

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**A CONSULTA DE ENFERMAGEM BASEADA NA ENTREVISTA MOTIVACIONAL
COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
Um ensaio clínico randomizado**

PÂMELA LEITES DE SOUZA STEFFEN

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**A CONSULTA DE ENFERMAGEM BASEADA NA ENTREVISTA MOTIVACIONAL
COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
Um ensaio clínico randomizado**

PÂMELA LEITES DE SOUZA STEFFEN

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Avaliação
e Produção de Tecnologias para o SUS no
Programa de Pós-Graduação em Avaliação
de Tecnologias para o SUS do Grupo
Hospitalar Conceição.

Orientador: Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

Co-orientadora: Dra. Claunara Schilling Mendonça

Porto Alegre
2019

Dedico este trabalho a todos os pacientes
que o tornaram possível, que me
modificaram de tantas e diferentes formas na
busca de um fazer mais humano e de um
estilo de vida mais saudável.

Em especial a um deles que disse: “Tu não
imaginas o quanto participar do programa
mudou a minha vida. Eu estava morta em
vida e não sabia. ”

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades e pelas pessoas maravilhosas que segue colocando em meu caminho.

À minha família e amigos, em especial ao meu marido, a minha irmã e minha mãe, pelo apoio e compreensão por tantos momentos de ausência e ansiedade.

Aos meus orientadores pelo afeto, suporte e direcionamento.

À equipe de pesquisa pela disposição, dedicação e por acreditar nesse projeto, tornando-o possível.

À equipe de saúde dos cenários de pesquisa que nos acolheram e incentivaram a sua realização.

Aos pacientes, a quem dedico esta tese, pois sem eles, nada disso teria sido idealizado e se tornado realidade.

Aos componentes da banca, por aceitarem, prontamente, ao convite e por suas contribuições na qualificação desta tese.

A todos que, de algum modo, contribuíram para a construção e realização desta dissertação.

A minha mais sincera gratidão, a todos vocês.

*“Três paixões, simples mas
irresistivelmente fortes, governam minha
vida: o desejo imenso de amar, a procura do
conhecimento e a insuportável compaixão
pelo sofrimento da humanidade”.*

Bertrand Russel

RESUMO

Introdução: A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e a Hipertensão Arterial (HA) constituem-se como grandes desafios aos sistemas de saúde mundialmente, e possuem como pilares para o seu controle e redução da morbimortalidade a promoção da adesão e do autocuidado. A Entrevista Motivacional (EM) surge como um estilo de comunicação habilidoso que tem se mostrado efetivo para promover mudanças em uma ampla variedade de comportamentos relacionados com a saúde, entre eles, na Hipertensão e Diabetes. **Objetivos:** O presente estudo teve por objetivo avaliar a efetividade da Consulta de Enfermagem baseada nos pressupostos e técnicas da Entrevista Motivacional para o controle da DM2 e HA na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Tratou-se de um ensaio clínico randomizado, controlado, paralelo e duplo-cego realizado em três Unidades de Saúde da Zona Norte de Porto Alegre, no período de junho de 2018 a julho de 2019. Participaram do estudo 194 portadores de DM2 com diagnóstico de HA associado, estratos de risco 3 e 4, os quais foram randomizados eletronicamente para Grupo Teste/EM e Grupo Controle / Abordagem convencional. O Grupo Teste recebeu a intervenção consulta de enfermagem baseada nos pressupostos e técnicas da Entrevista Motivacional (EM) por profissional treinado com 20h e o Grupo Controle consulta de Enfermagem usual conforme rotina desses serviços. Como variáveis dependentes e de desfechos principais foram avaliadas as diferenças médias de hemoglobina glicada (HbA1c) e de pressão arterial, na linha de base e a partir de 3 meses após o término das intervenções. Como desfechos secundários foram avaliados nível de adesão, nível de autoeficácia geral e graus de importância e de confiança para a mudança de comportamentos não saudáveis, a partir de instrumentos específicos, auto aplicados. Os sujeitos da pesquisa, o responsável por sua randomização e alocação, os aferidores dos desfechos, bem como os responsáveis pela análise de dados foram cegados. **Resultados:** Dos 194 diabéticos e hipertensos que receberam as intervenções, completaram o estudo após uma média de 6 meses de acompanhamento, 175 pacientes, representando 81 pessoas no grupo Controle/Abordagem convencional e 94 no grupo Teste/EM. Houve diferença significativa entre os grupos com melhora no grupo Teste/EM para os desfechos Pressão Arterial Sistólica - PAS ($p=0,000$), Pressão Arterial Diastólica – PAD ($p=0,000$), Escore total de Adesão Martín-Bayarre-Grau ($p=0,011$) e suas dimensões ‘Cumprimento do tratamento’ e ‘Implicação pessoal’ ($p=0,033$; $p=0,031$). Os níveis tensionais dos pacientes que receberam a intervenção com Entrevista Motivacional apresentaram redução média de 15,2 mmHg (DP=2,6 mmHg) em PAS e de 6,4 mmHg (DP=1,4 mmHg) em PAD, em comparação ao grupo controle. O grupo Teste apresentou ainda decréscimo de 0,3% em HbA1c entre grupos, além de ter tido redução média intragrupo significativa de 0,5% na conclusão do estudo ($p=0,001$), com máxima de -5,3% e mínima de +2%. **Conclusão:** A consulta de Enfermagem baseada na Entrevista Motivacional se mostrou efetiva na redução dos níveis pressóricos e glicêmicos, bem como na melhora dos níveis de adesão em pacientes hipertensos e diabéticos no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Registro do Ensaio clínico: NCT03729323.

Palavras-chave: Entrevista Motivacional. Diabetes Mellitus tipo 2. Hipertensão Arterial Sistêmica. Doenças crônicas. Autocuidado.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 -	Grau de severidade da condição crônica e capacidade para autocuidado.....	21
Figura 2 -	Níveis das condições crônicas e suas ações recomendadas.	21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DAP	Doença arterial periférica
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
DC	Doenças crônicas
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
EAGP	Escala de Autoeficácia geral percebida
EM	Entrevista Motivacional
FR	Fator de risco
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HA	Hipertensão arterial
HbA1c	Hemoglobina glicada
HIPERDIA	Programa de Hipertensão e Diabetes
MBG	Instrumento Martín-Bayarre-Grau
MEV	Mudanças de estilo de vida
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1	DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	16
3.2	ADESÃO E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE NO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS	22
3.3	RECOMENDAÇÕES DE MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA NAS DOENÇAS CRÔNICAS.....	26
3.3.1	Atividade física	27
3.3.2	Controle de peso e dieta	29
3.3.3	Tabagismo	32
3.3.4	Consumo de álcool	33
3.3.5	Controle do estresse	34
3.4	A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	36
3.5	A ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO MANEJO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	39
4	MÉTODOS	44
4.1	DESENHO DO ESTUDO	44
4.2	PARTICIPANTES.....	44
4.2.1	Critérios de inclusão	45
4.2.2	Critérios de exclusão	45
4.3	INTERVENÇÕES	45
4.4	DESFECHOS	46
4.4.1	Variáveis independentes.....	47
4.4.2	Variáveis de desfecho	48

4.4.3	Aferição dos desfechos	48
4.4.4	Instrumentos de mensuração.....	50
4.5	TAMANHO DA AMOSTRA.....	51
4.6	RANDOMIZAÇÃO: SEQUÊNCIA E GERAÇÃO	51
4.7	ALOCUÇÃO: MECANISMO DE OCULTAÇÃO	52
4.8	CEGAMENTO	52
4.9	MÉTODOS ESTATÍSTICOS	53
4.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	53
4.11	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	54
5	ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO MANEJO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO	55
6	CAPÍTULO DO “GUIA PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA HIPERTENSÃO E DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE” – EM FASE DE REVISÃO	91
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS.....	121
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO - PESQUISA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO CONTROLE DO DM2 E HA NA APS	129
	APÊNDICE B – INSTRUÇÕES PARA A ALOCAÇÃO E CONVITE À PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA	130
	APÊNDICE C – CARTA CONVITE	131
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132
	APÊNDICE E - CARTA CONVITE FINAL – CONCLUSÃO DO ESTUDO	135
	ANEXO A – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK – BDI.....	137
	ANEXO B – INSTRUMENTO MBG ADAPTADO AO CONTEXTO BRASILEIRO	141
	ANEXO C – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA	143
	ANEXO D – RÉGUA DE IMPORTÂNCIA E CONFIANÇA.....	144
	ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO GHC.....	145

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação apresenta os resultados de um ensaio clínico randomizado realizado em três Unidades de Saúde da Zona norte de Porto Alegre - RS, Brasil, avaliando a efetividade da consulta de Enfermagem baseada nos pressupostos e técnicas da Entrevista Motivacional como estratégia para o controle da Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde. Configura-se na concretização dos seguintes produtos finais:

- a) dissertação de mestrado: resumo; introdução; revisão de literatura; objetivos e métodos;
- b) artigo a ser submetido para publicação no periódico indexado 'American Journal of Preventive Medicine', após avaliação e aprovação da banca examinadora da dissertação, formatado conforme destino e intitulado: Entrevista motivacional no manejo da Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde: um ensaio clínico randomizado;
- c) capítulo ilustrando o "Guia para Consulta de Enfermagem em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde", o qual encontra-se em fase de construção, e embasará a criação de um Protocolo de Enfermagem em Hipertensão e Diabetes para o Município de Porto Alegre - RS, em parceria com o Instituto Municipal de Saúde da Família e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS;
- d) considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) desponta como uma epidemia em curso na população mundial, de forma mais intensa nos Países em desenvolvimento, representando uma doença muito onerosa aos sistemas de saúde, aos indivíduos afetados e suas famílias diante da gravidade das complicações e dos recursos necessários para seu controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Assim como a DM2, a Hipertensão Arterial (HA) é um grave problema de saúde pública, na medida em que, apesar de considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle (BRASIL, 2013a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Estas condições clínicas frequentemente se associam, e essa díade representa maior potencial no desenvolvimento de multimorbidades e complicações da doença, sendo a HA e a DM2 as principais responsáveis pelas doenças cardiovasculares (DCV), que constituem a primeira causa de morte e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014; BRASIL, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Agravando este panorama, pessoas com uma ou mais doenças crônicas (DC) apresentam maior prevalência de depressão, estando associada à piora do estado de saúde, menores níveis de adesão e ao aumento da utilização dos recursos de saúde sem efetividade (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BOING *et al.*, 2012).

Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, por volta de 85%, deverá apresentar pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2010). Além da mortalidade, esse quadro é preocupante pelos altos custos socioeconômicos e médicos relacionados, sendo que, hoje, o impacto econômico que as doenças crônicas têm no país se estende não só aos gastos por meio do SUS, mas ainda pelas despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias por incapacidades e da morbidade da população economicamente ativa (BRASIL, 2016).

Nacionalmente, o Ministério da Saúde vem há mais de uma década atualizando e desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de saúde para que se concretize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta rede visa qualificar a atenção em sua integralidade, aliando

as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas comorbidades e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014). Não obstante, a DM2 e a HA são consideradas “Condições Sensíveis à Atenção Primária”, ou seja, evidências demonstram que o manejo adequado desses agravos ainda na Atenção Primária à Saúde (APS) evita internações e mortes por eventos cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Em contrapartida a todo o nível de evidência e recomendação dessas ações, persistem barreiras importantes ao acesso e cuidado a esses pacientes em diversos pontos do Sistema de Saúde. Muitas dessas barreiras se devem ao fato dessas patologias serem multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, de difícil manejo e de longa duração, sendo que, a sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve vínculo e continuidade do cuidado, a partir das diversas categorias profissionais que integram as equipes e a rede de saúde, exigindo o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e no Brasil, conforme protocolos do Ministério da Saúde, a promoção da adesão e do autocuidado são considerados pilares ao acompanhamento e controle da DM2 e HA na APS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019). Para a OMS (2003) promover a adesão na Hipertensão e Diabetes pode ter maior impacto na saúde da população do que as próprias melhorias e avanços da área biomédica. A má adesão ao tratamento de DC é de magnitude impressionante mundialmente, tanto do ponto de vista de qualidade de vida quanto da economia da saúde, sendo denominada como uma “epidemia invisível”. Em países desenvolvidos a adesão a terapias de longo prazo é cerca de 50%, dado ainda menor em países em desenvolvimento. Sem um sistema de saúde que aborde essas questões, o acesso à medicação e aos avanços de tratamento será sempre insuficiente na redução da carga da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2016).

Nesse contexto, a qualidade dos cuidados que os pacientes com hipertensão e diabetes recebem dos profissionais é essencial para o êxito das intervenções em saúde, conferindo grande impacto no risco de sofrer um evento cardiovascular e efeito direto no controle dessas patologias. Especialmente, em matérias tão complexas como o cumprimento de tratamento prescrito e muito mais quando este

tratamento envolve medidas de árdua aplicação como no caso das mudanças de estilo de vida recomendadas nas doenças crônicas, exigindo uma adequada relação terapeuta-paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; ALARCÓN; CARRANZA, 2007; GLYNN *et al.*, 2010; BRASIL, 2014).

O Enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar, tem papel de destaque no processo de educação em saúde na DM2 e HA, sendo a consulta de Enfermagem reconhecida no apoio ao autocuidado, na promoção da adesão e no acompanhamento dos pacientes em tratamento nas Unidades de Saúde (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008; GLYNN *et al.*, 2010; BRASIL, 2014). Entretanto, é preocupante a forma como tem sido na prática dos serviços a realização dessas consultas, de forma assistemática, individualizada e ainda centrada no modelo médico hegemônico, reproduzindo a assistência queixa-conduta, baseada em técnicas essencialmente prescritivas e com níveis de interação desiguais com o paciente (MOURA *et al.*, 2011). Buscar estratégias que estimulem a mudança de comportamento e a adesão, motivando os pacientes a seguir as recomendações da equipe de saúde e a buscar o controle de suas doenças crônicas tem sido cada vez mais desafiador na prática diária dos profissionais da APS (MOURA *et al.*, 2011; BRASIL, 2014; BRASIL, 2016).

A Entrevista Motivacional (EM) surge então, como uma abordagem que tem se mostrado efetiva para promover mudanças em uma ampla variedade de comportamentos relacionados com a saúde (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). O “espírito” da EM é um estilo de comunicação habilidoso, que busca trabalhar a ambivalência e evocar dos pacientes as suas próprias motivações para fazer mudanças comportamentais saudáveis, a partir da identificação da importância que o paciente atribui a necessidade de mudança e da confiança em alcançá-la (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). Pelas técnicas da EM, é possível medir e averiguar em qual estágio de mudança o paciente se encontra, permitindo ao profissional abordá-lo e apoiá-lo em sua autoeficácia, a fim de auxiliá-lo a identificar suas habilidades e como aplicar essas competências em seu autocuidado (ROLLNICK; MILLER, 2002).

Em diversos ensaios clínicos, pacientes com exposição à Entrevista Motivacional em comparação com a terapêutica usual, foram considerados mais propensos a iniciar, manter e concluir tratamentos, participar de consultas de acompanhamento e aderir a hábitos de vida mais saudáveis (ROLLNICK; MILLER;

BUTLER, 2009). Em estudos que utilizaram a Entrevista Motivacional como ferramenta para a mudança no estilo de vida e controle de doenças como a Diabetes e/ou Hipertensão, a mesma sustentou-se como uma estratégia de baixo custo e alto potencial de impacto, representando resultados positivos, mas, com diferentes tamanhos de efeito e variáveis estudadas (ALÁRCON; CARRANZA, 2007; LUNDAHL; BURKE, 2009; CEDILLO; ANTÚNEZ, 2013; GABBAY *et al.*, 2013; GANDIN *et al.*, 2014; REN *et al.*, 2014; VANBUSKIRK; WETHERELL, 2014).

Apesar do crescente número de estudos internacionais em diferentes áreas da saúde, segue tímida a produção científica que avalia a aplicabilidade da Entrevista Motivacional nas doenças crônicas na realidade brasileira. Estudos recentes sugerem a necessidade de novas pesquisas envolvendo a discussão e aprimoramento de pesquisas que utilizem a Entrevista Motivacional no Brasil, e no mundo, para uma melhor compreensão desta área de investigação (ANDRETTA *et al.*, 2014). Diante disso, o presente estudo pretende contribuir nesta perspectiva, e objetiva investigar a efetividade desta tecnologia assistencial para o SUS, em consultas de Enfermagem individuais para pessoas com DM2 e HA, em acompanhamento em três Unidades de Saúde da Zona Norte de Porto Alegre - RS.

As Unidades, locais da presente pesquisa, são as maiores do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), possuindo respectivamente populações adscritas de 12.836 habitantes, 21.000 habitantes e 17.009 habitantes conforme o CENSO de 2010, e apresentando perfis epidemiológicos semelhantes. Nessas, utilizou-se como universo de sujeitos da pesquisa os usuários cadastrados com DM2 e diagnóstico associado de HA, classificados como Estratos de risco 3 e 4, referentes a um modelo de estratificação realizado nesse serviço, que leva em conta o grau de severidade da condição crônica e a capacidade para o autocuidado, a fim de aproximá-los em termos de gravidade da patologia e critérios de controle.

Nesse cenário, esta pesquisa tem por questão norteadora: A Consulta de Enfermagem baseada nos pressupostos e técnicas da Entrevista Motivacional é uma estratégia efetiva para o controle clínico do Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial em Atenção Primária à Saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade da Consulta de Enfermagem baseada nos pressupostos e técnicas da Entrevista Motivacional no controle da Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial na APS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Caracterizar os participantes quanto ao perfil sociodemográfico, econômico, histórico de saúde e hábitos de vida;

Monitorar e avaliar os níveis glicêmicos e pressóricos, antes e após a intervenção;

Estimar a prevalência de adesão à terapia medicamentosa e hábitos de vida saudáveis entre os participantes antes e após a intervenção;

Avaliar a autoeficácia geral dos participantes antes e após a intervenção;

Avaliar o Grau de Importância e Confiança para realizar mudanças de comportamentos não saudáveis entre os usuários com DM2 e HA participantes, antes e após a intervenção;

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, a hipertensão arterial e a diabetes são responsáveis pela primeira causa de morte (doenças cardiovasculares - DCV) e, nas hospitalizações e procedimentos de alto custo do SUS respondem pela maior parte de amputações, diálises e procedimentos cardiovasculares (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010). Os principais fatores de risco para as DCV podem ser divididos em fatores de risco não modificáveis, que incluem o sexo, a idade e a hereditariedade, e os fatores de risco modificáveis, que são adquiridos com o passar do tempo e estão relacionados com hábitos de vida (BOTREL *et al.*, 2000). Contudo, os fatores de risco modificáveis merecem particular atenção, uma vez que, representam 80% das causas de DCV, considerando-se o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e as dislipidemias como prioridades ao seu enfrentamento (BOTREL *et al.*, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Pareceres da Organização Mundial da Saúde alertavam que em 2020 as mortes por doenças crônicas, especialmente, por DCV, poderiam representar 73% dos óbitos no mundo se não avançássemos em seu combate (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003). Em 2016, esta estimativa foi atualizada e 41 milhões de mortes ocorreram devido a DCNT, representando 71% do total geral de mortes, mundialmente. Diante disto, a OMS lançou nova meta de reduzir a mortalidade em um terço até 2030, exigindo na aceleração desse progresso, a promoção da adesão e do autocuidado, incluindo ações para reduzir os principais fatores de risco, bem como detecção, diagnóstico e tratamento precoces dessas doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019; WHO, 2018).

Em nosso País, embora as taxas de mortalidade tenham apresentado redução ao longo dos anos, as DCV persistem como a principal causa de morte, caracterizando-se ainda como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida desses pacientes, ocasionando custos médicos e

socioeconômicos elevados (BRASIL, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O Diabetes Mellitus tipo 2, assim como a Hipertensão Arterial, tem despontado como uma epidemia em curso na população mundial, sendo mais intensa nos países em desenvolvimento. Essas condições clínicas frequentemente se associam, e esta díade representa maior potencial no desenvolvimento de comorbidades e complicações da doença (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Estima-se que cerca de 40% dos pacientes com diagnóstico recente de Diabetes Mellitus tipo 2 são portadores de Hipertensão, além desta coexistência representar o dobro de risco para eventos cardiovasculares, mortalidade cardiovascular e mortalidade total, sabe-se que o controle intensivo nestes casos pode evitar e reverter esse quadro progressivamente (GROSSMAN; MESERLLI; GOLDBOURT, 2000).

Em contrapartida, a Hipertensão e Diabetes são consideradas “Condições Sensíveis à Atenção Primária”, ou seja, evidências demonstram que o manejo adequado destas doenças ainda na Atenção Primária à Saúde (APS) evita internações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; BRASIL, 2014). Apesar dessa premissa, a Atenção em Saúde para as DC permanece um grande desafio para as equipes de APS, principalmente por tratar-se de condições multifatoriais, com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, de difícil controle e de longa duração, sendo que, a sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve trabalho multidisciplinar, e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Assim como a associação entre Diabetes e Hipertensão nos leva a maiores danos, o manejo adequado destas condições resulta em benefícios na mesma proporção, uma vez que seus pilares de tratamento envolvem igualmente a adesão, o controle e a prevenção de comorbidades. A APS enquanto coordenadora do cuidado de um sistema de saúde capaz de melhor responder às necessidades sociais de saúde, é inerentemente mais adaptável e organizada para promover esse cuidado (STARFIELD, 2002).

Entendendo o fortalecimento da APS como caminho a ser seguido nacionalmente, o Ministério da Saúde no ano de 2001, em convenção com as sociedades científicas (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), as

federações nacionais dos portadores de diabetes e de hipertensão, as secretarias estaduais de saúde, e as secretarias municipais de saúde, apresentou o “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus” (BRASIL, 2001). O propósito do Plano era articular uma força-tarefa com todos os atores envolvidos para intervir no comportamento danoso que essas doenças estavam assumindo na população brasileira, a partir da implementação da ação programática denominada HIPERDIA. O HIPERDIA pressupõe vincular os portadores desses agravos às equipes das unidades de saúde, garantindo-lhes acesso, acompanhamento e tratamento sistemático, mediante capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços (BRASIL, 2001).

Desde então, o Ministério da Saúde vem atualizando e desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Saúde para que se concretize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. A relevância das DC como “necessidades em saúde” impulsionou, por fim, em 2013, a publicação da Portaria nº 252, que instituiu legalmente a Rede de Atenção às Pessoas com doenças Crônicas no âmbito do SUS. Esta rede deve qualificar a atenção em sua integralidade, aliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014). A rede consolida os Serviços de APS como seu centro de comunicação, tendo um papel-chave como sua ordenadora e coordenadora do cuidado, além de realizar a atenção integral e contínua da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

Entretanto, persistem barreiras importantes ao acesso e cuidado aos portadores de doenças crônicas em diversos pontos do SUS. Em uma pesquisa avaliativa da Atenção Básica à Saúde do paciente com HA e/ou DM2 em Manaus/AM, através de abordagem etnográfica, evidenciaram-se as limitações advindas da precariedade de infraestrutura, das dificuldades em acesso aos demais níveis de complexidade do sistema como exames e especialistas, e da centralidade do cuidado oferecido nas Unidades às queixas físicas passíveis de abordagem farmacológica, destacando a baixa capacidade de escuta dos profissionais para além da doença (SOUZA; GARNELO, 2008).

Esses resultados vão de encontro aos obtidos em revisão sistemática realizada com o objetivo de analisar as estratégias de promoção da saúde e

prevenção primária no combate às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no âmbito mundial, além de refletir sobre os desafios ao enfrentamento dessas enfermidades. Apesar de experiências bem-sucedidas encontradas na revisão terem demonstrado sua importância no estabelecimento de propostas para a implementação de políticas atuais mais efetivas, foi notória a ausência de estratégias de impacto e abrangência populacional para controle e enfrentamento das DCNT na atualidade, considerando as mudanças na população ao longo do tempo (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Como vimos, diante da complexidade das doenças crônicas, profissionais e pacientes são desafiados constantemente a desenvolver ferramentas para o seu controle com qualidade de vida. Uma das estratégias para organizar o cuidado na DM2 e HAS é a **estratificação segundo riscos**, sendo especialmente importante para as equipes de APS, pois ao reconhecer os riscos de cada paciente, é possível adequar as ações e ofertas de cuidado otimizando os recursos dos serviços de saúde e garantindo melhor resolutividade e integralidade da atenção. Ao estratificarmos os pacientes, reconhecemos que estes têm diferentes necessidades em saúde, com diferentes graus de risco/vulnerabilidade, sendo necessário para tanto identificar o **grau de severidade da doença crônica** e a **capacidade de autocuidado** do indivíduo (BRASIL, 2014).

A proposta de Sturmer e Bianchini (2012) utilizada pelo Ministério da Saúde para as recomendações de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (BRASIL, 2014), a qual será descrita a seguir, integra esses dois aspectos e foi estruturada no Serviço de Saúde Comunitária do GHC, loco da presente pesquisa. A severidade da DC é avaliada conforme a complexidade do problema de saúde e seu impacto na qualidade de vida da pessoa, assim como pelo risco de ocorrer um evento que cause morbidade ou mortalidade, a partir de critérios clínicos bem definidos. Consideram-se além dos níveis pressóricos e glicêmicos, o risco cardiovascular global estimado pelo escore de Framingham (BRASIL, 2014), a presença de lesões em órgãos-alvo e as comorbidades do paciente. Já a capacidade de autocuidado é definida a partir de critérios subjetivos, dependentes do julgamento clínico de um profissional/equipe que tenha vínculo com a pessoa e sua família, operacionalizada em termos de suficiente ou insuficiente. Entende-se por autocuidado a capacidade da pessoa em cuidar de si, incluindo o contexto em

que está inserida e suas atitudes perante doença crônica e suas exigências (BRASIL, 2014).

O termo **autocuidado** deriva do conceito de cuidado em saúde, centrado na pessoa, no diálogo, e na construção conjunta entre usuário e profissional da saúde, o que significa, entre outros aspectos, compreender as diferentes vulnerabilidades da pessoa e estabelecer um horizonte comum de cuidados entre todos os atores envolvidos neste processo (BRASIL, 2014). É desejável que pessoas com capacidade de autocuidado considerado insuficiente progridam para um grau suficiente, sendo o papel das equipes de Atenção Básica fundamental no sentido de apoiar os portadores de doenças crônicas em suas crenças e conhecimento sobre a doença, suas atitudes, confiança e motivação diante das mudanças a serem alcançadas e a importância dada à condição na vida do sujeito (BRASIL, 2014; MENDES, 2012).

Neste sentido, a avaliação da capacidade de autocuidado deve ser estimulada na equipe de saúde, compreendendo que esta depende da percepção do profissional em avaliar os aspectos subjetivos que envolvem esta classificação. Pessoas consideradas com capacidade para o autocuidado insuficiente são aquelas com dificuldades de compreensão de sua condição crônica, de suas necessidades farmacológicas e de seu plano de tratamento; pessoas que se encontram no estágio pré-contemplativo de mudança de comportamento; com baixo suporte social e rede de apoio; pessoas com baixa autoeficácia, isto é, que não acreditam em si mesmas como agentes de mudança de suas condições; pessoas que reduzem sua sociabilidade e tornam-se reclusas por suas limitações, muitas vezes fazendo dos seus problemas o centro de suas vidas; pessoas que abandonam o tratamento por não atingirem suas metas; pessoas com depressão grave, com prejuízo no desempenho das suas atividades diárias (STURMER; BIANCHINI, 2012).

Dessa combinação de critérios, resulta o **estrato de risco do paciente**, que assume uma escala de 5 níveis, que definirá o tipo e grau de atenção profissional necessário, podendo o paciente migrar de classificação com o tempo, avanços no tratamento e/ou complicações da doença. Os estratos utilizados para o universo de sujeitos dessa pesquisa, foram 3 e 4, sendo que: O estrato de risco 3 compreende um estrato intermediário, onde a doença crônica representa um alto risco segundo o escore de Framingham, porém a condição clínica não se agravou a ponto de estabelecer uma doença cardiovascular; O estrato de risco 4, abrange a população

com condição crônica de alto ou muito alto risco, podendo já ter complicação estabelecida com interferência na qualidade de vida do indivíduo, conforme a Figura 1 (STÜRMER; BIANCHINI, 2012). A equipe deverá ofertar a assistência de forma individualizada, segundo as necessidades de cada paciente, pactuando metas de controle da HA e DM2 e assumindo comportamentos capazes de prevenir comorbidades (BRASIL, 2014), conforme ilustrado na Figura 2 (STÜRMER; BIANCHINI, 2012).

Por fim, independente da estratégia de organização do cuidado empregada, diante da reorientação dos modelos de saúde concentrando esforços para o atendimento das doenças crônicas em detrimento aos problemas agudos, fazem-se necessárias ações efetivas e baseadas em evidências para concretizar a prevenção e controle dessas enfermidades, o que requer empenho de tomadores de decisão e líderes em saúde de todos os países do mundo para superar esse desafio a partir de uma APS forte e resolutiva (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Figura 1 - Grau de severidade da condição crônica e capacidade para autocuidado

GRAU DE SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA	Capacidade para autocuidado INSUFICIENTE	Capacidade para autocuidado SUFICIENTE
Grau 4: Doença cardiovascular estabelecida	ESTRATO 5	ESTRATO 4
Grau 3: HAS/DM acima da meta, sinais de lesão em órgão-alvo sem doença estabelecida (proteinúria, hipertrofia ventricular esquerda), alto risco pelo escore de Framingham	ESTRATO 4	ESTRATO 3
Grau 2: HAS/DM dentro da meta, baixo/médio risco cardiovascular pelo escore de Framingham	ESTRATO 2	ESTRATO 2
Grau 1: Somente fatores de risco	ESTRATO 1	ESTRATO 1

Fonte: Reprodução de Stürmer e Bianchini (2012).

Figura 2 - Níveis das condições crônicas e suas ações recomendadas.

Nível de Atenção	Ação de Saúde Predominante	Exemplos de Atividades
5	Gestão de Caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar.
4	Atenção individual	Consultas sequenciais, multidisciplinares.
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva – Particularizar conforme a necessidade individual.
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta Coletiva
1	Grupos de Educação em Saúde	Grupo de tabagismo, de caminhada, alimentação saudável.

Fonte: Reprodução de Stürmer e Bianchini (2012).

3.2 ADESÃO E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE NO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Como abordado até então, a adesão e a promoção do autocuidado são pilares ao controle da DM2 e HA, mas como essas questões têm sido efetivamente tratadas na prática dos profissionais de saúde e na organização dos serviços de saúde? Para a Organização Mundial da Saúde (2003) promover a adesão na Hipertensão e Diabetes pode ter maior impacto na saúde da população do que as próprias melhorias e avanços da área biomédica. Entretanto, a má adesão ao tratamento em doenças crônicas é de magnitude impressionante mundialmente, tanto do ponto de vista de qualidade de vida quanto da economia da saúde. Em países desenvolvidos a adesão a terapias de longo prazo em doenças crônicas é em torno de 50%, dado ainda menor em países em desenvolvimento. Sem um sistema de saúde que aborde estas questões, o acesso à medicação e aos avanços de tratamento serão sempre insuficientes na redução da carga da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2016).

Diversos métodos podem ser utilizados para medir a adesão ao tratamento, porém, devido à amplitude deste conceito, dificilmente um deles é capaz de avaliá-lo em sua totalidade, não existindo ainda um padrão-ouro recomendado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2016). Ademais, apesar da maioria das pesquisas se concentrarem na adesão à medicação, o conceito de adesão abrange também inúmeros comportamentos relacionados à saúde que se estendem para além de tomar fármacos prescritos. Neste sentido, a WHO (2003) propõe como conceito de **adesão** a extensão com a qual o paciente segue as orientações clínicas, incluindo compreensão e execução do regime terapêutico e da adoção de comportamentos saudáveis.

Sobretudo, reconhecer os principais fatores de risco à adesão é fundamental para uma prática mais efetiva em cuidados de saúde nas doenças crônicas, os quais envolvem questões relativas ao **paciente, às drogas existentes e ao prestador de cuidado**. Entre os fatores que contribuem para a não adesão dos pacientes estão diferenças raciais ou culturais (afrodescendentes são geralmente menos aderentes que brancos), abuso atual de substâncias psicoativas, depressão, nível de alfabetização, baixo status socioeconômico e fraca rede de apoio familiar ou social

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; ALIOTTA; VLASNIK; DELOR, 2004; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Em relação à idade, os pacientes idosos são mais propensos do que os pacientes mais jovens a viverem sozinhos, tomarem muitos medicamentos, necessitarem de esquemas complexos de medicação e terem menor destreza ou funcionamento cognitivo, resultando em maior probabilidade de baixa adesão. Além disso, os declínios cognitivos que acompanham o envelhecimento podem colocar os pacientes idosos também em risco por erros na automedicação. Não surpreendentemente, a adesão diminui à medida que o número de medicamentos diários e o tempo de diagnóstico aumentam (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; ALIOTTA; VLASNIK; DELOR, 2004; MOURA *et al.*, 2011).

Não obstante, a **polifarmácia**, definida como uso regular e concomitante de quatro ou mais medicamentos, com ou sem prescrição médica, comum em pacientes idosos ou muito idosos, aumenta significativamente o risco de interações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que resultam na alteração ou descontinuação da terapia potencialmente efetiva. Embora em muitos casos a polifarmácia seja necessária, ela aumenta o custo, a probabilidade de reações adversas, de erros de medicação, de interações medicamentosas, dificultando a adesão ao tratamento. Assim, para garantir o uso seguro desses medicamentos é preciso cuidados e consciência na prescrição, dispensação, administração e monitoramento da adesão do paciente, considerando a relação risco-benefício em cada fase de vida (ALIOTTA; VLASNIK; DELOR, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS, 2018).

Agravando este panorama, pessoas com uma ou mais doenças crônicas apresentam maior prevalência de depressão, mesmo após ajuste pelas variáveis demográficas, socioeconômicas e de uso de serviços de saúde (BOING *et al.*, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). A *American Diabetes Association* (2019) alerta para a necessidade dos prestadores de cuidados em saúde avaliar sistematicamente sintomas de angústia, depressão, ansiedade e em especial, nos diabéticos acima de 65 anos, sinais de alterações cognitivas e de demência, questões impactantes no autocuidado destes pacientes.

Em revisão sistemática avaliando a correlação entre ansiedade e depressão e a adesão aos tratamentos médicos, concluiu-se que o paciente depressivo tem três vezes mais chance de descumprir os tratamentos prescritos, já em relação à

ansiedade não houve resultados significativos estatisticamente. Reforçou-se, ainda, a necessidade de identificar precocemente sintomas depressivos nos pacientes, enquanto fator de risco à adesão, os quais se associam à piora do estado de saúde e ao aumento da utilização dos recursos de saúde sem efetividade (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000).

Tanto como doença quanto como fator de risco para redução da adesão à terapia, o abuso de substâncias psicoativas também representa uma barreira ao tratamento eficaz das doenças crônicas. De fato, grande parte dos usuários de álcool e outras drogas possuem condições clínicas de saúde mental que, quando associadas, exercem um impacto negativo na adesão, uma vez que estes podem não estar prontos a gerenciar seu autocuidado até que a questão primária tenha sido abordada e resolvida (ALIOTTA; VLASNIK; DELOR, 2004).

Em relação aos **prestadores de cuidados** e serviços de saúde, a Organização Mundial de Saúde baseia a adesão em três pilares: **informações do paciente, motivação e habilidades comportamentais**. Um fator diretamente relacionado à adesão ao tratamento é a **alfabetização em saúde** (functional health literacy), traduzida na medida da capacidade dos indivíduos em obter, processar e compreender informações necessárias para tomar decisões de saúde adequadas. É definida como a capacidade de ler, entender e agir sobre informações e serviços de saúde. O baixo nível de instrução nessa área resulta em menores níveis de adesão, erros de medicação, capacidade prejudicada de lembrar e seguir as recomendações de tratamento, capacidade reduzida de transitar dentro do sistema de saúde e risco aumentado de hospitalização em comparação a pacientes com maior alfabetização em saúde (ALIOTTA; VLASNIK; DELOR, 2004; BRASIL, 2016).

Contudo, mesmo pacientes que possuem acesso e compreendem a necessidade do tratamento podem apresentar baixa adesão devido a inúmeros fatores, entre eles, além dos já trabalhados até aqui, no caso dos hipertensos e diabéticos, soma-se o fato de serem doenças assintomáticas e estes não detectarem um benefício imediato a partir da medicação, por exemplo (BRASIL, 2016). Muitos motivos são apontados pelos pacientes para o não atendimento das orientações dos profissionais de saúde, apesar de informados, entre eles: comodismo, doenças associadas, pouca segurança, falta de tempo, desgaste físico e mental para realização de exercícios físicos; dificuldades socioeconômicas para a alimentação adequada e acesso aos recursos de saúde; dependência química para o fim do

tabagismo e etilismo e efeito adverso das drogas pelo uso sistemático das medicações (MOURA *et al.*, 2011).

A falha em fornecer compaixão e comunicação apropriadas para ativar a motivação do paciente e a falha em compartilhar as responsabilidades e cuidados com o mesmo, representam importantes fatores que contribuem para esse quadro de não adesão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; ALIOTTA; VLASNIK; DELOR, 2004). Todavia, em sua maioria, apesar do número crescente de consultas clínicas disponíveis aos pacientes crônicos, com as diversas categorias profissionais, não resulta na implicação dos mesmos com o tratamento e sua qualidade de vida antes de vir a ter algum evento decorrente das complicações da doença (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BOING *et al.*, 2012).

Esse painel se amplia na medida em que as condutas profissionais apresentam-se, em sua predominância, como higienodietéticas, com enfoque educativo na cura e na prevenção de doenças, reproduzindo o modelo biomédico hegemônico de assistência queixa-conduta, por meio de prescrições multifatoriais, desenvolvendo interações em nível desigual com o paciente. A realidade predominante é de cuidados padrões ineficientes, em geral, com recomendações estritamente prescritivas apontadas como em grande parte negativas pelos pacientes, por basearem-se em atitudes apressadas, paternalistas e degradantes, constituindo barreiras à promoção do autocuidado na medida em que podem gerar resistência à mudança, absenteísmo nas consultas, culpa e vergonha ao paciente (MOURA *et al.*, 2011; DELLASEGA; AÑEL-TIANGCO; GABBAY, 2012)

Logo, para a busca dos pilares de **motivação** e **habilidades comportamentais** todos esses fatores devem ser considerados, e a relação entre o profissional e o paciente será decisiva no processo de adesão, podendo ser vista como uma reunião de especialistas com o objetivo de chegar a um acordo para a ação, partindo da negociação e não do ditado de mudanças de estilo de vida, exigindo que ambas as partes se corresponsabilizem pelos resultados alcançados. Nesse modelo psicossocial, a fala do profissional deve ajudar na decisão do paciente e nas ações subseqüentes que irão resultar em mudanças mais significativas e duradouras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; ALIOTTA; VLASNIK; DELOR, 2004).

Em conclusão, faz-se urgente compreender a lacuna a ser trabalhada de forma mais efetiva na rotina dos profissionais da saúde, entre a informação e o conhecimento, por parte dos pacientes, e as mudanças necessárias. Considerando o fato de que os pacientes em grande parte possuem consciência sobre seus hábitos inadequados, porém sentem-se desmotivados às mudanças, em virtude da cronicidade da doença e o esforço que o tratamento exige (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; MOURA *et al.*, 2011; CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012; BRASIL, 2016). Cabe ao profissional de saúde buscar estratégias e abordagens inovadoras, que promovam maior adesão ao tratamento e sensibilização do paciente, a fim de capacitá-lo a tomar decisões mais conscientes e benéficas sobre seus comportamentos em busca de sua saúde, entre elas, a Entrevista motivacional, a ser abordada no decorrer do capítulo (ALIOTTA; VLASNIK; DELOR, 2004; ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009; MOURA *et al.*, 2011; BRASIL, 2014).

3.3 RECOMENDAÇÕES DE MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA NAS DOENÇAS CRÔNICAS

As mudanças nocivas no estilo de vida trouxeram modificações no perfil epidemiológico da população, no qual as doenças crônicas passaram a estar entre as principais causas de morte. Mundialmente, o risco de morrer por doenças crônicas entre 30 e 70 anos diminuiu de 22% em 2000 para 18% em 2016, apesar de todos os esforços e avanços em seu enfrentamento. O novo desafio global traz como meta reduzir essa mortalidade prematura em um terço até 2030, incluindo para a aceleração desse progresso medidas para conter os principais fatores de risco, definidos a seguir (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco modificáveis em comum a serem combatidos: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool. Tais recomendações se devem às inúmeras evidências científicas já consolidadas internacionalmente da importância destes comportamentos na saúde global da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2014).

De modo geral, os fatores de risco (FR) responsáveis em comum pela maior parte dos danos decorrentes das doenças crônicas também são enfatizados em

diretrizes internacionais de atenção à saúde: HAS, DM, elevação nos níveis de colesterol, sobrepeso e obesidade, tabagismo e sedentarismo, e, mais recentemente, o risco decorrente da dieta inadequada e da atividade física insuficiente para alcançar benefício cardiovascular conforme recomendado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) o tratamento não medicamentoso (TNM) da HAS deve abordar o controle de peso, medidas nutricionais priorizando a dieta “*DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension*”, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros. Na Diabetes, o cuidado bem-sucedido requer uma abordagem sistemática para apoiar os esforços de mudança de comportamento dos pacientes, incluindo: alimentação saudável com preferência à dieta mediterrânea e à “*DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension*”; atividade física; cessação do tabagismo e do consumo de álcool acima do recomendado; controle de peso e estratégias eficazes para lidar com o estresse (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Entre as recomendações e evidências dos fatores de risco modificáveis prioritários no tratamento não-medicamentoso da HA e DM2 estão:

3.3.1 Atividade física

Os níveis de sedentarismo vêm crescendo em muitos países, trazendo um impacto na prevalência de doenças e agravos não transmissíveis e no estado geral de saúde da população mundial. Pessoas com níveis insuficientes de atividade física possuem de 20% a 30% maior risco de morte por qualquer causa, risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS, bem como, a principal causa de 21% a 25% de câncer de mama e de colo, 27% de diabetes e 30% de doenças isquêmicas do coração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Nacionalmente, o nível de sedentarismo na população é de 61,9%, sendo menor entre homens (54,6%) do que entre mulheres (68,2%) (BRASIL, 2019).

Em contrapartida, a adoção de um estilo de vida ativo, com hábitos mais saudáveis, é considerada prevenção primária para as doenças crônicas e contribui para o seu controle. Na HAS, a atividade física regular de no mínimo 150 minutos por semana, é apresentada como prática benéfica a ser incentivada tanto na

prevenção quanto no tratamento, reduzindo os níveis de pressão arterial em até 5 mmHg, além da morbimortalidade cardiovascular e os níveis de estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Recomenda-se pelo menos 30 min exercício físico dinâmico de intensidade moderada (caminhada, corrida, ciclismo ou natação) de 5 a 7 dias por semana. Para benefício adicional em adultos saudáveis, recomenda-se um aumento gradual da atividade física aeróbia para 300 min por semana de intensidade moderada ou 150 min por semana de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente das mesmas (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado relação inversa entre prática ou aptidão física e os níveis de PA. Os efeitos que o exercício físico provoca sobre a pressão arterial se dão a partir de uma série de respostas fisiológicas, resultantes de adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Em artigo de revisão, concluiu-se que o exercício físico tem resultados positivos como tratamento não-medicamentoso para o controle da Hipertensão, especialmente no tratamento inicial do indivíduo hipertenso, de forma a evitar o uso ou reduzir o número de medicamentos e posologia, assim como, como adjuvante ao tratamento farmacológico no acompanhamento destes pacientes. Ressaltou-se ainda que estes efeitos clínicos benéficos na pressão arterial podem ser alcançados a partir de aumento modesto na atividade física, acima dos níveis de sedentarismo, com volume de intensidade factível a ser atingido mesmo por indivíduos sedentários e hipertensos. Por outro lado, o treinamento resistido não parece reduzir substancialmente a PA de hipertensos, embora traga outros benefícios à saúde, podendo ser recomendado em 2 a 3 dias por semana em associação aos aeróbicos. O impacto dos exercícios isométricos sobre a pressão sanguínea e o risco cardiovascular ainda não está bem estabelecido. (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004; MEDINA *et al.*, 2010; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Na Diabetes, praticar atividade física também tem papel importante para o condicionamento físico geral, controle de peso e redução da glicose sanguínea, podendo ainda melhorar o índice de massa corporal, controlar o perfil lipídico, a pressão arterial e a redução do estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Todos os adultos, e particularmente aqueles com DM2, devem reduzir seus níveis de sedentarismo diário, realizando 150 minutos ou mais de atividade física aeróbica moderada por semana, distribuídos em pelo menos 3 dias por semana, com não mais de 2 dias consecutivos sem atividade, incluindo exercícios de resistência muscular. Cada sessão de exercício deve durar mais que 10 minutos e não passar de 75 minutos. Crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 ou tipo 2 ou pré-diabetes poderiam participar de 60min por dia ou mais de atividade aeróbica de intensidade moderada ou intensa, com atividades vigorosas de fortalecimento muscular e fortalecimento ósseo por pelo menos 3 dias por semana (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

3.3.2 Controle de peso e dieta

Conhecer os hábitos de vida e o padrão alimentar pessoal e familiar dos pacientes com doenças crônicas é fundamental para identificar fatores que possam contribuir ou prejudicar o controle de suas patologias, com o objetivo de evitar e/ou retardar suas complicações. Recomenda-se que durante a consulta médica e de enfermagem, todas as pessoas com diagnóstico recente ou em tratamento de DC sejam submetidas ao exame físico, à avaliação antropométrica para o diagnóstico do estado nutricional e à breve anamnese dos hábitos alimentares (BRASIL, 2014).

A alimentação está potencialmente relacionada à perda de peso, ao controle glicêmico e à redução do risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2014). A Sociedade Brasileira de cardiologia (2016) segue padrões internacionais de recomendação da dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) para prevenir e potencializar o tratamento das pessoas hipertensas, podendo reduzir até 7 mmHg na PAS e até 4 mmHg na PAD. A dieta DASH é baseada no consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura, na ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas. Preconiza a redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar (SACKS *et al.*, 2001).

A dieta do Mediterrâneo também é indicada por possuir efeito na redução da PA, glicemia, níveis lipídicos e risco cardiovascular, sendo rica em frutas, hortaliças, cereais integrais, azeite de oliva, incluindo o consumo de peixes, oleaginosas e ingestão moderada de álcool (SACKS *et al.*, 2001; BRASIL, 2013^a; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Da mesma forma, a American Diabetes Association (2019) aponta como exemplos de padrão saudável para a alimentação do paciente diabético a dieta mediterrânea ou DASH, principalmente para atingir metas glicêmicas, de controle de peso, de pressão sanguínea e perfil lipídico. As últimas diretrizes recomendam ainda a importância da terapia nutricional individualizada por nutricionista com conhecimentos e habilidades no manejo global da diabetes, estando associada a decréscimos de hemoglobina glicada 1,0 a 1,9% para pessoas com diabetes tipo 1 e 0,3 a 2% para pessoas com diabetes tipo 2. O plano alimentar deve ser construído de forma colaborativa, com refeições individualizadas e planejadas a partir das preferências, necessidades e objetivos pessoais de cada paciente.

Outra medida que merece atenção é a restrição de sal na dieta, não apenas para hipertensos ou diabéticos, mas para a população de modo geral, não excedendo o consumo máximo de 2.300 mg / dia de sódio - 5 g diários de sal, o que corresponde a uma colher de chá (BRASIL, 2013a; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019). A redução eficaz do sal não é fácil e, muitas vezes, há pouco cuidado em quais alimentos contêm altos níveis de sódio. A ingestão de sal na população continua sendo uma prioridade de saúde pública, mas requer um esforço conjunto entre a indústria alimentícia, os governos e a sociedade, já que 80% do consumo de sal envolve sal oculto em alimentos processados/industrializados (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Em relação à perda de peso, mantendo um peso saudável com IMC abaixo de 25 kg/m², esta é capaz de reduzir de 20 a 30% da pressão arterial e melhorar a qualidade de vida e o controle glicêmico com redução das doses de medicamentos a cada 5% de perda de peso corporal ponderal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019). Os benefícios clínicos da perda de peso são progressivos e metas mais intensivas de perda de peso podem ser apropriadas para maximizar os benefícios dependendo da necessidade, viabilidade e segurança (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Em metanálise, a perda de peso média de 5,1 kg de pacientes hipertensos foi associada a reduções de até 4,4 mmHg em PAS e 3,6 mmHg em PAD (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018). Do mesmo modo, o controle e a redução do peso são extremamente importantes para pessoas com DM1, DM2 ou pré-diabetes

que apresentam sobrepeso ou obesidade, uma vez que há fortes evidências de que resultam em atraso na progressão de pré-diabetes para DM2, bem como em melhorias sustentadas nos níveis de Hemoglobina glicada (reduções de 0,3 a 2,0%), lipídios e pressão arterial. Manter a perda de peso pode ser um desafio, mas tem benefícios a longo prazo, reduzindo risco cardiovascular, morbidade e mortalidade geral (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019). Além do excesso de peso, a diminuição da gordura central com modificação no perfil de gordura corporal, reduzindo o acúmulo de gordura na região do abdômen precisa ser objetivada, com valores de circunferência da cintura <94 cm em homens e <80 cm em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; BRASIL, 2014; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Com menor grau de evidência, as deficiências vitamínicas sugerem cautela. Não há evidências claras de que a suplementação dietética com vitaminas, minerais, ervas ou especiarias (como a canela) possa melhorar desfechos clínicos em indivíduos diabéticos que não apresentam deficiências subjacentes e geralmente não é recomendada como rotina (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019). Porém, deve-se atentar para a deficiência diagnosticada de vitamina D, especialmente nos idosos e mulheres nos pós menopausa, por sua relação com o mau controle glicêmico, já que a vitamina D age reduzindo a resistência insulínica e aumentando a sua secreção, além de estar associada à patogênese do processo inflamatório enquanto prevenção e controle da Diabetes tipo 1 e 2. Estudos mais aprofundados, em grandes populações, são necessários para elucidar melhor os mecanismos de ação e as doses necessárias que possam apresentar os melhores benefícios em relação à sua suplementação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019). A deficiência da vitamina B12 nos diabéticos também é importante por ser uma das prováveis causas de neuropatia diabética e ter como fator de risco o uso prolongado de metformina, sendo muitas vezes necessária a suplementação com doses terapêuticas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Por fim, o consumo de café, apesar de ocasionar efeito pressor agudo, foi recentemente associado a benefícios cardiovasculares, bem como o consumo de chá verde ou preto que demonstra pequeno, porém significativo efeito de diminuição

da PA. Já o consumo regular de refrigerantes açucarados / bebidas industrializadas açucaradas devem ser desencorajadas, pela relação com excesso de peso, síndrome metabólica, DM2 e maior risco cardiovascular (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

3.3.3 Tabagismo

O tabagismo é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias crônicas e tem consequências sociais, ambientais e econômicas graves, sendo considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo, matando uma pessoa a cada seis segundos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; WHO, 2018). Apesar deste panorama, em 2016, globalmente mais de 1 bilhão de pessoas com 15 anos ou mais foram declaradas tabagistas, representando 34% dos homens e 6% das mulheres nessa faixa etária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018)

No Brasil, dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) revelam que nos últimos 13 anos, a população reduziu em 40% o consumo do tabaco, declarando-se tabagista em 2018, 9,3% dos brasileiros. O Brasil é um dos primeiros países do mundo a alcançar o mais alto nível das seis medidas recomendadas pela OMS para o controle do tabaco, reforçando a tendência nacional observada anualmente, de queda constante desse hábito nocivo para a saúde. O pacote de medidas para reduzir o tabagismo em nível mundial incentiva os formuladores de políticas, a sociedade, os prestadores de serviços de saúde e outros, a: monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção; proteger a população contra a fumaça do tabaco; oferecer ajuda para cessação do fumo; advertir sobre os perigos do tabaco; fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio e aumentar os impostos sobre o tabaco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008; BRASIL, 2019).

No tocante às doenças crônicas esse cenário merece especial atenção, pois o uso do tabaco é a medida de estilo de vida mais eficaz para prevenção de doença cardiovascular, incluindo acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e DAP (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018). Está associado a processos metabólicos relacionados com o diabetes, incluindo a homeostase da glicose,

hiperinsulinemia e resistência à insulina, representando níveis de hemoglobina glicada mais altos entre fumantes que em não fumantes, independente do sexo. O cigarro também aumenta as concentrações de colesterol total e LDL, diminui o HDL, e nos fumantes que têm diabetes, aumenta o risco para neuropatia e doença renal em estágio terminal (BRASIL, 2014).

Em relação à hipertensão, estudos mostram aumento de até 20 mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia, além do cigarro aumentar a resistência às drogas anti-hipertensivas, o risco de complicações cardiovasculares e a progressão da insuficiência renal (FERREIRA *et al.*, 2009; CHOBANIAN *et al.*, 2003). Todos esses achados reforçam que a cessação do tabagismo deve ser um importante componente da estratégia para o controle da HAS e da DM, devendo ser abordada em consultas de rotina com qualquer profissional de saúde, e encaminhando ao aconselhamento mais adequado conforme o caso (BRASIL, 2014; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

3.3.4 Consumo de álcool

O nível mundial de consumo de álcool em 2016 foi de 6,4 litros de álcool puro por pessoa com 15 anos ou mais, nível que se manteve estável desde 2010. Os dados disponíveis indicam que a cobertura do tratamento para transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas é inadequada, embora sejam necessários mais trabalhos para melhorar a mensuração de tal cobertura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). No Brasil, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas tende a diminuir com a idade e aumentar com o nível de escolaridade, representando, no ano de 2018, 17,9% da população, com maiores taxas em homens (26,0%) do que em mulheres (11,0%) (BRASIL, 2019).

A relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o risco para doenças crônicas não está esclarecida para níveis baixos de consumo, porém, episódios de consumo excessivo de álcool podem levar a descompensações agudas das DC, além do uso abusivo estar relacionado a dificuldades para seguir o tratamento medicamentoso, prejudicando o controle dessas patologias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Estudos epidemiológicos sugerem que a redução do consumo de álcool, mesmo para os bebedores leves-moderados, pode ser benéfica para a saúde cardiovascular, uma vez que há uma associação linear

estabelecida entre o consumo de álcool, a PA, a prevalência de hipertensão e o risco cardiovascular (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Contudo, pessoas com DC podem tomar álcool com moderação, desde que parte de um estilo de vida saudável, e que o consumo esteja dentro dos limites estabelecidos para pessoas sem doenças, ou seja, menos de 210 g/semana para homens e menos de 140 g/semana para mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Pacientes Hipertensos devem ser aconselhados a limitar seu consumo a 14 unidades por semana para mulheres e 8 unidades por semana para homens (1 unidade é equivalente a 125 mL de vinho ou 250 mL de cerveja), com dias sem álcool durante a semana e evitando ao máximo seu consumo excessivo (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018). Adultos com diabetes devem limitar o consumo de álcool a não mais que uma dose por dia para mulheres e duas doses por dia para homens (uma dose é igual a uma cerveja de 350 ml, um copo de vinho de 150 ml, ou 45 ml de bebidas destiladas) (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Os pacientes diabéticos precisam ser alertados em especial quanto à relação do álcool com o aumento do peso corporal e de episódios de hipoglicemia, bem como todas as consequências relacionadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Uma vez que, a ingestão excessiva de etanol (> 30 g/dia) está associada à alteração da homeostase glicêmica, elevação da resistência à insulina, hipertrigliceridemia e pressão arterial, além de ser fator de risco para acidente vascular cerebral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

3.3.5 Controle do estresse

Desde a época de nossos ancestrais, o estresse é um elemento natural da vida e nossa capacidade de reagir do ponto de vista motor e autonômico caracteriza um importante mecanismo de equilíbrio e de sobrevivência. Entretanto, a sociedade moderna nos expõe a situações de estresse cada vez mais desafiadoras, e o estresse urbano e do trabalho, em países em desenvolvimento, tem sido correlacionado ao aumento dos níveis pressóricos em hipertensos, ao desenvolvimento de hipertensão arterial em indivíduos com predisposição e a eventos cardiovasculares. Em indivíduos suscetíveis, o estresse mental ativa o sistema nervoso simpático e desencadeia a liberação dos hormônios cortisol e

aldosterona, levando à elevação dos valores de pressão arterial, redução da perfusão miocárdica, maior consumo miocárdico de oxigênio e instabilidade elétrica cardíaca, podendo precipitar arritmias e infarto agudo do miocárdio (NOBREGA; CASTRO; SOUZA, 2007). Logo, práticas de gerenciamento de estresse como psicoterapias comportamentais, práticas de técnicas de meditação e relaxamento, quando realizadas separadamente ou em conjunto, tendem à redução da PA, sendo indicadas clinicamente no tratamento da Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Do mesmo modo, estes hormônios alteram a síntese protéica, aumentam o metabolismo através do aumento da glicemia, inibição da utilização periférica da glicose e estímulo da glicogenólise, favorece a sobrecarga do sistema cardiovascular com lesão endotelial, produz um perfil lipídico aterosclerótico específico, com oxidação dos lipídios, que se tornando crônico gera um estado de hipercoagulabilidade. Estas respostas que são normais em qualquer situação de perigo, porém limitadas, se ativadas de forma contínua e exacerbadas se tornam crônicas, levando a mudanças patológicas provocadas por esse contínuo estado de elevação hormonal. Não obstante, estudos tem demonstrado que repetidos episódios de estresse agudo ou crônico podem induzir o aparecimento de resistência insulínica, DM2 e síndrome plurimetabólica, bem como a possibilidade de descompensação dos níveis glicêmicos em portadores de DM2 (PENTEADO; OLIVEIRA, 2009).

Recentemente ainda, algumas pesquisas enfocam o tratamento do diabetes em si como um fator gerador de estresse, o que em face do exposto é de fundamental importância para o controle da doença. Entre as questões levantadas pelos pacientes estão medo das complicações, limitações na vida profissional, estigmatização, discriminação, necessidade de modificações do estilo de vida, falta de conhecimento e sensação de frustração diante da falta de controle e da progressão da doença. Figuram dentre as estratégias para a prevenção e redução desta carga de estresse durante o tratamento da DM2 o suporte dos serviços de saúde, com esclarecimento sobre a evolução da doença, a contínua manutenção de uma atitude positiva frente à terapêutica, o cuidado por pessoas que encorajem o paciente a manter a adesão, assim como o suporte social e medidas que visem o estímulo ao equilíbrio emocional nestes pacientes (PENTEADO; OLIVEIRA, 2009; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de incorporar o estresse como fator de risco ao desenvolvimento e descompensação da HA e DM2, abordando medidas que incluam o controle de estresse à prevenção e ao tratamento preconizado para estas doenças, com a finalidade de melhorar os níveis pressóricos, glicêmicos, de adesão e prevenir o aparecimento de complicações. Em conclusão, cabe ressaltar as dificuldades para a incorporação das mudanças de estilo de vida em pacientes portadores de doenças crônicas, em que sabe-se que fatores como a informação, o nível de escolaridade e o acesso a bens e serviços isoladamente não são suficientes para a motivação e manutenção da mudança de atitudes em relação à saúde, havendo necessidade de estratégias que incluam o compartilhamento de experiências e modos de vivenciar e gerenciar o adoecimento (NOBREGA; CASTRO; SOUZA, 2007; PENTEADO; OLIVEIRA, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

3.4 A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Frente ao processo de promoção da adesão e abordagem do vivenciar o adoecimento, o Enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar, tem papel de destaque enquanto educação em saúde nas doenças crônicas, sendo a consulta de Enfermagem reconhecida no intuito de apoiar o autocuidado e acompanhar os pacientes em tratamento nas Unidades de Saúde (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008; BRASIL, 2013; GLYNN *et al.*, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (2003) entende que os enfermeiros representam uma força massiva mundialmente para enfrentar os problemas de adesão e autocuidado dos pacientes, melhorando os resultados em saúde. Sua presença em todas as configurações de sistemas e setores da saúde, seu papel de proximidade com as pessoas e seus grandes números lhe destaca como a profissão estratégica para sustentar o autocuidado nas doenças crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

No Brasil, a consulta de Enfermagem é atividade privativa do Enfermeiro e é respaldada pela Lei do Exercício profissional e suas resoluções, que consideram, entre outros, que:

(...) utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (RESOLUÇÃO COFEN 0544/2017).

Entre as dimensões possíveis a que se propõe a consulta do profissional Enfermeiro, recomenda-se que as Unidades de Saúde ofereçam consulta de enfermagem para orientação de Mudanças em Estilo de Vida (MEV) nas condições crônicas e que estas sejam iniciadas o quanto antes, uma vez que estas tendem à baixa persistência ao longo do tempo, no intuito de prevenir comorbidades e enfrentar os fatores de risco associados (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014).

Apesar do profissional Enfermeiro não iniciar tratamento medicamentoso a partir do diagnóstico de HAS e DM2, ele tem competência para rastreamento, classificação e estratificação de risco cardiovascular incluindo a solicitação e interpretação dos exames laboratoriais necessários, identificando as indicações ou não de encaminhamento ao médico para tratamento imediato, bem como para ajuste de doses, monitorando metas de controle e participando ativamente de seu plano de cuidados. Sobretudo, o Enfermeiro tem importante papel na educação, apoio e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos na APS, enfatizado como parte da estratégia geral para melhorar o controle dessas doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; GLYNN *et al.*, 2010; MOURA *et al.*, 2011; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

O conhecimento e as habilidades necessárias para tanto podem ser trabalhados de diversas maneiras, entre elas, a partir da educação para o autocuidado ou autocuidado apoiado. No manejo da Hipertensão e Diabetes, o conceito de **autocuidado apoiado** inclui o emprego de procedimentos de colaboração entre as equipes de APS e as pessoas, visando a uma relação de diálogo entre os saberes de cuidar de si e os saberes de cuidar do outro. Essa relação pode se manifestar definindo problemas, estabelecendo prioridades e metas, criando planos conjuntos de cuidado, avaliando e identificando as dificuldades em atingir os objetivos (BRASIL, 2014).

Na Diabetes e Hipertensão, as consultas de enfermagem para apoiar o autocuidado devem ter como foco de seu componente educativo a orientação de

medidas que comprovadamente reduzem a pressão arterial, melhoram os índices glicêmicos, o perfil lipídico e a classificação de risco cardiovascular, entre elas: adesão à terapia medicamentosa, dieta adequada, manutenção do peso corporal, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução do consumo de bebidas alcoólicas, controle do estresse e abandono do tabagismo (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Ainda que as atividades educacionais isoladas não tenham se mostrado eficazes no tratamento da HAS (GLYNN *et al.*, 2010), na Diabetes a educação em saúde aparece como a principal ferramenta para o autocontrole por parte do paciente, uma vez que o tratamento vem se tornando cada vez mais complexo com o desenvolvimento e incorporação de diversas tecnologias de cuidado que precisam ser apreendidas pelos profissionais e pacientes para a garantia do autocuidado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Em meta-análise de ensaios clínicos concentrados no controle da glicemia, a gestão de casos gerenciada por enfermeiros apresentou-se como uma abordagem promissora e efetiva para o manejo de pacientes com diabetes mal controlado e para a adoção de sistemas de saúde com base na Atenção Primária mais coordenados (WELCH *et al.*, 2010). O cuidado bem-sucedido da diabetes requer uma abordagem sistemática para apoiar os esforços de mudança de comportamento dos pacientes, abrangendo ainda o gerenciamento das medicações, o auto monitoramento de glicose e pressão sanguínea, quando indicado clinicamente, o monitoramento da saúde dos pés, o rastreio de complicações oculares e renais e as imunizações necessárias (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Apesar da essência da consulta de enfermagem e a consolidação desse profissional na atenção às doenças crônicas, ainda é preocupante como tem sido relatada a realização da Consulta de Enfermagem, de forma assistemática, individualizada e ainda centrada no modelo médico hegemônico. Os pacientes em geral possuem consciência sobre seus hábitos inadequados, porém sentem-se desmotivados às mudanças, em virtude, entre outros, da cronicidade da doença, evidenciando a falta de adesão, conhecimento insuficiente e precariedade no autocuidado (MOURA *et al.*, 2011).

Em suma, as intervenções de enfermagem para apoiar o autocuidado e aumentar a adesão nas DC precisam ser baseadas em abordagens inovadoras que envolvam parcerias terapêuticas entre o profissional enfermeiro, a equipe

multidisciplinar e o paciente, partindo do respeito às crenças e escolhas deste, da prescrição colaborativa de cuidados, estabelecimento de metas em conjunto, da autonomia e participação do paciente no seu cuidado em saúde e da avaliação e supervisão contínuas dos regimes de tratamento. Neste contexto, uma adequada relação terapeuta-paciente é chave essencial para o êxito das intervenções em saúde, especialmente em matérias tão complexas como o cumprimento de tratamento prescrito ou sua adesão, e muito mais quando este tratamento envolve medidas complicadas e de difícil aplicação como no caso das mudanças de estilo de vida (ALARCÓN; CARRANZA, 2007).

3.5 A ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO MANEJO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Como vimos, motivar os pacientes a seguir as recomendações da equipe de saúde e buscar o controle de suas patologias tem sido cada vez mais provocador na prática diária dos profissionais na APS. A Entrevista Motivacional (EM) surge como uma abordagem que tem se mostrado efetiva para promover mudanças em uma ampla variedade de comportamentos relacionados com a saúde (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

O “espírito” da EM é um estilo de comunicação habilidoso, que busca evocar dos pacientes as suas próprias motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse de sua saúde, envolvendo colaboração e respeito à autonomia do paciente. Embora esteja consolidado que as abordagens centradas na pessoa devem estar subjacentes a todos os encontros clínicos, elas requerem expertise e atenção especial na forma de conduzir as consultas, especialmente quando envolvem necessidade de motivação para mudança de comportamento na doença crônica. A EM operacionaliza e subsidia o clínico para que efetivamente a pessoa esteja no centro do seu cuidado (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009; FISHER *et al.*, 2017).

Segundo Miller e Rollnick (2002), os indivíduos têm diversos níveis de motivação de prontidão para mudar, e ao longo desse processo a Entrevista Motivacional apresenta quatro princípios básicos: expressar empatia, desenvolver a discrepância, trabalhar com a resistência e apoiar a autoeficácia do paciente. A determinação do estágio de motivação e prontidão para mudar, além de ajudar a

identificar fatores e ações para a evolução do paciente, ajuda a evitar efeitos negativos no relacionamento entre ele e o profissional de saúde, uma vez que argumentos quando este não está disposto ou pronto para mudar podem gerar prejuízos no vínculo e no seguimento, bem como reforçar psicologicamente o comportamento inadequado. O profissional deve reconhecer que a decisão do paciente de mudar o comportamento faz parte de um continuum de disposição para a mudança, como um processo dinâmico e alinear, e por razões nem sempre claramente compreendidas por todas as partes interessadas (VLASNIK; DELOR, 2004; ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Nesse caso, a Entrevista Motivacional permite que o profissional estabeleça uma relação de empatia e confiança, entendendo as necessidades dos pacientes antes de empreender quaisquer atividades de aprimoramento de conhecimento ou educação em saúde que ainda não sejam bem-vindas. Por exemplo, se a Entrevista Motivacional revelar que o paciente não está pronto para mudar ou é apático em relação à doença, as discussões sobre as consequências da não-adesão devem ser adiadas para não gerar resistência e prejuízos no acompanhamento. Já em um paciente com altos níveis de conhecimento, mas com baixa motivação, a tendência para tentar “convencer” o paciente de um curso de ação necessário pode ser alienante. Uma estratégia inicial melhor seria dedicar mais tempo à Entrevista Motivacional para explorar os sentimentos envolvidos, as razões, a discrepância, a importância e a confiança para a mudança, para que, por fim, abra o paciente a novas idéias e sugestões para melhorar sua autoeficácia e autocuidado (VLASNIK; DELOR, 2004).

A autoeficácia baseia-se na crença do indivíduo em suas capacidades de mobilizar recursos cognitivos, motivacionais, afetivos e comportamentais necessários para alcançar um objetivo, lidar com uma determinada situação ou desempenhar uma tarefa (BANDURA, 1994). Em síntese, a teoria da autoeficácia postula que a percepção que as pessoas têm das suas capacidades determina, igualmente, quanto esforço o indivíduo vai dispende, e durante quanto tempo persistirá em busca de suas metas, afetando o seu padrão de comportamento e pensamento, o seu nível de motivação e a sua reação emocional perante os obstáculos e as experiências vivenciadas. Este conceito é utilizado de forma promissora na abordagem da promoção, prevenção e proteção da saúde, bem como

no tratamento e reabilitação de doenças, uma vez que envolve o protagonismo do paciente em seu cuidado (RIBEIRO, 2004).

Nessa perspectiva, a Entrevista Motivacional como estilo de comunicação, enfatiza a necessidade de realizar perguntas orientadoras e produtivas, minimizando posturas defensivas do paciente e capazes de direcioná-lo rumo à mudança. Algumas das técnicas recomendadas são as perguntas abertas, escuta reflexiva e a utilização de uma escala para avaliar o grau de importância e confiança na capacidade de mudar do sujeito. As perguntas abertas em detrimento das fechadas tendem a produzir respostas mais amplas e próximas das reais necessidades e pensamentos do paciente nas questões abordadas entre este e o profissional. Já a escala trata-se de uma régua de 0 a 10 como ferramenta para mensurar a importância de mudar determinado comportamento ou situação e a confiança no sucesso para tanto, em que 0 é nada importante ou confiante e 10 é extremamente importante ou confiante. Esta avaliação pode tornar a consulta mais eficiente na medida em que oportuniza conversas mais significativas sobre a mudança e permite a identificação de quais obstáculos precisam ser abordados com maior ou menor intensidade (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Em diversos ensaios clínicos, pacientes com exposição à Entrevista Motivacional em comparação com o tratamento usual, foram considerados mais propensos a iniciar, manter e concluir tratamentos, participar de consultas de acompanhamento e aderir a hábitos de vida mais saudáveis (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). Em estudos que utilizaram a Entrevista Motivacional como ferramenta para a mudança no estilo de vida e controle de doenças como a Hipertensão e Diabetes, sustentou-se esta como uma estratégia de baixo custo e alto potencial de impacto, representando resultados positivos, mas, com diferentes tamanhos de efeito e variáveis estudadas (ALÁRCON; CARRANZA, 2007; LUNDAHL; BURKE, 2009; CEDILLO; ANTÚNEZ, 2013; GABBAY *et al.*, 2013; GANDIN *et al.*, 2014; REN *et al.*, 2014; VANBUSKIRK; WETHERELL, 2014).

Revisões sistemáticas apontaram que a Entrevista Motivacional pode ser de 10 a 20% mais eficaz do que nenhum tratamento e tão efetiva quanto mas em menor tempo se comparada a outros tratamentos usuais para problemas como uso de substâncias, redução de comportamentos de risco e maior envolvimento do paciente em seu tratamento (LUNDAHL *et al.*, 2010; LUNDAHL; BURKE, 2009). Apesar da EM poder ser útil em contextos clínicos em apenas uma sessão de 15 a 60 minutos,

e ser um tratamento breve em geral com maior custo-eficácia do que as alternativas tradicionais, existe um efeito de dose, de modo que mais sessões tendem a produzir mais mudanças comportamentais e gerarem efeitos mais duradouros. Além disso, provou-se ser mais eficaz individualmente, como, um princípio para outros tratamentos necessários para a saúde do paciente (LUNDAHL; BURKE, 2009; VANBUSKIRK; WETHERELL, 2014).

Pensando especialmente no contexto da APS, é vantajoso também por funcionar independente da gravidade do problema de saúde, idade ou gênero, além de poder ser aprendido igualmente por diferentes categorias profissionais da área da saúde (LUNDAHL; BURKE, 2009). Estudo realizado com 140 profissionais da saúde evidenciou que a habilidade da EM pode ser adquirida a partir do desejo de aprender e dentro de um período relativamente curto de meses. Demonstrou que uma oficina de treinamento clínico sistemático de 2 dias produz efeitos significativos e imediatos sobre a proficiência da técnica, porém, com a necessidade da adição de feedback e/ou treinamento prático para níveis de proficiência mais duradouros. Já a disseminação de manuais e demais ferramentas para aprendizagem auto dirigida pareceu insuficiente para alterar o comportamento na prática destes profissionais (MILLER *et al.*, 2004).

O profissional Enfermeiro tem protagonizado resultados expressivos em estudos utilizando a Entrevista Motivacional no cuidado de seus pacientes. Em um ensaio clínico controlado que randomizou 545 pacientes diabéticos tipo 2 de alto risco para cuidados habituais e cuidados adicionais por enfermeiros treinados em EM com seguimento de 2 anos de acompanhamento, foram observadas melhorias estatisticamente significativas no grupo intervenção em relação à Pressão arterial sistólica (PAS), aos sintomas de depressão e na redução do sofrimento relacionado ao diabetes (GABBAY *et al.*, 2013). Em outro ensaio com desenho semelhante, a Entrevista Motivacional apresentou melhores resultados no autocuidado, auto-eficácia, qualidade de vida e HbA1c entre os participantes com diabetes após seguimento de 3 meses com enfermeiras treinadas em EM (CHEN *et al.*, 2012).

Qualitativamente as percepções dos pacientes diabéticos acerca desta modalidade de cuidado também se demonstram positivas, destacando o caráter sem julgamento, a capacidade de escuta e de resposta, o incentivo e empoderamento e o relacionamento de parceria com a enfermeira no planejamento de ações colaborativas e definição de prioridades para seus cuidados. Em contrapartida

apontaram os cuidados padrões como em grande parte negativos, por basearem-se em atitudes apressadas, paternalistas e degradantes, gerando resistência, culpa e vergonha. As enfermeiras por sua vez, revelaram que o sofrimento emocional, dificuldades com as medicações e a nutrição foram as preocupações mais frequentes dos pacientes (DELLASEGA; AÑEL-TIANGCO; GABBAY, 2012).

Na HAS, a Entrevista Motivacional pode favorecer diminuição da PAS, em níveis mais modestos do que a Pressão Arterial Diastólica - PAD (GABBAY *et al.*, 2013; REN *et al.*, 2014), e principalmente tem potencial para melhorar a adesão e o controle dos pacientes hipertensos a partir da mudança de comportamento, investigada tanto em nível hospitalar quanto em ambientes de cuidados primários (GABBAY *et al.*, 2013; HEDEGAARD *et al.*, 2015; MA *et al.*, 2014; REN *et al.*, 2014).

Apesar deste panorama promissor apresentado pelo crescente número de estudos internacionais em diferentes áreas da saúde, segue tímida a produção científica avaliando a aplicabilidade da Entrevista Motivacional na realidade brasileira. Em revisão sistemática do cenário brasileiro de estudos clínicos realizados com a EM, 13 artigos foram encontrados, abordando principalmente sua utilização na área da psiquiatria, relacionando-a ao enfrentamento de comportamentos compulsivos como uso de drogas e compulsão alimentar (ANDRETTA *et al.*, 2014). Até o momento da elaboração deste projeto, não havia sido publicado nenhum estudo que abordasse a temática da EM no cuidado da Diabetes e Hipertensão na Atenção Primária à Saúde.

Desta forma sugere-se a realização de novas pesquisas que envolvam e utilizem a Entrevista Motivacional no Brasil, bem como em outros Países do mundo, para uma melhor visão sobre esta área de investigação (ANDRETTA *et al.*, 2014). Em face ao exposto, o presente estudo pretende contribuir por meio da investigação de efetividade desta estratégia de assistência em consultas de Enfermagem individuais para Diabéticos tipo 2 com diagnóstico associado de Hipertensão Arterial, em acompanhamento em três Unidades de Saúde da Zona Norte de Porto Alegre - RS.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo foi um Ensaio Clínico Randomizado, duplo-cego, controlado e paralelo, realizado em três Unidades de Saúde da Zona Norte de Porto Alegre – RS, no período de junho de 2018 a julho de 2019. Os métodos seguiram as recomendações da lista de informações CONSORT 2010 para estudo randomizado e o projeto foi previamente registrado no site norte-americano www.clinicaltrials.gov, sob nº NCT03729323, como padrão de qualificação internacional para ensaios clínicos.

4.2 PARTICIPANTES

Compuseram o universo de sujeitos da pesquisa pacientes portadores de DM2 com diagnóstico de HA associado, estratos de risco 3 e 4, cadastrados na ação programática HIPERDIA das três Unidades de Saúde definidas como cenário de pesquisa. O HIPERDIA é um programa de saúde que pressupõe vincular os portadores desses agravos às equipes das unidades de saúde, garantindo-lhes acesso, acompanhamento e tratamento sistemático, mediante capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços (BRASIL, 2001).

As Unidades escolhidas foram eleitas pela similaridade de perfil epidemiológico e de saúde, sendo as três maiores do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), possuindo respectivamente populações adscritas de 12.836 habitantes, 21.000 habitantes e 17.009 habitantes conforme o CENSO de 2010, e estando localizadas na mesma região, zona norte do município de Porto Alegre-RS. O SSC/ GHC constitui-se por serviços de APS e de Saúde Mental, organizados em 39 equipes de saúde da família em 12 Unidades de Saúde, 01 Consultório na Rua e 03 Centros de Atenção Psicossociais, e atendendo uma população de 105.000 habitantes, na zona norte e leste de Porto Alegre-RS.

Como responsáveis pela aplicação das consultas de enfermagem nos grupos Teste e Controle, foram definidos profissionais enfermeiros graduados e especialistas em Saúde Coletiva, trabalhadores contratados em cada um dos locais da pesquisa, com vínculo empregatício igual ou superior a 5 anos de experiência. Os

Enfermeiros responsáveis pela aplicação da consulta de Enfermagem baseada nos pressupostos e técnicas da Entrevista Motivacional em cada campo receberam treinamento específico teórico-prático-vivencial, com dramatizações e discussão de casos, com carga horária de 20h, por profissionais habilitados, conforme referência consultada (MILLER *et al.*, 2004).

4.2.1 Critérios de inclusão

- a) possuir idade igual ou superior a 18 anos completos;
- b) ter diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial associados;
- c) estar cadastrado na ação programática HIPERDIA das Unidades em estudo nos Estratos de risco 3 e 4.

4.2.2 Critérios de exclusão

- a) não comparecer à primeira consulta de enfermagem após três tentativas ou mais de agendamento sem sucesso e justificativa;
- b) ser avaliado em outro estrato de risco que não o 3 ou 4, na ocasião do primeiro encontro no grupo teste e controle;
- c) apresentar déficit cognitivo ou doenças associadas que comprometam as faculdades mentais do paciente.

4.3 INTERVENÇÕES

Os participantes foram randomizados em dois grupos: Grupo Teste/EM - consultas de Enfermagem baseadas nos princípios e técnicas da Entrevista Motivacional, realizadas por três Enfermeiras treinadas com 20 horas de formação para o uso da EM (LUNDAHL; BURKE, 2009), sendo uma integrante da equipe em cada Unidade eleita como campo de pesquisa; Grupo Controle/ Abordagem convencional: abordagem convencional através de consulta de enfermagem padrão por outros cinco profissionais Enfermeiros não treinados para o uso da EM, integrantes das equipes de cada uma das três Unidades.

Como intervenção para o grupo Teste/ EM foram aplicadas duas sessões de consulta de Enfermagem baseada na Entrevista Motivacional e direcionadas ao autocuidado, com periodicidade mensal e duração de 30 a 50 min, conforme literatura encontrada (LUNDAHL; BURKE, 2009; CHEN *et al.*, 2012; ANDRETTA *et al.*, 2014; MA *et al.*, 2014; VANBUSKIRK; WETHERELL, 2014). Como controle, foi aplicado o tratamento convencional de duas consultas de Enfermagem/ano, com periodicidade mensal e duração de 30 a 50 min cada, direcionadas ao autocuidado (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014). No decorrer do estudo, a periodicidade entre as consultas assumiu diferentes intervalos de tempo pelas necessidades em saúde e disponibilidade dos pacientes, resultando em média geral de 45 dias entre a primeira e segunda consulta de Enfermagem, com mediana de 38 dias no Grupo Controle e de 37 dias no Grupo Teste/EM. Pelo menos um reforço telefônico, com duração estimada de 10 a 15 min, foi realizado em ambos os grupos de pacientes entre a segunda consulta de enfermagem e a chamada para a finalização do estudo (VANBUSKIRK; WETHERELL, 2014).

Cabe ressaltar que ambas as Unidades seguem o Protocolo Institucional de Atenção aos portadores de HAS e DM2 para planejamento e execução de suas ações, conforme preconizado (BRASIL, 2011), bem como as recomendações dos Cadernos de Atenção Básica de Estratégias para o cuidado das condições crônicas em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial (BRASIL, 2014). Todos os participantes receberam o mesmo suporte e oferta de serviços da Unidade de saúde a qual pertencem, independente do grupo em que estiveram alocados, sendo a única diferença entre os grupos o método/forma de entrega do cuidado, com ou sem a abordagem da Entrevista Motivacional.

4.4 DESFECHOS

As variáveis foram coletadas a fim de aferir os desfechos principais de nível de hemoglobina glicada sanguínea e níveis tensionais, e para os desfechos secundários de: perfil; adesão; autoeficácia geral; importância e confiança para a mudança de comportamentos não saudáveis.

4.4.1 Variáveis independentes

O perfil dos hipertensos e diabéticos participantes foi traçado a partir de entrevista semiestruturada contendo as seguintes variáveis sociodemográficas, econômicas, de histórico de saúde e hábitos de vida:

- a) sexo;
- b) raça/etnia;
- c) idade;
- d) escolaridade;
- e) renda;
- f) número de moradores da casa;
- g) estado civil;
- h) tempo de diagnóstico de HAS e DM;
- i) outros diagnósticos associados de doenças crônicas;
- j) medicações em uso – posologia e tempo de uso;
- k) consumo de tabaco;
- l) dose por dia de consumo de álcool;
- m) tempo de atividade física regular por semana;
- n) histórico familiar de doença cardiovascular;
- o) datas das últimas consultas médicas nos últimos 2 anos para HAS e DM2;
- p) data das últimas consultas com enfermeiro para HAS e DM2 nos últimos 12 meses;
- q) data das últimas consultas com demais profissionais de saúde no último ano e no decorrer da pesquisa.

Devido a correlação entre adesão, motivação e depressão em doenças crônicas, a variável depressão foi avaliada a partir de escala específica de mensuração, de forma auto aplicada, respondida no domicílio pelo participante. As variáveis independentes de contexto foram tratadas como potenciais confundidores e os dados ajustados na fase de análise conforme a necessidade.

4.4.2 Variáveis de desfecho

Como variáveis dependentes e de desfecho principal foram avaliadas antes e após a intervenção:

- a) média da diferença de Hemoglobina glicada inicial e a partir de 3 meses após o término das intervenções;
- b) média da diferença de Pressão Arterial inicial e a partir de 3 meses após o término das intervenções;

Como desfechos secundários, foram avaliadas as seguintes variáveis antes e após a intervenção:

- a) nível de adesão;
- b) nível de autoeficácia geral percebida;
- c) grau de importância para a mudança de comportamentos não saudáveis;
- d) grau de confiança para a mudança de comportamentos não saudáveis.

4.4.3 Aferição dos desfechos

As medidas dos desfechos principais e secundários foram realizadas na linha de base e na conclusão do estudo, previsto para 3 meses após as intervenções, em ambos os grupos de pacientes - grupo Teste e Controle - por profissionais de saúde externos que não tiveram acesso à alocação desses pacientes, a fim de garantir o cegamento desta etapa. Os envelopes com os questionários iniciais e finais (vide apêndices / anexos) foram entregues no domicílio dos participantes por Agentes comunitários de saúde externos à equipe de pesquisa, e respondidos pelos pacientes de forma auto aplicada, à exceção do questionário de perfil, que foi aplicado pelos profissionais Enfermeiros na primeira consulta de Enfermagem, e atualizado nas consultas subsequentes conforme necessário.

Foi utilizada como instrumento para medir a adesão a versão validada para o português do questionário cubano Martín-Bayarre-Grau (MBG), (ALFONSO; VEA; ABALO, 2008; MATTA; LUIZA; AZEREDO, 2013), o qual foi construído e validado com base no conceito de adesão da OMS como a medida em que o comportamento

de uma pessoa, incluindo tomar medicação, seguir uma dieta, e/ou executar mudanças de estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas pelo prestador de cuidados de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). As variáveis contidas no instrumento para mensurar a adesão nestes preceitos são relacionadas à terapia medicamentosa, assiduidade nas consultas médicas, atividade física, dieta e autonomia do paciente (ALFONSO; VEA; ABALO, 2008).

Para mensuração dos desfechos clínicos, foram utilizados os testes diagnósticos recomendados para monitoramento dos níveis pressóricos e glicêmicos, antes e após as intervenções. A aferição da Pressão arterial foi realizada pelos técnicos de Enfermagem no setor de Enfermagem das Unidades, nas duas ocasiões citadas acima, de todos os participantes (controle e teste), sem diferenciação. Foram utilizadas as recomendações técnicas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) e aparelhos esfigmomanômetros digitais de braço da marca OMRON – modelos HEM 7113 ou Monitor digital multiparamétrico modelo 2500 da GE-Healthcare, padronizados pela responsabilidade técnica do Grupo Hospitalar Conceição.

Para avaliação das metas glicêmicas foi realizado exame laboratorial de rotina Hemoglobina glicada (HbA1c), como padrão-ouro para monitoramento e controle glicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019) em laboratório acreditado do Grupo Hospitalar Conceição, no início e final do estudo. Se o paciente tivesse realizado este exame a partir de consulta clínica há menos de 3 meses do início do estudo, foi considerado para fins de pesquisa este valor como o inicial, e recoletado apenas ao final do estudo por questões éticas, a fim de não submeter o paciente a procedimentos invasivos desnecessários. Pelo mesmo motivo, em caso de coleta em outro laboratório que não o do GHC, decorrente de vínculo concomitante em outros serviços de saúde, estes valores também foram considerados e sinalizados no banco de dados e em registro no prontuário médico do paciente. A média de tempo entre as coletas foi considerada para fins de análise e não houve diferença entre os grupos.

4.4.4 Instrumentos de mensuração

- a) Entrevista estruturada para perfil sociodemográfico e histórico de saúde, desenvolvida pelos pesquisadores contendo as variáveis apresentadas neste item da metodologia. Vide apêndice A;
- b) Inventário de depressão de Beck: instrumento de medida de auto-avaliação da depressão, composto por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. Os pontos de corte utilizados conforme a natureza e o objetivo do estudo foram sintomas mínimos/ausentes (0 a 11) e sintomas leves (12 a 19), considerado sem depressão; sintomas moderados (20 a 35) e sintomas graves (36-63), com depressão (GORESTEIN; ANDRADE, 1998; CUNHA, 2001). Anexo A;
- b) Instrumento Martín-Bayarre-Grau (MBG): versão adaptada ao contexto brasileiro, autoaplicável, que determina o nível de adesão ao tratamento do paciente hipertenso segundo a concepção de adesão terapêutica defendida pela OMS (WHO, 2003). Além de seu objetivo inicial, seu uso se estendeu a portadores de diabetes mellitus e seus criadores acreditam na possibilidade de sua aplicação a outras enfermidades crônicas. Consiste em 12 afirmações respondidas em uma escala Likert de cinco pontos (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre), que classifica os pacientes conforme a pontuação em **aderidos totais, parciais ou não aderidos**. Pode-se analisar ainda as dimensões da adesão em: **Cumprimento do tratamento**, que consiste na execução das prescrições médicas; **Implicação pessoal**, como a busca do paciente em mobilizar estratégias e esforços necessários para o cumprimento das prescrições; e **Relação terapeuta-paciente**, definida pela relação de colaboração para instaurar o tratamento e elaborar estratégias para garantir seu cumprimento e aceitação (ALFONSO; VEA;

ABALO, 2008; BORGES *et al.*, 2012; MATTA; LUIZA; AZEREDO, 2013).

Anexo B;

- c) Escala de AutoEficácia Geral Percepçionada (EAGP): escala psicométrica que avalia a capacidade da pessoa de desenvolver habilidades para transpor barreiras e lidar com a adversidade. Constitui-se em uma construção baseada na crença de que as ações do indivíduo são responsáveis por resultados bem-sucedidos, pautada na teoria de que as percepções de autoeficácia determinam como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam (BANDURA, 1994; MATTA, 2010). Anexo C;
- d) Régua de importância e confiança: trata-se de uma escala de 0 a 10 para avaliar a importância de mudar determinados comportamentos não saudáveis e a confiança que o paciente tem em conseguir atingir o sucesso, em que 0 é nada importante ou confiante e 10 é extremamente importante ou confiante (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). Anexo D.

4.5 TAMANHO DA AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho de amostra foi utilizado o programa Software Winpepi, versão 11.61. Considerando um poder de 80%, nível de significância de 5% e desvio-padrão de 2% para uma diferença de médias de 075%, como referido em Chen *et al* (2012), chegou-se ao tamanho de amostra de 224 sujeitos. Acrescentando 10% para possíveis perdas e recusas o tamanho de amostra foi estimado em 248 pacientes, sendo 124 no grupo Teste/EM e 124 no grupo Controle/ Abordagem convencional.

4.6 RANDOMIZAÇÃO: SEQUÊNCIA E GERAÇÃO

A relação de pacientes elegíveis, de cada uma das três unidade de saúde, foi gerada e entregue pelo coordenador do Programa HIPERDIA no setor de Monitoramento e Avaliação do SSC/GHC, externo à equipe de pesquisa, e aleatorizada eletronicamente para o grupo teste e controle.

4.7 ALOCAÇÃO: MECANISMO DE OCULTAÇÃO

Os profissionais Enfermeiros integrantes da equipe de pesquisa, em posse das listas já aleatorizadas para grupo teste e controle, realizaram o convite por telefone ou pessoalmente na Unidade de Saúde, conforme oportunidade de contato, a partir de modelo padrão (APÊNDICE B) para ambos os grupos. Se o paciente aceitou participar, foi entregue pelo seu Agente Comunitário de Saúde em seu domicílio ou na Unidade de saúde envelopes com conteúdo para fins de coleta de dados basais, contendo o convite por escrito com as orientações para a consulta agendada com o respectivo profissional Enfermeiro (APÊNDICE C), o TCLE (APÊNDICE D) e os questionários autoaplicáveis, a serem trazidos preenchidos na ocasião da primeira consulta. Para a conclusão do estudo, o processo acima foi repetido com a entrega dos envelopes finais e suas orientações (APÊNDICE E), a ser trazido em encontro programado na Unidade de saúde para coleta dos desfechos clínicos finais.

4.8 CEGAMENTO

A entrega dos envelopes para coleta de dados foi conduzida pelos Agentes Comunitários de Saúde, externos à equipe de pesquisa e sem conhecimento da alocação dos pacientes, em cada campo, logo, de maneira cegada no início e ao final do estudo. Para garantir o cegamento, os pacientes do grupo teste e controle responderam questionários autoaplicáveis, em seus domicílios. A aferição da pressão arterial e do exame laboratorial hemoglobina glicada, foram realizados conforme rotina de acompanhamento de portadores de DM2 e HA, em ambiente ambulatorial e hospitalar, respectivamente, não havendo portanto, qualquer diferenciação para os profissionais responsáveis entre eles.

Não foi possível o cegamento dos responsáveis pelas consultas de enfermagem / intervenções, uma vez que estavam cientes do tipo de abordagem que estavam utilizando, a fim de não descaracterizar os procedimentos descritos, assim como pela necessidade de realização de treinamento adicional para os profissionais do grupo Teste/EM.

4.9 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão e as categóricas como frequência e porcentagem. O pacote estatístico utilizado foi o SPSS versão 20.0. Para avaliar a normalidade das variáveis contínuas, foi realizado teste de Shapiro-Wilk. Para comparar as características basais dos participantes foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, e, quando necessário, teste exato de Fisher para as variáveis categóricas e teste t de Student para as contínuas. Para a análise intragrupo dos desfechos principais e secundários foi utilizado o modelo de equações de estimativas generalizadas (GEE) seguido de comparações múltiplas com ajuste por teste de Bonferroni. Para análise final comparativa dos grupos foi realizada análise de covariâncias (ANCOVA) dos valores dos deltas. E, devido à diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos para algumas variáveis, para cada desfecho investigado a ANCOVA foi realizada considerando como variável dependente o Delta e independentes as variáveis 'Grupo', 'Consumo de álcool', 'Consulta com enfermeiro no último ano', 'Mudança na prescrição médica medicamentosa', e o seu valor basal. O nível de significância considerado para todas as análises foi de 0,05 e os intervalos de confiança de 95%.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo iniciou após submissão e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob parecer nº 18051 de 11 de abril de 2018 (ANEXO E) e registro na Plataforma Brasil sob número de CAAE 86706618.0.0000.5530. Respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem embasado na Resolução COFEN 564/2017. Após aceite ao convite, todos os participantes receberam e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) como requisito para o início das intervenções.

O anonimato dos sujeitos foi garantido por meio da identificação numérica dos sujeitos. Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados em segurança pela pesquisadora principal

durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos conforme preconiza a Resolução 466/12.

Esta pesquisa não previu danos a seus participantes além dos riscos mínimos inerentes ao desconforto pela necessidade de resposta dos questionários auto aplicados e aos procedimentos clínicos de aferição de pressão arterial e coleta de exame laboratorial, integrantes da rotina habitual de cuidados pelo tratamento da Hipertensão e Diabetes, nos serviços de saúde aos quais são vinculados e onde foram manejados e acompanhados. Como possíveis benefícios ao participante, aponta-se melhores taxas de controle da patologia, melhora da capacidade para o autocuidado, estímulo a comportamentos saudáveis e de maneira geral, qualidade de vida na condição crônica.

As consultas de enfermagem foram realizadas dentro da carga horária contratual desses profissionais, pois tratam-se de consultas de rotina ao paciente Hipertenso e Diabético, não presumindo prejuízos às práticas e funcionamento do serviço de saúde. Nenhum participante ou Instituição teve custos decorrentes desta pesquisa, todos os custos adicionais inerentes ao estudo foram arcados pelo pesquisador.

4.11 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados inicialmente em defesa pública da dissertação de mestrado, assim como, após sua aprovação, em espaços de educação permanente nos serviços de saúde participantes e demais setores do SSC/GHC e GHC. Serão divulgados também, em apresentações e anais de eventos científicos, bem como a partir da publicação de artigos científicos em periódicos indexados. Ademais, serão entregues uma cópia para cada um dos serviços participantes da pesquisa, e uma para o Centro de documentação do GHC.

**5 ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO MANEJO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 E
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ENSAIO
CLÍNICO RANDOMIZADO**

**A consulta de enfermagem baseada na entrevista motivacional como estratégia para o
controle da diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde: um
ensaio clínico randomizado**

Pâmela Leites de Souza Steffen

Daniel Demétrio Faustino-Silva

Claunara Schilling Mendonça

Elisabeth Meyer

Resumo

Introdução: A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e a Hipertensão Arterial (HA) constituem-se como grandes desafios aos sistemas de saúde mundialmente, e possuem como pilares ao seu controle e acompanhamento a promoção da adesão e do autocuidado. A Entrevista Motivacional (EM) surge como um estilo de comunicação habilidoso que tem se mostrado efetivo para promover mudanças em uma ampla variedade de comportamentos relacionados com a saúde, entre eles, na prevenção e tratamento das doenças crônicas. **Objetivo:** Avaliar a efetividade da consulta de Enfermagem baseada nos pressupostos e técnicas da EM para o controle da DM2 e HA na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Ensaio clínico randomizado, controlado, paralelo e

26 duplo-cego realizado em três Unidades de Saúde da Zona Norte de Porto Alegre, Rio Grande do
27 Sul – Brasil, no período de junho de 2018 a julho de 2019. Participaram do estudo 194
28 portadores de DM2 com diagnóstico de HA associado, estratos de risco 3 e 4, os quais foram
29 randomizados eletronicamente para Grupo Teste/EM e Grupo Controle / Abordagem
30 convencional. O Grupo Teste recebeu a intervenção consulta de enfermagem baseada nos
31 pressupostos e técnicas da Entrevista Motivacional (EM) por profissional treinado com 20h e o
32 Grupo Controle consulta de Enfermagem usual conforme rotina desses serviços. As variáveis
33 foram coletadas na linha de base e a partir de 3 meses após o término das intervenções, a fim de
34 aferir os desfechos principais de nível de hemoglobina glicada sanguínea e níveis tensionais, e
35 para os desfechos secundários de adesão, autoeficácia geral percebida, importância e
36 confiança para a mudança de comportamentos não saudáveis. Os sujeitos da pesquisa, o
37 responsável por sua randomização e alocação, os aferidores dos desfechos, bem como os
38 responsáveis pela análise de dados foram cegados. **Resultados:** Aceitaram participar e
39 receberam as intervenções 194 diabéticos e hipertensos, destes, completaram o estudo após uma
40 média de 6 meses de acompanhamento, 175 pacientes, representando 81 pessoas no grupo
41 Controle/Abordagem convencional e 94 no grupo Teste/EM. Houve diferença significativa entre
42 os grupos com melhora no grupo Teste/EM para os desfechos Pressão Arterial Sistólica - PAS
43 ($p=0,000$), Pressão Arterial Diastólica – PAD ($p=0,000$), Escore total de Adesão MBG ($p=0,011$)
44 e suas dimensões ‘Cumprimento do tratamento’ e ‘Implicação pessoal’ ($p=0,033$; $p=0,031$). Os
45 níveis tensionais dos pacientes que receberam a intervenção com Entrevista Motivacional
46 apresentaram redução média de 15,2 mmHg (DP=2,6 mmHg) em PAS e de 6,4 mmHg (DP=1,4
47 mmHg) em PAD, em comparação ao grupo Controle. O grupo Teste apresentou ainda
48 decréscimo de 0,3% em HbA1c entre grupos, além de ter tido redução média intragrupo
49 significativa de 0,5% na conclusão do estudo ($p=0,001$), com máxima de -5,3% e mínima de

+2%. **Conclusão:** A consulta de Enfermagem baseada na Entrevista Motivacional se mostrou efetiva na redução dos níveis pressóricos e glicêmicos, bem como na melhora dos níveis de adesão em pacientes hipertensos e diabéticos no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Registro do Ensaio clínico: NCT03729323.

Palavras-chave: Entrevista Motivacional. Diabetes Mellitus tipo 2. Hipertensão Arterial Sistêmica. Doenças crônicas. Autocuidado.

1 Introdução

Mundialmente, a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e a Hipertensão Arterial (HA) despontam como uma epidemia em curso, representando doenças muito onerosas aos indivíduos afetados e suas famílias, bem como um obstáculo para o desenvolvimento econômico sustentável dos sistemas de saúde, diante da gravidade das complicações e os recursos necessários para seu controle.¹⁻⁴ Pareceres da Organização Mundial da Saúde alertam que as Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 71% do total geral de mortes, especialmente por doenças cardiovasculares (DCV) relacionadas à Hipertensão e Diabetes, exigindo avanços em seu enfrentamento a partir da promoção da adesão e do autocuidado, incluindo ações para reduzir os principais fatores de risco modificáveis como a obesidade, o uso do tabaco, dieta não saudável, sedentarismo e uso prejudicial do álcool - bem como detecção, diagnóstico e tratamento precoces.^{5,1,7,8,4}

Não obstante, a DM2 e a HA são consideradas “Condições Sensíveis à Atenção Primária”, ou seja, evidências demonstram que o manejo adequado desses agravos ainda na Atenção Primária à Saúde (APS) evita internações e mortes por eventos cardiovasculares e cerebrovasculares.⁹ Nesse contexto, uma adequada relação terapeuta-paciente é chave essencial para o êxito das intervenções em saúde, principalmente por tratarem-se de doenças de origem multifatorial e de longa duração, que envolvem necessariamente para a sua abordagem, mudanças no estilo de vida e toda a complexidade inerente nesse processo.^{10,7}

Buscar estratégias que estimulem a mudança de comportamento e a adesão, motivando os pacientes a seguir as recomendações da equipe de saúde e a buscar o controle de suas patologias tem sido cada vez mais desafiador na prática diária dos profissionais da APS e o Enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar, tem papel de destaque no processo de educação em saúde e promoção do autocuidado nas DCNT.^{5,11-13,7,14}

A Entrevista Motivacional (EM) surge então, como uma ferramenta de cuidado, enquanto estilo clínico que tem se mostrado efetivo para promover mudanças em uma ampla variedade de comportamentos relacionados à saúde, na medida em que busca trabalhar a ambivalência e evocar dos pacientes as suas próprias motivações para fazer mudanças comportamentais, a partir da identificação da importância que o paciente atribui a necessidade de mudança e da confiança em alcançá-la.¹⁵

Apesar do crescente número de estudos Internacionais em diferentes áreas da Saúde, segue tímida a produção científica que avalia a aplicabilidade da Entrevista Motivacional nas DCNT na realidade brasileira.¹⁶ Diante disso, o presente estudo pretende contribuir nesta perspectiva, e objetiva investigar a efetividade desta estratégia de assistência em consultas de Enfermagem individuais para pessoas com diagnósticos de DM2 e HA associados, em acompanhamento em três Unidades de Atenção Primária à Saúde da Zona Norte de Porto Alegre - RS.

2 Métodos

2.1 Desenho do estudo

Ensaio Clínico Randomizado, duplo-cego, controlado e paralelo realizado em três Unidades de Saúde da Zona Norte de Porto Alegre – RS, no período de junho de 2018 a julho de 2019. Os métodos seguiram as recomendações da lista de informações CONSORT 2010 para estudo randomizado e o projeto foi previamente registrado no site norte-americano www.clinicaltrials.gov, sob nº NCT03729323, como padrão de qualificação internacional para ensaios clínicos. Os participantes da pesquisa, o responsável pela randomização e alocação, os aferidores dos desfechos, bem como os responsáveis pela análise de dados foram cegados. Não foi possível o cegamento dos responsáveis pela aplicação do tratamento convencional e da intervenção Entrevista Motivacional, pela necessidade de treinamento e condução inerente ao estudo.

2.2 Participantes

Os participantes foram portadores de DM2 com diagnóstico de HA associado, cadastrados nas três Unidades de Saúde definidas como cenário de pesquisa, com estratos de risco 3 e 4. Os estratos de risco são oriundos de modelo de estratificação realizado nesses serviços, que considera o grau de severidade da condição crônica e a capacidade para o autocuidado. O estrato de risco 3 compreende um estrato intermediário, onde a doença crônica representa um alto risco segundo o escore de Framingham, porém a condição clínica não tem estabelecida uma doença cardiovascular. O estrato de risco 4, abrange a população com condição crônica de alto ou muito alto risco, podendo ou não já ter complicação estabelecida com interferência na qualidade de vida do indivíduo.^{17,7}

As Unidades escolhidas foram selecionadas pela similaridade de perfil epidemiológico e de saúde, sendo as três maiores do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), possuindo respectivamente populações adscritas de 12.836 habitantes, 21.000 habitantes e 17.009 habitantes conforme o CENSO de 2010, e estando localizadas na mesma região, zona norte do município de Porto Alegre-RS. Foram critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 18 anos completos; ter diagnóstico clínico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial; estar cadastrado na ação programática das unidades em estudo nos estratos de risco 3 e 4. Os critérios para exclusão foram: ser avaliado em outro estrato de risco que não o 3 ou 4, na ocasião do primeiro encontro no grupo teste e controle; apresentar déficit cognitivo ou doenças associadas que comprometam as faculdades mentais do paciente. A relação de pacientes

elegíveis foi gerada e entregue pelo setor de Monitoramento e Avaliação do SSC/GHC, por profissional externo à equipe de pesquisa, totalizando 744 pacientes, e aleatorizada eletronicamente em 376 pessoas para o grupo controle e 368 no grupo teste.

2.3 Tamanho da Amostra

Para o cálculo do tamanho de amostra foi utilizado o programa Software Winpepi, versão 11.61. Considerando um poder de 80%, nível de significância de 5% e desvio-padrão de 2% para uma diferença de médias de 075%, como referido,¹⁸ chegou-se ao tamanho da amostra de 224 sujeitos. Acrescentando 10% para possíveis perdas e recusas o tamanho de amostra foi estimado em 248 pacientes, sendo 124 no grupo Teste/EM e 124 no grupo Controle/ Abordagem convencional.

2.4 Intervenções

Os participantes foram randomizados em dois grupos: Grupo Teste/EM – submetido a duas sessões de consulta de Enfermagem baseada na Entrevista Motivacional e direcionadas ao autocuidado, com duração de 30 a 50min e periodicidade mensal, realizadas por Enfermeiros treinados com 20 horas de formação para o uso da abordagem;^{19,20,18,16,7,21,22} o Grupo Controle/ Abordagem convencional recebeu abordagem convencional por profissionais Enfermeiros não

treinados para o uso da EM, através de duas consultas de enfermagem, com duração de 30 a 50 min cada e periodicidade mensal, direcionadas ao autocuidado.^{20,7}

No decorrer do estudo, a periodicidade entre as consultas assumiu diferentes intervalos de tempo pelas necessidades em saúde e disponibilidade dos pacientes, resultando em média geral de 45 dias entre a primeira e segunda consulta de Enfermagem, com mediana de 38 dias no Grupo Controle e de 37 dias no Grupo Teste/EM. Pelo menos um reforço telefônico, com duração estimada de 10 a 15 min, foi realizado em ambos os grupos de pacientes entre a segunda consulta de enfermagem e a chamada para a finalização do estudo.²²

Como responsáveis pela aplicação das consultas de enfermagem nos grupos controle e teste, foram designados profissionais enfermeiros graduados e especialistas em Saúde Coletiva, trabalhadores contratados em cada um dos locais da pesquisa, com vínculo empregatício igual ou superior a 5 anos de experiência. Os Enfermeiros responsáveis pela aplicação da consulta de Enfermagem baseada nos pressupostos e técnicas da Entrevista Motivacional receberam treinamento específico teórico-prático-vivencial, com dramatizações e discussão de casos, com carga horária de 20h, por profissionais habilitados.^{23,19}

Cabe ressaltar que as Unidades seguem o Protocolo Institucional de Atenção aos portadores de HA e DM2 para planejamento e execução de suas ações,²⁰ além de todos os participantes receberem o mesmo suporte e oferta de serviços da Unidade de saúde a qual pertencem,

independente do grupo em que estavam alocados. Conforme a descrição das intervenções, a única diferença entre os grupos foi o método/forma de entrega do cuidado, com ou sem a abordagem da Entrevista Motivacional.

2.5 Aferição dos desfechos

As medidas dos desfechos principais e secundários foram realizadas na linha de base e na conclusão do estudo, a partir de 3 meses após a segunda consulta de enfermagem, em ambos os grupos de pacientes - grupo teste e controle. À exceção do questionário de perfil, as medidas foram conduzidas de forma cegada, por meio de questionários que foram entregues no domicílio dos participantes, e respondidos de forma auto aplicada, assim como, a partir das mensurações dos desfechos clínicos realizadas por profissionais técnicos de Enfermagem externos à equipe de pesquisa na APS e em Laboratório de Análises clínicas.

O perfil dos hipertensos e diabéticos participantes foi traçado a partir de entrevista semiestruturada contendo variáveis sociodemográficas, de histórico de saúde e hábitos de vida, realizada pelo profissional Enfermeiro durante as consultas de Enfermagem, e, por serem dados clínicos importantes a serem autorrelatados, bem como pela exigência de confirmá-los em prontuário médico do paciente e de atualizá-los quando preciso, não foi possível o cegamento desta etapa. As variáveis independentes de contexto foram tratadas como potenciais confundidores e os dados ajustados na fase de análise.

Como variáveis dependentes e de desfecho principal foram avaliadas as diferenças médias de hemoglobina glicada e da pressão arterial sistólica e diastólica. Para tanto, foram utilizados os testes diagnósticos recomendados para monitoramento dos níveis pressóricos e glicêmicos, antes e após as intervenções, seguindo as orientações técnicas inerentes a cada procedimento.^{2,3,24,4}

Como desfechos secundários, foram avaliados nível de adesão, nível de autoeficácia geral e graus de importância e de confiança para a mudança de comportamentos não saudáveis, a partir de instrumentos específicos, auto aplicados. Da mesma forma, devido a correlação entre adesão, motivação e depressão em DCNT, a variável depressão também foi avaliada.

2.6 Instrumentos de mensuração

a) Entrevista semiestruturada para perfil sociodemográfico e histórico de saúde, desenvolvida pelos pesquisadores contendo as variáveis: Sexo; Raça/etnia; Idade; Escolaridade; Renda per capita; Número de moradores da casa; Estado civil; Tempo de diagnóstico de HAS e DM; Outros diagnósticos associados de doenças crônicas; Medicações em uso; Consumo de tabaco; Consumo de álcool; Tempo de atividade física regular por semana; Histórico familiar de doença cardiovascular; Datas de consulta médica nos últimos 2 anos; Data de consulta de Enfermagem para HA e DM2 no último ano; Consulta com outros profissionais da área da saúde e periodicidade.

b) *Inventário de Depressão de Beck*: instrumento de medida de autoavaliação da depressão, composto por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3, classificando-os em sinais mínimos ou ausentes, leves, moderados ou graves de depressão. Os pontos de corte utilizados conforme a natureza e o objetivo do estudo foram sintomas mínimos/ausentes (0 a 11) e sintomas leves (12 a 19), considerado sem depressão; sintomas moderados (20 a 35) e sintomas graves (36-63), com depressão.^{25,26}

c) *Instrumento Martín-Bayarre-Grau (MBG)*: versão adaptada ao contexto brasileiro, autoaplicável, que determina o nível de adesão ao tratamento do paciente hipertenso segundo a concepção de adesão terapêutica defendida pela OMS como a extensão com a qual o paciente segue as orientações clínicas, incluindo compreensão e execução do regime terapêutico e da adoção de comportamentos saudáveis.⁵ Consiste em 12 afirmações respondidas em uma escala Likert de cinco pontos (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre), que classifica os pacientes conforme a pontuação em aderidos totais, parciais ou não aderidos. Permite ainda a análise da adesão por suas dimensões operacionais: Cumprimento do tratamento – como a execução das indicações médicas prescritas; Implicação pessoal – busca do paciente por estratégias e esforços necessários para garantir o cumprimento do tratamento prescrito; e Relação terapeuta paciente – relação de colaboração estabelecida entre o paciente e o profissional no processo de adesão ao tratamento.²⁷⁻²⁹

d) *Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP)*: trata-se de uma escala psicométrica que avalia a capacidade da pessoa de desenvolver habilidades para transpor barreiras e lidar com

a adversidade. Constitui-se em uma construção baseada na crença de que as ações do indivíduo são responsáveis por resultados bem-sucedidos, pautada na teoria de que as percepções de autoeficácia determinam como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam.^{30,31}

e) *Régua de importância e confiança*: escala de 0 a 10 para avaliar a importância de mudar determinado comportamento e a confiança do paciente em obter o sucesso esperado, em que 0 é nada importante ou confiante e 10 é extremamente importante ou confiante.¹⁵

2.7 Aspectos éticos

O estudo iniciou após submissão e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob parecer nº 18051 de 11 de abril de 2018. Respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem embasado na Resolução COFEN 564 /2017.³² Após aceite ao convite, todos os participantes receberam e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) como requisito para receberem as intervenções.

2.8 Análise dos dados

As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão e as categóricas como frequência e porcentagem. O pacote estatístico utilizado foi o SPSS versão 20.0. Para avaliar a normalidade das variáveis contínuas, foi realizado teste de Shapiro-Wilk. Para comparar as características basais dos participantes foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, e, quando necessário, teste exato de Fisher para as variáveis categóricas e teste t de Student para as contínuas. Para a análise intragrupo dos desfechos principais e secundários foi utilizado o modelo de equações de estimativas generalizadas (GEE) seguido de comparações múltiplas com ajuste por teste de Bonferroni. Para análise final comparativa dos grupos foi realizada análise de covariâncias (ANCOVA) dos valores dos deltas. E, devido à diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos para algumas variáveis, para cada desfecho investigado a ANCOVA foi realizada considerando como variável dependente o Delta e independentes as variáveis ‘Grupo’, ‘Consumo de álcool’, ‘Consulta com enfermeiro no último ano’, ‘Mudança na prescrição médica farmacológica’, e o seu valor basal. O nível de significância considerado para todas as análises foi de 0,05 e os intervalos de confiança de 95%.

3 Resultados

3.1 Características dos participantes

Dos 744 sujeitos elegíveis randomizados, foram contatados no período determinado para recrutamento, de junho de 2018 a março de 2019, preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar 194 diabéticos e hipertensos, destes, completaram o estudo após uma média de 6 meses de acompanhamento, 175 pacientes, representando 81 pessoas no grupo Controle/Abordagem convencional e 94 no grupo Teste/EM. O diagrama de fluxo de participantes (Figura 1) apresenta a distribuição aleatória e o número de sujeitos conforme o grupo de alocação. As exclusões se deram por recusa, critérios de inclusão/ exclusão e não localizados. Não houve tempo hábil/recursos para tentativa de contato / convite aos demais integrantes da lista de pacientes elegíveis. As perdas de seguimento se deram por óbito, recusa em coletar os desfechos finais 3 meses após terem recebido a intervenção e por mudança de endereço ou não localizado, impossibilitando a coleta dos dados finais.

Não houve diferenças estatisticamente significativas relacionadas às características sociodemográficas e de histórico de saúde entre os grupos na linha de base, que se traduzam relevantes clinicamente aos resultados encontrados (Tabela 1). À exceção de maior número de indivíduos separados/divorciados e maior número de indivíduos com consumo de álcool acima da dose máxima recomendada diária no grupo Teste/EM e de maior número de indivíduos com consulta com Enfermeiro no último ano no grupo controle. Essas variáveis sofreram ajuste estatístico e serão detalhadas na discussão dos resultados.

Na linha de base a média de idade dos participantes foi de 66 anos (DP = 9,91). A maioria dos participantes era do sexo feminino, raça branca, com renda familiar per capita igual ou acima de um salário mínimo¹ (piso federal de R\$998,00). Em relação ao tratamento, características da doença e hábitos de vida, a grande maioria possuía diagnóstico de DM2 e HA há mais de 10 anos, encontravam-se em regimes complexos de medicação com polifarmácia, em acompanhamento médico regular, não fumavam e eram sedentários. Não haviam tido consulta com o profissional Enfermeiro no último ano 91,2% (n=77) dos pacientes. A maior parte dos participantes foi classificada em Adesão parcial com 61,3% (n=119), seguido de Adesão total em 38,1% (n=74) e apenas um participante não aderido (1%).

3.2 Desfechos principais e secundários

Dos 175 participantes que concluíram o estudo, 15 pacientes tiveram algum dado faltante em seus desfechos finais, devido ao prazo estipulado para o término do estudo. Por este motivo, as tabelas apresentam as variáveis e seu 'n' de análise, segundo a disponibilidade dos dados. Houve diferença significativa entre os grupos com maior impacto no grupo Teste/EM para os desfechos Pressão Arterial Sistólica - PAS (p=0,000), Pressão Arterial Diastólica – PAD (p=0,000), Escore total de Adesão MBG (p=0,011) e suas dimensões 'Cumprimento do tratamento' e 'Implicação pessoal' (p=0,033; p=0,031).

Ambos os grupos apresentaram melhora nas médias de todos os desfechos investigados, sendo estatisticamente significativas as diferenças intragrupo no grupo Teste/EM para as variáveis PAS, PAD, HbA1c e Escore de Adesão MBG total e suas três dimensões, e no grupo controle para as variáveis Escore de Adesão MBG total, dimensões ‘Implicação pessoal’ e ‘Relação terapeuta-paciente’, EAGP e Régua de Confiança. A Tabela 2 apresenta a comparação dos resultados intragrupo e entre os grupos Teste/EM e Controle na linha de base e conclusão do estudo.

As consultas de Enfermagem geraram ainda como efeitos secundários o encaminhamento ao Médico de Família e Comunidade para consulta de revisão, conforme necessidades identificadas, em 60,5% (n=52) dos participantes do grupo controle e 69,7 % (n= 69) do grupo teste (p=0,188 – valor obtido a partir de teste qui-quadrado), além de referência ao profissional Nutricionista para consulta individual ou coletiva, em 12,4 % (n=11) e 18% (n=18), respectivamente (p=0,283 - valor obtido a partir de teste qui-quadrado). Ademais, 16 (18%) e 31 (30,7%) dos pacientes do grupo controle e teste, demandaram ajuste terapêutico em medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos, antilipídêmicos e antidepressivos/ansiolíticos, com diferença entre os grupos (p=0,043 – valor obtido a partir de teste qui-quadrado). Além desse e dos demais efeitos secundários relatados serem positivos em termos de acompanhamento regular e multidisciplinar, este dado foi ajustado estatisticamente e tratado também como potencial confundidor, demonstrando que os resultados finais encontrados foram independentes da mudança em prescrição médica no período.

Os níveis tensionais dos pacientes que receberam a intervenção com Entrevista Motivacional apresentaram importante redução média de 15,2 mmHg (DP=2,6 mmHg) em PAS e de 6,4 mmHg (DP=1,4 mmHg) em PAD, em comparação ao grupo controle. Devido ao fato dos pacientes deste grupo terem maiores níveis tensionais na Linha de base, os dados sofreram ajuste estatístico conforme descrito anteriormente, demonstrando o efeito positivo da intervenção independente dessa característica basal. Não houve diferença estatística pós intervenção em PAS e PAD dos participantes do grupo controle. O grupo Teste/EM apresentou ainda decréscimo de 0,3% em HbA1c em relação ao grupo controle, além de ter tido redução média intragrupo significativa de 0,5% na conclusão do estudo ($p=0,001$), com máxima de -5,3% e mínima de +2%. O grupo controle, apesar da redução não ter sido significativa estatisticamente ($p=0,545$), apresentou redução média de 0,22%, máxima de -4,8% e mínima de +3,2%. Não houve diferença significativa entre os grupos para redução dos níveis de hemoglobina glicada.

4 Discussão

Os achados de melhora dos níveis glicêmicos, pressóricos e de adesão dos participantes que receberam abordagem baseada na Entrevista Motivacional, são expressivos na medida em que sabe-se que a qualidade dos cuidados que os pacientes recebem dos profissionais de saúde além de ter grande impacto no risco de sofrer um evento cardiovascular tem efeito direto no controle dessas patologias.^{5,12,7} Os resultados vão ao encontro de estudos que utilizaram a Entrevista Motivacional como estratégia para a mudança no estilo de vida e controle de doenças como a DM2 e/ou HA, nos quais a abordagem sustentou-se como uma estratégia de baixo custo e alto

potencial de impacto, representando resultados positivos, mas, com diferentes tamanhos de efeito e variáveis estudadas.^{10,19,33-36,22} Em pesquisa conduzida por profissionais Enfermeiros avaliando o uso da EM nas consultas de rotina, houve decréscimo de 4 mmHg de PAS em relação ao grupo controle (131 ± 16 vs 135 ± 18 mmHg; $p < 0.05$) após dois anos de acompanhamento. Os autores trazem que a grande melhora em níveis de PAD (4 mmHg no grupo controle e 6mmHg no grupo EM) e HbA1c (1,1% no grupo controle e 1% no grupo teste) encontradas em ambos os grupos pode ter obscurecido o efeito da intervenção.³⁴

Embora resultados significativos em PAS e PAD sejam relatados com o uso da EM internacionalmente, as reduções na ordem de 15,2 mmHg e delta ajustado de 16,6 mmHg encontradas no nosso estudo são maiores do que na literatura consultada. Em Ma *et al.*,²¹ os níveis de PAS e PAD do grupo EM diminuíram em relação ao grupo controle, com diferença de 4.92 e 2.58 mmHg respectivamente. Em metanálise de ensaios clínicos randomizados avaliando o efeito da EM na pressão arterial, evidenciou-se efeito significativo na PAS (-1.64 mmHg / IC 95% -2,75, -0,53), mas não em PAD (-0,58 mmHg / IC 95% -1,25, 0,09).³⁶ Já em revisão sistemática e metanálise investigando a efetividade da EM na modificação do comportamento em pacientes que buscam tratamento para condições de saúde em ambientes de atenção primária, o tamanho médio dos efeitos foi maior nos resultados relacionados à pressão arterial, perda de peso e uso de substâncias psicoativas.²²

Não obstante, os achados em hemoglobina glicada são relevantes frente às inúmeras evidências do quanto o bom controle glicêmico previne o surgimento de complicações crônicas, que

constituem as principais causas de mortalidade, morbidade e piora da qualidade de vida do paciente com diabetes. O mau controle pode contribuir ainda, direta ou indiretamente, para agravos no sistema musculoesquelético, no sistema digestório, na função cognitiva e na saúde mental, além de ser associado a diversos tipos de câncer.³ A redução média de 0,5% em glicada no Grupo Teste/EM é semelhante à relacionada às recomendações de ações já consolidadas no tratamento da DM2 como o uso de medicamentos antidiabéticos orais, capazes de reduzir de 0,5 a 1,5% de HbA1c e de programas de educação para o autocuidado com 0,6%.^{3,4} Médias semelhantes confirmam-se às demonstradas em metanálise avaliando o efeito da EM nos níveis de HbA1c, com diminuição significativa de 0,66% e 0,44% após 3 e 6 meses, respectivamente, em comparação aos tratamentos convencionais (Delta -0,66; IC95% -1,02 a -0,30; p = 0,0003; Delta -0,44; IC95% -0,73 a -0,15; p = 0,003).³⁷

Em relação à adesão, destaca-se a melhora em adesão total e nas dimensões cumprimento do tratamento e implicação pessoal para o autocuidado, a partir da EM, bem como a grande melhora em ambos os grupos para a dimensão relação terapeuta-paciente. Em estudo qualitativo com o objetivo de determinar como os pacientes sentiram-se dois anos após o acompanhamento em um programa de educação para o autocuidado na Diabetes, as percepções sobre os cuidados convencionais prescritivos foram em grande parte negativas, com descrição de atitudes paternalistas, apressadas e degradantes. Em contraste com as da Entrevista Motivacional, em que trouxeram como positivo a postura não julgadora, a capacidade de escuta e acolhida, o protagonismo do indivíduo com sentimentos de incentivo à responsabilidade pelo seu autocuidado, a partir do estabelecimento de metas mais realistas, em parceria com o profissional.³⁸

Resultados favoráveis em adesão pela EM são vistos também em estudos com enfoque na terapia farmacológica, como em Hedegard *et al.*³⁹ em que houve diferença de 10% nos níveis de adesão em relação ao grupo controle ($p=0,002$). O mesmo é percebido em pesquisa que avaliou a adesão a partir do monitoramento eletrônico de pílulas com 190 hipertensos, com maiores níveis de adesão (60% vs. 47%, $p=0,054$) e menor decréscimo desta ao longo do tempo ($p=0,027$).

Esses resultados se traduzem em impacto positivo nos resultados clínicos, qualidade de vida, utilização de serviços de saúde e redução de hospitalizações e custos, e podem relacionar-se ao efeito positivo nos níveis de adesão dos pacientes.⁴ Para a Organização Mundial da Saúde⁵ promover a adesão na Hipertensão e Diabetes pode ter maior impacto na saúde da população do que as próprias melhorias e avanços da área biomédica. Apesar de diversos métodos serem utilizados para medir a adesão ao tratamento, devido à amplitude deste conceito, dificilmente um deles é capaz de avaliá-lo em sua totalidade, não existindo ainda um padrão-ouro recomendado. Além disso, a maioria das pesquisas concentram-se na adesão à medicação, ao passo que o conceito de adesão abrange também inúmeros comportamentos relacionados à saúde que se estendem para além de tomar fármacos prescritos.^{5,14}

No tocante às características basais dos pacientes, essas foram definidas e controladas principalmente pelo seu papel enquanto fatores de risco à adesão e ao controle da Hipertensão e Diabetes. Entre os fatores que contribuem para a não adesão e controle estão diferenças raciais ou culturais (afrodescendentes são geralmente menos aderentes que brancos e com níveis pressóricos mais elevados), abuso atual de substâncias psicoativas, depressão, nível de

alfabetização, baixo status socioeconômico e fraca rede de apoio familiar ou social.^{5,40,4}

Não houve diferença significativa em relação a maior parte dessas características na linha de base dos participantes, à exceção do consumo de álcool, que por ser um fator importante foi ajustado estatisticamente. Tanto como doença quanto como fator de risco para redução da adesão à terapia, o abuso de substâncias psicoativas representa uma barreira ao tratamento eficaz das doenças crônicas, afetando a alimentação, a glicemia e os níveis pressóricos dos pacientes.^{2,3} Em relação ao estado civil, apesar de o status casado estar associado a maiores níveis de adesão, o estado conjugal separado/divorciado por si só não reflete a presença de rede de apoio familiar ou social, bem como não representa se a pessoa vive sozinha e/ou não possui outros tipos informais de relacionamentos, fatores contribuintes à adesão com maior nível de evidência.^{5,40,41,4}

Ademais, revisão de literatura avaliando a Entrevista Motivacional em diversos contextos de saúde, demonstra que a maioria das variáveis relacionadas ao cliente não tem relação com os resultados, tornando a EM especialmente vantajosa no contexto da APS, por funcionar independentemente da gravidade do problema de saúde, idade ou gênero, além de poder ser aprendido igualmente por diferentes categorias profissionais da área da saúde.¹⁹

Outra variável que sofreu ajuste estatístico foi maior número de indivíduos que receberam consulta de Enfermagem de rotina no último ano no grupo controle, o que representaria uma diferença na dose recebida de intervenção neste grupo. Para além da diferença entre grupos,

destaca-se a média expressiva de hipertensos e diabéticos que não haviam consultado com o profissional Enfermeiro como rotina em seu acompanhamento. Essa realidade preocupa na medida em que frente ao processo de promoção da adesão e abordagem do vivenciar o adoecimento, o Enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar, tem papel de destaque enquanto educador em saúde nas doenças crônicas, sendo a consulta de Enfermagem reconhecida como apoiadora do autocuidado no acompanhamento dos pacientes em tratamento nas Unidades de Saúde.^{5,11,1,6,12}

Já para o desfecho autoeficácia geral não foi evidenciada diferença significativa entre os grupos. Pesquisa avaliando a efetividade da EM no tratamento de pacientes hipertensos, que utilizou a autoeficácia como um de seus desfechos a partir da mesma escala empregada no presente estudo, demonstrou que, apesar dos escores terem aumentado em ambos os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos e entre os sujeitos.²¹ Porém, estudos que utilizaram escalas específicas aos comportamentos em investigação, concluíram que maiores níveis de autoeficácia estão relacionados a maiores níveis de autocuidado e controle. Ao mesmo tempo que, observa-se que determinados pacientes que melhoraram seus resultados em saúde, tiveram ligeira diminuição em sua autoeficácia, sugerindo um efeito teto a partir de menor margem para mudança em indivíduos autoconfiantes.⁴²⁻⁴⁴ Logo, uma possível razão para essa discordância é o instrumento de mensuração utilizado, que demonstra pouca discriminação na avaliação da autoeficácia do paciente especificamente para o manejo da doença crônica, estando mais suscetível a interferências de contexto de vida no lidar com as adversidades.

Não foi encontrada também melhora significativa na importância e confiança para a mudança de comportamentos não saudáveis a partir dos instrumentos utilizados, apesar das médias terem aumentado na conclusão do estudo. Em contrapartida o grupo controle apresentou entre seus participantes melhora na confiança para a mudança. Tal fato pode estar relacionado ao limitador das réguas terem sido aplicadas fora do contexto da consulta individual com EM, a que se propõem originalmente, devido à necessidade de cegamento dessa etapa de coleta de dados. Uma vez que, sendo ferramentas que integram a abordagem da Entrevista Motivacional em busca da mudança de comportamento, e esperado que os pacientes a partir das sessões ampliem a consciência sobre as suas reais motivações, importância e confiança para a mudança, podem gerar resultados finais mais fidedignos do que quando coletados na linha de base.¹⁵

Além disso, apesar da EM poder ser útil em contextos clínicos em apenas uma sessão, e ser um tratamento breve em geral com maior custo-eficácia do que as alternativas tradicionais, existe um efeito de dose, de modo que mais sessões tendem a produzir mais mudanças comportamentais e gerarem efeitos mais duradouros.^{19,22} O número de sessões e o tempo de acompanhamento é um dos limitadores do presente estudo.

Como efeitos secundários o encaminhamento ao médico de família e mudança na prescrição também são identificados em Gabbay *et al.*,³⁴ em que as enfermeiras levaram os profissionais médicos a reavaliarem as medicações em uso conforme os dados de adesão dos pacientes, porém, referem que estes nem sempre responderam, e que em última análise, estratégias para reduzir a inércia clínica podem ser necessárias.

Dentre as limitações do estudo, estão o número e perfil dos participantes, com a maioria do sexo feminino, na cor branca, com mais de 10 anos de diagnóstico e renda per capita igual ou superior a um salário mínimo, o que limita a generalização dos achados para a população em geral. Além da não realização de testes de fidelidade do treinamento realizado em Entrevista Motivacional e de reforços ao longo do tempo, uma vez que melhores resultados em saúde podem ser conduzidos por profissionais com maiores níveis de treinamento e experiência.^{23,45,18} Aponta-se ainda a realização das intervenções com todos os pacientes dos estratos de risco definidos como critérios de inclusão, independente dos níveis glicêmicos estarem em conformidade com suas metas de controle, o que pode representar menor margem para redução a partir das intervenções. Por fim, o viés de resposta no tocante aos questionários autoaplicados e o tempo / recursos disponíveis que restringem o recrutamento e acompanhamento dos potenciais participantes ao estudo.

5 Conclusão

Conclui-se que a consulta de Enfermagem baseada na Entrevista Motivacional constitui-se como estratégia mais efetiva que a consulta convencional para melhora nos níveis pressóricos e de adesão em pacientes diabéticos e hipertensos no contexto da Atenção Primária à Saúde. Demonstra-se, ainda, potente na melhora dos níveis glicêmicos e controle da diabetes. Aspira-se a partir desse estudo e seus resultados, integrar subsídios à consolidação da Entrevista Motivacional enquanto ferramenta de comunicação e cuidado competente para evocar as

574 motivações do paciente, aumentando suas habilidades em adesão e autocuidado, e gerando
575 melhores respostas em termos de bem-estar e saúde. Pretende-se sensibilizar os profissionais de
576 saúde ao tema, em especial a Enfermagem como linha de frente da atenção, auxiliando na
577 abordagem do paciente diabético e hipertenso de forma integral e humanizada. Não obstante,
578 mais estudos devem ser estimulados e conduzidos, com diferentes perfis epidemiológicos e
579 níveis de Atenção à Saúde, no interesse da Entrevista Motivacional para o controle das doenças
580 crônicas, temática ainda pouco pesquisada no meio científico brasileiro.

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

Figura 1. Diagrama de fluxo de participantes.

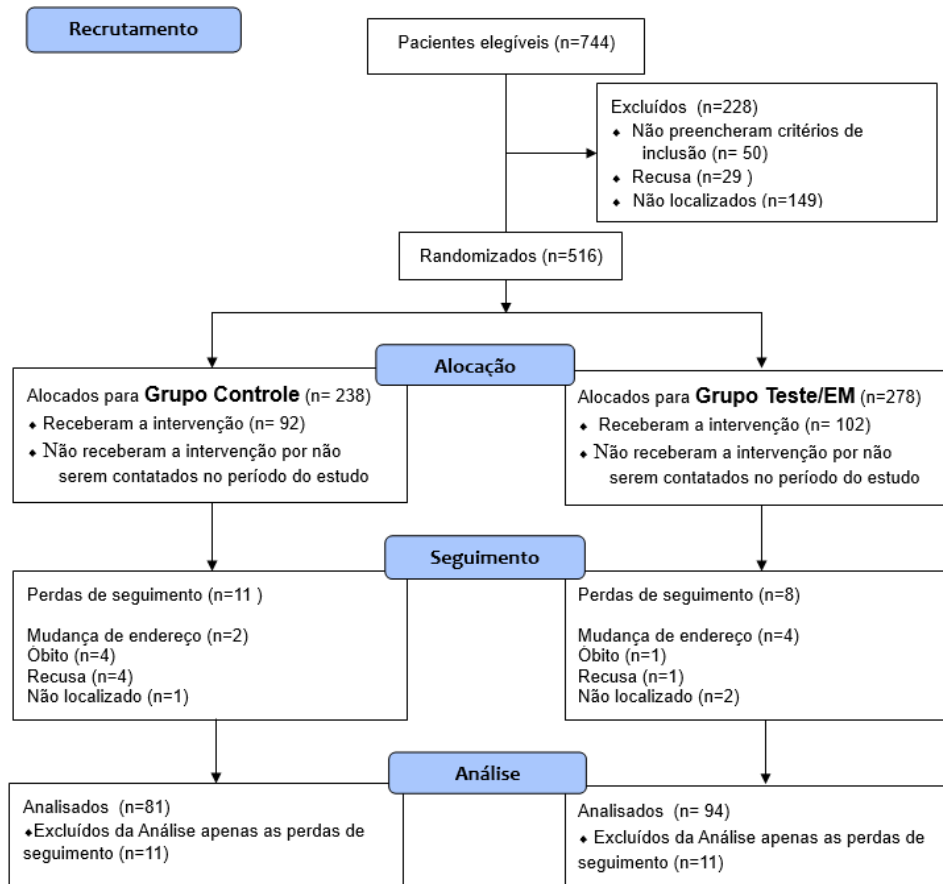


Tabela 1 - Comparação das Características sociodemográficas e de histórico de saúde dos participantes na linha de Base.

Variável (%; n)	Controle (n=92)	Intervenção (n=102)	Valor p
Sexo			0,448 ¹
Masculino	35,9% (33)	41,2% (42)	
Feminino	64,1% (59)	58,8% (60)	
Idade			0,974 ²
Média	66 ± 12	66 ± 8	
Raça / etnia			0,197 ¹
Branca	81,3% (74)	78,4% (80)	
Negra	16,5% (15)	13,7% (14)	
Parda	2,2 % (2)	7,8% (8)	
Mora só			0,529 ¹
Sim	19,8% (18)	23,5% (24)	
Escolaridade			0,123 ¹
Fundamental Incompleto	30,8% (28)	21% (21)	
Fundamental Completo	69,2% (63)	79% (79)	
Situação conjugal			0,028 ¹
Solteiro	16,3% (15)	10,8% (11)	
Separado/divorc	8,7% (8)	21,6% (22)	
Viúvo	23,9% (22)	13,7% (14)	
Casado	51,1% (47)	53,9% (55)	
Renda Per capita			0,215 ¹
< 1 sal mínimo	26,4% (24)	34,7% (34)	
≥ 1 sal mínimo	73,6% (67)	65,3% (64)	
Tempo diagnóstico HÁ			0,883 ¹
1 - 5 anos	8,7% (8)	9% (9)	
5 - 10 anos	20,7% (19)	17,8% (18)	
+ de 10 anos	70,7% (65)	73,3% (74)	
Tempo diagnóstico DM2			0,251 ¹
1 - 5 anos	25% (23)	19,6% (20)	
5 - 10 anos	26,1% (24)	19,6% (20)	
+ de 10 anos	48,9% (92)	60,8% (62)	
Histórico familiar DCV			0,441 ¹
Sim	86,5% (77)	90,1% (91)	
Doenças associadas			
DCV	27,2% (25)	28,4% (29)	0,845 ¹
Neoplasias	9,8% (9)	10,8% (11)	0,819 ¹
Osteomusculares	8,7% (8)	24,5% (25)	0,003 ¹
Aparelho respiratório	8,7% (8)	15,7% (16)	0,140 ¹
Retinopatia diabética	2,2% (2)	5,9% (6)	0,284 ³
Nefropatia	1,1% (1)	2% (2)	1,000 ³
Pé diabético	3,3% (3)	5,9% (6)	0,503 ³
Polifarmácia			0,210 ¹
4 ou mais medicamentos	75% (69)	82,4% (84)	
Depressão por Escore BDI			0,905 ¹
Escore positivo para Depressão	15,2% (14)	15,8% (16)	
Tabagismo			0,884 ³
Fuma	7,6% (7)	9,9% (10)	
Nunca fumou	56,5% (52)	59,4% (60)	
Ex-tabagista	35,8% (33)	30,7% (31)	
Consumo de Alcool			0,018 ¹
Acima da dose máxima/sem	2,2% (2)	10,8% (11)	
Tempo de Exercício Físico*			0,129 ¹
<150 min/sem	79,1% (72)	87,3% (89)	
≥150 min/sem	20,9% (19)	12,7% (13)	
Acompanhamento médico regular DM2/HA			0,305 ¹
Mínimo 1 consulta/ano	72,5% (66)	65,7% (67)	
Consulta com Enfermeiro no último ano			0,012 ¹
Sim	14,1% (13)	3,9% (4)	
Não	85,9% (79)	96,1% (98)	
Consulta com Dentista no último ano			0,202 ¹
Sim	43,5% (37)	34,3% (34)	
Não	56,5% (48)	65,7% (65)	
Adesão - Questionário MBG			0,467 ³
Aderidos totais	41,3% (38)	36,3% (36)	
Aderidos parciais	58,7% (54)	63,7% (65)	

Não aderidos	0,0% (0)	1% (1)
Legenda: 1- Valor p obtido a partir de Teste qui-quadrado; 2 - Valor obtido por Teste T; 3- Valor obtido por Teste Exato de Fisher. DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2; HA - Hipertensão Arterial; DCV - Doença cardiovascular; BDI- Inventário de depressão de Beck; MBG - Instrumento Martín-Bayarre-Grau; * Tempo em minutos por semana.		

Tabela 2 - Comparação dos resultados intragrupo e entre os grupos Teste/EM e Controle na linha de base e conclusão do estudo.

Variável	Grupo	n	Linha de Base Média ± DP	Valor p ¹	Conclusão estudo Média ± DP	n	Valor p ² Intragrupo	Valor Delta ajustado Média (IC95%)	Valor p ³ Entre grupos	Diferença entre grupos Média (IC95%)
Desfechos clínicos										
PAS (mmHg)	Teste	94	147.7 ± 23.2	0.017	131.3 ± 18.2	92	0.000	-16.6 (-23,4;-9.8)	0.000	-15.2 (-20.2;-10.1)
	Controle	81	140.3± 21.4		141.6 ± 20,3	81	0.255	-1.43 (-8.5; 5.6)		
PAD (mmHg)	Teste	94	74.9 ± 10.8	0.215	67.8 ± 9.4	92	0.000	- 6 (-9.6; -2.4)	0.000	-6.4 (-9.1; -3.8)
	Controle	81	73.5 ± 11.2		73.8 ± 11.5	81	0.773	-0.42 (-3.3; 4.2)		
HbA1c (%)	Teste	94	7,6 ± 1,7	0.819	7,1 ± 1,4	90	0.001	-0,54 (-1,0; -0,06)	0.086	-0,3 (-0,7; 0,5)
	Controle	81	7,6 ± 1,7		7,5 ± 1,7	76	0.545	-0,22 (-0,7; 0,3)		
Questionários auto aplicados										
Escore total Adesão MBG										
	Teste	94	34,52 ± 7,1	0.475	36,72 ± 10,7	88	0.000	4,6 ± 1 (2,5; 6,7)	0.011	+ 2 (0,5; 3,6)
	Controle	81	34,91 ± 6,4		34,94 ± 11,4	77	0.000	2,6 ± 1 (0,5; 4,8)		
Escore por dimensões MBG										
Cumprimento do tratamento	Teste	94	13.6 ± 2.1	0.400	14.5 ± 1.3	88	0.000	+ 1 ± 0.3 (0.4; 1.6)	0.033	+0,5 (0,04; 1)
	Controle	81	13.8 ± 1.6		14 ± 1.8	77	0.163	+ 0.5 ± 0.3 (-0,2; 1.2)		
Implicação pessoal	Teste	94	13,7 ± 3,1	0.268	15 ± 2,8	88	0.000	+2,1 ± 0,6 (0,9; 3,3)	0.031	+ 1 (0,1; 1,9)
	Controle	81	13,1 ± 3,3		14 ± 3,3	77	0.026	+1,2 ± 0,6 (-0,1; 2,4)		
Relação terapeuta-paciente	Teste	94	7,1 ± 4,1	0.085	9,9 ± 2,5	88	0.000	+2,4 ± 0,6 (1,3; 3,5)	0.342	+ 0,4 (-0,4; 1,2)
	Controle	81	8 ± 3,7		9,8 ± 3	77	0.000	+2 ± 0,6 (0,8; 3,2)		
EAGP										
	Teste	94	32.9 ± 6.6	0.127	34.1 ± 6.2	88	0.092	+0,7 ± 1 (-1,4; 2,8)	0.107	-1,3 (-2,9; 0,3)
	Controle	81	34.3 ± 6,1		36 ± 4,2	77	0.004	+2 ± 1 (-0,15; 4,2)		
Réguas										
Importância	Teste	94	8,86 ± 1,6	0.725	8,98 ± 1,6	87	0.560	+ 0,1 ± 0,3 (-0,5; 0,8)	0.234	-0,3 (-0,8; 0,2)
	Controle	81	8,73 ± 2,2		9,25 ± 1,3	75	0.067	+0,4 ± 0,3 (-0,2; 1,1)		
Confiança	Teste	94	8,22 ± 2,1	0.386	8,49 ± 1,9	87	0,266	-0,01 ± 0,4 (-0,8; 0,7)	0.934	-0,06 (-0,6; 0,5)
	Controle	81	7,77 ± 2,3		8,47 ± 1,9	74	0.007	+0,02 ± 0,4 (-0,7; 0,8)		

Teste - Grupo Teste/EM; Controle - Grupo Controle/Abordagem convencional; 1 - Valor p obtido pela análise Teste T; 2 - Valor p obtido por GEE; 3- Valor p obtido por ANCOVA; MBG - Instrumento Martín-Bayarre-Grau; EAGP - Escala de Autoeficácia Geral percebida.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. Arquivos brasileiros de cardiologia. 2016 set;107(3):1-83.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018)*. São Paulo: Clannad; 2017.
4. American Diabetes Association. Standards of medical care in Diabetes. *J Clin Applied Res Educ Diabetes Care*. 2019 Jan;42(1).
5. World Health Organization. *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003. ISBN: 92-4-154599-2.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

- 653 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
654 *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Ministério da Saúde, Secretaria de
655 Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 162 p.
656 (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
657
- 658 8. World Health Organization. *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs,*
659 *sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licença: CC BY-NC-
660 SA 3.0 IGO.
661
- 662 9. Alfradique ME, *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da
663 lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP –
664 Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009 jun;25(6):1337-49.
665
- 666 10. Alárcon LF, Carranza WA. La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de
667 cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmissibles. *Avances*
668 *en Psicol Latinoam*. 2007 jul./dic;25(002):63-82
669
- 670 11. Felipe GF, Abreu RNDC, Moreira TMM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem
671 ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*.
672 2008;42(4):620-7.
673
- 674 12. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve
675 control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar
676 17;(3). CD005182. DOI: 10.1002/14651858.CD005182.pub4.

- 677 13. Moura DJM, Bezerra STF, Moreira TMM, Fialho AVM. Cuidado de enfermagem ao cliente
678 com hipertensão: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Enferm.* 2011 jul/ago;64(4):759-65.
679
- 680 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.
681 Departamento de Ciência e Tecnologia. *Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao*
682 *tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas.* Brasília: Ministério da
683 Saúde; EVIPNet Brasil; 2016. 52 p.
684
- 685 15. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: Ajudando*
686 *pacientes a mudar o comportamento.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
687
- 688 16. Andretta I, Meyer E, Kuhn RP, Rigon M. A entrevista motivacional no Brasil: uma revisão
689 sistemática. Mudanças. *Psicol Saúde.* 2014 jul/dez;22(2):15-21.
690
- 691 17. Stümer PL, Bianchini I. *Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de*
692 *estratificação baseada nas necessidades das pessoas.* 2012. No prelo.
693
- 694 18. Chen SM, Creedy D, Lin HS, Wollin J. Effects of motivational interviewing intervention on
695 self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized
696 controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012 Aug;49:637-44.
697
- 698 19. Lundahl BW, Burke BL. The effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A
699 Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. *J Clin Psychol.* 2009;65(11):1232-45.

- 700 20. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. *A*
701 *organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção*
702 *primária à saúde*. Organização de Sandra R. S. Ferreira, Itemar M. Bianchini, Rui Flores. Porto
703 Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011. 118 p.
- 704
- 705 21. Ma C, Zhou Y, Zhou W, Huang C. Evaluation of the effect of Motivational Interviewing
706 counselling on hypertension care. *Patient Educ Couns*. 2014;95:231-7.
- 707
- 708 22. Vanbuskirk KA, Wetherell JL. Motivational Interviewing Used in Primary Care A Systematic
709 Review and Meta-analysis. *J Behav Med*. 2014 Aug;37(4):768-80.
- 710
- 711 23. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A Randomized Trial of Methods
712 to Help Clinicians Learn Motivational Interviewing. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(6):1050-
713 62.
- 714
- 715 24. European Society of Cardiology. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial
716 hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39:3021-104. DOI:10.1093/eurheartj/ehy339.
- 717
- 718 25. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da
719 versão em português. *Rev Psiq Clín*. 1998;25:245-50.
- 720
- 721 26. Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo (SP): Casa do
722 Psicólogo; 2001.

- 723 27. Alfonso LM, Vea HDB, Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)
724 para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cub Salud Pública, Sociedad*
725 *Cubana de Administración de Salud La Habana*. 2008 ene./mar;34(1).
726
- 727 28. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Oliveira CJ. Utilização de questionários
728 validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa.
729 *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):487-94.
730
- 731 29. Matta R, Luiza S, Lucia V, Azeredo TB. Adaptação brasileira de questionário para avaliar
732 adesão terapêutica em hipertensão arterial. *Rev Saúde Pública*. Universidade de São Paulo São
733 Paulo, Brasil. 2013;47(2):292-300.
734
- 735 30. Bandura A. Self-Efficacy. *Encyclopedia of human behavior*. ed. New York: Academic Press:
736 V. S. Ramachaudran. 1994;4:71-81.
737
- 738 31. Matta SR. *Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento*
739 *anti-hipertensivo e antidiabético*. Jeann Marie da Rocha Marcelino. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
740 Dissertação de mestrado. 88f., tab. Orientador: Luiza, Vera Lucia Azeredo, Thiago Botelho.
741 Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro;
742 2010.
743
- 744 32. Brasil. *Resolução Cofen nº 0544/2017*. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. [Internet].
745 2017. [acesso em 2017 maio 12]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html)
746 [05442017_52029.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html).

33. Cedillo IG, Antúnez BVM. Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Univ Psychol*. 2013;14(2):511-22.
34. Gabbay RA, Añel-Tiangco RM, Dellasega C, Mauger DT, Adelman A, Van Horn DHA. Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Results of a 2-year randomized controlled pragmatic trial. *J Diabetes*. 2013;5:349-57.
35. Gandin T, Fe AM, Rabelo ER, Aliti G. Efeito da entrevista motivacional como estratégia de enfermagem na redução da pressão arterial em pacientes hipertensos: desenho metodológico. *In:*
36. Ren Y, Yang H, Browning C, Thomas S, Liu M. Therapeutic effects of Motivational Interviewing on blood pressure control: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Cardiol*. 2014 Apr. [dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.01.051](https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.01.051).
37. Song D, Xu T-Z, Sun Q-H. Effect of motivational interviewing on selfmanagement in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *Int J Nurs Sci*. 2014. DOI: 10.1016/j.ijnss.2014.06.002.
38. Dellasega C, Añel-Tiangco RM, Gabbay RA. How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Res Clin Pract*. 2012;95:37-41.

- 770 39. Hedegaard U, Kjeldsen LJ, Pottegard A, Henriksen JE, Lambrechtsen J, Hangaard J, Hallas
771 J. Improving Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Trial. *Am J*
772 *Med.* 2015 Aug;128(12):1351-61.
773
- 774 40. Aliotta S, Vlasnik J, Delor B. Enhancing adherence to long-term medical therapy: A new
775 approach to assessing and treating patients. *Adv Ther.* 2004 Jul-Aug;21(4):214-31.
776
- 777 41. Ferreira MA. *Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão*
778 *cadastrados no programa hiperdia da atenção primária à saúde.* 2015. 86 f. Dissertação
779 (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG);
780 2015.
781
- 782 42. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior.*
783 2004;31(2):143-64.
784
- 785 43. Wangberg SC. An Internet-based diabetes self-care intervention tailored to self-efficacy.
786 *Health Educ Res.* 2008;23(1):170-79.
787
- 788 44. Mohamadinejad F, Razi SP, Aliasgharpour M, Tabari F. Efeito do programa de educação do
789 paciente sobre a autoeficácia em pacientes com diabetes. *Irã. J Med Educ.* 2015;10:35-41.
790
- 791 45. Forsberg L, Berman AH, Källmén H, Hermansson U, Helgason AR. A Test of the Validity of
792 the Motivational Interviewing Treatment Integrity Code. *Cogn Behav Ther.* 2008;37(3):183-91.
793

6 CAPÍTULO DO “GUIA PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA HIPERTENSÃO E DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE” – EM FASE DE REVISÃO

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A pressão arterial (PA) fisiologicamente sofre variações ao longo do dia, batimento a batimento cardíaco, de acordo com as atividades do indivíduo, em virtude da interação de fatores neuro-humorais, comportamentais e ambientais, necessários à nossa sobrevivência. Esta variação assume uma maior amplitude nos pacientes hipertensos, relacionada a pior prognóstico clínico (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018). A Hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica de origem multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados em pelo menos duas medições em ocasiões diferentes de $PA \geq 140$ e/ou 90 mmHg. Apesar de este ponto de corte ser arbitrário e estar em pauta de discussão mundialmente, a 'hipertensão' sobretudo deve ser definida como o nível de PA em que os benefícios do tratamento (seja com intervenções no estilo de vida ou medicamentos) superam inequivocadamente os riscos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

O não tratamento, bem como o não controle adequado da doença está relacionado a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, representando maior risco de morte súbita, acidente vascular encefálico, demência, cegueira em pacientes diabéticos com Hipertensão, infarto agudo do miocárdio, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

1.1 FISIOPATOLOGIA DA HAS

A pressão arterial é o produto do débito cardíaco (frequência cardíaca x volume sistólico) multiplicado pela resistência periférica. Na circulação fisiológica a pressão é exercida pelo fluxo de sangue bombeado pelo coração e pelas paredes dos vasos sanguíneos. No momento da sístole, quando o coração ejeta o sangue para o corpo a partir da contratura e esvaziamento dos ventrículos, é medida a Pressão Arterial Sistólica (PAS) ou pressão máxima, e esta, portanto, pode sofrer interferência de todo e qualquer evento que altere a frequência cardíaca do paciente. No momento da diástole, retorno venoso e arterial e relaxamento dos ventrículos, afere-se a Pressão Arterial Diastólica (PAD) ou pressão mínima, sendo a resistência periférica dos vasos e suas possíveis disfunções, os protagonistas nestes níveis (BRUNNER, 2015).

A Hipertensão idiopática, ou seja, sem causa secundária reconhecida, é uma doença altamente heterogênea, de etiologia multifatorial, com herdabilidade genética que varia de 35 a 50% dos casos e apesar de sua origem não estar totalmente esclarecida, resulta necessariamente de alteração no débito cardíaco e/ou na resistência periférica dos vasos (BRUNNER; SUDDARTH, 2015; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018). Os medicamentos empregados, em suma, diminuem a resistência periférica, o volume sanguíneo ou a força e a frequência da contração miocárdica. Alguns fatores implicados como causas da HAS são (BRUNNER; SUDDARTH, 2015):

- a) atividade aumentada do sistema nervoso simpático relacionada com a disfunção do sistema nervoso autônomo;
- b) reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água por fatores genéticos ou de disfunção renal;
- c) atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona (mediada pela bomba de sódio e potássio), resultando em expansão do volume de líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada por constrição endotelial venosa;

- d) vasodilatação diminuída das arteríolas relacionada com a disfunção do endotélio vascular (que pode estar relacionada a placas ateromatosas ou lesão endotelial pela nicotina);
- e) resistência à ação da insulina, que pode ser um fator comum associando HAS, DM2, dislipidemia, obesidade e intolerância à glicose.

Compreender os mecanismos envolvidos no processo saúde-doença na HAS é fundamental ao profissional Enfermeiro para orientar e apoiar o paciente em seu autocuidado, bem como realizar as consultas de Enfermagem com segurança, precisão e competência técnica. Ao longo deste guia, os medicamentos utilizados e seus mecanismos de ação, os cuidados de enfermagem, as mudanças de hábitos de vida necessárias, o porquê da relação aumentada com risco cardiovascular e suas principais complicações irão fazer sentido à luz da fisiopatologia da HAS.

1.2 DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

O diagnóstico da HAS se dá pela história clínica, estratificação de risco cardiovascular e pela avaliação dos níveis tensionais aferidos em consultório, a partir de Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA) e/ou Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), este último com critérios específicos a serem avaliados pelo profissional médico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018). Os valores considerados anormais e critérios diagnósticos seguem na Figura 1 de rastreamento da HAS.

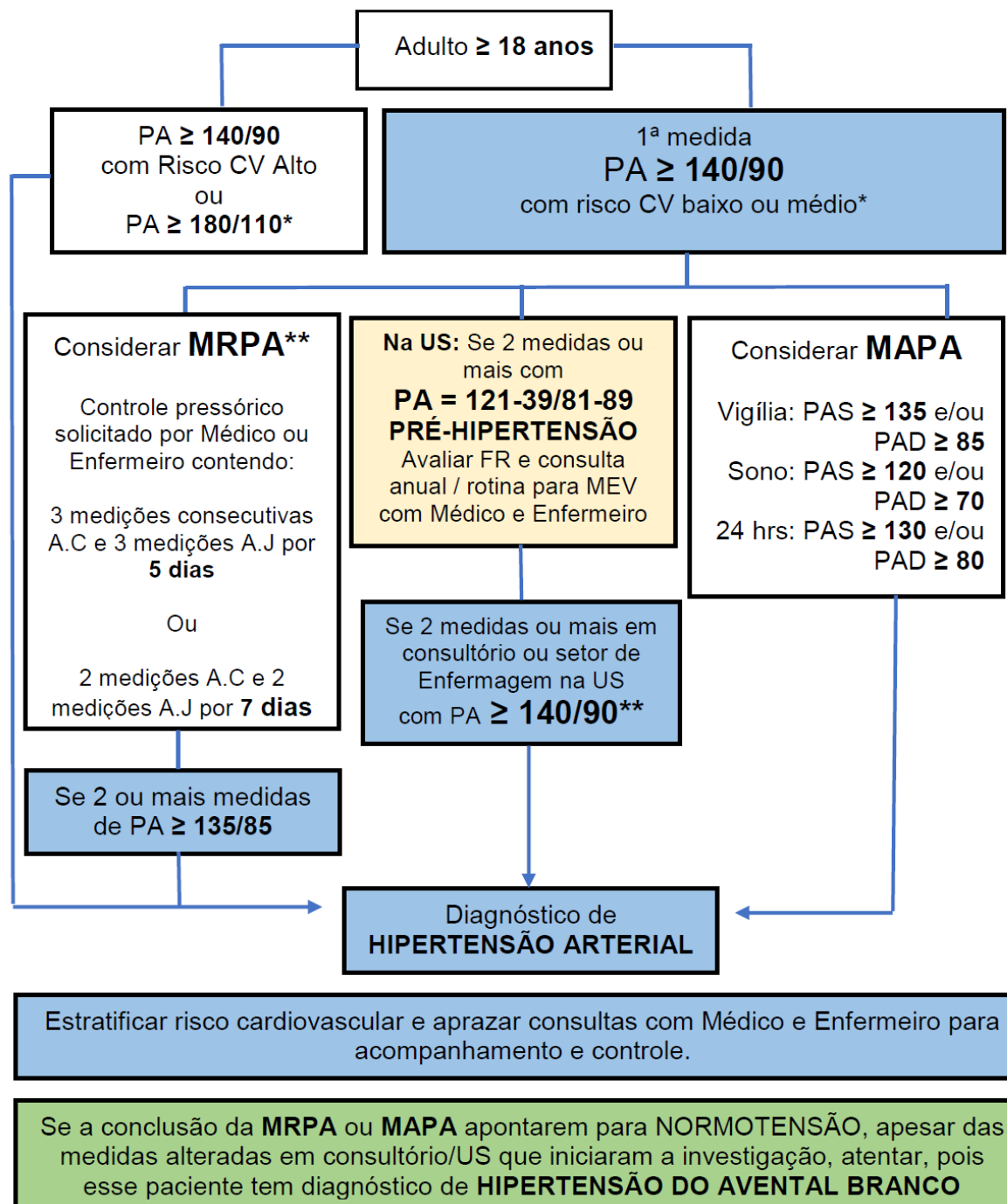
1.2.1 Medida de consultório – na Unidade de Saúde

A PA deve ser medida em toda avaliação clínica, por profissionais de saúde devidamente capacitados, de maneira oportuna enquanto rastreamento e diagnóstico precoce. Ressalta-se que a PA no consultório é muitas vezes realizada de maneira inadequada, sem a devida atenção às recomendações padronizadas para uma medida fidedigna. A medição inadequada da PA no consultório / Unidade de saúde pode levar a classificações imprecisas, superestimação ou subestimação

da verdadeira pressão arterial do paciente e consequentes condutas desnecessárias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Em especial, a equipe de Enfermagem que atua como linha de frente da Atenção, deverá estar treinada pelo profissional Enfermeiro e atenta aos cuidados para uma técnica adequada, bem como cientes dos padrões atualizados de níveis tensionais considerados anormais, uma vez que, estão em contato direto com esse procedimento nas rotinas das Unidades de Saúde. Além disso, estudos demonstram

Figura 1 – Fluxograma de Rastreamento e Diagnóstico de Hipertensão Arterial



Fonte: Adaptado (SBC, 2016; ESC, 2018).

*Excluindo causas de Hipertensão Arterial Secundária / Pseudocrise Hipertensiva;

**Em casos em que houver discrepância entre as medidas/dúvidas / Hipertensão do Avental Branco interrogada, solicitar MRPA (Médico ou Enfermeiro) ou MAPA (Médico) conforme critérios

que, entre os profissionais Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, o profissional Técnico de Enfermagem destaca-se nas aferições de PA nos serviços de saúde pela menor relação com o efeito do avental branco nos pacientes, tornando suas medidas mais fidedignas (BRASIL, 2011).

Nas consultas de rotina do Médico e Enfermeiro, recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos com $PA \leq 120/80$ mmHg, e anualmente para aqueles com $PA > 120/80$ mmHg e $< 140/90$ mmHg. A aferição da PA poderá ser feita com esfigmomanômetros manuais, semi-automáticos ou automáticos, desde que devidamente validados e calibrados conforme exigências do INMETRO. Deverá ser medida no braço, salvo situações de suspeita de hipotensão ortostática ou contra-indicações cirúrgicas específicas como esvaziamento ganglionar no membro, devendo-se utilizar manguito com tamanho adequado e realizada as devidas correções conforme o quadro 1, quando necessário. Além deste cuidado, o paciente deverá estar com repouso prévio mínimo de 3 a 5 minutos, em ambiente calmo, com a bexiga vazia, sem ter praticado atividade física nos últimos 60 min, não ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos, não ter fumado nos últimos 30 min, estar com as pernas descruzadas, pés apoiados e braço posicionado na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e as roupas sem garrotear o membro, sendo orientado a não falar durante o procedimento (BRASIL, 2013b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Quadro 1 - Fatores de correção da PA medida na Unidade de Saúde com manguito adulto padrão (13cm X 30 cm), de acordo com a circunferência do braço do paciente.

Circunferência (cm)	Correção PAS (mmHg)	Correção PAD (mmHg)
26	+ 5	+ 3
28	+ 3	+ 2
30	0	0
32	- 2	- 1
34	- 4	- 3
36	- 6	- 4
38	- 8	- 6
40	- 10	- 7
42	- 12	- 9
44	- 14	- 10
46	- 16	- 11
48	- 18	- 13

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2016).

Devido à possibilidade do Efeito do Avental Branco (EAB), Hipertensão do Avental Branco (HAB) e da Hipertensão Mascarada (HM), sempre que houverem discrepâncias ou dúvidas quanto aos parâmetros avaliados nas visitas ao serviço de

saúde, medidas fora do consultório como a MRPA ou o MAPA deverão ser consideradas para fins de confirmação diagnóstica e/ou acompanhamento, controle e manejo das medicações em uso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018).

O **EAB** é a diferença igual ou superior a 20 mmHg na PAS e/ou 10 mmHg na PAD entre as medidas obtidas no consultório e fora dele, que não implica em mudança no diagnóstico. Ou seja, se o indivíduo é normotenso, permanecerá normotenso, e se é hipertenso, continuará sendo hipertenso; podendo, contudo, alterar o estágio e/ou induzir o clínico a manejos inadequados no esquema terapêutico em uso com subdoses ou sobredoses e seus consequentes danos colaterais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A **HM** ocorre em aproximadamente 10 a 15% dos casos, quando os valores de consultório são normais, porém, a clínica e fatores de risco cardiovascular apontam para a HAS e o MAPA ou MRPA estão alterados. Na suspeita dessa condição recomenda-se que as pressões arteriais de 24 horas e durante o sono devam ser consideradas no diagnóstico a partir da realização do MAPA. Alguns exemplos de características que podem sugerir o diagnóstico nessa situação são: jovens com PA casual normal ou limítrofe e hipertrofia de ventrículo esquerdo, pais hipertensos, apresentando medidas ocasionalmente elevadas fora do consultório e risco cardiovascular elevado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Já a **HAB** é uma condição clínica caracterizada por valores anormais da PA no consultório, porém com valores considerados normais pela MAPA ou MRPA, não representando a necessidade de instituição de regime terapêutico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018). Cabe ressaltar que a HAB confere menos risco de eventos cardiovasculares relacionados a danos em órgãos-alvo pela Hipertensão do que a HAS sustentada, reforçando a importância de seu diagnóstico diferencial a fim de não estabelecer regimes terapêuticos em que o risco supera o benefício nesses casos (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018). O Enfermeiro tem autonomia em identificar essas condições e realizar os encaminhamentos necessários no sentido de corrigir esquemas terapêuticos junto ao médico conforme a realidade e rotina do paciente.

1.2.2 Medida Residencial da Pressão Arterial - MRPA

A MRPA é uma modalidade realizada no domicílio pelo usuário com as devidas instruções, consistindo na obtenção de três medidas pela manhã, antes do café e da tomada da medicação, e três à noite, antes do jantar, com intervalo mínimo de 1 minuto entre as medidas, durante cinco dias, ou duas medições em cada uma dessas duas ocasiões, durante sete dias. A conclusão se dará a partir da média total das 24 medidas, sendo aceito a partir de 14 registros, excluindo divergências e as medidas das primeiras 24h de controle. Serão considerados valores anormais de **PA $\geq$ 135/85 mmHg** (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Essa modalidade apresenta vantagem na avaliação diagnóstica e para instituição do tratamento anti-hipertensivo em relação às medidas do consultório, uma vez que permite uma leitura mais fidedigna à rotina do usuário, além de reduzir a possibilidade da não detecção do EAB e HAB. Além de ser um método amplamente disponível e barato, aproxima o usuário desde o diagnóstico ao seu auto monitoramento e engajamento com o tratamento, devendo ser encorajada sempre que possível (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2018; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

1.2.3 Medida Ambulatorial da Pressão Arterial - MAPA

O MAPA é um método de fortes níveis de evidência clínica, indicado quando há grande variabilidade de níveis tensionais em diferentes consultas, discrepância entre as medidas de consultório e residenciais, necessidade de avaliar a PA durante o sono ou suspeita clínica de EAB, HM ou HAB. Fornece a média de leituras de pressão arterial durante um período definido, geralmente 24 h, programado tipicamente para medições de 15 a 30 minutos de intervalos mínimos. Tem como desvantagem o desconforto do exame e a disponibilidade limitada / dispendiosa

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E CONTROLE

2.1 CLASSIFICAÇÃO DA HAS

A consulta inicial de um paciente com hipertensão arterial inclui além da confirmação do diagnóstico, a identificação de possíveis causas secundárias, a avaliação do risco CV, presença de lesões em órgão-alvo (LOA) e doenças associadas, a partir da anamnese, exame físico e exames complementares (SBC, 2016). Os valores anormais em conjunto com a estratificação de risco CV irão definir a classificação do estágio da Hipertensão, devendo este ser reavaliado em cada consulta Médica e de Enfermagem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

A definição do risco CV tem como aspecto indispensável a avaliação do impacto dos “Hypertension-mediated organ damage – HMOD”, na tradução literal “dano em órgão mediado por hipertensão”, denominado anteriormente como “lesões em órgão-alvo – LOA”. A troca de nomenclatura abrange com mais precisão alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos principais - coração, cérebro, retina, rim e vascularização - induzidas pela HAS, que não necessariamente configuram lesão estabelecida. A maior parte da carga dos HMOD em relação à incidência de eventos CV, mortalidade e incapacidade está relacionada de forma independente e contínua a níveis de PAS ≥ 144 mmHg (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Quadro 2 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade:

Classificação	PAS	PAD	Monitoramento
Normal	120	80	A cada 2 anos e/ou consultas de rotina
Pré-Hipertensão	121-39	81-89	Anual e/ou consultas de rotina
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99	Conforme classificação de risco e acompanhamento regular
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109	Conforme classificação de risco e acompanhamento regular
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110	Conforme classificação de risco e acompanhamento regular

Fonte: Adaptado (SBC, 2016; ESC, 2018).

*Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

**Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

2.2 TRATAMENTO DA HAS E METAS PARA CONTROLE

Apesar de uma série de estratégias comprovadas, altamente eficazes e bem toleradas envolvendo tratamento medicamentoso e mudanças de estilo de vida para alcançar a redução da Pressão Arterial, esta segue como uma patologia com baixas taxas de controle e principal causa evitável de DCV, mundialmente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018). Em relação ao seu acompanhamento e manejo, as evidências enfatizam ainda, a HAS como fator de risco independente e sem distinções de idade ou raça/etnia para eventos cardiovasculares, sendo a PAS elevada melhor preditor desses eventos a partir dos 50 anos, e a PAD mais comumente elevada em jovens (< 50 anos) em relação a pacientes mais velhos. Tal fato se deve ao enrijecimento arterial esperado com a idade que leva ao declínio da PAD, atribuindo especial importância à PAS elevada como fator de risco em indivíduos de meia idade e idosos (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Recomenda-se que o primeiro objetivo do tratamento seja **reduzir a PA para <140/90 mmHg** em todos os pacientes e, desde que o tratamento seja bem tolerado, buscar níveis ≤ 130/80 mmHg na maioria dos casos, incluindo pacientes com diagnóstico associado de DM2. Em pacientes com **menos de 65 anos**, recomenda-se que a PAS deva ser reduzida para uma faixa mais rígida de **120-129 mmHg**, salvo exceções. Já em pacientes **mais idosos** (com idade > 65 anos), admite-se níveis de **PAS de 130 – 139 mmHg**, conforme tolerância terapêutica e relação

risco/benefício da PA alvo e o risco CV, não devendo atingir níveis **<120mmHg**, com especial atenção para idosos **a partir dos 80 anos de idade**. A **PAD alvo** independe da idade e fatores de risco, e deve ser direcionada para níveis **abaixo de 80 mmHg** (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018). Uma situação que merece atenção especial no estabelecimento de metas pressóricas e do tratamento anti-hipertensivo diz respeito à presença de hipotensão postural como sinal de neuropatia autonômica em pacientes com diagnóstico de Diabetes associado (BRASIL, 2013b).

Como vimos, existem duas estratégias bem estabelecidas para reduzir a pressão arterial: intervenções no estilo de vida e tratamento medicamentoso. As intervenções de estilo de vida podem reduzir níveis tensionais e o risco CV, e envolvem controle de peso, alimentação saudável, redução de sal, prática de atividade física, cessação do tabagismo, moderação no consumo de álcool e redução de estresse, os quais serão melhor abordados no capítulo 4. Porém, a maioria dos pacientes com hipertensão também necessitará de tratamento medicamentoso, baseado em evidências sólidas de reduções significativas em todos os principais eventos coronarianos, mortalidade por todas as causas, AVC e Insuficiência cardíaca, desde que iniciado no momento oportuno e com critério clínico (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Quadro 3 – Metas para controle de HAS a partir de MEV e tratamento medicamentoso:

Faixa etária	Meta PAS	Meta PAD*
< 65 anos	120 – 129 mmHg	<80 mmHg
> 65 anos**	130 -139 mmHg	<80 mmHg
> 80 anos**	130 -139 mmHg, não <120 mmHg	<80 mmHg

Fonte: Adaptado (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018)

*A meta da PAD independe de idade, doenças associadas, HMOD ou risco CV.

**Se o tratamento medicamentoso for bem tolerado, sem efeitos hipotensores sintomáticos e prejudiciais que superem os benefícios CV.

Obs: Para pacientes com doenças coronarianas, a PA não deve ficar < 120/70 mmHg, particularmente com a diastólica abaixo de 60 mmHg pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares.

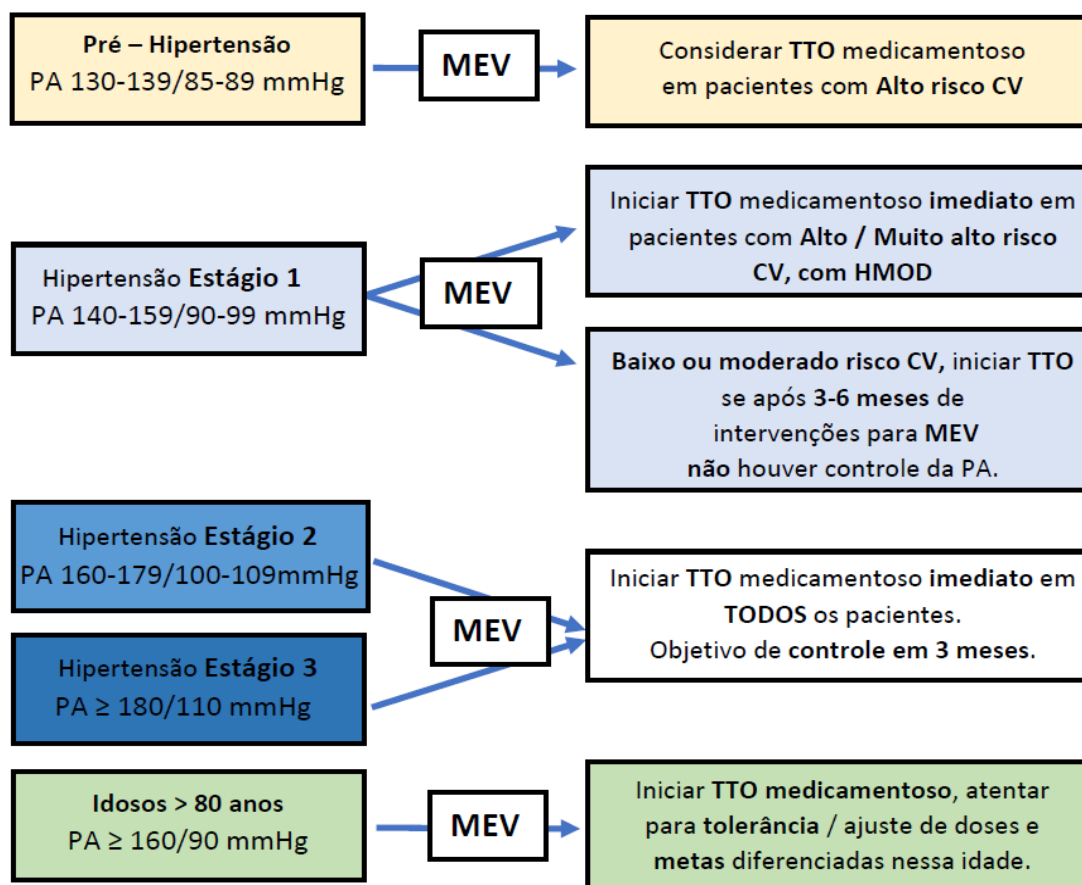
Apesar do crescente número de evidências ano a ano trazendo novos dados, por vezes, contraditórios, todas as diretrizes concordam que pacientes com hipertensão **estágio 2 ou 3** devem receber tratamento anti-hipertensivo com intervenções no estilo de vida. O mesmo se dá consistentemente, com pacientes portadores de hipertensão **grau 1 e alto risco CV ou HMOD** já estabelecidos. Há menos consenso sobre se os medicamentos para baixar a pressão arterial deveriam ser oferecidos a pacientes com hipertensão de **grau 1** e com **risco CV baixo ou moderado** ou hipertensão de **grau 1** em pacientes a partir dos **60 anos**. Estas constatações se devem muito mais a limitações dos ensaios e pesquisas conduzidas e seus públicos-alvo, do que dados concretos a respeito (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Já as mudanças no estilo de vida comprovadamente podem prevenir ou retardar o início da hipertensão e reduzir o risco cardiovascular em pacientes com HAS estágio 1, sem a necessidade de terapia medicamentosa. Elas também podem aumentar os efeitos da terapia instituída, mas nunca devem atrasar o início da terapia medicamentosa em pacientes com HMOD ou um alto nível de risco CV (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018). Portanto, o tratamento com medicamentos é recomendado para indivíduos com **PA estágio 1** e **risco CV baixo e moderado**, quando as medidas não farmacológicas não surtirem efeito após um período inicial de pelo menos **90 dias**. Com a ressalva de pacientes de **60 a 79 anos**, com **PAS $\geq$ 140 mmHg** e naqueles com **$\geq$ 80 anos** com **PAS $\geq$ 160 mmHg**, em que o início da terapia medicamentosa deverá ser mais precoce (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). As últimas recomendações para instituição de tratamento medicamentoso seguem na Figura 2.

A utilização da MRPA no seguimento / acompanhamento a longo prazo do paciente hipertenso está associada a um aumento na adesão ao tratamento medicamentoso com consequente melhora no controle da PA, e a uma redução nos desfechos cardiovasculares quando comparado com as medidas em consultório / Unidade de saúde, fornecendo dados de PA mais reprodutíveis para a avaliação do tratamento anti-hipertensivo. Além disso, está mais relacionada aos HMOD, particularmente à Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo (HVE). Recente revisão sistemática encontrou que maior variabilidade da PA por este método, associa-se com aumento da mortalidade, principalmente por eventos cerebrovasculares, representando aumento na rigidez arterial, controle inadequado ou baixa adesão ao

tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Figura 2 - Indicações de tratamento (TTO) medicamentoso na HAS a partir de sua classificação e risco CV.



Fonte: Adaptado (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018)

Apesar do profissional Enfermeiro não iniciar tratamento medicamentoso a partir do diagnóstico de HAS, ele tem competência para rastreamento, classificação e estratificação de risco cardiovascular, identificando as indicações ou não de encaminhamento ao médico para tratamento imediato da HAS, bem como para ajuste de doses, acompanhando metas de controle e participando ativamente e o mais precocemente possível das intervenções para as Mudanças no estilo de vida, uma vez que estas tendem à baixa persistência ao longo do tempo. Não obstante, o Enfermeiro tem importante e reconhecido papel na educação, apoio e acompanhamento de pacientes hipertensos, enfatizado como parte da estratégia geral para melhorar o controle da PA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; GLYNN *et al.*, 2010; MOURA *et al.*, 2011; BRASIL, 2013; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018). A consulta de Enfermagem será melhor abordada no cap. 5.

2.3 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL NA HAS

Para fins de decisão terapêutica e análise prognóstica, o risco CV global deve ser avaliado em cada hipertenso, apontando aqueles que estão mais predispostos às complicações cardiovasculares, conduzindo uma abordagem terapêutica mais intensiva quando necessário. Apesar de diversos algoritmos e escores de risco baseados em estudos populacionais terem sido criados nas últimas décadas mundialmente, no Brasil, não existe até então uma forma única validada a ser adotada, especialmente pela falta de dados em nossa população para uma avaliação mais precisa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Recomenda-se evitar o uso de um único escore de risco para a estimativa global ao basear as decisões terapêuticas, incluindo FR básicos e FR adicionais (Quadro 4), a partir da história clínica, exame físico e exames complementares, com o objetivo de identificar presença de HMOD, coexistência de outros FRCV e diagnóstico de DCV ou renal já estabelecida (Figura 3) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

Quadro 4 - Fatores de risco cardiovascular – FRCV na avaliação de risco na HA.

Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso	Doença CV e renal estabelecida para avaliação do risco adicional no hipertenso
• Sexo masculino • Idade ◦ Homens ≥ 55 anos ou mulheres ≥ 65 anos • História de DCV prematura em parentes de 1º grau ◦ Homens < 55 anos ou mulheres < 65 anos • Tabagismo • Dislipidemia ◦ Colesterol total > 190 mg/dl e/ou ◦ LDL-colesterol > 115 mg/dl e/ou ◦ HDL-colesterol < 40 mg/dl nos homens ou < 46 mg/dl nas mulheres e/ou ◦ Triglicerídeos > 150 mg/dl • Resistência à insulina ◦ Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl ◦ Teste oral de tolerância à glicose: 140-199 mg/dl em 2 horas ◦ Hemoglobina glicada: 5,7 – 6,4% • Obesidade ◦ IMC ≥ 30 kg/m² ◦ CA ≥ 102 cm nos homens ou ≥ 88 cm nas mulheres DCV: doença cardiovascular; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal.	• Doença cerebrovascular ◦ AVE isquêmico ◦ Hemorragia cerebral ◦ Ataque isquêmico transitório • Doença da artéria coronária ◦ Angina estável ou instável ◦ Infarto do miocárdio ◦ Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica ◦ Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada ◦ Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores ◦ Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e < 30 ml/min/1,73m²) ou albuminúria > 300 mg/24 h ◦ Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema AVE: acidente vascular encefálico; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2016).

Figura 3 – Estratificação de risco cardiovascular para decisão terapêutica na HAS.

Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal

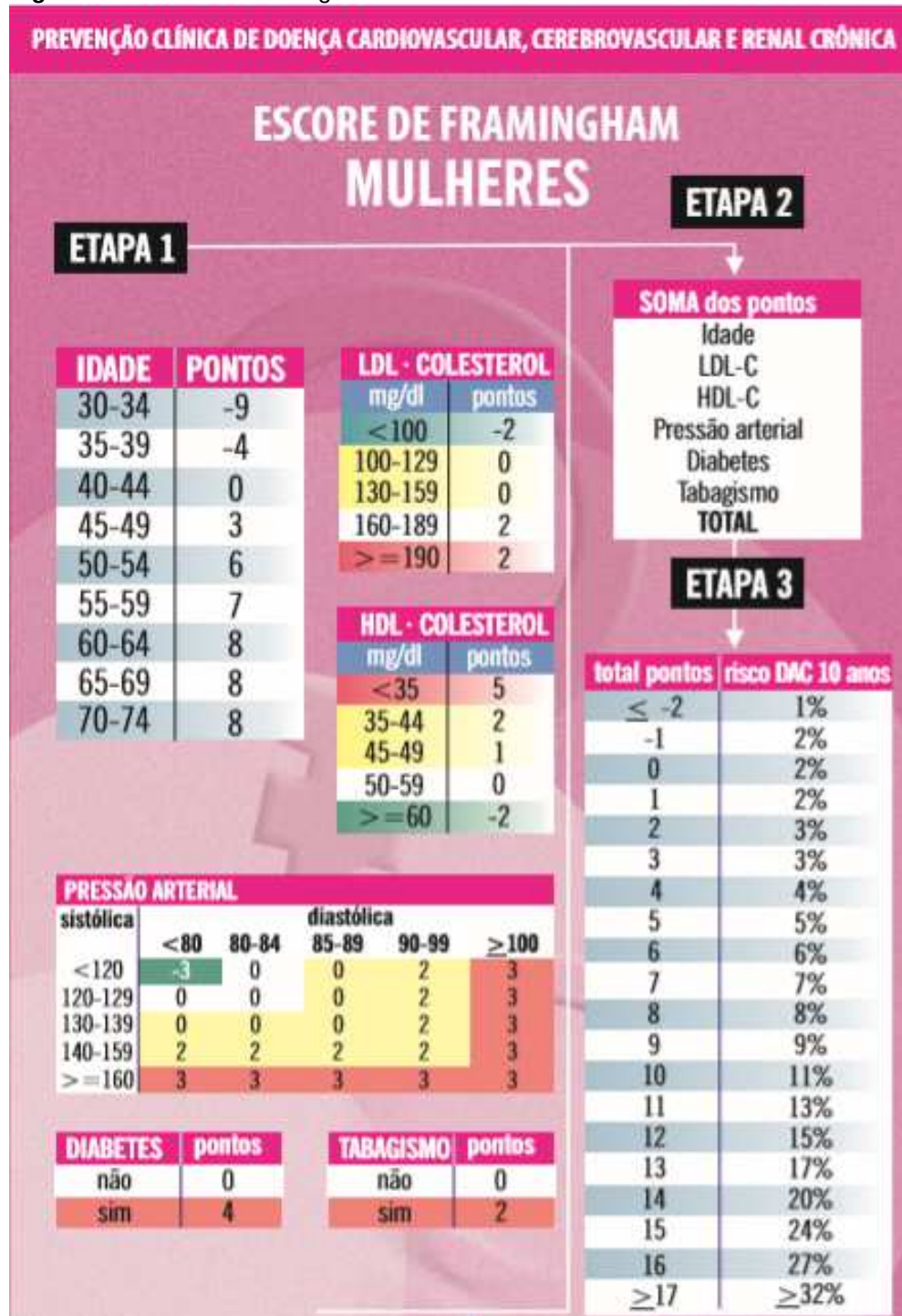
	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2016).

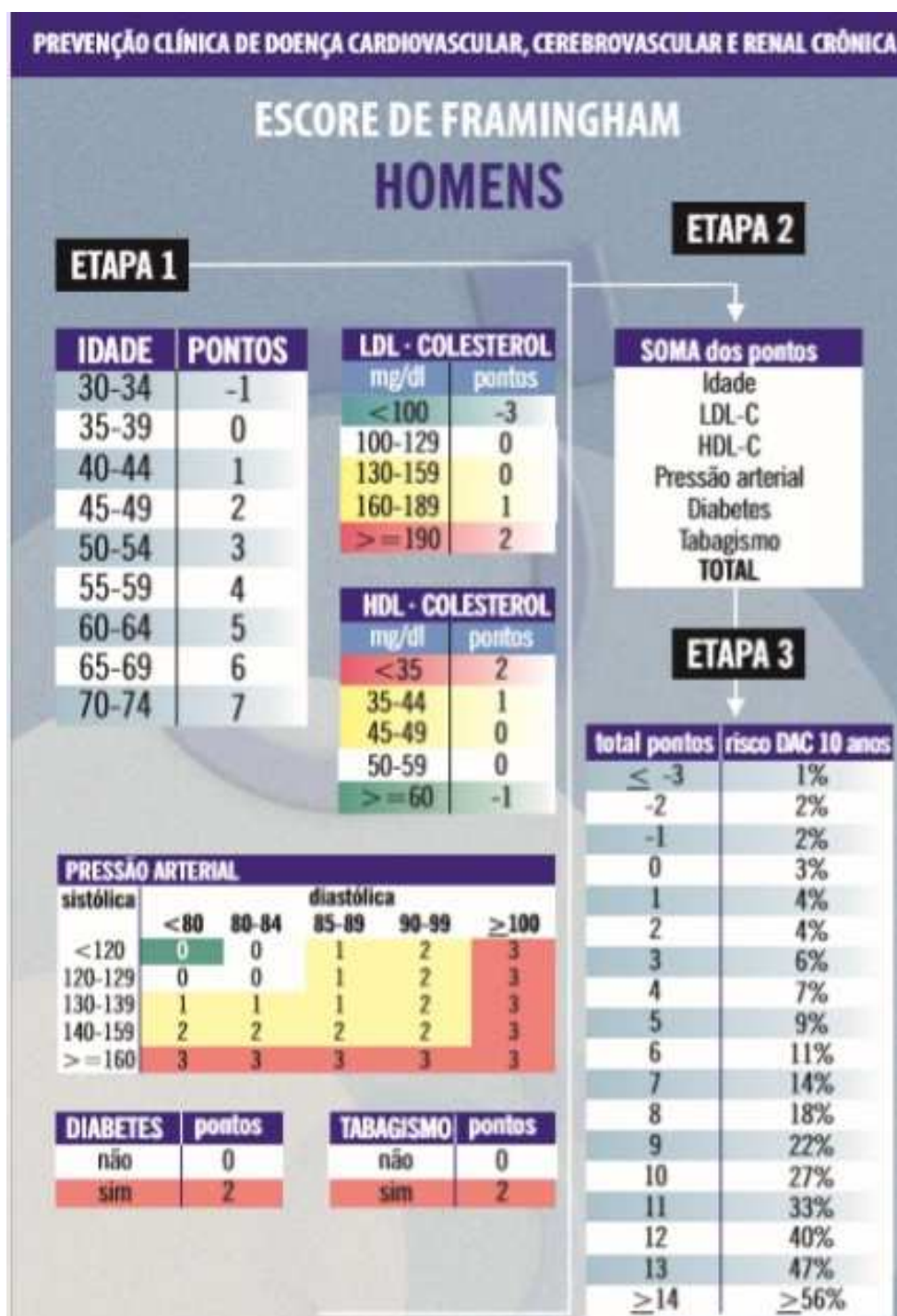
Na prática clínica, o escore mais comum e amplamente difundido é o **Escore de Framingham modificado**, que estima a probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular em dez anos. O processo de estratificação inclui três etapas: coleta de informações sobre idade, perfil lipídico, pressão arterial, diabetes e tabagismo; Soma dos pontos de cada um desses FR e por fim, com base nessa pontuação calcular a estimativa do risco CV final. Se o resultado for <10%/10 anos o risco é considerado **baixo**, 10-20% **moderado** e >20% **alto risco cardiovascular** (BRASIL, 2006; FERREIRA *et al.*, 2017). O escore para homens e mulheres encontra-se na Figura 4 e 5. Mais informações podem ser acessadas pelo link: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad14.pdf>.

Figura 4 - Escore de Framingham em Mulheres:



Fonte: Brasil (2006).

Figura 5 - Escore de Framingham em Homens:



Fonte: Brasil (2006).

Outra ferramenta de estratificação do risco CV no paciente hipertenso pode ser baseada na **identificação de doença aterosclerótica**, clinicamente evidente ou na forma subclínica, bem como de seus equivalentes como DRC. Se história positiva, o indivíduo é imediatamente classificado como de **alto risco**, pois a chance de apresentar um primeiro ou um novo evento CV é superior a 20% em 10 anos

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Nessa perspectiva, as novas Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias e prevenção de Aterosclerose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017), propõem modificações na classificação laboratorial das Dislipidemias, informações mais detalhadas no capítulo 6, no item - 1.1 Abordagem das dislipidemias.

Em suma, modelos multifatoriais de estratificação de risco podem ser utilizados para uma classificação de risco individual mais precisa, mas, independente do escore, estimar o risco do paciente deve implicar na prática clínica em maior informação, sensibilização e protagonismo do paciente, podendo qualificar as medidas farmacológicas e não-farmacológicas para redução desse risco, considerando que, quanto maior o risco, maior a magnitude do benefício preventivo (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

2.4 PRINCIPAIS EXAMES NA ABORDAGEM DA HAS

A Investigação laboratorial básica e de exames complementares terão por objetivo detectar lesões subclínicas ou clínicas em órgãos-alvo, fornecer subsídios para melhor estratificação de risco cardiovascular, identificar fatores de risco CV, investigar doenças associadas e/ou possíveis causas se suspeita de HAS secundária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018). O quadro 5 traz o panorama com os principais exames de rotina ao paciente hipertenso, atentando para a interpretação dos exames que deve ser de forma integrada e relacionada com a avaliação de risco cardiovascular do paciente pelo profissional médico e enfermeiro.

Exames complementares podem ser demandados conforme as suspeitas clínicas de lesões em órgãos-alvo avaliadas pelo profissional médico, como Ecocardiograma, fundoscopia e Ressonância Magnética. A hipertensão aumenta a prevalência de danos cerebrais, como o ataque isquêmico transitório (AIT) e o AVE, os quais podem ser detectados na fase assintomática pela Ressonância Magnética cranioencefálica (RNM) como hiperintensidades da substância branca, microinfartos silenciosos (a maioria infartos lacunares), microinfartos e atrofia cerebral. Tais alterações estão associadas a aumento do risco de acidente vascular cerebral e

declínio cognitivo devido à demência degenerativa e vascular. Devido a não disponibilidade e alto custo do uso disseminado desse exame para avaliação de pacientes hipertensos, os profissionais médicos e enfermeiros devem estar atentos na busca de distúrbios neurológicos, declínio cognitivo e, particularmente, perda de memória em pacientes hipertensos. Cabe ressaltar que o comprometimento cognitivo em pacientes idosos é, pelo menos em parte, relacionado à hipertensão, e testes de avaliação cognitiva como o Mini-Exame do Estado Mental (ANEXO A) devem ser considerados na presença de história sugestiva de comprometimento cognitivo precoce (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018).

A Síndrome metabólica (SM) é outra condição que merece atenção no momento de avaliação inicial do paciente hipertenso, uma vez que, associada à Hipertensão Arterial aumenta o risco CV global. A SM caracteriza-se pela coexistência de 3 ou mais dos seguintes FRCV: HDL-c baixo; triglicérides elevados; Hipertensão Arterial; disglícemia ($\text{GJ} \geq 100\text{mg/dl}$) ou tratamento para DM e obesidade central medida pela circunferência abdominal (Homens – $\text{CA} \geq 94\text{cm}$ / Mulheres - $\text{CA} \geq 80\text{ cm}$) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Quadro 5 - Principais exames de rotina para o paciente Hipertenso na APS:

Exame	Descrição / Objetivo	Preparo
HbA1c e Glicemia de Jejum (GJ)	➤ Identificar Fatores de risco CV adicionais Pré-DM e DM.	GJ - Jejum mínimo de 8H; HbA1c – Não é necessário jejum.
Perfil Lipídico Colesterol total e frações, triglicerídeos	➤ Avaliação de risco cardiovascular (aterosclerose); ➤ Avaliação de dislipidemias e síndrome metabólica (SM);	Sem jejum, mantendo-se o estado metabólico estável e dieta habitual; Em caso de investigação de hipertrigliceridemia -resultado anterior $\geq 440\text{mg/dl}$ é recomendado jejum de 12h.
Sódio (Na) Potássio (K)	➤ Monitorar função renal, equilíbrio acidobásico e o metabolismo da glicose. ➤ Níveis elevados de K⁺ podem estar relacionados a IAM e IRC. ➤ Níveis elevados de Na⁺ podem indicar comprometimento da função renal e DM insípido.	Sem restrições.
Ácido Úrico	➤ Avaliar FRCV – Nível aumentado associado a início de HAS, DM, DCV, SM e Nefropatia diabética / DRC.	Sem restrições.
Creatinina sérica	➤ Deve ser dosada em todas os hipertensos, para avaliação com os demais marcadores de função renal. Repetida anualmente se DRC.	Sem restrições.
Função hepática TGO, TGP, GGT	➤ A função hepática deve ser avaliada pelo fígado ser o principal responsável pelo metabolismo lipídico e da glicose, influenciando na homeostasia do Colesterol; ➤ Elevados em doença renal, SM e consumo de álcool.	Sem restrições.
Exame qualitativo de Urina (EQU) Relação Albumina / Creatinina	➤ Avaliação de função / lesão renal; ➤ Atentar para presença de proteinúria, glicosúria e hematúria; ➤ Rel. Albumina/Creatinina - método preferencial para avaliação de função renal/ DRC assintomática (30-300mg/g – 3,4-34 mg/mol) ➤ Deve ser dosada em todos os hipertensos e anualmente se diagnosticada DRC.	Sem restrições.
Microalbuminúria	➤ FRCV adicional - Marcador precoce de lesão glomerular. ➤ Identificação de HMOD assintomático (30-300mg)	Sem restrições.
ECG Eletrocardiograma	➤ Rotina a todos os hipertensos na avaliação inicial / identificação de HMOD. ➤ Exame de base para avaliação da carga ventricular Esquerda – se cronicamente aumentada no hipertenso pode levar a HVE, FA, IC.	Preparo conforme rotina dos serviços.

Fonte: Adaptado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2018; BRUNNER; SUDDARTH, 2015).

2.5 PRINCIPAIS MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO DA HAS

O tratamento da HA com anti-hipertensivos visa reduzir a pressão arterial, os eventos cardiovasculares, e, em última análise, a redução da morbimortalidade CV (BRASIL, 2016; SBC, 2016). A melhor escolha se dará a partir da indicação clínica do tratamento com medicamentos, da eficácia desses por via oral, sua segurança, tolerabilidade e relação risco/benefício. Os fatores relacionados à adesão (abordados no capítulo X) devem ser considerados desde a instituição do tratamento, reforçando o uso contínuo e iniciando com as menores doses efetivas conforme a necessidade, com o menor número possível de tomadas, preferencialmente uma vez ao dia, podendo estas serem ajustadas ou associadas a outras drogas gradativamente conforme a evolução do quadro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017).

As principais classes de medicamentos recomendadas, conforme as evidências científicas a partir de seus desfechos favoráveis em redução de morbidade e mortalidade, são os **diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA II)** (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). O profissional Enfermeiro deve trabalhar as questões relacionadas à adesão medicamentosa em todas as consultas de Enfermagem, identificando e acompanhando eventuais necessidades de ajustes de doses e efeitos adversos, buscando minimizar os fatores que prejudicam à adesão junto ao paciente e família, a partir dos cuidados de Enfermagem e cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional (Quadro 6).

Quadro 6 - Principais classes de medicamentos anti-hipertensivos e fármacos mais utilizados na APS – Cuidados de Enfermagem.

(continuação)

Classe		
DIURÉTICOS	Fármacos mais utilizados	➤ Tiazídicos: Hidroclorotiazida; Clortalidona. ➤ De alça: Furosemida
	Efeitos	➤ Redução da PA e da RVP, pela diminuição do volume extracelular. ➤ Efeito após 4 a 6 semanas.
	Eventos adversos	➤ Fraqueza; Câimbras; Hipovolemia; ➤ Disfunção erétil; ➤ Hipopotassemia (pode levar a arritmias); ➤ Hipomagnesemia; ➤ Elevação do Ácido Úrico. ➤ Hiperglicemia ou hiperglicosúria.
	Cuidados de Enfermagem	➤ Atenção: os efeitos não estão diretamente relacionados às doses, mas quanto maiores as doses, maiores os efeitos colaterais; ➤ Contra-indicado em lactantes; ➤ Tomar o medicamento preferencialmente pela manhã, com leite ou alimento. Auxiliar o paciente a encontrar o melhor horário conforme sua rotina visto que aumenta o débito urinário. ➤ Monitoramento de K⁺ (↓ sinais: boca seca, sede, fraqueza, dor ou espasmo muscular), sódio, colesterol, Ácido úrico (↑ - crise de gota) e níveis glicêmicos. ➤ Atentar pois pode ↑ a toxicidade de lítio e digitálicos. ➤ Orientar dieta rica em potássio.
β BLOQUEADORES	Fármacos mais utilizados	➤ Atenolol; Propanolol; Metoprolol.
	Efeitos	➤ Promovem ↓ DC e da secreção de Renina.
	Eventos adversos	➤ Broncoespasmo; Bradicardia; ➤ Insônia, pesadelos, depressão psíquica; ➤ Astenia; Disfunção sexual. ➤ Podem acarretar intolerância à glicose e hipertrigliceridemia / pode exigir ajustes de doses de antidiabéticos.
	Cuidados de Enfermagem	➤ Atenção: contra-indicado na asma brônquica, DPOC, gestação, BAV II e III. ➤ Orientar tomada com estômago vazio, pelo menos 2h antes da refeição; ➤ Monitorar níveis glicêmicos e perfil lipídico. ➤ Atentar para bradicardia esperada nos sinais vitais. ➤ A interrupção do tratamento se necessária deve ser gradativa; ➤ Investigar uso de drogas – ação inibida pela cocaína.
BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO	Fármacos mais utilizados	➤ Anlodipino; Nifedipino.
	Efeitos	➤ Efeito vasodilatador pela ↓ RVP a partir da ↓ Ca cels musculares lisas do endotélio dos vasos.
	Eventos adversos	➤ Edema maleolar; Cefaléias e tonturas; ➤ Câimbras, fadiga, inchaço nas pernas e pés; ➤ Dermatite ocre no terço distal das pernas; ➤ Hipertrofia gengival ocasionalmente.
	Cuidados de Enfermagem	➤ Atenção: pode ↑ ação e toxicidade de Lítio; ➤ ↓ ação anti-hipertensiva em uso concomitante com AINES (Ibuprofeno) ➤ Atentar para edema, alterações cutâneas e saúde bucal.

(conclusão)

Classe		
BRA II	Fármacos mais utilizados	➤ Losartana.
	Efeitos	➤ Atuam na cascata de vasoconstrição pelo sistema renina – angiotensina – aldosterona, antagonizando a ação da Angiotensina II.
	Eventos adversos	➤ Incomuns. ➤ Pode câimbras, dores nas pernas e fadiga;
	Cuidados de Enfermagem	➤ Atenção: contra-indicado na gravidez por risco de complicações fetais. Atentar quando uso em mulheres em idade fértil. ➤ Orientar tomada durante ou após a refeição; ➤ Desaconselhar a ingestão de bebida alcoólica; ➤ Ação antagonizada por AINES. ➤ Cuidados no exercício e na exposição solar pelo risco de desidratação e hipotensão.
IECA	Fármacos mais utilizados	➤ Captopril; Enalapril.
	Efeitos	➤ Atuam na cascata de vasoconstrição pelo sistema renina – angiotensina – aldosterona, inibindo a ação da Angiotensina I. ➤ Retardam declínio da função renal na ND, IR ou DRC.
	Eventos adversos	➤ Habitualmente bem tolerados. ➤ Tosse seca, principal EA – 5 a 20% dos casos;
	Cuidados de Enfermagem	➤ Atenção: contra-indicado na gravidez por risco de complicações fetais. Atentar quando uso em mulheres em idade fértil. ➤ Atentar para fenômeno passageiro no início do tratamento com IECA em pacientes com IR de ↑ creatinina e uréia séricas. ➤ Atenção: pode ↑ ação e toxicidade de Lítio; ➤ Orientar tomada 1h antes das refeições, com água; ➤ Aconselhar dieta pobre em potássio e sódio; ➤ Orientar levantar da cama e da cadeira sempre devagar pela possível hipotensão ortostática; ➤ Desaconselhar a ingestão de bebida alcoólica; ➤ ↓ ação anti-hipertensiva em uso concomitante com AINES (Ibuprofeno) ➤ Cuidados no exercício e na exposição solar pelo risco de desidratação e hipotensão.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; VIANA; SILVA, 2010.

PA - Pressão Arterial / RVP: Resistência vascular periférica / DC: Débito cardíaco / DPOC: Doença Pulmonar

Obstrutiva Crônica / BAV: Bloqueio atrioventricular / AINES: Antiinflamatórios não-esteroidais / ND: Nefropatia diabética / IR: Insuficiência renal / DRC: Doença renal crônica.

2.6 MANEJO DAS CRISES HIPERTENSIVAS

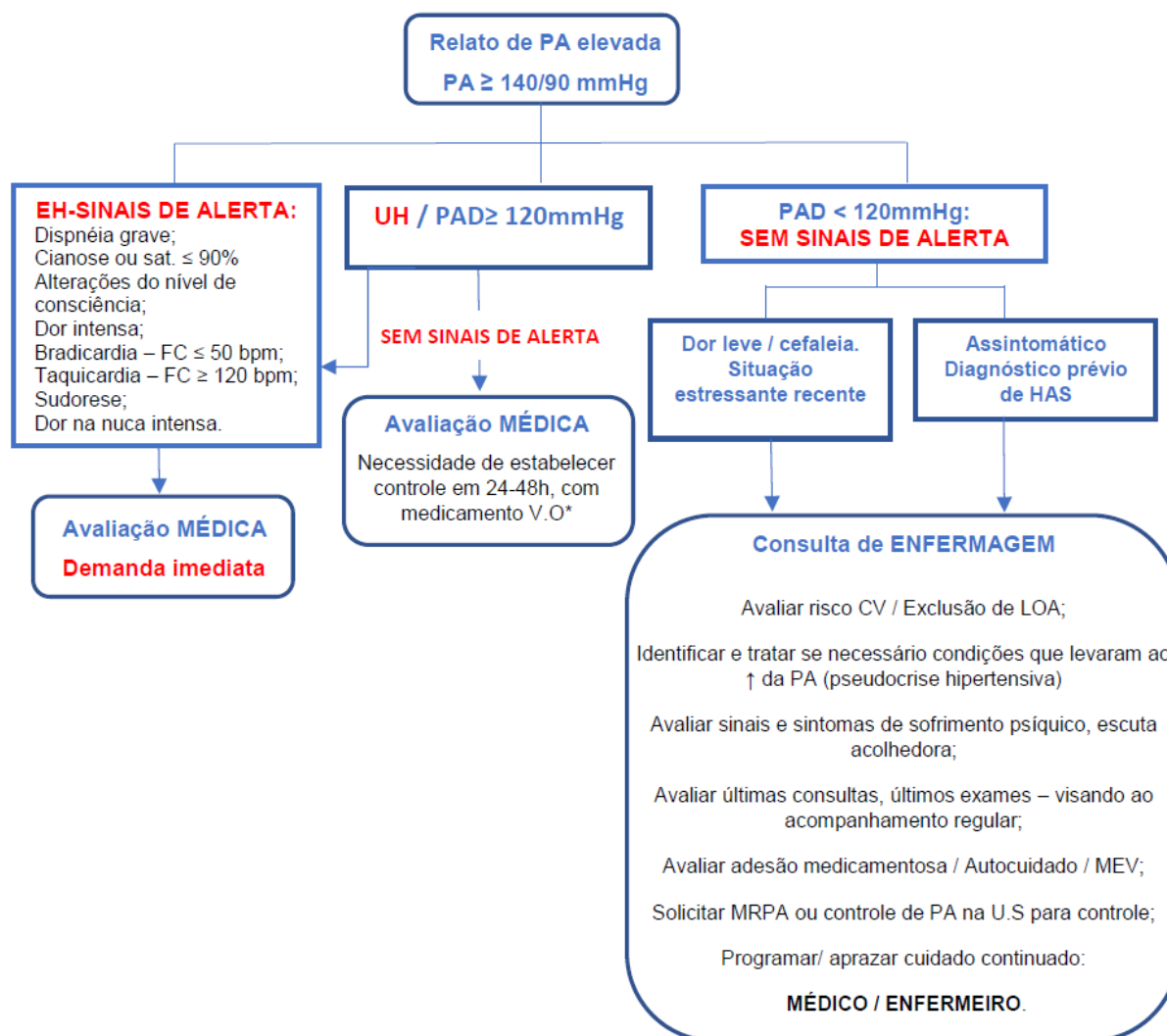
O aumento dos níveis pressóricos como evento agudo merece especial atenção uma vez que é comum no dia a dia das equipes de APS, representando oportunamente a necessidade de reavaliar o acompanhamento ou inserir o paciente em um projeto terapêutico, atentando para evitarmos condutas precipitadas e a hipermedicalização. A rotina de controle de PA, pelos técnicos de enfermagem e profissionais médicos e enfermeiros em consultas de rotina torna esse nível de prevenção ainda mais necessário (BRASIL, 2013c). Quando este aumento configura risco ao paciente de desenvolver alguma complicação clínica como LOA, configura-se **crise hipertensiva**, a qual classifica-se em **urgências hipertensivas** e **emergências hipertensivas** (QUADRO 7), em que o potencial dano é mais definitivo em sua classificação do que os próprios níveis pressóricos isoladamente (BRASIL, 2013c; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Além disso, há um grupo de pacientes responsável por grande parte da procura por um atendimento de urgência com a PA elevada, são as **Pseudocrises hipertensivas**, que ocorrem quando não se pode estabelecer relação causal entre a hipertensão e a manifestação do desconforto. Podem ser desencadeadas por dor, desconforto, ansiedade, de forma isolada ou associada, e portanto, deverão receber sintomáticos (analgésicos, antivertiginosos, benzodiazepínicos) e nem sempre anti-hipertensivos (BRASIL, 2013c; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). A abordagem das crises hipertensivas na APS segue na Figura 6.

Quadro 7 - Manejo das crises Hipertensivas na APS

Crises Hipertensivas		
Emergência Hipertensiva (EH)	Definição	Elevação aguda de PA (PAD $\geq$ 120mmHg*) associada a LOA.
	Manifestações	Sinais / sintomas de acometimento neurológico (perda de força motora, alterações visuais, de fala e de face), convulsões, IAM (dor precordial), IC (dispneia), IR ou hepática.
	Manejo	Redução deve ser lenta e progressiva, pelo risco de hipotensão, isquemia cerebral e visceral, com drogas por via parenteral – em unidade de Pronto atendimento / serviço hospitalar.
Urgência Hipertensiva (UH)	Definição	Elevação da PA – estágio II, associada com sintomas menos graves, em pacientes com risco de evolução para LOA.
	Manifestações	Sinais / sintomas de desconforto, dor moderada em região occipital, dor torácica moderada.
	Manejo	Realizado na Unidade de saúde, podendo ser referenciado em caso de evolução do quadro ou necessidade de monitoramento por exames complementares. Redução da PA em 24-48 hrs com anti-hipertensivos via oral, sob monitorização.

Fonte: Adaptado (BRASIL, 2016)

Figura 6 - Manejo das crises hipertensivas na Atenção Primária à Saúde

Fonte: Adaptado de Brasil (2013); POA (2015).

* β -bloqueadores e IECA. Atentar para o Captopril que deve ser deglutido, por sua apresentação comercial não permite absorção sublingual.

EH= Emergência hipertensiva / UH= Urgência hipertensiva / PA= Pressão arterial / HAS =

CONCLUSÃO

O Enfermeiro tem papel de destaque no manejo da HA na APS, atuando a partir da consulta de Enfermagem com enfoque no autocuidado e mudanças de estilo de vida, perpassando o rastreamento, diagnóstico precoce de pessoas com pré-hipertensão e Hipertensão, e no acompanhamento desses pacientes e sua

família. A consulta de Enfermagem na promoção do autocuidado na HA e DM será abordada no capítulo 5.

QUADRO RESUMO CAPÍTULO 2 – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Dimensão	Abordagem
Fatores de Risco HAS	- Sexo masculino; - Idade: Homens ≥ 55 anos / Mulheres ≥ 65 anos; - História familiar de DCV; - Tabagismo; - Dislipidemia; - Resistência à insulina / DM; - Obesidade; - Lesão em órgão-alvo / HMOD.
Rastreamento	- Adultos em toda consulta de rotina, de forma oportuna. - Confirmação dos níveis a partir de Medida de consultório/Unidade de Saúde / MRPA / MAPA; MRPA – 3 medidas A.C e A.J por 5 dias OU 2 medidas A.C e A.J por 7 dias. Mínimo 14 registros para cálculo da média. - Diagnóstico de HAS média de dois ou mais níveis sustentados de PA $\geq 140 / 90$ mmHg em consultório/US E/OU PA $\geq 135 / 85$ mmHg em MRPA.
Classificação	Pré-HAS: PA = 130-139 / 85-89 mmHg HAS I: PA = 140-159 / 90-99 mmHg HAS II: PA = 160-179 / 100-109 mmHg HAS III: PA $\geq 180 / 110$ mmHg
Tratamento	Medicamentoso conforme níveis tensionais e risco cardiovascular + MEV (alimentação saudável com redução de sódio, controle de peso, cessação do tabagismo, redução do estresse e consumo de álcool, atividade física)
Principais exames de rotina	- HbA1c e Glicemia de jejum; - Perfil lipídico (colesterol e triglicerídeos); - Na⁺; K⁺; Ácido úrico; - Função hepática (TGO, TGP, GGT); - EQU; - Creatinina, Microalbuminúria.
Metas de controle	< 65 anos – PAS 120-129 mmHg / PAD < 80 mmHg; > 65 anos – PAS 130-139 mmHg / PAD < 80 mmHg; > 80 anos – PA 130 – 139 mmHg e >120 / PAD < 80 mmHg. - Recomenda-se a MRPA para monitoramento do paciente hipertenso, manejo do tratamento anti-hipertensivo e busca das metas de controle.
Crises Hipertensivas	EH – Associada a LOA – atendimento MÉDICO de emergência / encaminhamento a Unidade de pronto-atendimento. UH – Risco de evolução a LOA – atendimento MÉDICO imediato. Pseudocrise hipertensiva / elevação de PA assintomática – CONSULTA de ENFERMAGEM.
Consulta de Enfermagem	Rastreamento, diagnóstico precoce e acompanhamento do paciente pré-hipertenso e hipertenso, incluindo a estratificação periódica de risco cardiovascular e a solicitação/interpretação de exames de rotina conforme protocolos. Enfoque na promoção do autocuidado, adesão medicamentosa e MEV.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão e a Diabetes mantêm-se ano após ano invictas em suas posições de morbimortalidade internacionalmente. Muitos avanços foram alcançados e tecnologias foram desenvolvidas nas últimas décadas, mas esse panorama não se modifica. Por que? Por que apesar de todo o grau de informação segue-se com alta prevalência e baixas taxas de controle e de adesão? A resposta pode estar no conceito de vida saudável atual e como efetivamente este tem se dado na prática dos profissionais de saúde e na rotina dos indivíduos. São em tese mudanças simples em busca do bem-estar físico e mental, mas ao mesmo tempo tão complexas de tornarem-se realidade e de hábitos passarem a estilo de vida. Que espaço e direito temos ou nos permitimos ter para cuidar de nós?

Pensar em cuidado e mudança de estilo de vida, em uma sociedade cada vez mais imediatista, em tempos de medicalização da vida e condutas ainda em geral médico-hegemônicas, por si só já é um grande desafio. Conduzir uma pesquisa com essa temática no Sistema Único de Saúde Brasileiro, perpassando um período social e político conturbado e inconstante, com diminuição de direitos e recursos em saúde, tornou-o maior ainda. Felizmente, o profissional de saúde da Atenção Primária segue se renovando e buscando diferentes caminhos no (des) compasso das mudanças que se encenam, e o nosso paciente, cada vez mais ativo e protagonista, nos impulsiona e desacomoda.

Trabalhar com a Entrevista Motivacional pode se traduzir nessa palavra, 'desacomodar', ver as coisas por outro ângulo e de fato colocar o cliente no centro de seu cuidado. E com ele de fato no centro, resultar em respostas mais satisfatórias clinicamente. Desacomodar não é fácil, mas em geral, ao fim do processo, é gratificante de muitas e diferentes formas.

Sob esta ótica, a avaliação e produção de tecnologias em saúde, visando à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, faz-se emergente. Na avaliação da Entrevista Motivacional enquanto tecnologia assistencial para a qualificação das habilidades de comunicação e cuidado dos profissionais, os resultados demonstraram que expandir a formação desses pode produzir impacto significativo em termos de ampliação do controle, da adesão e do autocuidado nas doenças crônicas. Reflexo disso, os resultados positivos em níveis pressóricos, glicêmicos e de adesão encontrados na presente pesquisa, a partir das consultas de Enfermagem

baseadas nos pressupostos e técnicas da EM, independentemente das características basais de seus participantes e de gravidade das suas condições de saúde.

Logo, aspira-se a partir desse estudo e seus resultados, integrar subsídios à consolidação da Entrevista Motivacional como estilo clínico e ferramenta de cuidado competente para evocar as motivações do paciente, aumentando suas capacidades, e gerando melhores respostas em termos de bem-estar e saúde. Não obstante, mais estudos devem ser estimulados, com diferentes perfis epidemiológicos e níveis de Atenção à Saúde, com vistas à maior generalização dos resultados no interesse da consulta de Enfermagem e da Entrevista Motivacional para o controle das doenças crônicas, temática até então pouco pesquisada no meio científico brasileiro.

Pretende-se ainda, sensibilizar os profissionais de saúde ao tema, em especial a Enfermagem como linha de frente da atenção, auxiliando na abordagem do paciente diabético e hipertenso de forma mais integral e humanizada, de modo que o Enfermeiro busque a evolução, mas resgate sempre a essência do seu fazer que é o cuidado. O guia em construção de consulta de Enfermagem na Hipertensão e Diabetes faz parte da iniciativa de um grupo de trabalho formado por Enfermeiros e organizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, que tem se debruçado na criação e validação de Protocolos de Enfermagem que respaldem esse fazer e garantam esta autonomia no Município, tão necessária e inerente ao papel que este profissional desempenha na rede de saúde.

Papel esse nem sempre valorizado e respeitado como em outros Países do Mundo, mas que como se vê nesse e em outros estudos, apresenta grande potencial de efeito na saúde da população. Por fim, a oportunidade de educação permanente e treinamentos em ferramentas de comunicação, bem como a avaliação e o desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais para o SUS, tal como a Entrevista Motivacional tendem a potencializar mais ainda esse papel e seus frutos.

REFERÊNCIAS

- ALÁRCÓN, L. F.; CARRANZA, W. A. La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmissibles. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 25, n. 002, p. 63-82, jul./dez. 2007.
- ALFONSO, L. M.; VEA, H. D. B. V.; ABALO. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. **Revista Cubana de Salud Pública**, Sociedad Cubana de Administración de Salud La Habana, Cuba, v. 34, n. 1, jan./mar. 2008.
- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6; p. 1337-49, jun. 2009.
- ALIOTTA, S.; VLASNIK, J.; DELOR, B. Enhancing adhrence to long-term medical therapy: A new approach to assessing and treating patients. **Advances in Therapy**, v. 21, p. 214-31, 2004.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in Diabetes – 2019. **The journal of clinical and applied research and education Diabetes care**, v. 42, s. 1, jan. 2019.
- ANDRETTA, I. *et al.* A entrevista motivacional no Brasil: uma revisão sistemática. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 15-21, jul./dez. 2014.
- BANDURA, ALBERT. Self-Efficacy. Encyclopedia of human behavior. ed. New York: Academic Press: V. S. **Ramachaudran**, v. 4, p. 71-81, 1994.
- BOING, A. F. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-66, 2012.
- BORGES, J. W. P. *et al.* Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 487-94, 2012.
- BOTREL, T. E. A. *et al.* Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, v. 26, n. 3, p.87-90, maio 2000.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 19 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde.** Organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas.** Brasília: Ministério da Saúde; EVIPNet Brasil, 2016. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças crônicas não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132 p.

BRASIL. **Resolução Cofen nº 0544/2017.** Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html. Acesso em: 12 maio 2017.

BRASIL. **Resolução Cofen nº 195/1997.** Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros. Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-19597-dispoe-sobre-a-solicitacao-de-exames-de-rotina-e-complementares-por-enfermei_777.html. Acesso em: 19 jul. 2019.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (Org.). *Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde.* Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

CEDILLO, I. G.; ANTÚNEZ, B. V. M. Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 511-22, 2013.

CHEN, S. M. *et al.* Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, n. 49, p. 637-44, ago. 2012.

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**, Hypertension, v. 42, n. 6, p. 1206-52, 2003.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo, (SP): Casa do Psicólogo, 2001.

DELLASEGA, C.; AÑEL-TIANGCO, R. M.; GABBAY, R. A. How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 95, p. 37-41, 2012.

DIMATTEO, M. R; LEPPER, H. S; CROGHAN, T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Archives of Internal Medicine**, v. 160, n. 14, p. 2101-7, 2000.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. **European Heart Journal**, v. 39, p. 3021-3104, 2018.

FELIPE, G. F.; ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA, T. M. M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 620-7, 2008.

FERREIRA, M. A. **Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa hiperdia da atenção primária à saúde**. 2015. 86 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

FERREIRA, S. R. S. *et al.* **Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária em saúde**. Porto Alegre: Gerência de Saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição, 2009.

FISHER, L. *et al.* A practical framework for encouraging and supporting positive behaviour change in diabetes. **Diabetic Medicine**, v. 34, n. 12, p. 1658-66, jul. 2017.

GABBAY, R. A. *et al.* Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Results of a 2-year randomized controlled pragmatic trial. **Journal of Diabetes**, v. 5, p. 349-57, 2013.

GANDIN, T. O. *et al.* Efeito da entrevista motivacional como estratégia de enfermagem na redução da pressão arterial em pacientes hipertensos : desenho metodológico. *In: Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul*, 2014, Gramado- RS. **Anais em Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, 2014.

GLYNN, L. G. *et al.* Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, 2010.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n. 25, p. 245-50, 1998.

GROSSMAN, E.; MESSERLI, F. H.; GOLDBOURT, U. High blood pressure and diabetes mellitus: are all antihypertensive drugs created equal. **Archives of Internal Medicine**, v. 160, n. 16, p. 2447-52, 2000.

HEDEGAARD, U. *et al.* Improving Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Trial. *The American Journal of Medicine*, v. 128, n. 12, p. 1351-61, ago. 2015.

IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Divisão de estudos e projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050: revisão 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP – BRASIL). **Desafio global de segurança do paciente: medicação sem danos**. Brasil, v. 7, n. 1, fev. 2018.

LUNDAHL, B. W. *et al.* A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. **Research on Social Work Practice**, v. 20, n. 2, p. 137-60, 2010.

LUNDAHL, B. W.; BURKE, B. L. The effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. **Journal of Clinical Psychology**, v. 65, n. 11, p. 1232-45, 2009.

MA, C. *et al.* Evaluation of the effect of Motivational Interviewing counselling on hypertension care. **Patient Education and Counseling**, v. 95, p. 231-7, 2014.

MAEDA, S. S. *et al.* Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 58, n. 5, 2014.

MATTA, R. *et al.* Adaptação brasileira de questionário para avaliar adesão terapêutica em hipertensão arterial. **Revista de Saúde Pública**, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, v. 47, n. 2, p. 292-300, 2013.

MATTA, S. R. **Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético**. Jeann Marie da Rocha Marcelino. Rio de Janeiro: s.n., 2010. Dissertação de mestrado. 88f., tab. Orientador: Luiza, Vera Lucia Azeredo, Thiago Botelho. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MEDINA, F. L. *et al.* Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 2, p. 103-6, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MILLER, W. R. *et al.* A Randomized Trial of Methods to Help Clinicians Learn Motivational Interviewing. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 72, n. 6, p. 1050-62. 2004.

MILLER, W. R. **Motivational Interviewing: Preparing People for Change**. New York, NY: The Guilford Press, 2002.

MOHAMADINEJAD, F. *et al.* Efeito do programa de educação do paciente sobre a autoeficácia em pacientes com diabetes. Irã. **Journal Medical Education**, v. 10, p. 35-41, 2015.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 6, p. 513-6, 2004.

MOURA, D. J. M. *et al.* Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília – Brasil, v. 64, n. 4, jul./ago. 2011.

NOBREGA, A. C. L.; CASTRO, R. R. T.; SOUZA, A. C. Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica Mental. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 2, p. 94-7, 2007.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde (Org.). **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.

PAHO, PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Carmen - An initiative for integrated prevention of noncommunicable diseases in the Americas**. Washington: PAHO, 2003. Disponível em: <http://www1.paho.org/English/AD/DPC/NC/CARMEN-doc2.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

PENTEADO, M. S.; OLIVEIRA, T. C. Associação estresse-diabetes mellitus tipo II. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 7, p. 40-5, 2009.

REN, Y. *et al.* Therapeutic effects of Motivational Interviewing on blood pressure control: A meta-analysis of randomised controlled trials. **International Journal of Cardiology**, abr. 2014. Disponível em: dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.01.051. Acesso em: 26 nov. 2017.

RIBEIRO, J. L. P. **Adaptação de uma Escala de Avaliação da Auto-eficácia Geral.** Disponível em: <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm>. Acesso em: 11 dez. 2004.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R. **Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change.** Guilford Publications, 2002. 428 p.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde:** Ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SACKS, F. M. *et al.* Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH- Sodium Collaborative Research Group. **New England Journal Medical**, v. 344, n. 1, p. 3-10, 2001.

SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. Generalized Self-Efficacy scale. In: WEINMAN, J.; WRIGHT, S.; JOHNSTON, M. **Measures in health psychology: A user's portfolio.** Causal and control beliefs. Windsor, UK: England, 1995. p. 3537.

SILVA, L. S.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, n. 5, p. 343-50, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, pt. 3, n. 3, p. 1-83, set. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018).** São Paulo: Clannad, 2017.

SONG, D.; XU, T.-Z.; SUN, Q.-H. Effect of motivational interviewing on selfmanagement in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. **International Journal of Nursing Sciences**, 2014.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 91-9, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

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

VANBUSKIRK, K. A.; WETHERELL, J. L. Motivational Interviewing Used in Primary Care A Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of Behavioral Medicine**, San Diego, v. 37, n. 4, p. 768-80, aug. 2014.

WANGBERG, S. C. An Internet-based diabetes self-care intervention tailored to self-efficacy. **Health education research**, v. 23, n. 1, p. 170-79, 2008.

WELCH, G. *et al.* Nurse diabetes case management interventions and blood glucose control: Results of a meta-analysis. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 88, p. 1-6, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 2008. (Serie, 36).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long term therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication without harm: WHO global patient safety challenge**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization, 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO - PESQUISA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO CONTROLE DO DM2 E HA NA APS

Data 1º consulta:	Data 2º consulta:
Nº paciente:	Idade:
Sexo () F () M	Nº moradores da casa:
Raça/etnia: () Branca () Parda () Negra () Amarela () Indígena	Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós-graduação incompleta () Pós-graduação completa
No mês passado, quanto em Reais, receberam juntas todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? R\$	
Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo	
Histórico de doenças: () HAS (pressão alta) () DIABETES () CARDIOPATIA (doenças do coração) () PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS(DPOC/ASMA) () NEOPLASIAS (câncer) () AVC ("Derrame") () DEPRESSÃO () ANSIEDADE () Outras: _____	
Tempo de diagnóstico -	HAS: DM:
Medicações em uso – posologia e tempo de uso:	
Tabagismo: () N () S – nº cig/dia _____ () ex-fumante – anos de tabag.: Anos sem fumar:	
Consumo de álcool: () N () S – Com que frequência/dose diária:	
Histórico familiar DCV: () S () N	Tempo/semana ativ.física regular: () Não faz. () <150 min/sem. () >=150 m/s Se sim, qual: () Exercícios aeróbicos – caminhada, corrida, bicicleta, natação... () Exercícios anaeróbicos – musculação, yoga, pilates...
Datas das últimas consultas médicas nos últimos 2 anos para HIPERDIA:	
Datas das últimas consultas com Enfermeiro no último ano – citar profissional e local	
Datas de consultas com demais profissionais da área da saúde – profissão e/ou especialidade:	
Consulta com o dentista no último ano: () Sim () Não	
Reforço telefônico () S – Data: () N	

APÊNDICE B – INSTRUÇÕES PARA A ALOCAÇÃO E CONVITE À PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

“ATENÇÃO PESQUISADOR: Você receberá uma lista de pacientes para convidar à pesquisa com os nomes dos pacientes do n da amostra, eles devem ser chamados na ordem em que se encontram na tabela; sempre que alguém não aceitar participar, não for localizado ou não preencher os critérios de inclusão você deverá sinalizar esse motivo na tabela e então chamar o próximo da lista, e assim sucessivamente, na ordem em que estes pacientes estão.

A exclusão – ou seja, o critério para chamar o próximo da lista – se dá quando após três tentativas, por contato telefônico e/ou domicílio, não seja localizado o paciente, este se recuse a participar ou não preencha critérios de inclusão.

MODELO PARA O CONVITE – Lembre-se, a Entrevista Motivacional não deve ser explicitada no convite e nas consultas, uma vez que os pacientes não poderão saber qual modalidade de consulta estarão recebendo.

Olá, aqui é a (o) Enfermeira (o) ----- da sua Unidade de Saúde, tem um minuto para conversarmos?

Se sim:

Nós estamos realizando uma pesquisa com pessoas que possuam diagnóstico de Pressão Alta e Diabetes, e você foi sorteado para fazer parte dela. Aceitando em participar você responderia sozinho na sua casa a algumas perguntas relacionadas ao seu cuidado nessas doenças, que não lhe tomariam muito tempo, e, após, lhe ofereceríamos duas consultas de Enfermagem, comigo, aqui na Unidade. Seria a oportunidade de participar de algo novo, em que estamos vendo o quanto essas consultas podem ajudar no controle e no tratamento da Hipertensão e Diabetes, em pacientes como você. Podemos revisar seus exames de rotina, conversar sobre seus remédios, hábitos de vida... o que você desejar. . Você teria interesse?

Em caso de aceite, agendar a primeira consulta de Enfermagem conforme a disponibilidade de agenda e do paciente, acordar que as perguntas serão entregues na sua casa e que este deverá trazê-las respondidas na consulta com você.”

APÊNDICE C – CARTA CONVITE

Prezado (a)

Estamos muito felizes de poder contar com você nessa nova experiência de cuidado que vamos oferecer na Unidade. Para que possamos iniciar a sua participação precisamos que você leia atentamente o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em que explicamos detalhes da pesquisa e obtemos formalmente a sua autorização para darmos seguimento ao projeto. Concordando em participar, assine uma das vias, a outra pode ficar com você. Após esta etapa, gostaríamos de obter alguns dados seus, para tanto, responda os questionários que lhe enviamos, é só pintar, marcar ou circular o número da sua resposta. Se tiver alguma dúvida, podemos conversar pessoalmente quando nos encontrarmos na Unidade em sua consulta.

Não se esqueça de trazer este envelope com o conteúdo preenchido em nossa primeira consulta, agendada para:

Dia: _____, às _____. Profissional: _____

Obrigada pela atenção, sua participação é muito importante para nós!

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar deste estudo porque está em acompanhamento no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, tem diagnóstico de Hipertensão e Diabetes e possui 18 anos ou mais. Trata-se de uma pesquisa de cunho acadêmico do Curso Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS) do GHC, intitulada: **“A Consulta de Enfermagem baseada na Entrevista Motivacional como estratégia para o controle do Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde”**: que tem como objetivo principal avaliar a efetividade desta modalidade de consulta para o controle clínico do Diabetes Mellitus tipo 2 com diagnóstico associado de Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária. Esta pesquisa está sendo realizada pela pesquisadora Pâmela Leites de Souza e sob a supervisão e orientação de Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva e Dra. Claunara Schilling Mendonça.

A Diabetes e Hipertensão são grandes desafios aos sistemas de saúde do Brasil e do Mundo, representando a primeira causa de morte e de hospitalizações no SUS se não tratadas e acompanhadas adequadamente. Os principais pilares para seu manejo é o controle, a adesão e a promoção do autocuidado, sendo que o profissional Enfermeiro tem papel reconhecido no intuito de promover este cuidado junto ao paciente.

Caso você deseje participar deste estudo você responderá no seu domicílio quatro questionários com questões relacionadas ao seu estado de saúde, hábitos de vida e dados sociodemográficos de curta duração cada, em torno de 10 min, sendo um deles respondido a um profissional de saúde habilitado, em local reservado, durante sua consulta. Caso fique constrangido ou se sinta desconfortável em responder a alguma pergunta que estiver sendo feita poderá optar por não responder, também você poderá desistir do estudo a qualquer momento se assim o desejar. Além disso, realizará exames de rotina conforme a recomendação do seu médico e necessidade clínica no início e final do estudo. Após você será sorteado para fazer duas sessões individuais de consulta de Enfermagem com ou sem Entrevista Motivacional, com profissional Enfermeiro capacitado, com duração de 30

a 50 minutos, em ambiente reservado na Unidade Básica de Saúde a qual consulta ou frequenta.

Esta pesquisa não prevê danos a seus participantes além dos riscos mínimos inerentes ao possível desconforto pela necessidade de resposta dos questionários e aos procedimentos clínicos de aferição de pressão arterial e coleta de exame laboratorial (como, por exemplo, desconforto no braço pelo aperto durante a verificação da sua pressão arterial, dor pela picada da agulha no laboratório, hematoma no local da punção, entre outros) os quais você já realiza conforme sua rotina de tratamento da Hipertensão e Diabetes no serviço de saúde o qual frequenta. Caso ocorra dano de qualquer natureza, você poderá ser assistido pelos profissionais da equipe de saúde em que realiza acompanhamento clínico ou encaminhado ao serviço de referência especializado caso necessário. Como benefícios ao participante, a consulta de enfermagem poderá gerar melhores taxas de controle da doença, melhora da capacidade para o autocuidado, estímulo a comportamentos saudáveis e de maneira geral, qualidade de vida na condição crônica.

Seu nome não aparecerá em nenhuma publicação que possa ser feita partindo deste estudo e seus dados serão mantidos em sigilo e guardados em segurança por 5 anos a partir do término do estudo e após destruídos pela pesquisadora conforme preconiza a Resolução 466/12.

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- b) de que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento na instituição;
- c) da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;

- d) sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Pâmela Leites de Souza, telefone 3348-7070, e-mail: pleitesdesouza@yahoo.com.br e endereço: Rua Orlando Aita nº 130, Jardim Leopoldina – Porto Alegre;
- e) também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Dra. Rosa Maria Levandowski, coordenadora adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h;
- f) declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Participante: _____

Pâmela Leites de Souza

Este formulário foi lido para _____
(nome do paciente) em ____/____/____(data)
pelo _____ (nome do pesquisador) enquanto eu estava
presente.

Assinatura da Testemunha

Nome: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE E - CARTA CONVITE FINAL – CONCLUSÃO DO ESTUDO

Prezado (a)

Chegamos à etapa final da pesquisa, e para isso precisamos saber como foi este período de acompanhamento para você. Contamos com você mais uma vez, para responder os três questionários dentro deste envelope, pensando em como você está hoje em relação à primeira vez que os respondeu. Além disso, conforme as suas combinações com o profissional _____, que tem lhe acompanhado nas consultas de Enfermagem, precisamos ver seus últimos exames e verificar sua pressão arterial.

Esperamos você com o conteúdo deste envelope preenchido:

Dia: _____, às _____. Profissional: _____

Obrigada pela atenção, sua participação tem sido muito importante para nós!

ANEXO A – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK – BDI

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste.
 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 2 Acho que nada tenho a esperar.
 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

- 5.** 0 Não me sinto especialmente culpado.
 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 3 Eu me sinto sempre culpado.
- 6.** 0 Não acho que esteja sendo punido.
 1 Acho que posso ser punido.
 2 Creio que vou ser punido.
 3 Acho que estou sendo punido.
- 7.** 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 2 Estou enojado de mim.
 3 Eu me odeio.
- 8.** 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9.** 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 2 Gostaria de me matar.
 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10.** 0 Não choro mais que o habitual.
 1 Choro mais agora do que costumava.
 2 Agora, choro o tempo todo.
 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

- 11.** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12.** 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.** 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14.** 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
- 15.** 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.** 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

- 17.** 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18.** 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19.** 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()
- 20.** 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
- 21.** 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO B – INSTRUMENTO MBG ADAPTADO AO CONTEXTO BRASILEIRO

Abaixo estão algumas frases para você completar em relação **ao seu cuidado na Hipertensão e Diabetes. Circule o número que melhor descreve você:**

- 1. Toma as medicações no horário estabelecido:**
(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

- 2. Toma todas as doses indicadas:**
(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

- 3. Segue as regras da dieta:**
(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

- 4. Vai às consultas marcadas:**
(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

- 5. Realiza os exercícios físicos indicados:**
(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

- 6. Encaixa os horários do remédio nas atividades do seu dia-a-dia:**
(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

- 7. O (a) Senhor (a) e seu médico/enfermeiro decidem juntos o tratamento a ser seguido:**
(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

- 8. Cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos:**
(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

- 9. Leva o tratamento sem grandes esforços:**
(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

- 10. Faz uso de lembretes para realização do tratamento:**
(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

- 11. O (a) Senhor (a) e seu médico/enfermeiro discutem como cumprir o tratamento:**

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

- 12. Tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento que o médico/enfermeiro prescreveu:**

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca

ANEXO C – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

Abaixo são apresentadas algumas frases. Leia cada frase e **CIRCULE o número que melhor descreve você**, em se tratando do seu cuidado na Hipertensão e Diabetes, conforme o esquema de respostas abaixo:

1- Não é verdade a meu respeito	2- Difícilmente é verdade a meu respeito	3- É moderadamente verdade ao meu respeito	4- É totalmente verdade a meu respeito
---------------------------------	--	--	--

1.	Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário	1	2	3	4
2.	Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3.	Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos.	1	2	3	4
4.	Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
5.	Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas	1	2	3	4
6.	Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7.	Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4
8.	Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
9.	Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
10.	Não importa a adversidade, eu geralmente consigo enfrenta-la.	1	2	3	4

PARA PREENCHIMENTO DO PESQUISADOR:

DATA: _____ PONTUAÇÃO TOTAL: _____

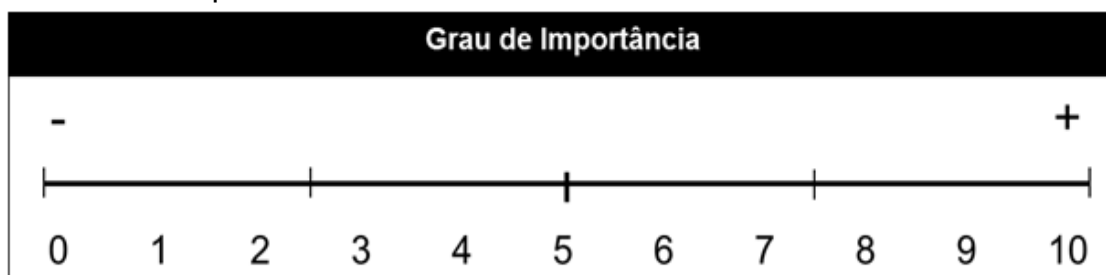
ANEXO D – RÉGUA DE IMPORTÂNCIA E CONFIANÇA

Alguns exemplos de **comportamentos não saudáveis** na Hipertensão e Diabetes são: não tomar as medicações prescritas conforme a orientação do médico, fumar, não realizar atividade física, estar acima do peso, manter hábitos alimentares não saudáveis, entre outros.

Leia os enunciados abaixo e responda o que mais lhe representa:

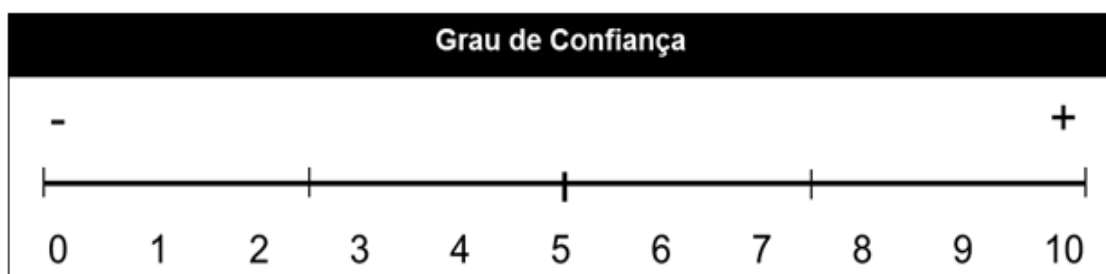
1. Em uma escala de 0 a 10, sendo 0 nada importante e 10 extremamente importante, qual é a **IMPORTÂNCIA** para você hoje de mudar comportamentos não saudáveis para o seu cuidado na Hipertensão e Diabetes?

Circule sua resposta abaixo:



2. Agora, em uma escala de 0 a 10, sendo 0 nada confiante e 10 extremamente confiante, como você sente hoje a sua **CONFIANÇA** para **conseguir mudar** comportamentos não saudáveis para o seu cuidado na Hipertensão e Diabetes?

Circule sua resposta abaixo:



ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Tron, 596
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubbo, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Mostardão, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 11 abril de 2019, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 18051

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

DANIEL DEMÉTRIO FAUSTINO DA SILVA

CLAUNARA SCHILLING MENDONÇA

PAMELA LEITES DE SOUZA

Título: A consulta de enfermagem baseada na entrevista motivacional como estratégia para o controle da diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde : um ensaio clínico randomizado.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o(s) Termo(s) de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

Considerações finais:

- O estudo poderá ser iniciado somente a partir desta data. Entregue cópia deste documento ao Setor/Serviço onde será realizada a pesquisa.
- Toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC.
- O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao CEP/GHC e ao Setor/Serviço onde está sendo realizada a pesquisa;

DANIELA MONTANO WILHELMS
Coordenadora-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 11 de abril de 2019.