






# Estratégia para adesão dos pacientes ao Hiperdia: contribuições e relatos da assistência

Adriana Ramos Fernandes Lessa <sup>1\*</sup>, Carlos Letácio Silveira Lessa da Silva <sup>2</sup>, Ana Luiza Ramos Fernandes Lessa da Silva <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Universitário FTC (UniFTC), Salvador, Bahia, Brasil

<sup>2</sup> Centro Universitário Dom Pedro II (UNIDOMPEDRO), Salvador, Bahia, Brasil

Prezado editor chefe,

Sabe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença não transmissível e crônica e está elencada nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Sabe-se que a HAS é uma doença multifatorial, que possui um caráter genético que pode variar de 25 a 60%. Atinge uma parcela de aproximadamente 25% da população sendo considerada um problema de saúde pública no mundo. Existe uma prevalência nas populações dos países em desenvolvimento com uma perspectiva de elevação para 29% até o ano de 2025. Estima-se que um em cada três adultos no mundo são atingidos pela HAS, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) [1].

Dentre as DCNTs, a HAS tem sido apresentada como uma das maiores causas de óbitos em todo mundo, sendo apontada como um dos principais agentes que têm provocado elevado número de mortes de forma precoce, causando detrimento da qualidade de vida, alta limitação das atividades laborais e de lazer, além de causar impactos na economia do país e das famílias tendo em vista a incapacitação precoce dos indivíduos, comunidades e da sociedade em geral, agravando as desigualdades e elevando o nível de pobreza dos países pois ocorrem em regiões de baixa ou média renda, onde 29% das pessoas têm menos de 60 anos de idade. Contudo, temos a destacar que apesar do crescimento acelerado das DCNTs, o seu impacto pode ser amenizado através de estratégias que podem levar a detecção precoce bem como seu tratamento oportuno [2].

A detecção precoce e o controle da HAS devem ser observadas de forma permanente a fim de que o diagnóstico precoce facilite e amenize os efeitos deletérios secundários como a insuficiência renal, acidente vascular cerebral entre outros que possam acarretar prejuízo aos órgãos alvos como coração, cérebro e rins e que venham surgir em função de um atraso na identificação e no tratamento da patologia [3]. O tratamento e prognóstico devem ser indicados somente após a confirmação e classificação da doença, sendo a mesma classificada e dividida em dois tipos de acordo com sua causa, a saber: a hipertensão primária, não tem uma causa específica conhecida e é a que atinge o maior número de pacientes, correspondendo a 90% dos casos e a hipertensão secundária, provocada

\*Correspondence:  
Avenida Luís Viana, 8812, Salvador, Bahia, Brasil. CEP 41.741-590.  
E-mail: dricafernandes@gmail.com

por uma causa identificável, sendo ainda conforme os estágios classificados como: Estágio I corresponde à pressão acima de 140/90 e abaixo de 160/100. Estágio II ocorre acima de 160/100 e abaixo de 180/110. Estágio III é marcado pela pressão acima de 180/110 [4].

Na condição de médica de família e comunidade, levantei dados secundários, coletados sobre HAS no município de Lauro de Freitas, Bahia, Brasil, através do cadastro individual de pessoas no e-SUS referentes a equipe 2 da Unidade de Saúde da Família (USF) Noel Alves da Cruz de Portão, com o intuito de cadastrar e criar uma estratégia de adesão ao tratamento medicamentoso.

A Equipe 2 da ESF Noel Alves da Cruz possui uma população adscrita cadastrada de 3100 pessoas, o equivalente a aproximadamente 70% do cadastramento preconizado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) nº de 2436 de 21 de setembro de 2017, ressalta-se que processo de cadastramento não está finalizado, por essa razão o estudo possui apenas 70% da população total, porcentagem que é preconizada pela PNAB com suas reorientações ao processo de trabalho da Atenção Primária em Saúde [5]. Nessa amostra populacional há um total de 2274 pessoas com mais de 20 anos cadastradas, dentre elas 433 pessoas são portadoras de hipertensão, totalizando aproximadamente 19,04% da população cadastrada maior que 20 anos e 29 pessoas com complicações cardiovasculares, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e ou Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo que há 17 pessoas com AVC e 12 pessoas com IAM o que equivale a 6,7% da população hipertensa cadastrada.

Com intuito de criar uma estratégia para que fosse atingida uma boa adesão ao tratamento e ao diagnóstico precoce bem como um controle adequado dos níveis pressóricos, a equipe 2 montou um plano de enfrentamento da patologia, onde ficou pactuado que seria reduzido o intervalo de espera entre as consultas, sendo realizada a cada três meses intercalada entre consulta médica e de enfermagem, além de acompanhamento multiprofissional com nutricionista e educador físico e início de tratamento do tabagismo (grupo de tabagismo).

Por ser a hipertensão arterial multifatorial e envolver orientações voltadas para vários objetivos, poderá requerer o apoio de outros profissionais de saúde além do médico. A formação da equipe multiprofissional irá proporcionar uma ação diferenciada aos hipertensos [6].

De acordo com a pesquisa da Sociedade Brasileira de Hipertensão a dimensão do problema de saúde pública mundial ocasionado pela HAS, tem sido relevante para o aprimoramento e criação de métodos de controle de forma a ampliar e aperfeiçoar os mecanismos para diagnóstico e tratamento desta doença [7].

Primeiro os pacientes são captados pelos Agentes Comunitários de Saúde junto a suas 6 microáreas que agendam consulta com a médica onde será feito o diagnóstico, solicita-se o MAPA ou MRPA, exames laboratoriais (bioquímica) para avaliar as funções metabólicas, tireoidiana, glicêmica, função renal e exames cardiológicos. Após a realização dos exames o paciente remarca consulta, ainda sem agendamento programado garantido, pois ainda se encontra em processo

diagnóstico para HAS, sempre com a médica para fazer o diagnóstico, ou não, de HAS. A partir da consulta diagnóstica o paciente já fica com todas as suas consultas agendadas de 90 em 90 dias na USF com os profissionais da equipe técnica mínima alternadas entre médica e enfermeira da equipe 2 caracterizando o cuidado continuado e programado preconizado no e-SUS e também dentro desse período de três meses o paciente é inserido no processo de abordagem a melhora do estilo de vida (MEV) através de consulta ou grupo, assim as consultas passam a ser programadas, de forma a mantê-lo em contato estreito com a ESF, aumentando o vínculo entre profissional e paciente, conseguindo uma melhor adesão ao tratamento da HAS.

Com essa estratégia de enfrentamento mais intensa conseguimos ter um controle melhor dos pacientes, uma adesão maior ao tratamento e um maior comprometimento deles, após uma melhor abordagem em termos de promoção, proteção e assistência da saúde.

Após essas ações uma taxa percentual de adesão de 70% dos pacientes hipertensos com desenvolvimento de complicações de IAM ou AVC foi garantida. A equipe optou por intensificar o processo de resolutividade da assistência ao paciente portador de hipertensão, intensificando o processo de intervenção terapêutica, com a coparticipação do indivíduo, baseado nos princípios do Método clínico centrado na pessoa (MCCP).

Apesar do Ministério da Saúde preconizar 1 consulta a casa 6 meses, totalizando 2 consultas ano, conforme o protocolo de atenção ao paciente hipertenso ou portador de doença crônica não transmissível, a equipe optou por aumentar essa oferta de consultas para 4 atendimentos por ano, sempre com agendamento prévio, evitando deixar o paciente solto no sistema de marcação [8].

Essa mudança no processo de atendimento ao hipertenso teve como principal resultado um controle terapêutico excelente nos pacientes desse grupo, gerando uma taxa de complicações de condições de cardiovasculares de 6,7%, o que significa que essa equipe de atenção primária à saúde atingiu uma efetividade e resolutividade, melhor até do que se preconiza nas diretrizes da APS, onde é definido como uma equipe resolutiva a equipe que consegue resolver entre 80 a 90% das condicionantes de saúde de sua população adscrita.

Frente ao exposto, acredita-se que é indispensável a publicação de estudos que envolva tão temática, com o fito de apontar caminhos para a melhor resolutividade da APS e do Programa Hiperdia.

## **REFERÊNCIAS**

1. BELFORT, I. K. P. et al. Elevação de níveis pressóricos em uma comunidade quilombola. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, [S. l.], v. 30, n. 3, 2017.
2. MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. de; SILVA JUNIOR, J. B. da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil,

2011 a 2022. [S. l.], 2011.

3. PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S. l.], v. 6, p. 33–39, 1998.
4. PEDROSA, R. P.; DRAGER, L. F. Diagnóstico e classificação da hipertensão arterial sistêmica. *MedicinaNET [Internet]*, [S. l.], 2017.
5. MINISTRO, B. M. da S. G. do. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>, Accepted: 2018-11-07T11:50:05Z, 22 set. 2017. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/1811>. Acesso em: 23 dez. 2021.
6. MION JR, D. et al. IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de cardiologia*, [S. l.], v. 82, p. 1–1, 2004.
7. KOHLMANN JR, O. et al. III Consenso Brasileiro de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, [S. l.], v. 43, p. 257–286, 1999.
8. LC\_HAS\_NO\_ADULTO.PDF. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/resources/linhas-completas/LC\\_HAS\\_no\\_adulto.pdf](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/resources/linhas-completas/LC_HAS_no_adulto.pdf). Acesso em: 23 dez. 2021.