBC, 2010). A taxa de abandono do tratamento, grau mais elevado de não adesão, é crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica (SBC, 2007, p.28). Ainda, outros fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, onde se evidenciam o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos, o acesso aos medicamentos, o grau de educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crônicas e a gestão da adesão ao regime terapêutico influenciam o controle da hipertensão arterial sistêmica (BUGALHO e CARNEIRO, 2004, p.85).

3 REVISÃO DA LITERATURA

A abordagem Comunicacional surgiu nos anos setenta e incentiva os profissionais de saúde a melhorarem as suas competências de comunicação com os doentes (WHO, 2003 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 208). Permitiu que fosse enfatizada a

educação dos doentes e o desenvolvimento de relações de igualdade entre estes e os profissionais de saúde (MACHADO, 2009 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 208). Este modelo tem demonstrado o aumento da satisfação dos pacientes relativamente aos cuidados de saúde prestados. É necessário que o profissional interaja e crie relações cordiais com o paciente, no entanto estas por si só não são suficientes para efetuar mudanças nos comportamentos de adesão à terapêutica (WHO, 2003 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 208). Assim, uma boa adesão envolve fatores como produção da mensagem, incluindo informação sobre os objetivos específicos e o modo de alcançá-los; recepção, compreensão e retenção da mensagem; aceitação ou crença na substância da mensagem e, por último, ação de adesão (PAIS-RIBEIRO, 2007 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 208).

A teoria da Crença Racional assume que todo o comportamento humano é causado por um processo de pensamento lógico e objetivo (PAIS-RIBEIRO, 2007 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 208). Tendo em conta os riscos, benefícios e consequências que possam interferir na saúde do indivíduo, este adota comportamentos de preservação da sua saúde. Logo, a falta de conhecimentos neste âmbito estará na origem da não adesão ao regime terapêutico (PAIS-RIBEIRO, 2007 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 208).

Fatores relacionados à pessoa enferma, também cursam com influência na adesão ao tratamento, destacando-se os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as percepções relativas a episódios de doença, quer anteriores, quer atuais, e as expectativas da própria pessoa. Estão também incluídos a ausência de informação e do suporte para a mudança de comportamentos, a falta de capacidade, de motivação e de autocuidado para gerir o regime terapêutico (BUGALHO e CARNEIRO, 2004; GIORGI, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2007; MACHADO, 2009 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 210).

No que diz respeito aos fatores Relacionais, a importância dos apoios sociais e a relação entre o profissional de saúde e o paciente é salientada (Almeida *et al.*, 2007 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 210), sendo que em diversos estudos se comprovou que quanto mais elevados forem os referidos apoios e quanto melhor for a qualidade da relação profissional de saúde – pessoa, melhores serão os resultados ao nível da adesão (SABATÉ, 2003; LEITE & VASCONCELLOS, 2003 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 211). Ressalta-se a extrema importância do relacionamento que se estabelece

entre a pessoa enferma e os profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações relativas ao tratamento, para que este possa ser seguido corretamente e sem desistências (Giorgi, 2006; Oliveira et al., 2007 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 211). O profissional e a pessoa doente estabelecem uma relação na qual coexistem os dois níveis de saber: crenças leigas e crenças profissionais, interagindo numa díade em que a comunicação vai influenciar a adesão, expectativas e decisões do indivíduo assistido (OGDEN, 2004 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 211). Este fato surge como uma grande problemática na adesão à terapêutica, já que atualmente existe um déficit na comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, dificultando a exposição das opiniões relativas ao tratamento por parte do doente, mantendo-se assim as falsas crenças que estes têm em relação à terapêutica, comprometendo a relação de confiança que deveria existir entre eles (Santos, 2008, apud DIAS *et al.*, 2011, p. 211).

Os métodos para aumentar a adesão ao regime terapêutico podem ser agrupados em quatro categorias principais: a Educação do Doente; a Comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente; a Posologia e tipo de Fármaco; a Disponibilidade dos serviços de saúde em atender o doente (Osterberg e Blaschk, 2005 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 212). Para melhorar a adesão à terapêutica, o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo com o doente e com o prestador informal de cuidados, através da escuta ativa e de uma relação empática, não descurando as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial (MACHADO, 2009 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 212). Bugalho e Carneiro (2004 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 212) apresentam dois tipos de intervenções para melhorar a adesão terapêutica, as intervenções Educacionais e Comportamentais.

As intervenções Educacionais, promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença, facultam informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, através de programas educacionais individuais ou em grupo. O ensino pode ser de transmissão oral e/ou escrita, sob a forma de panfletos e de filmes, entre outros métodos. É obrigatória a clareza e a objetividade da linguagem, que deve ir ao encontro ao nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização. Assim, a educação é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão à medicação (BUGALHO e CARNEIRO, 2004; MACHADO, 2009 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 212).

As intervenções Comportamentais têm como objetivos: incorporar na prática diária mecanismos de adaptação; facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos; otimizar a comunicação e o aconselhamento; simplificar os regimes terapêuticos; envolver os doentes no tratamento; fornecer memorandos e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação (Bugalho e Carneiro, 2004 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 213).

Segundo MacLaughlin *et al.* (2005, apud DIAS *et al.*, 2011, p. 213), através de uma abordagem multidisciplinar, recorrendo às intervenções combinadas (educacionais e comportamentais) e suporte eletrónico, constataram que a taxa de adesão foi de 70% a 90%, enquanto que Bugalho e Carneiro, 2004 referem apenas um aumento da taxa de adesão de 4% a 11% com a utilização de cada um dos vários tipos de intervenções de forma isolada.

Dias *et al.* (2011, p.217), concluíram que é importante que os profissionais de saúde tenham em conta, no planeamento e abordagem das suas intervenções, as atitudes e valores dos indivíduos. A adesão está intimamente associada à relação dos profissionais de saúde com o paciente. Assim sendo, é necessário que os profissionais se preocupem em estabelecer um diálogo proveitoso, utilizando para isso uma linguagem clara, tratamento individualizado e personalizado, atendendo às necessidades de esclarecimento, tendo em conta o respeito pelas suas capacidades cognitivas, crenças culturais e situação económica.

O desenvolvimento de uma relação de empatia entre o profissional de saúde e a pessoa doente é muito importante para o estabelecimento de regras e de um clima de confiança entre ambos, mostrando-se de extrema relevância para a aceitação das sugestões dadas relativas ao tratamento. Costa e Azevedo (2010, p.266) entrevistam médicos sobre a formação e a relação com o paciente. Um dos entrevistados define empatia:

Empatia na consulta médica é a capacidade que nós temos de poder ver no paciente e o paciente ver em nós, um momento de quebrar alguns paradigmas; se nós podemos, com um olhar, ao cumprimentar o paciente, com um sorriso,

quebrar um pouco do medo, da angústia, da ansiedade, nós estamos fazendo empatia na consulta.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a adesão ao tratamento é definida como grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente, sendo vários os determinantes para a não adesão ao tratamento. A seguir seguem orientações da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBC, 2010)

Tabela 7 - Principais determinantes da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica
Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa auto-estima
Relacionamento inadequado com a equipe de saúde
Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço
Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis
Interferência na qualidade de vida após início do tratamento

Tabela 8 - Principais sugestões para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Educação em saúde com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características
Orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida
Informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo
Cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades
Atendimento médico facilitado sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010.

Retomando o contexto das doenças crônicas, em especial as cardiovasculares, as estimativas nacionais apontam que em 2005 ocorreram 1.180.184 internações

por Doenças Cardiovasculares (DCV), com custo global de R\$1.323.775.008,28 (SBC, 2007). Ainda, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (DATASUS, 2009). Tal ocorrência de internações demonstra a necessidade do controle adequado das doenças crônicas para fins de, além de melhoria da saúde do indivíduo, reduzir momentos de agudizações e de morbimortalidade, e paralelamente reduzir atendimentos de emergência, internações e gastos com serviços públicos. Como salientado anteriormente, o estímulo ao vínculo, autocuidado, enfoque ao atendimento humanizado e associação do cuidado em ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação, necessariamente participarão do plano de ação a ser desenvolvido, pois estabeleço como metas da Equipe da Saúde da Família.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Desenvolver uma estratégia, em adesão ao protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica, para uso rotineiro da Equipe de Saúde da Família durante o acompanhamento do paciente hipertenso.

4.2 Específicos

- ❖ Estabelecer uma rotina estratégica para a Equipe da Saúde da Família na abordagem de pacientes portadores de HAS;
- ❖ Promover a integração e desempenho da Equipe da Saúde da Família;
- ❖ Estabelecer o diagnóstico, conscientização e controle em menor tempo da doença HAS;
- ❖ Estabelecer vínculo entre a Equipe da Saúde da Família e os usuários, com estímulo à educação em saúde, às atividades de promoção e prevenção, à adesão ao tratamento contínuo e ao autocuidado;
- ❖ Atualizar bancos de dados (HIPERDIA).

5 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção com delineamento longitudinal. Os critérios de inclusão adotados foram: indivíduos com diagnóstico de HAS, em tratamento anti-hipertensivo ou não, atendidos na Unidade Básica de Saúde do bairro Albinópolis pela ESF responsável pela área São João II, no município de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais. Cinquenta pessoas participaram da intervenção em amostra selecionada por conveniência. Mesmo tendo a intervenção como parte integrante do trabalho da ESF a participação de cada paciente foi voluntária e as ações foram desenvolvidas paralelamente às atividades rotineiras. A privacidade foi mantida através da não-identificação do nome dos pacientes, não sendo aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Houve adesão de toda a equipe da Saúde da Família. Foi utilizado novo modelo para o acompanhamento do paciente portador da doença HAS através de protocolo criado pelo autor. As medidas de pressão arterial diárias pelo método indireto, com técnica auscultatória, utilizando-se esfigmomanômetro aneroide com a agulha registrando zero mmHg com o manguito desinflado. A medida foi realizada com o paciente na posição sentada e com o braço na altura do coração, após cinco minutos de repouso. Considerou-se IMC de $18,5 \text{ kg/m}^2$ e $21,9 \text{ kg/m}^2$ como de baixo peso para o adulto e idoso, respectivamente; maior que $25,0 \text{ kg/m}^2$ como sobrepeso para o adulto e $27,1 \text{ kg/m}^2$ sobrepeso para o idoso. Para obesidade tem-se o IMC maior que $30,1 \text{ kg/m}^2$ para o adulto e maior que $32,1 \text{ kg/m}^2$ para o idoso. Ainda, utilizou-se o Teste de Morisky e Green (TMG)(ANEXO 1) que se têm mostrado útil para a identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento. De acordo com o protocolo do TMG, é considerado aderente ao tratamento o paciente que obtém pontuação máxima de quatro pontos e não aderente o que obtém três pontos ou menos (BEN et al., 2012). Os dados foram digitados e analisados em um banco de dados no programa Epiinfo 3.5.1 versão 2006.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O Protocolo de Acompanhamento do Hipertenso (PAH), criado pelo autor, consiste em uma nova estratégia a ser associada ao protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da ESF. Possui caráter complementar ao protocolo local

da UBS no tratamento da doença HAS. Possui como foco o indivíduo e não a doença HAS, abordando-o simultaneamente com ações combinadas (educativas, comportamentais, preventivas, promoção e curativas) em regime de longitudinal junto à rotina habitual da ESF.

A intervenção tem início na identificação de indivíduo portador de HAS em tratamento anti-hipertensivo ou não, abordado por qualquer integrante da ESF. Independente do motivo da abordagem (consulta médica, triagem, curativo, visita domiciliar, entre outros) o usuário deverá ter sua inserção garantida na intervenção ou ser reconduzido seis meses após a primeira abordagem para seguimento. Para otimizar registros da PA ocorrerá o fornecimento do Cartão de Registros de PA (ANEXO 2) ao usuário, seguido do seu pronto preenchimento. Pacientes em uso de medicações anti-hipertensivas deverão ser orientados a manter o uso regular. De acordo com a triagem, uma consulta médica deverá ser agendada.

O PAH possui duração mínima de três dias, sendo realizado concomitantemente a atualização do cadastro HIPERDIA e seguimento do tratamento do paciente portador de HAS. Para tal, o paciente será recebido pelo profissional técnico de enfermagem ou enfermeiro na UBS para aferição da PA nos dois turnos do dia por três dias consecutivos, viabilizando tais procedimentos em paralelo à rotina usual da ESF. O paciente deverá estar em uso correto da prescrição médica atualizada, portar em mãos o Cartão de Registros de PA (ANEXO 2) e seu receituário atualizado. A ESF deve estar atenta à triagem da demanda espontânea conforme o protocolo local, dessa forma, eventualmente pode haver necessidade intercalar a intervenção com uma consulta médica no mesmo dia se necessário (e.g., paciente sintomático em crise hipertensiva). O PAH consiste na associação de identificação do usuário, suas respectivas UBS e ESF, coleta de dados clínicos, questionário para avaliar o conhecimento em relação à doença em associação à intervenção educativa, identificação de problemas individuais e seguimento multidisciplinar. Deverá ser anexado ao prontuário do paciente para análise de toda a Equipe de Saúde da Família. Ele permite identificar sinais de não adesão ao tratamento dos pacientes portadores de HAS, as situações biopsicossociais atuais dos pacientes, planejamento de intervenções individuais direcionadas aos problemas de cada indivíduo e seu meio. À medida que estes

vão se associando com maior frequência à UBS e à ESF, o estreitamento do vínculo entre as partes auxilia o aumento do impacto das intervenções, ampliando o leque de influência benéfica nos fatores de riscos modificáveis e fatores de não adesão ao tratamento. O PAH está padronizado, a seguir:

Saúde da Família		P.A.H. Protocolo de Acompanhamento do Hipertenso		Arquivar no Prontuário Estratégia de Organização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica		
Nome da unidade de Saúde		Data		Número do Prontuário		
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO						
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data de Nascimento	Sexo	
				/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Raça/Cor	Escolaridade	Ocupação		Nº Cartão SUS		
Situação Familiar/Conjugal		Endereço (Rua, Bairro e Número)				
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE						
PA	Cintura (cm)	Peso (kg)	Altura (cm)	IMC	Sedentário	
X mmHg					Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Tabagismo	Dieta Adequada					
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Etilismo	Glicemia Capilar (mg/d)	Exames Realizados este ano				
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Em Jejum <input type="checkbox"/> Pós Prandial <input type="checkbox"/>	Sangue <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> Teste Ergométrico <input type="checkbox"/> Outros _____				
QUESTIONÁRIO EDUCATIVO*					SIM	NÃO
1 - A HAS é de tratamento pra vida toda?						
2 - Acredita no controle adequado da doença através de mudança de hábitos de vida e uso de medicação anti-hipertensiva?						
3 - Esqueceu-se de tomar suas medicações na última semana?						
4 - Quando irá realizar exames ou consulta médica ou controle da pressão ou sentindo-se bem ou mal, toma as suas medicações?						
5 - Usa suas medicações nos horários adequados?						
6 - Os sintomas sempre aparecem quando a pressão está elevada?						
7 - Buscou atendimento de emergência ou internação este ano?						
8 - Possui dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens?						
9 - Possui dificuldade em tomar suas medicações sozinho?						
10 - O controle inadequado da hipertensão pode resultar em complicações. Cite órgãos que possam ser afetados.					Órgãos:	
CONTROLE DA PA**						
Data da Receita Médica Atualizada		O paciente está em uso regular de suas medicações*** Sim <input type="checkbox"/>		Assinatura do Responsável pelo Atendimento		
Dia 1	Manhã Pressão Arterial _____ X _____ mmHg	Tarde Pressão Arterial _____ X _____ mmHg				
Dia 2	Manhã Pressão Arterial _____ X _____ mmHg	Tarde Pressão Arterial _____ X _____ mmHg				
Dia 3	Manhã Pressão Arterial _____ X _____ mmHg	Tarde Pressão Arterial _____ X _____ mmHg				
NOTIFICAÇÃO ACS						
Questões importantes a serem informadas ao ACS						
Nome ACS Responsável					ACS Comunicado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

* Deverão ser fornecidas as respostas corretas após as respostas do paciente.

**O médico deverá ser comunicado quando houver descontrole da PA.

*** Caso a resposta seja não, o paciente deverá ser orientado ao retorno após utilização adequada das medicações. Considerar demanda espontânea.

Autor: Dr. Eduardo Augusto Moraes Hubner de Souza

A intervenção médica é dividida em dois momentos: a) Análise do PAH; b) Consulta médica. A primeira, consiste na análise breve do PAH, em conjunto com o profissional enfermeiro ou técnico de enfermagem ou ACS, durante intervalos entre consultas médicas para fins de triagem de paciente (e.g., ingressá-lo em regime de demanda espontânea ou programada) e/ou elaboração de plano de ação individual. Tal análise preferencialmente deve ser feita logo após a última aferição da PA do terceiro dia. Na consulta médica, o usuário portador de HAS será conduzido ao tratamento adequado e orientado sobre aspectos importantes do controle de sua doença conforme protocolo os critérios da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010. O médico deverá ter competência cultural para explicar a doença ao paciente em linguagem simples de maneira que o paciente entenda (ex: o sangue circulando em alta pressão vai arranhando a veia e nem sempre dá sintomas; se não tratar todos os dias com o tempo pode ser que machuque algum órgão do seu corpo, como exemplo um AVC, problema no rim, no coração ou na visão, por isso o tratamento é por toda a vida). O preenchimento adequado do prontuário deverá ser feito por toda a Equipe de Saúde da Família, para tornar possível o acompanhamento multiprofissional.

Após confecção do PAH o ACS deverá ser informado sobre o paciente portador de HAS em sua microárea de atuação pelo profissional enfermeiro ou técnico de enfermagem responsável pela realização do PAH do paciente, para seguimento. O ACS deverá analisar e abordar as questões importantes identificadas, ao final do PAH, durante Visitas Domiciliares (VD). O ACS deverá estar atento às necessidades das famílias para identificação de eventuais problemas, como por exemplo, identificação de paciente de baixa escolaridade, com problemas oftalmológicos, uso incorreto de medicações, dificuldades de leitura, dificuldade em usar medicações sozinho, entre outros itens do Questionário Educativo contido no PAH, para intervir com medidas de controle, como por exemplo, realizar orientação familiar, criar estratégias de uso de medicações, orientações gerais sobre uso regular das medicações e medidas comportamentais, agendar consulta médica conforme queixa do paciente, estar atento ao controle oftalmológico dos pacientes, entre outros. O ACS poderá contar com o apoio da ESF na análise e elaboração das intervenções.

Ressalta-se que o conhecimento das características do paciente identificadas no PAH é fundamental para orientar as estratégias de intervenção e que o paciente portador de HAS deverá ter seu reingresso ao PAH após seis meses através do controle do ACS e/ou Enfermeiro.

Existe um déficit na comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes e como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível. Abordagem multidisciplinar tem grau de recomendação I e nível de evidência A(SBC,2010).

Para avaliação da efetividade da intervenção, foi aplicado Teste de Morisky e Green (TMG) (ANEXO 1) após intervenção e análise dos resultados do PAH. Os dados foram digitados e analisados em um banco de dados no programa Epinfo 3.5.1 versão 2006.

7 RESULTADOS

Houve a adesão total da ESF e cinquenta pacientes portadores de HAS foram acompanhados de acordo com a proposta da intervenção.

As características sociodemográficas apontaram que a idade média foi de 61 anos, variando de 20 a 73 anos. A maioria dos participantes estava na faixa de 50 a 69 anos (75%) e era do sexo feminino (68%). Em relação à raça/cor, observou-se uma ligeira predominância da raça branca (52%). A maioria dos pacientes hipertensos tinha igual ou menor a oito anos de escolaridade (66%). Os indivíduos relataram não ter atividade fora do lar (56%), seguido pelos aposentados (28%). Ressalta-se que o conhecimento da baixa escolaridade é fundamental para orientar as estratégias de intervenção.

As características clínicas apontaram o uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos e para outras comorbidades. A maioria tinha até três medicamentos em uso (68%), sendo que houve variação de um medicamento (8%) a sete medicamentos (8%). Os esquemas terapêuticos reforçam a necessidade de ações para informar, apoiar, monitorar o uso racional dos medicamentos, em especial na população idosa.

❖ *Antes da intervenção*

Ao iniciar o acompanhamento do paciente, algumas perguntas foram feitas em relação aos hábitos de vida considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares. Em relação a seguir uma dieta, dezessete pessoas (68%) disseram fazer alguma restrição. Em relação à atividade física, dez pessoas disseram praticar exercícios (40%).

Perguntou-se que nota o paciente daria para a Equipe da Saúde da Família e em relação ao seu cuidado em saúde (autoavaliação). A maioria aplicou a nota dez a ESF (76%), sendo a mínima zero (4%) e outros 4% com nota um. No entanto, a nota da autoavaliação foi menor com 42% se autoavaliando como dez, sendo a nota mínima três (4%).

Em relação à tomada de medicamentos, 86% dos pacientes informaram que fizeram uso regular na semana anterior da intervenção. Sobre o uso do tabaco e bebida alcoólica, 10 pessoas (40%) faziam uso de cada um deles.

A pressão sistólica média antes da intervenção era de 128 mmHg. A média ponderada foi de 128 mmHg. Destaca-se que 36% dos pacientes avaliados encontravam-se em descontrole da doença, tendo uma pessoa com a PA de 160 mmHg. Oito (16%) pacientes apresentavam a PA classificada como limítrofe (130 mmHg). A classificação da pressão arterial foi estabelecida de acordo com os critérios da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010, apresentados por tabela em anexo (ANEXO 3). Em relação à pressão diastólica, oito pacientes (16%) apresentavam pressão diastólica elevada (90 mmHg).

O Índice de Massa Corporal (IMC) do adulto apresentou uma média de 29,33 Kg/m², variando de 24,24 a 30,62 Kg/m². De acordo com os valores descritos na metodologia, dentre os 12 adultos avaliados, 16,7% eram de peso normal (n=2), 41,7% sobrepeso (n=5) e 50% já classificados como obesidade (n=6).

O IMC do idoso apresentou uma média de 26,51 Kg/m², variando de 19,48 a 37,46 Kg/m². De acordo com os valores descritos na metodologia, dentre os 34

idosos avaliados, 44,1% eram de peso normal (n=15), 11,8% de baixo peso (n=4), 35,3% sobrepeso (n=12) e 8,8% obesos (n=3). A medida média da cintura entre as mulheres foi 90,4 cm (valor normal menor que 88 cm), sendo que a maioria (58,8%) estava com valores alterados. A medida média da cintura entre os homens foi 94,19 cm (valor normal menor que 102 cm), sendo que a maioria (87,5%) estava com valores dentro dos padrões da normalidade.

Em relação à medida da cintura, observou-se que as mulheres apresentaram uma medida média de 89 cm, sendo que 56% tinham a medida acima do valor normal para o sexo (maior que 88 cm). Entre os homens, verificou-se uma média de 94 cm com 12,5% acima do valor normal (maior que 102 cm).

As respostas da pergunta sobre os sintomas que podem ocorrer com a pressão elevada foram: cefaleia (n=3), dor de cabeça (n=1), dor na nuca (n=3), dor no peito (n=1), palpitação (n=1), taquicardia (n=5), tontura (n=5) e nenhum efeito (n=6).

As respostas sobre quais órgãos seriam lesados com o controle inadequado da pressão arterial foram: acidente vascular encefálico (n=1), coração (n=17), infarto agudo do miocárdio (n=2), rim (n=2), não sabiam a resposta (n=3).

❖ *Após a intervenção*

Em relação a seguir uma dieta, quarenta pessoas (80%) disseram fazer alguma restrição. Em relação à atividade física, 26 pessoas disseram praticar exercícios (52%). Observou-se que a intervenção foi capaz de beneficiar e incentivar a adoção de dieta adequada (68% vs 80%) para o combate às complicações da hipertensão e a adotar práticas de atividade física (40% vs 52%).

Perguntou-se que nota o paciente daria para a Equipe da Saúde da Família e em relação ao seu cuidado em saúde (autoavaliação). A maioria aplicou a nota dez a ESF (88%), sendo a mínima oito (4%). No entanto, a nota da autoavaliação foi menor com 56% se autoavaliando como dez, sendo a nota mínima um (4%). Durante intervenção percebeu-se que 100% dos entrevistados sentiam-se mais

próximos à ESF em decorrência do maior contato durante o período. As notas acima de 80% destinadas a ESF foram justificadas pela melhor organização do serviço prestado aos pacientes com HAS. Não houve constrangimento dos pacientes durante as respostas, sendo orientados a darem suas notas de acordo com suas próprias opiniões. Houve melhora do conceito na autoavaliação, porém ressalta-se que 12% (nota 1= 2 pacientes e nota 7= 4 pacientes) continuaram a se avaliar com notas baixas, sendo justificado pela maior dificuldade em adesão a medidas comportamentais em relação ao tratamento medicamentoso.

Em relação à tomada de medicamentos, 88% (n=44) dos pacientes informaram que fizeram uso regular na semana anterior da intervenção. Praticamente não houve melhora com a intervenção, ressaltando-se que já tínhamos um alto índice de tomada de medicamentos de forma regular antes da intervenção proposta. Sobre o uso do tabaco e bebida alcoólica, oito pessoas (16%) e seis pessoas (12%) faziam uso de cada um deles, respectivamente. Houve significativa redução dos pacientes que relataram fazer uso de tabaco (40% vs 16%) e de bebida alcoólica (40% vs 12%).

A pressão sistólica média após a intervenção foi de 125 mmHg. A média ponderada foi de 117 mmHg. Destaca-se que nove pacientes (36%) representando a maioria dos avaliados obteve a classificação de PA limítrofe (130-139 x 85-89 mmHg). Dois pacientes (8%) mantiveram a pressão arterial elevada, sendo a máxima observada de 150 mmHg. Em relação à pressão diastólica, dois pacientes (4%) apresentavam pressão diastólica elevada (90 mmHg). Houve melhora significativa com redução principalmente da pressão sistólica média ponderada e com muitos pacientes mudando para a classificação de pressão arterial limítrofe.

O Índice de Massa Corporal do adulto (IMC) apresentou uma média de 29,46 Kg/m², variando de 20,60 a 38,20 Kg/m². De acordo com os valores descritos na metodologia, dentre os doze adultos avaliados, 8,3% eram de peso normal (n=1), 41,7% sobrepeso (n=5) e 50% classificados como obesidade (n=6). Não houve mudanças com a intervenção proposta.

O IMC do idoso apresentou uma média de 26,50 Kg/m², variando de 19,47 a 31,00 Kg/m². De acordo com os valores descritos na metodologia, dentre os 34 idosos avaliados, 52,9% eram de peso normal (n=18), 8,8% de baixo peso (n=3), 32,3% sobrepeso (n=11) e 5,9% obesos (n=2). Houve uma melhora no quadro geral, especialmente no baixo peso e obesidade. Importante salientar que foi utilizada a mesma balança calibrada, não ocorrendo erro de aferição. Houve redução do baixo peso e do sobrepeso mais o obeso.

Em relação à medida da cintura, observou-se que as mulheres apresentaram uma medida média de 90 cm, sendo que 58,8% tinham a medida acima do valor normal para o sexo (maior que 88 cm). Entre os homens, verificou-se uma média de 92 cm com 14,3% acima do valor normal (maior que 102 cm). Houve discreta piora das medidas pós-intervenção.

As respostas da pergunta sobre os sintomas que podem ocorrer com a pressão elevada após a intervenção foram: cefaleia (n=5), dor de cabeça (n=1), dor na nuca (n=4), enjoo (n=1), palpitação (n=2), taquicardia (n=3), tontura (n=6). Houve melhora do conhecimento sobre os sintomas que acompanham a elevação da pressão arterial. As respostas sobre quais órgãos seriam lesados com o controle inadequado da pressão arterial após a intervenção foram: acidente vascular encefálico (n=6), coração (n=11), infarto agudo do miocárdio (n=6), rim (n=2), olho (n=1) e não sabia a resposta (n=1). Houve melhor compreensão dos órgãos que são impactados pelo descontrole da pressão arterial.

O Quadro abaixo apresenta a avaliação do conhecimento e percepção da prevenção e cuidados em relação à hipertensão arterial sistêmica antes da intervenção (AI) e posterior a intervenção (PI).

Quadro 1 – Conhecimento e percepção da prevenção e cuidados com a hipertensão arterial, ante e após a intervenção, Conselheiro Lafaiete, 2013

Perguntas	AI		PI	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)

A hipertensão é de tratamento para a vida toda?	40 (80)	10 (20)	48 (96)	2 (4)
Acredita no controle adequado da doença através de mudança de hábitos de vida e uso de medicação anti-hipertensiva?	44 (88)	6 (12)	50 (100)	-
Usa a medicação anti-hipertensiva nos horários adequados?	46 (92)	4 (8)	48 (96)	2 (4)
Sentindo-se bem ou mal toma as medicações?	50 (100)	-	50 (100)	-
Quando realiza exames ou consulta médica toma suas medicações?	34 (68)	16 (32)	45 (90)	5 (10)
Esqueceu-se de tomar as medicações nesta semana?	6 (12)	44 (88)	7 (14)	43 (86)
Os sintomas sempre aparecem quando a pressão está elevada?	16 (32)	34 (68)	6 (12)	44(88)
Sabe o nome do PSF da sua área?	30 (60)	20 (40)	44 (88)	6 (12)
Sabe o nome do ACS da sua área?	40 (80)	10 (20)	44 (88)	6 (12)
Sabe a diferença do serviço do PSF e do Pronto Socorro?	41 (82)	9 (18)	50 (100)	-
Buscou atendimento de urgência ou internação por descontrole da PA ou suas complicações?	18 (36)	14 (64)	-	50 (100)

De acordo com o Quadro 1, observou-se que a intervenção teve um benefício para os pacientes avaliados: a) melhoria da compreensão que o diagnóstico da hipertensão arterial é de uma doença crônica e que deve ser acompanhada rotineiramente; b) compreensão de que o uso dos medicamentos deve ser acompanhado de mudança em hábitos de vida; c) importância de seguir os horários de tomada dos medicamentos; d) modificação da percepção de que ao realizar exames laboratoriais não se deve parar de tomar os medicamentos anti-

hipertensivos, sendo que o mesmo raciocínio se aplica ao uso durante um retorno de consulta com o médico, na presença ou ausência de sintomas e durante a realização do controle de PA (ANEXO 2); e) modificação do conhecimento de que nem sempre aparecerão sintomas com o descontrole da pressão visto que a doença pode ser expressa de forma silenciosa. Destaca-se que após a intervenção não houve procura pelo atendimento de urgência ou emergência e que todos os pacientes souberam indicar órgãos passíveis de lesão durante o descontrole da doença.

A avaliação dos 50 participantes demonstrou que o número de consultas médicas para o controle da hipertensão arterial sistêmica variou de uma consulta (52%), duas (44%) até seis consultas (4%).

O número de dias para o controle da HAS variou de um dia (8%), dois (56%), três (32%) até cinco (4%). Somente 14 pessoas (28%) afirmaram já ter buscado por informações sobre sua doença.

O número de vezes que procurou pelo médico no período avaliado foi de nenhuma vez (4%), semanalmente (36%), quinzenalmente (28%), mensalmente (24%) e somente quando sente mal (8%).

Segundo VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBC, 2010) e 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos revelaram baixos níveis de controle da PA (média de 19,6%). Estima-se que essa prevalência pode estar superestimada, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados, por exemplo, diferentes períodos de avaliação. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura da Estratégia da Saúde da Família, demonstrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas

e das agências governamentais são fundamentais para se atingir e manter metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS.

Em relação aos resultados da aplicação do TMG (ANEXO 1) temos as seguintes pontuações médias alcançadas após a intervenção ter sido encerrada no período de três visitas junto aos profissionais da ESF: a) 96% dos pacientes fizeram uso dos medicamentos durante toda a semana (sete dias); b) 6% apenas relataram esquecimento de um ou mais comprimidos (variando de um a três); c) 96% informaram que a medicação funciona muito bem para a sua doença hipertensiva e 4% disseram que funciona regular; d) 4% relataram que a medicação incomodou muito e 96% disseram que não incomodou nada.

Sobre a lista de problemas com os medicamentos obtivemos os seguintes resultados: a) 8% disseram que tinha um pouco de dificuldade em abrir e fechar a embalagem dos medicamentos e 92% não relataram dificuldades, sendo que um dos pacientes justificou a dificuldade pela comorbidade de Parkinson; b) 16% informaram não conseguir ler as embalagens, 4% achavam difícil a leitura e 80% não tinham problemas. Os motivos alegados para as dificuldades foram demora no encaminhamento para o oftalmologista e analfabetismo; c) 4% disseram ser difícil lembrar-se de tomar os medicamentos, 4% apontaram ser um pouco difícil e 92% não ter problemas. A justificativa de alguns foi a dependência do suporte de filhos e esposo; d) 12% disseram ser um pouco difícil conseguir os medicamentos e 88% não ter problemas; e) 100% disseram que não era difícil tomar o número de comprimidos prescritos.

Em relação aos escores do TMG, observou-se que cinco pacientes (10%) tinham escore sugestivo ou potencial de não adesão; dois (4%) tinham crenças sobre a medicação que o colocavam no rastreamento positivo para barreiras de tomada da medicação e 12 (24%) obtiveram escores que indicavam barreiras de recordação para o uso racional de medicamentos.

Não houve dificuldades na aplicação do TMG (ANEXO 1) na população avaliada. Em geral, o teste demonstrou a boa efetividade da intervenção, mas ao mesmo tempo, levantou pacientes que necessitam de acompanhamento contínuo da ESF para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

8 CONCLUSÃO

O Protocolo de Acompanhamento do Hipertenso (PAH) enaltece a conscientização da população e a intervenção com ações combinadas (preventivas e curativas). Favorece a atualização de bancos de dados (HIPERDIA), a abordagem multidisciplinar no tratamento da HAS em longo prazo e a humanização da saúde. Possui caráter inovador visto que aborda os déficits atuais da prestação de serviço público e demonstra efetividade após inserir os itens mencionados anteriormente como subsídios para estimar melhorias na adesão ao tratamento dos pacientes envolvidos.

Atualmente nota-se a valorização de medidas preventivas, vigilância em saúde e ao atendimento humanizado, o que confere destaque ao PAH por considerá-lo plausível e aplicável simultaneamente à rotina habitual da demanda espontânea e programada da equipe de saúde da família abordada.

Uma vez que o PAH torna organizada a prestação do atendimento ao hipertenso, a ESF passa a intervir integralmente através abordagens em etapas, favorecendo que todos os pacientes envolvidos recebam uma assistência ampla e continuada. Verificou-se ainda, que em regime de Estratégia de Saúde da Família, atuou com impacto benéfico multifatorial, motivo pelo qual foi creditada expectativa otimista na sua institucionalização como protocolo local em caráter complementar ao protocolo da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBC, 2010) e ao protocolo local de classificação da demanda dos atendimentos da UBS.

Percebeu-se que não há consenso no protocolo da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBC, 2010) sobre um modelo básico na realização das intervenções em prol da adesão ao tratamento destes pacientes, apesar de estabelecer os principais determinantes da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo e as principais sugestões para a adesão. Da mesma forma, não há tal proposta pelo Ministério da Saúde, apesar de criar estratégias nacionais como o “Programa Saúde não tem preço”, Ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), “Programa Academia da Saúde” e “Programa Saúde na Escola”.

Dessa forma, ressalta-se uma possível ampliação do PAH para uso de outras ESF visando melhorias na prestação de serviço público, pois a estratégia aborda

todos os principais itens da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBC, 2010), supre as necessidades da Estratégia Nacional de Formulação de Diretrizes Nacionais de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Prevenção de Doença Cardiovascular e Doença Renal Crônica, que possuem um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento. Além disso, na avaliação do TMG, que se têm mostrado útil para a identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento, obteve-se apenas 10% dos pacientes potencialmente não aderentes, enquanto a literatura aponta 60% a 80% (SBC, 2010).

O PAH também aborda um custo efetivo total baixo pois fundamenta-se na coordenação da prestação do serviço e no atendimento humanizado. Apesar de seu caráter baixo custo o PAH, em regime de protocolo nacional, pode obter amplo impacto através da coordenação do serviço entre a equipe multidisciplinar, pois envolve uma proposta de intervenção combinada e simultânea a rotina da ESF, em regime de tratamento contínuo e humanizado em estímulo a criação de vínculo, atualização de banco de dados e ao autocuidado. Estima-se que sendo colaborativa ao controle da HAS, essa proposta ainda possui impacto na redução da demanda espontânea e programada, atendimento das agudizações da doença, atendimentos em serviços de emergência, complicações da doença, número de internações e conseqüentemente gastos com a saúde pública.

Ressalta-se que a proposta EDUPA em relação ao protocolo de atendimento da ESF mostrou-se consideravelmente eficaz no esclarecimento do diagnóstico, identificação da hipertensão do “avental branco” e da “hipertensão mascarada”. Sua maior utilização pode superar muitas limitações da tradicional medida da PA no consultório, sendo de custos mais baixos e de mais fácil execução que a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), embora com limitações, como a não avaliação da pressão arterial durante o período de sono.

Verificou-se ainda aplicabilidade satisfatória na rotina da Estratégia Saúde da Família, pois ainda que sua fase inicial houvesse necessidade de adaptação, à medida que houve controle dos níveis pressóricos dos pacientes, ocorria alta ambulatorial e conseqüente descongestionamento da demanda espontânea e programada. Dessa maneira, todos os objetivos da intervenção foram alcançados.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de medidas de prevenção da hipertensão arterial representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área da saúde. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (SBC,2010,p.3).

Em relação às limitações do estudo, considerou-se que apesar do seu curto prazo a intervenção mostrou-se impactante suficiente para demonstrar saldo positivo na saúde dos pacientes e no melhor controle da HAS. Porém na análise do IMC e cintura abdominal, não houve mudanças significativas no período. Tal fato corrobora a ideia da necessidade de sustentabilidade do tratamento do paciente com hipertensão junto à Estratégia Saúde da Família e, ainda, o auxílio do NASF.

Dessa forma, o autor desse trabalho propôs a integração do NASF ao PAH e para que isso se torne realidade, ações estão sendo elaboradas como, abordagem de grupo com o nutricionista e profissional de educação física. Assim, após a intervenção do PAH, o paciente teria garantido a intervenção educativa alimentar e a prática de exercícios físicos. As microáreas seriam atendidas de acordo com um sistema de rodízio.

Ressalta-se que a proposta completa incluiria a orientação dietética, estímulo a caminhada rotineira por meio da criação do grupo “Eu sou 12 por 8”. Avalia-se que tal medida poderá ter impacto biopsicossocial, sendo capaz de suprir as necessidades de controle de peso, redução de níveis pressóricos, melhorias dos resultados de exames complementares, melhoria da inclusão social, redução do uso de medicações controlada e melhoria das relações sociais.

REFERÊNCIAS

BEM,A.J; NEUMAN,C.R.; MENGUE,S.S. **Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos.** Revista de Saúde Pública, 46(2):279-289, 2012.

BUGALHO,A.; CARNEIRO,A.V. **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas.** Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISSN:1074-308, 2004.

COSTA,F.D.; AZEVEDO,R.C.S. **Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo.** Revista Brasileira de Educação Médica, 34(2): 261-69, 2010.

DIAS,A.M.; CUNHA, M.; SANTOS,A.; NEVES,A.; PINTO,A.; SILVA,A.; CASTRO,S. **Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura.** Millenium, 40: 201-219, 2011.

DATASUS. Disponível em:< <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201> >.Acesso em: 20 set. 2013.

DATASUS. **Hiperdia. Sistema de cadastramentoe acompanhamento de hipertensos e diabéticos.**Disponível em:< <http://hiperdia.datasus.gov.br/>> Acesso em: 10 de out. 2013.

PASSOS,V.M.A.; ASSIS,T.D.; BARRETO,S.M. **Hypertension in Brazil: Estimates from Population-Based Prevalence Studies.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, 15(1): 35–45, 2006.

ROBBINS, COTRAN. **Fundamentos de Patologia.** 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Rev Bras Hipertens, 17(1):31-43, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Disponível em:<
<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensao associado s.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

ANEXO 1

Rev Saúde Pública

ANEXO. Versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire.

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.


Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Escore de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que "não sabia" a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE \geq 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESÃO soma:		Tregime
CRENÇAS		
DC1. O R relatou "não funciona bem" ou "não sei" na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE \geq 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		Tcrenças
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata "muita dificuldade" ou "alguma dificuldade" em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE \geq 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		Trecord

R = respondente NR = não respondente

ANEXO 2

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE P. S. F.	
CARTÃO DO HIPERTENSO			
NOME			
DATA NASC.			
SEXO		ESTADO CIVIL	
FAZ USO DE MEDICAMENTOS			
ENDEREÇO			
<i>Sabendo viver com a Hipertensão</i>			

DATA	P.A.		DATA	P.A.	
	MAX	MIN		MAX	MIN

INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES:

1 - Fatores que predisõem ao desenvolvimento ou agravam a hipertensão: obesidade, consumo excessivo de sal, fumo, tensão nervosa, ansiedade, nervosismo, uso de pílulas anticoncepcionais, idade, hereditariedade, raça, sexo, sedentarismo.

2 - Sintomas mais comuns: dor de cabeça, tonturas, palpitações, fogachos (calores pelo corpo), epistaxes (sangue pelo nariz), alterações da visão, náuseas (enjôos), mal estar geral, sensação de abafamento, dispnéia (falta de ar), dor no peito e insônia.

3 - Como prevenir a hipertensão: Fazer o controle periódico da pressão arterial e evitar os fatores que podem influenciar na sua elevação.

4 - Como tratar a hipertensão: Seguindo os conselhos da equipe de saúde e uso correto e contínuo da medicação prescrita. O doente poderá manter a pressão controlada, melhorando a qualidade de vida e mantendo as atividades produtivas.

5 - Faça o controle periódico de sua pressão arterial.

ANEXO 3

Tabela 6 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010