

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**Elaboração de um Programa de Prevenção
Cardiovascular para atuação integrada de Agentes
Comunitários de Saúde, Equipe de Estratégia Saúde da
Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família.**

Suhélen Caon

Orientadora: Tatiane da Silva Dal Pizzol

Porto Alegre, outubro de 2012.

CIP - Catalogação na Publicação

Caon, Suhélen

Elaboração de um Programa de Prevenção
Cardiovascular para atuação integrada de Agentes
Comunitários de Saúde, Equipe de Estratégia Saúde da
Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família. /
Suhélen Caon. -- 2012.

76 f.

Orientadora: Tatiane da Silva Dal Pizzol.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2012.

1. Estratégia. 2. Hipertensão . 3. Atenção
Primária a Saúde. 4. Técnica Delfos. I. da Silva Dal
Pizzol, Tatiane , orient. II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

Elaboração de um Programa de Prevenção Cardiovascular para atuação integrada de Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Suhélen Caon

Orientador: Prof.Dr. Tatiane da Silva Dal Pizzol

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2012

BANCA EXAMINADORA

Dr. Noemia Urruth Leão Tavares, Ministério da Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica.

Prof. Dr. Camila Giugliani, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro, Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEDICATÓRIA

A minha grande amiga Lisiane Leal, que sempre esteve ao meu lado durante esta caminhada acadêmica e em tantos outros momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao Superintendente Executivo do Hospital Moinhos de Vento, Fernando Torelly, por me instigar ao desafio, por acreditar na minha capacidade, por me possibilitar o contato com tanto conhecimento e com tantos novos amigos.

A minha amiga, Lisiane Leal, por ser a pessoa mais presente durante esta jornada e tantas outras que decidi traçar, certamente não teria conseguido sem ela.

A minha amiga e co-orientadora Gisele Nader Bastos, pelas dicas antes da seleção, pelo conhecimento, amizade e orientação durante todo o tempo.

A professora Carisi Polanczyk, pela possibilidade de inserção neste projeto de pesquisa, pelo conhecimento e pelas oportunidades.

A mestranda Karine Margarites, pelas dicas e auxílio durante a construção do projeto.

Ao grupo de pesquisa, Regina Kuhmmer, Josiane Weber, Fabiana Raimundo, Camila Menezes e demais colegas pelo companheirismo e auxílio no desenvolvimento das atividades.

Aos meus maravilhosos colegas de “grupo”, Giuliano Balardin, Karla Livi e Rosa Kucyk, que desde o início deram novos ares a esta formação acadêmica, e também as nossas integrantes adquiridas Janaina Dorneles e Rafaela Aprato, que deram ainda mais alegria ao grupo, bem como a todos os colegas que contribuíram para minha formação e para muitas risadas.

Ao professor Juliano Bastos, pela paciência, capacidade de transmitir conhecimento e principalmente por despertar em mim (acho que em todo “grupo”) o gosto por uma epidemiologia simples e aplicável.

Aos meus colegas e amigos do Hospital Moinhos de Vento, e seriam tantos e tantos nomes, pela paciência, pela fé, pelas risadas, pela ajuda, pelos conhecimentos, pela torcida, mas principalmente por me fazerem amar o trabalho e buscar novos desafios.

A minha família e aos meus amigos, por acreditarem (por vezes exageradamente) na minha capacidade intelectual.

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, por possibilitar a minha formação.

Ao Ministério da Saúde do Brasil pela oportunidade de contribuir para construção de conhecimento sobre o manejo de uma condição crônica no âmbito da atenção primária com enfoque em programas já existentes.

Aos membros da banca examinadora, Camila Giugliani, Mauro de Castro e Noemia Tavares, pelas importantes contribuições para este trabalho

E, finalmente, a minha orientadora, Tatiane Dal Pizzol, pela paciência, calma, atenção e principalmente por ser uma pessoa simples, muito acessível e sincera. Há... e pelos conhecimentos também...

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	10
1. APRESENTAÇÃO	12
2. INTRODUÇÃO	13
3. REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 Hipertensão e fatores de risco para Doença Cardiovascular (DCV).....	14
3.2 Evidências sobre programas de prevenção cardiovascular.....	15
3.3 Modelos de Atenção Primária à Saúde: Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família	18
3.4 Modelo de Cuidado Crônico.....	20
3.5 Metodologia Delphi	23
4. OBJETIVO	26
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
6. ARTIGO	33
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
8. ANEXOS	54
a. Questionário Delphi-1 e TCLE Método Delphi.....	54
b. Questionário Delphi-2	58
c. Questionário Delphi-3.....	65
d. Pareceres Comitês de Ética em Pesquisa.....	71

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
CCM	- <i>Chronic Care Model</i>
CSAP	- Condições Sensíveis à Atenção Primária
DAB	- Departamento de Atenção Básica
DCCV	- Doença Cardio e Cérebro-Vascular
DCV	- Doenças Cardiovasculares
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	- Lipoproteína de Alta Densidade
LDL	- Lipoproteína de Baixa Densidade
MACC	- Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PSF	- Programa Saúde da Família
RENAME	- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIS-Hiperdia	- Sistema Informatizado de Cadastro e Acompanhamento de Portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus atendidos na rede básica do Sistema Único de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
USF	- Unidades de Saúde da Família

RESUMO

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica é o principal fator de risco para eventos cardiovasculares e patologias relacionadas, gerando aumento considerável no risco cardiovascular individual. Os custos relacionados aos desfechos da doença também são expressivos em relação a hospitalizações e internações por quadros agudos. Como elo entre os pacientes com hipertensão e outras doenças crônicas, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) devem oferecer o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. Como forma de apoiar a atenção primária foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em parceria. Ainda se discute a forma de atuação integrada destas estratégias, mas evidências apontam para utilização do Modelo de Cuidados Crônicos e suas adaptações. Em revisão da literatura, não localizamos um programa de atenção elaborado para atuação integrada em Hipertensão Arterial Sistêmica voltado às condições e realidades brasileiras avaliando a atuação de profissionais na estrutura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Equipe de Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Objetivo: Construir um programa de atenção para o controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular em Atenção Primária à Saúde.

Métodos: Foi utilizada a metodologia Delphi, por meio do desenvolvimento e aplicação de três questionários eletrônicos (Delphi-1, 2 e 3) a profissionais especialistas em atenção primária e hipertensão arterial, selecionados por conveniência. O questionário Delphi-1 continha 11 questões abertas baseadas na literatura sobre manejo da hipertensão arterial sistêmica e prevenção de risco cardiovascular em atenção primária. O Delphi-2 foi composto pela sumarização das respostas do Delphi-1 e 24 questões fechadas, e o Delphi-3 pela sumarização do Delphi-2 e 13 questões fechadas. Foi considerado consenso quando a frequência para a alternativa de resposta “concordo totalmente” foi igual ou superior a 80%. Três rodadas Delphi foram consideradas suficientes para atingir consenso.

Resultados e Conclusões: De um total de 25 participantes convidados, 22 completaram as três rodadas. As 11 questões abertas do Delphi-1 deram origem às 24 estratégias propostas, das quais 11 obtiveram consenso no Delphi-2 e quatro no Delphi-3. As estratégias que obtiveram consenso demonstram relação direta com modelos de cuidados crônicos já descritos na literatura, incluindo utilização de

recursos da comunidade, organização da atenção à saúde, autocuidado apoiado, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte as decisões e sistema de informação clínica. O programa construído por consenso parece ser operacionalizável para a estrutura de sistema de APS composto por Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, precisando ser testado quanto à efetividade e eficiência a ponto de ser reproduzível para toda a rede de atenção à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Hypertension is a major risk factor for cardiovascular and related diseases, generating considerable increase in individual cardiovascular risk. Costs related to the outcomes of the disease are also significant in relation to hospitalizations and admissions for acute conditions. As a link between patients with hypertension and other chronic diseases, the services of Primary Health Care must offer the patient's first contact with the health system. To support the primary care in 2008, the Support Center for Family Health was created, composed of professionals from different areas of expertise working in partnership. The form of integrated performance of these strategies is still discussed, but evidence points out to the use of the Chronic Care Model and its adaptations. In reviewing the literature, we did not find a care program designed for integrated operations in Hypertension conditions for the Brazilian reality and evaluating the performance of the professional structure of the Support Center for Family Health Team, Family Health Strategy and Community Health Agents.

Objective: Build a program of attention to blood pressure control and cardiovascular risk reduction in Primary Health Care.

Methods: We used the Delphi methodology, through the development and application of three electronic questionnaires (Delphi-1, 2 and 3) with professional experts in primary care and hypertension, all selected by convenience. The questionnaire Delphi-1 contained 11 open questions based on the literature of management in hypertension and prevention of cardiovascular risk in primary care. The Delphi-2 was composed by the summary of the responses from the Delphi-1 and 24 closed questions, and Delphi-3 by summarizing the Delphi-2 and 13 closed questions. A consensus was reached when the frequency for the alternative response "strongly agree" was 80% or more. Three Delphi rounds were enough to achieve a consensus.

Results and Conclusions: From the 25 participants invited, 22 completed the three rounds. The 11 open questions of Delphi-1 led to 24 strategies proposed, of which 11 obtained a consensus in Delphi-1 and four in Delphi-3. Strategies that received consensus demonstrated a direct relationship with chronic care models already described in the literature, including use of community resources, health care organization, self support, design services, support decisions and specific information clinic systems. The program built by the consensus seems to be an operational system structure composed of PHC Community Health Workers, Health Strategy Team and

Family Support Center for Family Health, which needs to be tested for effectiveness and efficiency to reach the point of being used in the entire health care network.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Elaboração de um Programa de Prevenção Cardiovascular para atuação integrada de Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 04 de dezembro de 2012. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivo
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

A alta prevalência das doenças cardiovasculares (DCV) é observada em nível mundial. Com o envelhecimento da população e a conseqüente alteração das faixas etárias predominantes, a mortalidade proporcional por essas doenças cresce progressivamente. No Brasil, as DCV constituem a primeira causa de óbito ajustado para a idade. Indicadores de morbi-mortalidade nacionais demonstram que acidente vascular cerebral, doenças isquêmicas do coração e outras doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no país, responsáveis por mais de 285.000 mortes ao ano (1, 2). A prevalência da doença é elevada, com estimativa de 6.762.065 casos em 2008 (3), sendo o principal grupo responsável por perda de anos produtivos e mortes em todas as regiões do país. Os custos relacionados aos desfechos da DCV também são expressivos quando consideram população vulnerável para hospitalizações e internações por quadros agudos (infarto, angina e isquemia cerebral), todos relacionados com uso de tecnologias de alta complexidade, alta demanda e moderada resolubilidade (4).

Numerosos estudos experimentais, epidemiológicos e clínicos estabeleceram claramente a associação entre fatores de risco não-modificáveis e modificáveis com o desenvolvimento de doença cardio e cérebro-vascular (DCCV). Fatores potencialmente modificáveis como tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, LDL-colesterol alto e HDL-colesterol baixo, obesidade e sedentarismo estão fortemente relacionados com a DCCV e potencialmente controláveis (5-9). Estudos com intervenções baseadas em mudança de estilo de vida, incluindo dieta e uso de agentes farmacológicos específicos, alcançaram resultados positivos no sentido de melhorar o controle destes fatores de risco e reduzir eventos e mortalidade cardiovascular (10,11). Ao longo das últimas décadas, evidências consistentes demonstraram que o controle dos níveis de pressão arterial e de glicemia, cessação do tabagismo, redução do LDL-C e hábitos saudáveis de alimentação e atividade física estão relacionados com diminuição das taxas de eventos cardio e cerebrovasculares (12,13).

Nesse contexto, modelos/programas preventivos de cuidado com foco em pacientes portadores de doenças como hipertensão arterial sistêmica podem ser úteis para o controle e redução dos eventos de morbimortalidade associada a DCCV.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Hipertensão e fatores de risco para Doença Cardiovascular (DCV)

Hipertensão arterial sistêmica é considerada um importante problema de saúde pública. Inúmeros ensaios clínicos randomizados demonstraram que terapias anti-hipertensivas reduzem o risco de morbidade e mortalidade cardiovascular (14-16). Entretanto, existe uma preocupação crescente pois benefícios demonstrados em ensaios clínicos randomizados de terapias farmacológicas testadas não têm sido implementados na prática clínica (17). Estudos internacionais em amostras da comunidade demonstram que somente 25-40% dos pacientes em terapia alcançam os alvos terapêuticos, situação que permanece constante nas últimas décadas (18). A falta de controle e adesão aos fatores de risco para DCCV são bem conhecidos, tanto para pacientes com hipertensão, como também para aqueles com diabetes mellitus, adição ao tabagismo, dislipidemia, entre outros problemas crônicos. O alerta é global para este fato, com destaque para uma revisão das estruturas existentes de atendimento para modificar esta realidade (19).

No Brasil, dados de levantamentos epidemiológicos não são diferentes. Os indivíduos com hipertensão arterial sistêmica apresentam níveis de pressão alvo somente em 35-45% dos casos, a maioria dos portadores de diabetes mellitus não tem controle ideal, o índice de tabagismo ainda é expressivo e a maioria da população acima de 40 anos apresenta sobrepeso ou obesidade e não pratica atividade física regularmente (18-21).

Estudos com intervenções baseadas em mudança de estilo de vida, incluindo dieta, alcançaram resultados positivos no sentido de melhorar o perfil lipídico, controle da pressão arterial e níveis de glicemia visando reduzir eventos e mortalidade cardiovascular (11,12). Ao longo das últimas décadas evidências consistentes demonstraram que o uso de fármacos anti-hipertensivos, hipolipemiantes e para controle da glicemia diminui as taxas de eventos cardiovasculares. Exemplificando, as estatinas, principal classe de drogas redutoras de LDL-C, podem reduzir a incidência de doença cardíaca isquêmica em 25 a 60% e o risco de morte em 30%, além de reduzir eventos mórbidos, como angina, acidente vascular encefálico, necessidade de procedimento de revascularização miocárdica e periférica, tanto em prevenção primária quanto secundária de doenças cardiovasculares (22,23).

3.2 Evidências sobre programas de prevenção cardiovascular

O Plano de ação para enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, visa a preparar o país para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis, pois constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda.

Não existem dúvidas de que algo precisa e deve ser oferecido a população em risco para melhorar os indicadores crônicos de morbimortalidade. Entretanto, a questão tem sido em como atingir metas. É reconhecido que os sistemas atuais de saúde são voltados para atendimento de condições agudas ao invés do cuidado crônico.

São inúmeros os elementos descritos e avaliados para entendimento desta questão, entre eles podem ser citados a importância da inter-relação entre a dimensão do paciente e da comunidade em que ele está inserido, do sistema de saúde, incluindo suas políticas e estruturas e dos profissionais de saúde considerando suas competências, organizações e práticas profissionais. Todos estes atores parecem determinantes dos resultados em indivíduos com doenças crônicas, sendo que os mecanismos que atuam em um deles, não necessariamente respondem pelos demais. Bodenheimer et al. (2002) em um artigo conceitual sobre melhoria de atendimento em atenção primária considera 6 pilares essenciais a serem abordados: recursos da comunidade e suas estruturas, organização do sistema de saúde, apoio para o autocuidado, reorientação operacional do atendimento, estratégias de apoio baseadas em evidências para profissionais de saúde e uso de sistema de informação orientado a estas práticas (24).

Pesquisadores têm analisado o efeito de diferentes ações isoladas ou combinadas para melhorar o controle dos fatores de risco das doenças cardiovasculares. Na área de hipertensão e diabetes, por exemplo, muitas das ações visam aumentar a adesão à terapia farmacológica e obtenção de níveis de pressão arterial e glicemia dentro do alvo. Algumas ações de destaque são:

(1) assistência farmacêutica integrada: apoio de profissionais farmacêuticos no atendimento aos pacientes, com identificação de barreiras para adesão a tratamento

farmacológico, orientações individualizadas e ajuste dos medicamentos com a equipe médica;

(2) uso de monitorização ambulatorial da pressão com MAPA ou residencial (MRPA):

uso de controle sistemático da pressão arterial como estratégia para ajuste dos medicamentos, incentivo ao auto-cuidado e maior adesão as terapias.

(3) prescrição de dietas e exercícios: orientação por médicos, nutricionistas e educadores físicos de medidas não farmacológicas visando maior adesão e controle dos fatores de risco;

(4) promoção da educação de médicos e profissionais de saúde: através de palestras e cursos específicos, envio de material didático, diretrizes ou protocolos aos profissionais de saúde;

(4) promoção de educação ao paciente por diferentes mecanismos – palestras, folders, lembretes, com e sem uso de tecnologia da informação ou telefonia;

(5) ações comunitárias: envolvendo grupo de pacientes, ações religiosas ou no ambiente de trabalho para incentivar controle dos fatores de risco (25).

Muitos destes elementos foram testados em ensaios clínicos randomizados, a maioria unicêntricos e com pequeno número de pacientes e com resultados positivos na sua maioria. Entretanto, análise conjunta das informações demonstra que a efetividade isolada de cada ação é menor que inicialmente descrito. Em revisão sistemática de 72 ensaios clínicos randomizados, Glynn Liam et al. (2010) apontaram que um sistema organizado de visitas regulares e uso de terapia agressiva melhora níveis de pressão arterial (-8mmHg em Pressão Arterial Sistólica e -4.3 mmHg em Pressão Arterial Diastólica) e reduz eventos em 5 anos de seguimento, sendo medidas de auto-monitorização e estratégias educativas de impacto moderado; e outras ações como assistência farmacêutica e por enfermeiros ainda inconclusivas (26). A maioria destes ensaios clínicos foi conduzida em ambiente hospitalar e/ou em nível terciário.

É importante considerar outras ações de melhoria da prática clínica que também foram testadas no cenário de prevenção cardiovascular e controle dos fatores de risco, com resultados variáveis, tais como: uso de sistemas de alerta ou lembretes disponibilizados de forma eletrônica ou impressa, com ou sem assinatura de formadores de opinião; abordagem pessoal por médicos formadores de opinião de cunho educacional e individual; estratégias multifacetadas, nas quais diferentes ferramentas são utilizadas de forma conjunta; seminários educativos, nas quais o médico participa diretamente, opina e obtém as informações conforme a sua

necessidade (27). Outras estratégias como auditoria e formadores de opinião, por sua vez, possuíram efeito discreto, sendo menos eficazes do que as intervenções citadas anteriormente. Um resultado interessante é que palestras de especialistas e a distribuição de materiais educativos, principalmente se utilizados de forma isolada de outras medidas, apresentaram efeito praticamente nulo na incorporação de recomendações na prática clínica (27,28).

Um enfoque pragmático recentemente descrito na literatura, tem sido “Trate para o Alvo” (“Treat to Target”), que combina três elementos básicos. Primeiro o paciente com hipertensão arterial (ou outro fator de risco) é instrumentalizado para medir o fator de risco em casa (no caso da hipertensão, através de aparelho de pressão automático), e orientado a manter um diário. Segundo, o paciente recebe telefonema regular de profissionais da equipe não-médicos para reforçar os objetivos do tratamento e fornecer orientação sobre dieta, exercício e adesão ao tratamento medicamentoso. Terceiro, usando protocolos e ordens aprovadas pelos médicos, esta equipe de profissionais pode decidir em conjunto com o paciente por telefone a intensificar a terapia anti-hipertensiva. O processo de co-treinamento deve reduzir a necessidade de visitas médicas. Se a terapia medicamentosa é modificada, o médico é avisado e o caso discutido, se necessário (29).

Vários ensaios clínicos foram descritos testando este modelo em países desenvolvidos. Em um dos maiores estudos, realizado no Reino Unido, envolvendo 527 pacientes com hipertensão arterial randomizados para “trate para o alvo” ou grupo controle, demonstrou redução significativa da pressão arterial após 12 meses de acompanhamento (29-31). Esta nova proposta tem o apelo de abordar quatro fatores que parecem contribuir para o controle sub-ótimo da pressão arterial: dificuldades de compreensão das orientações médicas, falta de participação do paciente no processo de decisão, baixa adesão e inércia clínica para mudança de conduta.

Muitas dúvidas ainda existem sobre elementos isolados destes programas, o quão generalizáveis são para outras populações, com características locais, culturais e socioeconômicas distintas, quais são os determinantes de maior sucesso e como eles podem ser inseridos em uma política de saúde nacional, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF), descrita a seguir. Para uma adequada análise, estudos semelhantes precisam ser conduzidos na perspectiva da ESF em populações brasileiras.

3.3 Modelos de Atenção Primária à Saúde: Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família

A Declaração de Alma Ata de 1978 definiu os princípios fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS) como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias... (...) representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituindo o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (32).

Em 1996, a União Européia adotou a Carta de Ljubljana para orientar a Reforma da Saúde nos países membros. Este documento também afirma a necessidade de que os sistemas de saúde sejam guiados por princípios da APS ao sugerir que a assistência seja orientada por valores como dignidade humana, solidariedade, equidade e ética profissional, voltada para os resultados da saúde, enfocada na qualidade, centrada nas pessoas, receptiva à voz e escolha do cidadão, baseada em financiamento sólido e em evidências, exigindo, assim, gerenciamento, recursos humanos e coordenação política fortes (33).

Com base nestes importantes documentos, em agosto de 2005 a Organização Pan-Americana da Saúde divulgou seu posicionamento difundindo a idéia de que a APS deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde e que basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas (33).

A APS é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde (33), bem como é responsável por abordar os problemas mais comuns na comunidade. É considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham no seu centro o usuário-cidadão (34-35). De acordo com Starfield (2008), serviços de saúde com maior grau de orientação para APS estão associados com a melhora dos indicadores de saúde e redução dos gastos per capita em saúde (36). Sua resolutividade pode chegar a 80% evitando assim encaminhamentos desnecessários para os níveis de atenção secundário e terciário e, desta forma, gastos desnecessários.

A ESF busca, através de uma forte orientação para a APS, melhorar a situação de saúde individual e coletiva e promover a equidade através da atenção transdisciplinar, particular e de qualidade voltada aos reais interesses e necessidades dos usuários. No Brasil, a APS consagrou-se como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo foi acelerado com o estímulo político-financeiro ao Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado ESF e considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia de reorganização da Atenção à Saúde (37). Seu rápido avanço em termos de adesão dos municípios e cobertura da população determinou que a ESF, regulamentada pela Política Nacional da Atenção Básica (37) obtivesse um salto na cobertura da população de 18,9% para mais de 52% entre os anos de 2001 e 2010. Hoje, aproximadamente 100 milhões de pessoas são acompanhadas pelas equipes da ESF (38).

Estudo avaliando a ESF demonstrou que o aumento da sua cobertura teve impacto favorável sobre indicadores como mortalidade infantil no Brasil (39). Também foram demonstrados melhores desfechos de processo de atenção e de resultados em saúde nas Unidades de Saúde da Família (USF) em relação às Unidades Básicas de Saúde tradicionais, associado, em parte, com a maior presença e extensão dos atributos da APS – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, orientação familiar e comunitária das USF (40).

Um importante indicador de resolutividade da APS é o das internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) (40,41), isto é, condições cujas internações sejam evitáveis pela prevenção ou controle das doenças nos ambulatórios de atenção primária. A este indicador corresponde um conjunto de doenças/agravos que deve ser alvo das ações de qualificação da assistência para equipes da ESF (42,43). Entre as principais causas de internações sensíveis incluídas estão a insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e hipertensão (44). Considerando todas as internações por doença cardiovascular passíveis de prevenção, cerca de um terço de todos os motivos de internações são por condições sensíveis à atenção primária. No período de 2000 a 2006, dados nacionais e internacionais observaram redução de 15,8% na taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária, ao passo que a redução por outras causas foi de 10,1% (43-45).

O MS através do Departamento de Atenção Básica (DAB) tem desenvolvido ações para prevenção e controle das doenças cardiovasculares. Entre as ações desenvolvidas estão a criação de linhas de atendimento para pacientes hipertensos,

diabéticos e prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas publicadas nos Cadernos de Atenção Básica (46,47), programas de educação médica continuada, assistência farmacêutica gratuita com os medicamentos considerados essenciais (RENAME), criação do sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede básica do Sistema Único de Saúde (SIS-Hiperdia) e monitoramento e avaliação através de indicadores-Pacto de Gestão (48).

Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da portaria GM Nº 154. Os NASF são compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. No contexto de ações multidisciplinares, Bero et al. (1998) analisaram o efeito de várias intervenções na mudança de comportamento dos profissionais de saúde sendo que as eficazes foram: visitas de divulgação pelos facilitadores, lembretes (manual ou informatizado), intervenções multifacetadas e encontros educacionais interativos (49).

Apesar das ações já realizadas pelo MS e do efeito favorável da ESF em vários desfechos de saúde, outros aspectos da qualidade da assistência, como efetividade do cuidado, necessita de mais instrumentos para contornar a carência na formação dos profissionais para atuar na APS no Brasil.

3.4 Modelo de Cuidado Crônico

O Modelo de Cuidado Crônico (*Chronic Care Model*) foi desenvolvido por esforços do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos, a partir de uma revisão da literatura internacional sobre gestão das condições crônicas. Seu principal objetivo é servir de guia para o desenvolvimento efetivo de cuidados crônicos. O modelo foi construído para atuar através de três universos diferentes: a comunidade como um todo, o sistema de saúde e a assistência à saúde. São identificados seis elementos essenciais como pilares do desenvolvimento deste modelo, incluindo: organização da atenção à saúde, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte às decisões, sistemas de informações, autocuidado apoiado e recursos da comunidade (Figura 1).

O MODELO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS



Figura 1. Modelo de Cuidado Crônico (Fonte: Wagner E, 1998. (50))

A organização da atenção à saúde tem por finalidade geração e disseminação de cultura, organização e instrumentos que garantam atenção segura de alta qualidade, sendo traduzida através de políticas e metas dirigidas a estratégias que reforcem mudanças sistêmicas. Baseia-se na prevenção de erros, sua análise e a geração de mudança para evitá-los. O desenho do sistema de prestação de serviços, por sua vez, visa garantir a atenção à saúde efetiva e eficiente e um autocuidado apoiado. Baseia-se em um sistema proativo, contínuo, integrado, focado na pessoa e na família e voltado para promoção e manutenção da saúde através da atenção estruturada provida por uma equipe multidisciplinar que tem papéis definidos. O suporte às decisões objetiva promover uma atenção à saúde que seja consistente com as evidências científicas e com as preferências das pessoas usuárias. A sua estrutura é demonstrada no acesso em tempo real às diretrizes clínicas e novas evidências através de educação continuada para mudança de comportamentos. Já o elemento sistema de informação clínica tem por finalidade organizar os dados da população e das pessoas usuárias para facilitar uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva. É indispensável a um sistema de informação o pronto acesso a dados-chave de uma população ou subpopulações ou de

cada indivíduo. O autocuidado apoiado objetiva, por sua vez, preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Tem como base o reconhecimento ao papel central das pessoas usuárias e o desenvolvimento do sentido de auto-responsabilidade sanitária. Finalmente, os recursos da comunidade, visam mobilizar estes recursos para atender as necessidades das pessoas usuárias. Evitam a multiplicação de esforços e sim a expansão da atenção à saúde.

Segundo Wagner (2002), “*o modelo não oferece uma solução rápida e fácil; ele é uma solução multidimensional para um problema complexo*” (24). E é por tratar-se de uma solução multidimensional que pode funcionar para os problemas das condições crônicas.

Outros sistemas públicos ou operadoras privadas de planos de saúde adaptaram este modelo de gestão, complementando-o de acordo com as necessidades locais. Países como Canadá, Inglaterra, Alemanha e Noruega, entre outros, já vem utilizando amplamente estas estratégias para obtenção de melhores resultados no cuidado dos pacientes crônicos, apresentando bons resultados.

O Modelo de Cuidados Inovadores para condições crônicas, elaborado pela Organização Mundial da Saúde, deriva de mudanças no contexto político e reorientação do sistema de saúde (51). Outros modelos, como o modelo da continuidade do cuidado e o modelo de atenção à saúde e assistência social também tiveram origem no modelo de atenção crônica. A Kaiser Permanente, prestadora de atenção à saúde americana privada sem fins lucrativos, desenvolveu um modelo de estratificação do cuidado, preconizando o uso de intervenções mais complexas de acordo com a complexidade das condições de saúde. Existem evidências apontando benefícios com a utilização desta estratégia com desfechos como melhora da qualidade de vida dos usuários e redução de internações. (51).

Com base em vários modelos já existentes, Mendes (2007) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas (MACC) para ser aplicado no SUS (52). As principais variáveis incorporadas neste modelo derivam de evidências robustas produzidas por avaliações do *Chronic Care Model*. Este modelo foi estruturado em cinco níveis e em três componentes integrados: a população, os focos das intervenções de saúde e os tipos de intervenções (Figura 2) e incorpora as três perspectivas do entendimento da saúde pública contemporânea: determinantes sociais, ações

específicas para condições de saúde e o enfoque sistêmico que procura comunicar horizontalmente as organizações do setor de saúde (53).

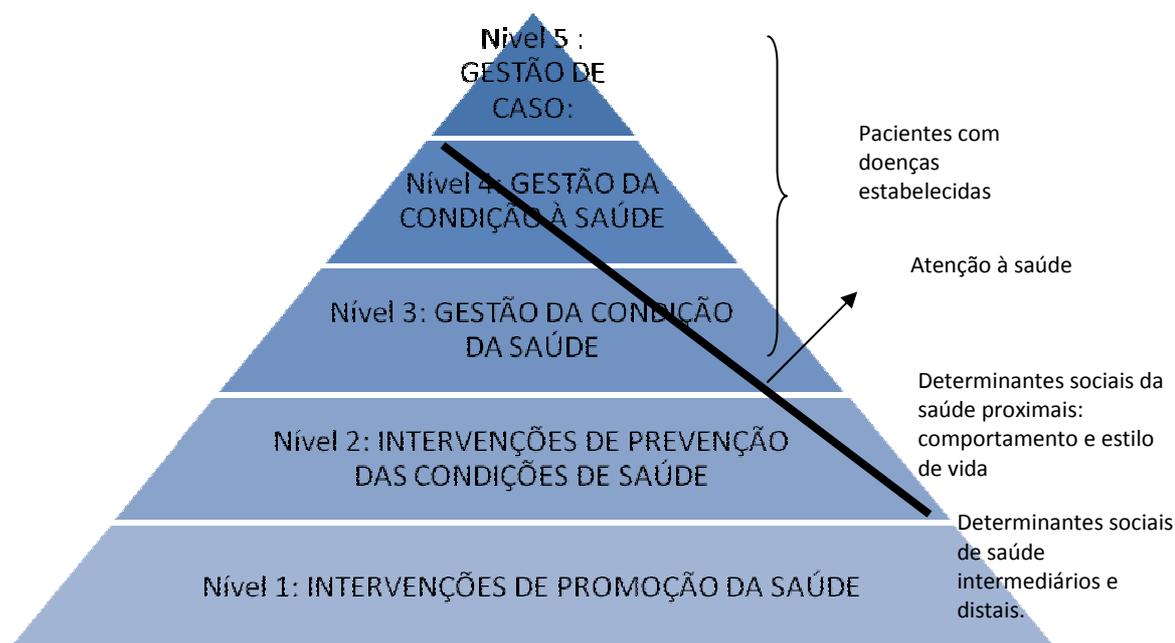


Figura 2: Modelo de atenção às condições crônicas (MACC) (Fonte: Mendes, 2007. Adaptado da pirâmide da Kaiser Permanente (52))

Ainda que existam diversos modelos e adaptações não se tem um programa de atenção elaborado para atuação integrada e voltado às condições e realidades brasileiras avaliando a atuação de profissionais em programas como o NASF, ESF e Agentes Comunitários.

3.5 Metodologia Delphi

A técnica Delphi é um método qualitativo baseado no princípio de que estimativas de um grupo estruturado de especialistas são mais precisas do que as estimativas derivadas de um grupo informal ou de indivíduos isolados. O método Delphi é um método sistemático e iterativo de estimativa que se baseia na experiência independente de vários especialistas. Após cada ciclo, um facilitador provê um sumário anônimo das estimativas de cada especialista no ciclo. Os especialistas são então encorajados a rever suas decisões anteriores com base nas opiniões dos demais

colegas. Desta forma espera-se construir um conjunto de ações com maior relevância e impacto para programa de atenção.

A coleta das informações de cada rodada de participação será de acordo com o fluxograma apresentado a seguir.

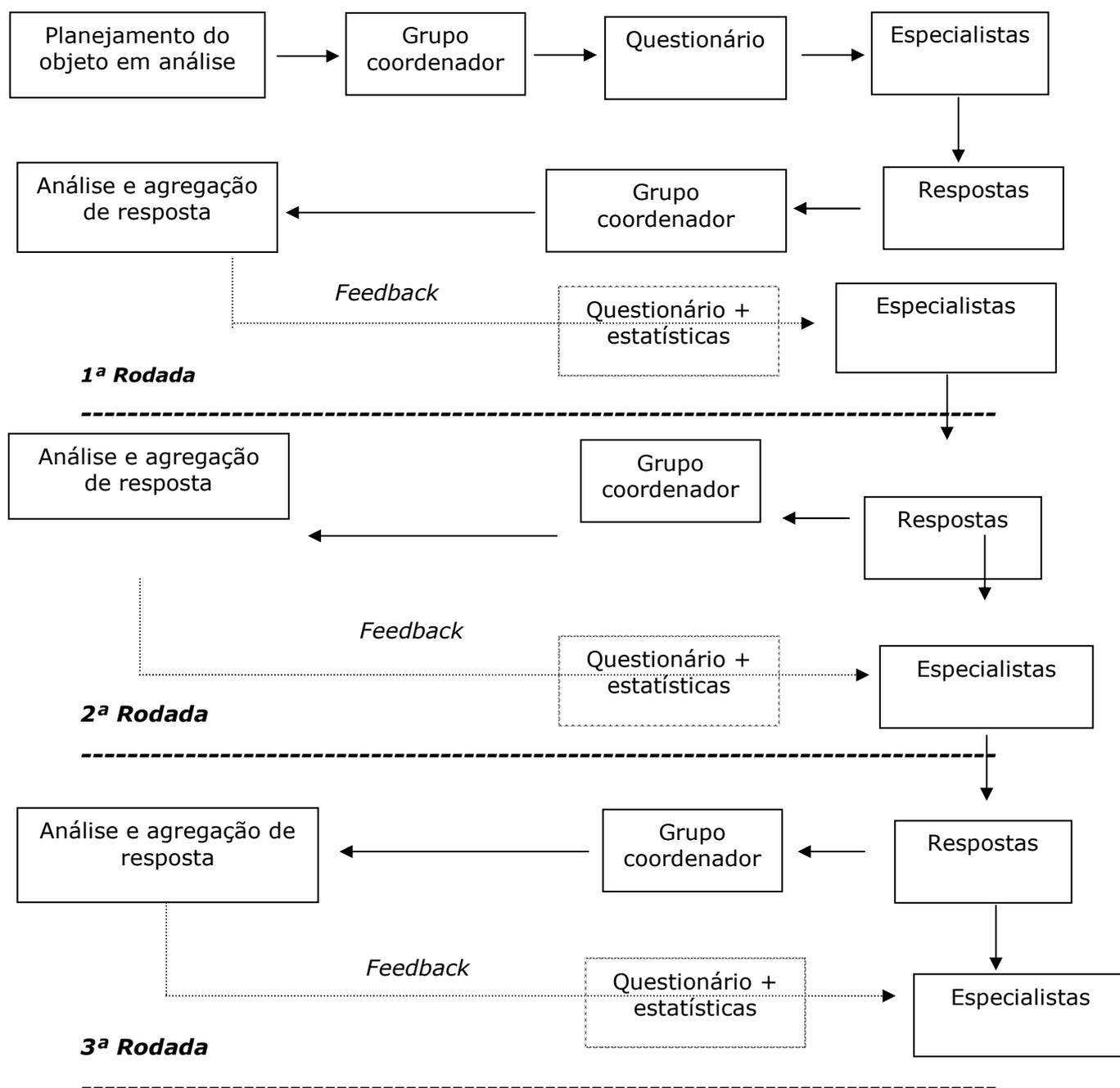


Figura 3: Fluxograma Esquemático do Procedimento Delphi utilizado na Pesquisa

A utilização da técnica Delphi é mais indicada quando não existem dados históricos a respeito do problema que se investiga (nomeadamente quando faltam dados quantitativos) e quando uma visão transdisciplinar é considerada importante.

A técnica Delphi é um processo estruturado que utiliza uma série de questionários ou 'rodadas' para coletar informações. Não existe um número mínimo ou definido de rodadas. O número de rodadas realizadas até que seja alcançado o consenso do grupo (54,55). Uma das razões principais para a popularidade da técnica Delphi é que um grande número de indivíduos em diversos locais e áreas de conhecimentos podem ser incluídos de forma anônima, evitando assim a dominação do processo de consenso por um ou alguns especialistas (56).

Adler et al. (1996) (57) definiu a técnica Delphi como um exercício de comunicação do grupo que reúne e sintetiza o conhecimento de um grupo de participantes geograficamente dispersos que nunca se encontram. Atualmente, não existem requisitos universalmente aceitos para utilização da técnica Delphi (58). Para alguns parâmetros da técnica, tais como definição de consenso do grupo, seleção, número de rodadas, e elaboração de relatórios, não há padrão (59). Embora não exista uma forma de determinar o número ótimo de peritos para participar, estudos sugerem que com um mínimo de sete participantes o erro diminui significativamente para cada participante somado. Por outro lado, não é aconselhável a utilização de mais de 30 especialistas, uma vez que a melhoria da predição é geralmente muito pequena, principalmente se comparado com o aumento nos custos da pesquisa (60).

4. OBJETIVO

Construir um Programa de Atenção para o controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular em Atenção Primária à Saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Datasus. Informações de Saúde - Mortalidade Geral. Ministério da Saúde; disponível no site:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>.
2. Grassi P. Mortalidade Geral. In: Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul - Núcleo de Informação em Saúde, editor. Estatísticas de Saúde: mortalidade 1997. Porto Alegre; 1997. p. 264.
3. Balbinotto N, Silva EM. Os Custos da Doença Cardiovascular no Brasil: um Breve Comentário Econômico. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(4):217-218.
4. Schramm, Andrade JM et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2004, vol.9, n.4, pp. 897-908.
5. Keys A, et al. Coronary Heart disease in seven countries. XV. Prognosis of coronary heart disease found at entry. *Circulation.* 1970; 41 (4):1148-53.
6. Kannel W, Castelli W, Gordon T, McNamara P. Serum cholesterol, lipoproteins, and the risk of coronary heart disease. The Framingham Study. *Ann Intern Med.* 1971;74:1-12.
7. Guerrero P, Fuchs FD, Moreira LM, Martins VM, Bertoluci C, Fuchs SC, Gus M. Blood pressure-lowering efficacy of amiloride versus enalapril as add-on drugs in patients with uncontrolled blood pressure receiving hydrochlorothiazide. *Clin Exp Hypertens.* 2008;30(7):553-64.
8. Sacks F, Pfeffer M, Moye L, Rouleau J, Rutherford J, Cole T, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators. *N Engl J Med.* 1996;335:1001-9.
9. The long-term intervention with Pravastatin Group in Ischaemic disease. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med.* 1998; 339:1349-57.
10. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles C, Lorimer A, McFarlane P, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. *N Engl J Med.* 1995; 333:1301-07.

11. Turpeinen O, Karvonen M, Pekkarinen M, Mirttinen M, Elosuo R, Paavilainen E. Dietary prevention of coronary heart disease: the Finnish Mental Hospital Study. *Int J Epidemiol.* 1979; 8:99-118.
12. Hjermann I, Velve Byre K, Holme I, Leren P. Effect on diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men. *Lancet.* 1981; 2:1303-10.
13. Lorigeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean Diet, Traditional risk factor, and the Rate of Cardiovascular Complications After Myocardial Infarction - Final Report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation.* 1999; 99:779-85.
14. Lipid Research Clinics Program. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering. *JAMA.* 1984;25:365-74.
15. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet.* 2002;360:1347–1360.
16. Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, Faire U, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): A randomised trial against atenolol. *Lancet.* 2002; 359:995–1003.
17. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA.* 2002; 288:2981–2997.
18. Ferreira SR, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequency of arterial hypertension and associated factors: Brazil, 2006. *Rev Saude Publica.* 2009; 43 Suppl 2:98-106.
19. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, Banegas JR, Giampaoli S, Joffres MR, Poulter N, Primatesta P, Stegmayr B, Thamm M. Hypertension Treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension.* 2004; 43:10 –17.
20. Luft VC, Giugliani C, Harzheim E, Schmidt MI, Duncan BB. Prevalence of use and potential impact of increased use of primary care interventions to

- prevent cardiovascular hospitalizations in patients with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2009 Sep;85(3):328-34.
21. Prado JC Jr, Kupek E, Mion D Jr. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *J Hum Hypertens.* 2007 Jul; 21(7):579-84.
 22. LaRosa JC, He J, Vupputuri S. Effect of statins on risk of coronary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA.* 1999; 282:2340-6.
 23. Giannini SD, Santos RD, Fonseca FH, Moriguchi EH. III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2001;77:1-48.
 24. Bodenheimer T; Wagner EH; Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA.* 2002;288(14):1775-1779.
 25. Rinfret S et col, Blood Pressure Control in Primary Care: The Impact of a Multidisciplinary Information Technology-Supported Program on Blood Pressure Control in Primary Care. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2009;2;170-177.
 26. Glynn Liam G, Murphy Andrew W, Smith Susan M, Schroeder Knut, Fahey Tom. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: The Cochrane Library, Issue 10, Art. No. CD005182. DOI: 10.1002/14651858.CD005182.pub1.
 27. Davis DD, Thomson MA, Oxman AD, et al. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA.* 1995;274(9):700-05.
 28. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care.* 2005; 17, 2: 141–146.
 29. Green BB, Cook AJ, Ralston JD, et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, Web communication, and pharmacist care on hypertension control: a randomized controlled trial *JAMA.* 2008; 299(24):2857-2867.
 30. McManus RJ, Mant J, Bray EP, et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2010; 376(9736):163-172.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
32. Declaração de Alma Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/Coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
33. Organização Pan-Americana da Saúde Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.
34. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde. 2002.
35. Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Atenção Primária à saúde, Ed. Fiocruz. 2008: 575 – 625.
36. Starfield B. Is Primary Care essential? Lancet. 1994; 344: 1129 – 33.
37. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
38. Site do Departamento de Atenção Básica à saúde (DAB), endereço eletrônico: http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.
39. Macinko J, Guanais FC, de FM, de SM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006 Jan;60(1):13-9.
40. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família em la região sur de Porto Alegre, Brasil Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante. 2004.
41. Friedman B, Basu J. Health insurance, primary care, and preventable hospitalization of children in a large state. Am J Manag Care. 2001 May;7(5):473-81.

42. Gervas J, Homar JC. Hospitalizations by ambulatory care sensitive conditions (ACSC) from the general practitioner/family physician's point of view. *Rev Esp Salud Publica*. 2007 Jan;81(1):7-13.
43. Caminal J, Mundet X, Ponsa J, Sanchez E, Casanova C. Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions: selection of diagnostic codes for Spain. *Gac Sanit*. 2001 Mar;15(2):128-41.
44. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Portaria n. 221, 17 abril 2008. *Diário Oficial da União*. 2007; 21 set.
45. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, 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). *Cad Saúde Pública*. 2009;25:1337-49.
46. Cadernos de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf.
47. Cadernos de Atenção Básica nº15: Hipertensão Arterial Sistêmica. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf.
48. Site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Endereço eletrônico: <http://200.214.130.35/dab/cnhd/acoes.php>.
49. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ*. 1998 Aug 15;317(7156):465-8.
50. Wagner, EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clin Pract*. 1998; 1: 2-4.
51. Wallace PJ. Physician Involvement in disease management as part of the CCM. *Health Care Financ.nRev*. 2005, 27:19-31.
52. Mendes EV. Redes de atenção à saúde . Belo Horizonte, Escola de Saúde pública de Minas Gerais. 2007.
53. Ferreira da Silva AL, Fuchs SC, Moreira LB, Fuchs FD. The Use of Home Blood Pressure Monitoring as a Strategy for Improved Control of Hypertension. *Rev SOCERJ*. 2008; 21(4):239-246.

54. Green B, Jones M, Hughes D, Williams A Applying the Delphi technique in a study of GPs' information requirements. *Health Soc Care Community*. 1999, 7: 198–205.
55. Powell C The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*. 2003, 41: 376–382.
56. Jairath N, Weinstein J The Delphi methodology (Part one): A useful administrative approach. *Can J Nurs Adm*. 1994, 7: 29–42.
57. Adler M, Ziglio E Gazing into the oracle: the delphi method and its application to social policy and public health. Jessica Kingsley Publisher. 1996.
58. Hasson F, Keeney S, McKenna H Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000, 32: 1008–1015.
59. Keeney S, Hasson F, McKenna H Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs*. 2006, 53: 205–212.
60. Norman C. Dalkey, Bernice Brown y S. Cochran, "The Delphi Method, III: Use of self rating to improve group estimates". *Technological Forecasting and Social Change*. 1970, 1: 283-91.

6. ARTIGO

Estratégias de Consenso para controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular em Atenção Primária à Saúde

Suhélen Caon¹, Carisi Polanczyk², Gisele Alsina Nader Bastos³, Regina Kuhmmer⁴, Tatiane da Silva Dal Pizzol⁵.

1,2,5 Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, UFRGS

3 Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, UFCSPA

4 Programa de Pós Graduação em Cardiologia, Faculdade de Medicina, UFRGS

A ser submetido à Revista de Saúde Pública

Resumo

Objetivo: Construir um programa de atenção para o controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular em Atenção Primária à Saúde.

Métodos: Foi utilizada a metodologia Delphi, por meio do desenvolvimento e aplicação de três questionários eletrônicos (Delphi-1, 2 e 3) a profissionais especialistas em atenção primária e hipertensão arterial, selecionados por conveniência. O questionário Delphi-1 continha 11 questões abertas sobre manejo da hipertensão arterial sistêmica e prevenção de risco cardiovascular em atenção primária. O Delphi-2 foi composto pela sumarização das respostas do Delphi-1 e 24 questões fechadas, e o Delphi-3 pela sumarização do Delphi-2 e 13 questões fechadas. Foi considerado consenso quando a frequência para a alternativa de resposta “concordo totalmente” foi igual ou superior a 80%. Três rodadas Delphi foram consideradas suficientes para atingir consenso.

Resultados e Conclusões: De um total de 25 participantes convidados, 22 completaram as três rodadas. As 11 questões abertas do Delphi-1 deram origem às 24 estratégias propostas, das quais 11 obtiveram consenso no Delphi-2 e quatro no Delphi-3. As estratégias que obtiveram consenso demonstram relação direta com modelos de cuidados crônicos já descritos na literatura, incluindo utilização de recursos da comunidade, organização da atenção à saúde, autocuidado apoiado, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte às decisões e sistema de informação clínica. O programa construído por consenso parece ser operacionalizável para a estrutura de sistema de APS composto por Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, precisando ser testado quanto à efetividade e eficiência a ponto de ser reproduzível para toda a rede de atenção a saúde.

Palavras-chave: Estratégia, Hipertensão, Atenção Primária à Saúde, Técnica Delfos

Abstract

Objective: Build a model of attention to blood pressure control and cardiovascular risk reduction in Primary Health Care

Methods: We used the Delphi methodology, through the development and application of three electronic questionnaires (Delphi-1, 2 and 3) with professional experts in primary care and hypertension, all selected by convenience. The questionnaire Delphi-1 contained 11 open questions of management in hypertension and prevention of cardiovascular risk in primary care. The Delphi-2 was composed by the summary of the responses from the Delphi-1 and 24 closed questions, and Delphi-3 by summarizing the Delphi-2 and 13 closed questions. A consensus was reached when the frequency for the alternative response "strongly agree" was 80% or more. Three Delphi rounds were enough to achieve a consensus.

Results and Conclusions: From the 25 participants invited, 22 completed the three rounds. The 11 open questions of Delphi-1 led to 24 strategies proposed, of which 11 obtained a consensus in Delphi-1 and four in Delphi-3. Strategies that received consensus demonstrated a direct relationship with chronic care models already described in the literature, including use of community resources, health care organization, self support, design services, support decisions and specific information clinic systems. The model built by the consensus seems to be an operational system structure composed of PHC Community Health Workers, Health Strategy Team and Family Support Center for Family Health, which needs to be tested for effectiveness and efficiency to reach the point of being used in the entire health care network.

Keywords: Strategy, Hypertension, Primary Health Care, Delphi Technique

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para eventos cardiovasculares e patologias relacionadas, acarretando em aumento considerável no risco cardiovascular individual³. A prevalência das doenças cardiovasculares é elevada, com estimativa de 6.762.065 casos em 2008,² sendo o principal grupo responsável por perda de anos produtivos e mortes em todas as regiões do Brasil. Os custos relacionados aos desfechos da HAS também são expressivos quando consideram população vulnerável para hospitalizações e internações por quadros agudos (infarto, angina e isquemia cerebral), todos relacionados com uso de tecnologias de alta complexidade, alta demanda e moderada resolubilidade.²⁰

Como elo entre os pacientes com HAS e outras doenças crônicas, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) devem oferecer o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde,¹⁶ e abordar os problemas mais comuns na comunidade. No Brasil, a APS consagrou-se como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo foi acelerado com o estímulo político-financeiro ao Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) e considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia de reorganização da Atenção à Saúde.²²

Como forma de apoiar a APS foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, e atuando diretamente no apoio às equipes.⁴

Um importante indicador de resolutividade da APS é o das internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP)¹¹, isto é, condições cujas internações sejam evitáveis pela prevenção ou controle das doenças na atenção primária. Entre as principais causas de internações sensíveis estão a insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares e a HAS. Considerando todas as internações por doença cardiovascular passíveis de prevenção, cerca de um terço de todos os motivos de internações são por CSAP¹.

Nos Estados Unidos, foi desenvolvido um Modelo de Cuidado Crônico (MCC) a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre gestão das condições crônicas, tendo como principal objetivo servir de guia para o desenvolvimento efetivo de cuidados crônicos²⁵. A *Kaiser Permanente*, prestadora americana de atenção à

saúde privada sem fins lucrativos, desenvolveu um modelo de estratificação do cuidado preconizando o uso de intervenções mais complexas de acordo com a complexidade das condições de saúde. As evidências tem apontado benefícios com a utilização desta estratégia.²⁶ No Brasil, Mendes propôs em 2011 um Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC)¹², desenvolvido a partir do MCC²⁵, da Pirâmide de Risco (PMR)¹⁸, caracterizada pelo cuidado racionalizado pelos graus de risco individuais distintos, e do Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead⁶, baseado em condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Em revisão da literatura, não localizamos um programa de atenção elaborado para atuação integrada em HAS voltado às condições e realidades brasileiras avaliando a atuação de profissionais na estrutura do NASF, ESF e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sendo assim, o objetivo deste estudo foi elaborar um programa de cuidado crônico em APS com foco em HAS.

Metodologia

Foi utilizada a metodologia Delphi, escolhida com base na funcionalidade do método de fornecer uma visão transdisciplinar sobre determinado problema

Instrumentos

Para a realização da pesquisa foram desenvolvidos três questionários eletrônicos nominados cronologicamente Delphi-1, Delphi-2 e Delphi-3. Estes foram encaminhados aos participantes do estudo por email, contendo um link de acesso ao questionário. Após respondidos, foram compilados no *software Survey Monkey*¹. O questionário Delphi-1 foi composto por onze questões abertas, o Delphi-2 composto pela sumarização das respostas do Delphi-1 seguido por 24 questões fechadas, e o Delphi-3 pela sumarização do Delphi-2 e acompanhado por 13 questões fechadas.

Grupo coordenador

Uma equipe constituída por oito profissionais (médicos, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, epidemiologistas e educadores físicos), planejou todas as

¹ www.surveymonkey.com

etapas do Delphi, descritas a seguir. Também foi responsável pelas análises e sumarização das respostas, em cada rodada.

Seleção dos participantes

Foram selecionados 25 participantes, por conveniência, entre especialistas em hipertensão arterial sistêmica e APS e profissionais inseridos na APS considerados formadores de opinião, conforme preconizado pelo método.

Seleção dos Temas

Para o desenvolvimento das questões abertas incluídas no questionário Delphi-1, foi realizada revisão sistemática sobre manejo da HAS e prevenção de risco cardiovascular em atenção primária. As questões abordavam critérios relativos à hipertensão, com foco em ações, recursos, estratégias, informação, autocuidado, adesão e apoio aos profissionais, de acordo com os seis eixos estruturantes do MCC. Formulamos o questionário Delphi-1 contendo dez questões abertas e uma questão adicional em que os participantes poderiam acrescentar itens que considerassem relevantes e que não tivessem sido contemplados nas questões anteriores.

Para cada item, solicitamos aos participantes opiniões e estratégias de manejo da HAS e prevenção do risco cardiovascular em atenção primária. Os participantes tiveram a oportunidade de sugerir alternativas e adicionar itens extras. Em alguns itens foi solicitado o mesmo tipo de informação, mas foram formuladas perguntas de maneira diferente para permitir amplo entendimento dos temas.

Procedimentos

O procedimento ocorreu entre maio e agosto de 2012. As respostas às perguntas abertas, obtidas a partir da aplicação do Delphi-1, foram agrupadas em palavras-chave e originaram 24 estratégias que compuseram o Delphi-2. Foram redigidas perguntas fechadas, e utilizada escala *Likert* com cinco opções de resposta (concordo totalmente, concordo parcialmente, indiferente, discordo parcialmente e discordo totalmente). Após a aplicação do Delphi-2, um relatório foi feito e encaminhado junto com o Delphi-3 para informar os participantes sobre as opiniões dos demais na última rodada. A equipe decidiu, com base nos percentuais da escala *Likert* de cada alternativa, quais os itens e questões que deveriam ser mantidos sob questionamento no Delphi-3. Foi considerado consenso como um "acordo geral de

uma maioria substancial”; operacionalmente, o consenso era alcançado quando a frequência para a alternativa de resposta “concordo totalmente” atingia 80% ou mais, para cada questão do Delphi-2 e 3. Os itens sem consenso atingido no Delphi-2 foram reapresentados, junto com a informação da frequência alcançada na rodada anterior. Três rodadas Delphi foram consideradas suficientes para atingir consenso. A estrutura de trabalho está representada na Figura 1.

Para reduzir as perdas por não-resposta após os sete dias de prazo, utilizamos estratégias de envios de lembretes por email e contato telefônico informando prorrogação de mais três dias, sendo consideradas perdas os profissionais para os quais não se obteve sucesso no contato após três tentativas utilizando meios diferentes. Não houve contato presencial dos participantes com os pesquisadores (exceto pelo contato telefônico), pois todo o Delphi foi feito a distancia, individualmente, sem interação pesquisador/participante.

Análise

A análise das respostas das três rodadas foi quantitativa e qualitativa. Resumimos as sugestões e comentários dos participantes e apresentamos as frequências de resposta.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Educação em Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento (processo 2011/87) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (processo 001.037798.11.1). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi aplicado a todos os participantes, no início da pesquisa, por meio eletrônico. Antes de responder ao Delphi-1, o profissional deveria ler o termo e marcar o ícone específico de concordar, caso consentisse em participar do estudo.

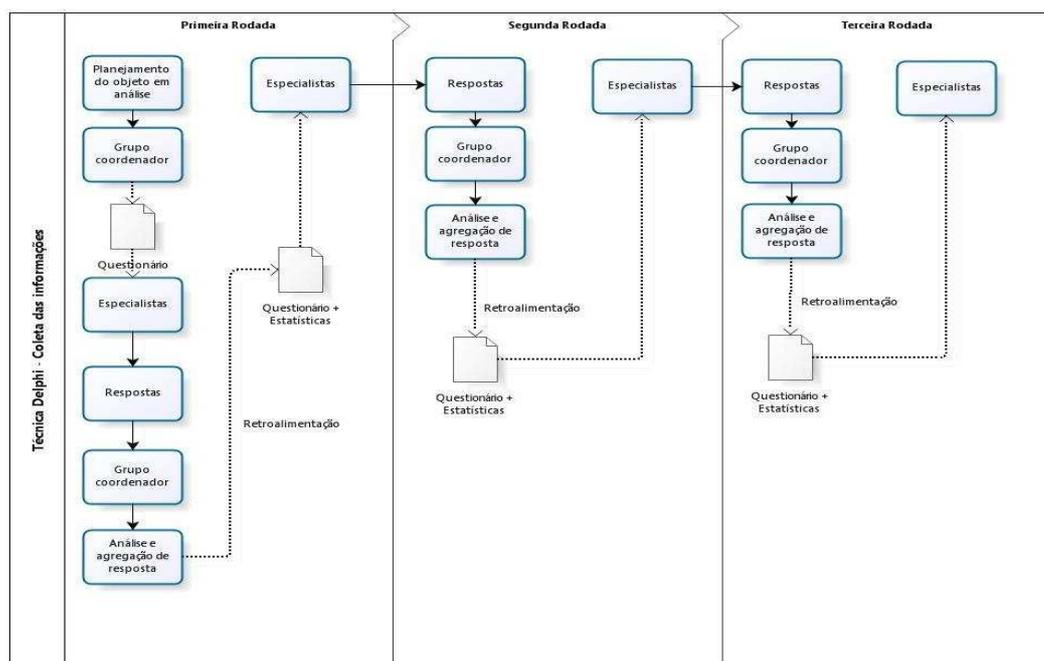


Figura 1. Representação Esquemática do Procedimento Delphi utilizado na Pesquisa

Resultados

A amostra inicial foi composta por 25 profissionais, com duas perdas na primeira e uma perda na terceira rodada, sendo dois agentes comunitários de saúde e uma nutricionista. A descrição da amostra está apresentada na tabela 1. Os profissionais apresentavam, em média, 30,7 anos com desvio padrão de 9,1, e eram provenientes, em sua maioria, de Porto Alegre, além de municípios da Região Sul e Brasília.

Tabela 1. Características dos profissionais convidados a participar do método Delphi (n=23). Porto Alegre, RS, 2011.

Variável	n^a (%) / Mediana (IQ)
Sexo	
Masculino	11 (47,8)
Feminino	12 (52,2)
Instituição	
Privada	6 (26,1)
Pública	17 (73,9)
Tempo de trabalho na instituição (Anos)	6,8 (2,7 – 13,0)
Profissão^b	
Médico	12 (52,2)
Administrador	4 (17,4)
Nutricionista	2 (8,7)
Agente Comunitário de Saúde	2 (8,7)
Assistente social	1 (4,3)
Enfermeira	1 (4,3)
Psicólogo	1 (4,3)
Tempo na função (Anos)	4,0 (2,7 – 10,0)
Carga horária mensal (Horas)	180,0 (160,0 -220,0)
Tempo de formação desde a graduação (Anos)	9,0 (6,0 – 23,0)
Maior titulação	
Especialização	8 (34,8)
Mestrado	3 (13,0)
Doutorado	3 (13,0)
Pós-doutorado	3 (13,0)
Outro	2 (8,7)
Localidades	
Porto Alegre	20 (86,9)
Tubarão	1 (4,3)
Brasília	1 (4,3)
Curitiba	1 (4,3)

^a Quando aplicável.

^b Dos profissionais, sete se declararam docentes.

As estratégias propostas para redução e controle da hipertensão arterial sistêmica que obtiveram consenso na segunda ou terceira rodada estão apresentadas na tabela 2, e aquelas que não obtiveram consenso estão apresentadas na tabela 3.

A estratégia relacionada aos fatores modificáveis como mudanças de hábito atingiu quase a totalidade de consenso já na primeira rodada (Delphi-2). Já estratégias de protocolos de cuidado e metodologias de identificação de risco obtiveram a totalidade do consenso na segunda rodada (Delphi-3).

Entre as estratégias que não obtiveram consenso observamos que os menores índices de concordância foram a influência de líderes comunitários e a disponibilização de equipamento para aferição domiciliar da pressão.

Tabela 2. Estratégias para controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular, em atenção primária, que obtiveram consenso na segunda e terceira rodada do método Delphi.

Estratégia	2º Rodada (%)^a	3º Rodada (%)^a
1. Estimular mudança de hábitos: Alimentação Saudável, Prática Atividade Física, Tabagismo.	96,0	
2. Facilitar o acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde.	96,0	
3. Criação, disseminação e utilização de estratégias para educação continuada de profissionais da área da saúde.	91,0	
4. Facilitar o acesso ao sistema de saúde e a outros níveis de atenção, bem como a referência e contra-referência.	91,0	
5. Implantação de ferramentas para monitorar a efetividade das estratégias utilizadas em saúde.	91,0	
6. Utilização de estratégias para melhor adesão ao tratamento medicamentoso.	91,0	
7. Estruturação de condições de trabalho (estrutura física, processos, remuneração, educação continuada) / disponibilidade de tecnologias e insumos para os profissionais da saúde.	91,0	
8. Implantação de equipe multiprofissional em saúde (nutricionista, educador físico, farmacêutico, psicólogo, assistente social) com enfoque na Prevenção e na Atenção Primária.	87,0	
9. Introdução de novas tecnologias, sistema informatizado, tele saúde e prontuário eletrônico para acompanhamento dos pacientes.	87,0	
10. Criação, disseminação e utilização de estratégias de educação em saúde para pacientes e familiares.	83,0	
11. Utilização de espaços da comunidade (centros religiosos, CTGs, academias de bairro, escolas, centro comunitário e praças) para aplicação das estratégias.	83,0	
12. Criação e utilização de protocolos de atendimento.^b	74,0	100,0
13. Utilização de metodologia para definição de riscos e identificação dos riscos dos pacientes.^b	74,0	100,0
14. Individualizar abordagem com o paciente.^b	74,0	86,4
15. Inclusão de lembretes clínicos (interações de drogas, alertas sobre tratamentos e desvio de protocolos).^b	61,0	86,4

^a Frequência das respostas “concordo totalmente”.

^b Estratégias que alcançaram consenso na terceira rodada.

Tabela 3. Estratégias para controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular, em atenção primária, que não obtiveram consenso na segunda e terceira rodada do método Delphi.

Estratégia	2º Rodada (%)^a	3º Rodada (%)^a
1. Realização de busca ativa, acompanhamento e monitoramento conforme perfil dos pacientes.	74,0	77,3
2. Utilização de matriciamento.	70,0	77,3
3. Realização de grupos com pacientes e profissionais de saúde como método de disseminação de ações educativas, vínculo com a equipe e captação de pacientes críticos.	65,0	77,3
4. Captação e fornecimento de dados para definição de novas estratégias em saúde.	61,0	72,7
5. Implantação de ações com foco na auto-estima do paciente (Entrevista motivacional).	52,0	50,0
6. Implantação de hortas comunitárias.	52,0	50,0
7. Realização de atendimento domiciliar com orientações, acompanhamento e medida da pressão arterial domiciliar pelo agente comunitário.	43,0	45,5
8. Utilização da influência da associação de moradores e lideranças comunitárias como multiplicadores de informações.	35,0	18,2
9. Disponibilização de equipamento para aferição da pressão arterial domiciliar.	26,0	18,2

^a Frequência das respostas “concordo totalmente”.

O quadro 1 apresenta as estratégias que obtiveram consenso para controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular em atenção primária, distribuídas nos seis eixos estruturantes do MCC.

Quadro 1: Estratégias para controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular, em atenção primária, que obtiveram consenso no Método Delphi distribuídas conforme elementos do Modelo de Cuidados Crônicos

Recursos da comunidade

Utilização de espaços da comunidade (centros religiosos, Centro de Tradições Gaúchas, academias de bairro, escolas, centro comunitário e praças) para aplicação das estratégias.

Organização da atenção à saúde

Facilitar o acesso ao sistema de saúde e a outros níveis de atenção, bem como a referência e contra-referência.

Facilitar o acesso aos medicamentos no sistema Único de Saúde.

Estruturação de condições de trabalho (estrutura física, processos, remuneração, educação continuada)/ disponibilidade de tecnologias e insumos para os profissionais da saúde.

Autocuidado apoiado

Utilização de espaços da comunidade (centros religiosos, Centro de Tradições Gaúchas, academias de bairro, escolas, centro comunitário e praças) para aplicação das estratégias.

Criação, disseminação e utilização de estratégias de educação em saúde para pacientes e familiares.

Individualizar abordagem com o paciente.

Utilização de estratégias para melhor adesão ao tratamento medicamentoso.

Estimular mudança de hábitos: Alimentação Saudável, Prática Atividade Física, Controle do Tabagismo.

Implantação de equipe multiprofissional em saúde (nutricionista, educador físico, farmacêutico, psicólogo, assistente social) com enfoque na Prevenção e na Atenção Primária.

Desenho do sistema de prestação de serviços

Implantação de equipe multiprofissional em saúde (nutricionista, educador físico, farmacêutico, psicólogo, assistente social) com enfoque na Prevenção e na Atenção Primária.

Criação e utilização de protocolos de atendimento.

Utilização de metodologia para definição de riscos e identificação dos riscos dos pacientes.

Implantação de ferramentas para monitorar a efetividade das estratégias utilizadas em saúde.

Suporte às decisões

Criação e utilização de protocolos de atendimento.

Criação, disseminação e utilização de estratégias de educação em saúde para pacientes e familiares.

Criação, disseminação e utilização de estratégias para educação continuada de profissionais da área da saúde.

Facilitar o acesso ao sistema de saúde e a outros níveis de atenção, bem como a referência e contra-referência.

Introdução de novas tecnologias, sistema informatizado, tele saúde e prontuário eletrônico para acompanhamento dos pacientes.

Sistemas de informações

Individualizar abordagem com o paciente.

Introdução de novas tecnologias, sistema informatizado, tele saúde e prontuário eletrônico para acompanhamento dos pacientes.

Implantação de ferramentas para monitorar a efetividade das estratégias utilizadas em saúde

Estruturação de condições de trabalho (estrutura física, processos, remuneração, educação continuada)/ disponibilidade de tecnologias e insumos para os profissionais da saúde.

Inclusão de lembretes clínicos (interações de drogas, alertas sobre tratamentos e desvio de protocolos).

Discussão

Para determinar um programa de atenção para o controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular em atenção primária a saúde, o método Delphi parece adequado pela necessidade de uma visão transdisciplinar sobre o tema, tendo em vista os múltiplos fatores influenciadores da HAS. Outro ponto positivo a ser destacado neste trabalho é o número de profissionais de diferentes áreas e locais de trabalho que

puderam contribuir para a construção de um programa amplo, ainda que não tenham sido incluídos na amostra profissionais especialistas residentes em regiões menos desenvolvidas do Brasil. E, embora muitos estudos sobre diversas estratégias já tenham sido realizados, foram realizados para cada estratégia individualmente e em ambientes de atenção secundária e terciária⁸.

As estratégias que obtiveram consenso para controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular em APS reforçam os seis eixos levantados no MCC como proposto originalmente e na versão proposta por Mendes (2012) onde consideram a importância do autocuidado, sua relação com estratégias multiprofissionais combinadas, recursos da comunidade, a classificação simultânea de severidade da condição crônica e grau de confiança e apoio para autocuidado. Desta forma, reforçando o resultado esperado para o eixo do autocuidado apoiado, a gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde¹³.

Entre as estratégias que compõem o programa apresentado no quadro 1 encontramos três já reforçadas pela portaria de criação do NASF⁴, uma de inserção de grupo multidisciplinar e duas referentes à educação continuada, tanto de profissionais, quanto de pacientes e familiares. Esta relação denota uma demonstração de política pública, que visa, mesmo que ainda em construção, reforçar o encaminhamento para o apoio multidisciplinar no autocuidado para condições sensíveis à atenção primária. Ainda em relação a estratégias de educação encontramos relação direta entre educação de pacientes e familiares e os fatores potencialmente modificáveis como obesidade e sedentarismo, que estão fortemente relacionados com a doença cerebrocardiovascular e que são potencialmente modificáveis²⁴.

Duas das estratégias incluídas estão relacionadas com acesso e adesão ao tratamento medicamentoso, ambas convergindo para a preocupação demonstrada na literatura de que os resultados verificados em ensaios clínicos randomizados (ECR) de intervenção medicamentosa, conduzidos em condições ideais, dificilmente são reproduzidos em ambiente real²³. As taxas de adesão aos tratamentos medicamentosos são mais altas nos ECR comparadas com a prática clínica, e em pacientes em condições agudas, em comparação com os doentes crônicos¹⁹. A adesão ao tratamento medicamentoso de uso contínuo em doenças crônicas é de aproximadamente 50% em países desenvolvidos; em países em desenvolvimento é ainda menor¹⁹. A questão do

acesso aos medicamentos também constitui outro problema importante no país. Estudos de avaliação de acesso a medicamentos revelam a inacessibilidade a medicamentos para mais de 50% da população em áreas mais pobres do Brasil²⁷. O benefício completo de muitos medicamentos só pode ser atingido se os pacientes seguirem o tratamento de maneira razoavelmente próxima daquela prescrita¹⁷; desta forma, ampliar o acesso e a efetividade das intervenções sobre a adesão pode ter um impacto sobre a saúde pública maior de que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos¹⁹. Como forma de ampliar a efetividade, outra estratégia que obteve consenso, pode ser convertida na relação com o tratamento medicamentoso, trata-se da individualização da abordagem com o paciente, o que neste caso, pode ser traduzido como a individualização da terapia permitindo ,de forma operacionalizável, a ampliação do impacto dos benefícios a saúde.

Estratégias relacionadas com a utilização de protocolos de atendimento e de classificação de risco também foram amplamente elencadas pelos profissionais. Segundo Mendes (2012), é comum que as equipes da ESF que não trabalham com a estratificação de riscos das condições crônicas ofereçam, excessivamente, consultas médicas e de enfermagem comprometendo a sua agenda com cuidados que não agregam valor às pessoas. Essa possível sobreoferta de serviços profissionais compromete e desorganiza a agenda das unidades da ESF. Além disso, não raro essas pessoas são encaminhadas a especialistas, desnecessariamente.¹³ Mas para que o modelo da Pirâmide de Riscos seja implantado na rotina da clínica, é fundamental que as diretrizes clínicas relativas às condições crônicas, estratifiquem a população por estratos de riscos, como por exemplo: pessoas portadoras de hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco.¹³ Há evidências de que esse modelo de riscos, quando aplicado, melhora a qualidade de vida das pessoas usuárias, reduziu as internações hospitalares e as taxas de permanência nos hospitais.¹⁸

A partir da relação entre estratégias que atingiram consenso e os seis elementos do modelo (Quadro 1), dois resultados principais são esperados a partir da implementação destas estratégias, pessoas usuárias ativas e informadas interagindo com equipes de saúde proativas e preparadas, produzindo, desta forma, melhores resultados clínicos e funcionais. Tais resultados tem sido obtidos, a partir de adaptações do modelo às necessidades locais, em países como Canadá⁹ e Dinamarca⁷. No Brasil, ainda que com utilização parcial o MCC vem sendo utilizado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba²¹, no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre⁵,

na Secretaria Municipal de Saúde de Diadema¹⁵ e pelo projeto Qualidia do Ministério da Saúde que atua em vários municípios¹⁴.

Outro grupo de estratégias que merece atenção engloba estratégias que remetem a organização da atenção em saúde, a facilitação do acesso a outros níveis de atenção e a estruturação das condições de trabalho. Ambas, para sua implantação, envolvem uma necessidade de repensar os modelos de trabalho e de relação entre todos os níveis de atenção a saúde, bem como suas formas de ressarcimento. Estes modelos, e formas de remuneração, deverão levar todos os níveis de atenção a pensar em desfechos de saúde para a população assistida de forma a realmente trabalhar como redes de atenção em saúde. Pois, frente a insuficiência dos recursos do SUS, identificamos uma situação de ineficiência alocativa e que, por consequência, força um desvio relativo dos recursos para a atenção secundária e terciária. A eficiência dos sistemas de atenção à saúde depende de uma alocação equilibrada em seus diversos componentes, tendo como parâmetro a efetividade em função dos custos. A opção pelas Redes de Atenção a Saúde implica equilibrar as ações e os gastos entre todos os componentes dessas redes para que haja uma eficiência alocativa¹³.

Entre as estratégias com menores percentuais de consenso encontramos a medição domiciliar da pressão arterial, tanto na abordagem da disponibilização do equipamento, quanto na abordagem do acompanhamento domiciliar para realização das medidas pelo agente comunitário. Este fato talvez esteja relacionado a questões que precisam necessariamente ser atendidas para que o enfoque “Trate para o Alvo”, avaliado por Geen et al (2009), nos Estados Unidos, seja efetivo¹⁰. Este enfoque combina três elementos básicos, instrumentalizar os pacientes para medir o fator de risco em casa, fornecer telefonema regular para reforçar o tratamento e usar protocolos e ordens médicas, para decidir sobre necessidade de intensificação da terapia anti-hipertensiva. Sob a circunstância proposta estão as necessidades dos serviços distribuírem monitores de pressão arterial e o ressarcimento para as atividades de orientação e apoio. As orientações são normalmente ofertadas por meio de telefonemas regulares por profissionais da equipe não-médicos para reforçar os objetivos do tratamento e orientar sobre dieta, exercício e adesão ao tratamento medicamentoso. Usando protocolos e ordens aprovadas pelos médicos, esta equipe de profissionais pode decidir em conjunto com o paciente por telefone a intensificar a terapia anti-hipertensiva¹⁰. O processo de co-treinamento deveria reduzir a necessidade de visitas médicas e assim poder subsidiar o investimento necessário.

Outra estratégia que atingiu baixo nível de consenso foi a da utilização da influência de líderes comunitários como multiplicadores de informação. Este resultado pode estar relacionado às dificuldades de articulação do sistema de saúde, internamente como rede, em níveis primário, secundário e terciário, gerando descrença na possibilidade de relacionamento com agentes externos ao sistema de saúde. Ainda que, para que o autocuidado apoiado se dê com efetividade, o portador da condição crônica deva ter o apoio das organizações comunitárias, entre outros¹³, a relação com a comunidade mais facilmente observada nestes achados foi a da utilização dos espaços e não da influência de suas organizações como agentes formadores.

A partir dos achados o programa construído parece ser operacionalizável para a estrutura de sistema de APS composto por ACS, ESF e NASF, precisando ser testado em ambiente real para que se possa afirmar se o mesmo é efetivo e eficiente a ponto de ser reproduzível para toda a rede de atenção a saúde.

Referências

1. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, 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). *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1337-49.
2. Balbinotto N, Silva EM. Os Custos da Doença Cardiovascular no Brasil: um Breve Comentário Econômico. *Arq Bras Cardiol* 2008; 91(4):217-218
3. Bonny A., F. Lacombe, et AL. The 2007 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 2008, v.26, n.4,p.825.
4. Brasil, Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 154 DE 24 DE JANEIRO DE 2008, disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>
5. Centro de Pesquisas em Avaliação em Atenção Primária à Saúde. Educação permanente em hipertensão e diabetes na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Gerência de ensino e pesquisa e gerência de saúde comunitária/Grupo Hospitalar Conceição; 2011.
6. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier; 2007.
7. Frohlich A, Jorgesen J. Improving care in patients with chronic conditions. 2007 [acesso em 27 de junho de 2007]. Disponível em <http://www.integratedcarenetwork.org/publish/articles/000045.htm>
8. Glynn Liam G, Murphy Andrew W, Smith Susan M, Schroeder Knut, Fahey Tom. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 10, Art. No. CD005182. DOI: 10.1002/14651858.CD005182.pub1
9. Government of British Columbia. British Columbia expanded chronic care model; 2008 [acesso em 13 de outubro de 2009]. Disponível em: <http://www.health.gov.bc.ca>.
10. Green BB, Cook AJ, Ralston JD, et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, Web communication, and pharmacist care on hypertension control: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;299(24):2857-2867.
11. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família em la región sur de Porto Alegre, Brasil Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante; 2004.

12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
13. Mendes EV. 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.: il.
14. Ministério da Saúde. Educação em Saúde para o Auto-cuidado, Avaliação contínua da Qualidade da Atenção ao Diabetes. 2011 [acesso em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.qualidia.com.br>.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidados: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
16. Organização Pan–Americana da Saúde Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da OrganizaçãoPan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.
17. Osterberg, L.; Blaschke, T. Drug Therapy: Adherence to Medication. New England Journal of Medicine, v.353, n.5, 487-97, 4 de agosto, 2005.
18. Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada 2008 [acesso em 18 maio de 2009]; Vol.1: ISS. 1, Article 5. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/5/>
19. Sabaté, E. Adherence to long-term Therapies: Evidence for action. World Health Organization, Suíça, 2003, 194 p.
20. Schramm, Andrade JM et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2004, vol.9, n.4, 897-908.
21. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Laboratório de inovações na atenção às condições crônicas na APS. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2010.
22. Starfield B. Is Primary Care essential? Lancet 1994; 344: 1129 – 33.
23. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA.2002;288:2981–2997.
24. The long-term intervention with Pravastatin Group in Ischaemic disease. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with

coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med.* 1998;339:1349-57.

25. Wagner, EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clin Pract.* 1998; 1: 2-4.

26. Wallace PJ. Physician Involvement in disease management as part of the CCM. *Health Care Financ.nRev.* 27:19-31,2005.

27. World Health Organization. WHO medicines strategy: framework for action in essential drugs and medicines policy 2000–2003. Geneva: WHO; 2000.

Fontes de financiamento:

Pesquisa realizada no âmbito do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital Nº 69/2010, linha de pesquisa: Modelos de gestão que qualifiquem a atenção primária com impacto na melhoria dos indicadores de risco cardiovascular. Projeto de pesquisa: “Modelos de Gestão para Redução de Risco cardiovascular em Atenção Primária para o Brasil: Elaboração de um Programa de Prevenção Cardiovascular e Ensaio clínico randomizado”.

Pesquisa realizada no âmbito do Projeto Desenvolvimento de Técnicas de Operação e Gestão de serviços de Saúde em uma Região Intramunicipal de Porto Alegre – Distritos da Restinga e Extremo-Sul, de acordo com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, por meio do termo de ajuste de número 05/2011, assinado em 30 de dezembro de 2011.

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo faz parte do projeto denominado Modelos de Gestão para Redução de Risco Cardiovascular em Atenção Primária para o Brasil: Elaboração de um Programa de Prevenção Cardiovascular e Ensaio Clínico Randomizado, o qual foi aprovado no Edital CNPq N° 69/2010, inserido na linha sobre modelos de gestão que qualifiquem a atenção primária com impacto na melhoria dos indicadores de risco cardiovascular. Esse projeto é constituído por três fases: revisão sistemática sobre estratégias, elaboração de programa através do consenso de especialistas e ensaio clínico randomizado. Neste momento encontram-se concluídas as duas primeiras fases e a terceira está em andamento.

As estratégias que obtiveram consenso para controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular em Atenção Primária à Saúde fazem parte, de forma direta ou indireta, das recomendações que apresentam evidências de melhores desfechos para condições crônicas, como a HAS. Elas reforçam os seis eixos levantados no MCC como proposto originalmente e na versão proposta por Mendes (2012) e consideram a importância da identificação e estratificação de riscos bem como o entendimento da disponibilidade ao auto-cuidado e a importância de estratégias multiprofissionais combinadas.

É importante ainda refletir sobre as possibilidades de adequar estratégias a formas simples de trabalhar. Em geral, quando nos deparamos com a possibilidade de implantar estratégias com vistas a melhorar desfechos, tendemos a pensar em estratégias completas e abrangentes, que acabam por acarretar um empenho de trabalho e muitos recursos talvez com incrementos nem tão volumosos assim nos desfechos. Precisamos entender preceitos de administração como o de que “o bom pode ser inimigo do ótimo” para que consigamos de alguma forma começar as melhorias em estratégias de controle de HAS. Entre as estratégias de utilização de lembretes clínicos descritas na literatura, destaca-se o uso de sistemas informatizados como veículo de implantação dos lembretes. No entanto, alternativas menos sofisticadas também podem ser utilizadas com resultados interessantes, como o uso de bilhetes fixados nos prontuários em papel.

Além disso, com a utilização das estratégias no ensaio clínico randomizado, em curso, poderemos avaliar a aplicabilidade prática dessas estratégias em ambiente real, realizando os ajustes operacionais necessários para que o programa possa ser utilizado

de forma parcial ou integral em outros locais de mesma estrutura. A identificação durante a construção do programa de lacunas entre a atividade a ser desenvolvida e o material disponível para apoiar sua implantação nos permitiu planejar e elaborar de forma paralela material para o ECR e material de apoio com base nas estratégias, ampliando ainda mais o escopo de atividades e envolvimento no projeto central.

Este tipo de estudo contribui para a consolidação das políticas públicas no âmbito da construção das redes de saúde, entendendo e avaliando estratégias baseadas em programas que já fazem parte do sistema, tendo em vista que muitas estratégias são implementadas sem nenhum tipo de avaliação ou consolidação de conhecimento.

Pois, ainda que, a implantação de ferramentas para monitorar a efetividade de estratégias utilizadas em saúde tenha alcançado consenso de cerca de 90%, demonstrando a preocupação dos profissionais de saúde com a necessidade de avaliação dos programas e linhas de cuidado utilizadas. A captação e fornecimento de dados para definição de novas estratégias em saúde obteve um nível mais baixo de consenso, o que pode indicar baixa crença dos profissionais na possibilidade de que estratégias sejam formuladas na base do cuidado. Desta forma, acreditando de forma mais robusta, na avaliação das estratégias normalmente formuladas e implementadas a partir do eixo de gestão.

Sugerimos ainda ampliar esta pesquisa para especialistas de outras regiões do país ou submeter as mesmas estratégias e comparar os resultados, tendo em vista que este público não foi acessado como amostra nesta pesquisa. Talvez a distância geográfica dos centros tradicionalmente produtores de conhecimento científico torne a visão um tanto diversa ou mais abrangente da encontrada por nós.

Entendemos que este trabalho atingiu seu objetivo de construir um Programa de Atenção para o controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular em Atenção Primária à Saúde; este parece ser adequado à estrutura de trabalho a que se propõe (ACS, ESF e NASF) e necessita ser avaliado de forma prática em um ambiente real para que possa fornecer respostas mais claras sobre sua efetividade.

8. ANEXOS

a. Questionário Delphi-1 e TCLE Método Delphi

Modelos de Gestão para Redução de Risco Cardiovascular em Atenção

Elaboração de um Programa de Prevenção Cardiovascular

Prezado (a)

Você está sendo convidado a participar de um estudo que têm como objetivo construir um "Modelo de atenção na redução do risco cardiovascular e controle da pressão arterial em Atenção Primária para o Brasil".

Esta pesquisa está vinculada ao Projeto Social Restinga/Extremo Sul, uma parceria do Hospital Moinhos de Vento como Ministério da Saúde.

Será utilizado o Método Delphi como metodologia, que consiste na aplicação de um questionário em 3 ou mais rodadas, a um grupo de especialistas. Após cada ciclo, um facilitador enviará um sumário anônimo das respostas que tiveram maior concordância.

Para conclusão deste trabalho sua participação é de extrema importância. Pedimos que dentro do possível, as respostas sejam enviadas em uma semana.

Desde de já agradecemos sua participação.

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este instrumento é individual e se preferir não há necessidade de identificação para responde-lo. Informamos seu direito de se recusar a participar da pesquisa ou deixar de participar em qualquer uma das fases, sem qualquer prejuízo ao mesmo. Sempre que achar necessário, poderá entrar em contato com os pesquisadores para solicitar maiores informações referentes à pesquisa. Será garantido o anonimato dos participantes na publicação dos resultados do estudo. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Concordo em participar da presente pesquisa. Compreendo que os resultados serão publicados.

2. Participante (opcional):

3. Sexo:

Masculino

Feminino

4. Idade:

5. Instituição:

Modelos de Gestão para Redução de Risco Cardiovascular em Atenção**6. Tempo de trabalho nessa instituição (anos e meses):****7. Função na instituição:****8. Tempo que trabalha nessa função (anos e meses):****9. Carga horária (horas mensais):****10. Tempo de formação na graduação (anos e meses):****11. Maior titulação:**

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado
- Outro

As questões abaixo referem-se ao controle da Pressão Arterial (PA) e têm como objetivo construir um conjunto de ações com maior relevância e impacto para modelo de atenção na redução do risco cardiovascular.

12. Quais ações, em sua opinião, poderiam ser adotadas para obtenção de maior controle de Pressão Arterial na população brasileira?**13. Quais recursos da comunidade você acredita que podem ser utilizados para melhorar o controle da Pressão Arterial?**

Modelos de Gestão para Redução de Risco Cardiovascular em Atenção

14. Em sua opinião, qual a melhor estratégia organizacional do sistema de saúde para obter-se melhor controle da Pressão Arterial?

15. No seu ponto de vista, como um sistema de informação poderia auxiliar nas práticas de saúde da população?

16. Como o auto cuidado poderia ser incentivado para obter-se um maior controle na Pressão Arterial?

17. O que você considera importante enfatizar para adesão ao tratamento dos pacientes crônicos?

18. Em sua análise, quais as melhores estratégias de apoio para os profissionais de saúde no controle da Pressão Arterial?

19. Quais estratégias poderiam ser utilizadas para compor um atendimento especializado em situações específicas?

20. Quais estratégias em saúde, você considera importante para o controle da Pressão Arterial?

21. Em sua opinião, há alguma outra contribuição que considera importante sobre o tema?

b. Questionário Delphi-2

Modelos de Gestão para Redução de Risco Cardiovascular em Atenção

Método Delphi - 2ª Rodada

As questões abaixo representam a sumarização das respostas obtidas na 1ª rodada do Método Delphi, tendo como subsídio as informações de todos os participantes.

Objetivamos alcançar o consenso sobre o conjunto de ações com maior relevância e impacto para modelo de atenção na redução do risco cardiovascular.

Solicitamos sua classificação quanto ao grau de importância para as estratégias abaixo:

*1. Nome

*2. Instituição

*3. Implantação de equipe multiprofissional em saúde (nutricionista, educador físico, farmacêutico, psicólogo, assistente social) com enfoque na Prevenção e na Atenção Primária

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

*4. Criação, disseminação e utilização de estratégias de educação em saúde para pacientes e familiares

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

*5. Estimular mudança de hábitos: Alimentação Saudável, Prática Atividade Física, Tabagismo

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Modelos de Gestão para Redução de Risco Cardiovascular em Atenção***6. Criação, disseminação e utilização de estratégias para educação continuada de profissionais da área da saúde**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***7. Facilitar o acesso ao sistema de saúde e a outros níveis de atenção, bem como a referência e contra-referência**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***8. Introdução de novas tecnologias, sistema informatizado, tele saúde e prontuário eletrônico para acompanhamento dos pacientes**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***9. Realização de busca ativa, acompanhamento e monitoramento conforme perfil dos pacientes**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Modelos de Gestão para Redução de Risco Cardiovascular em Atenção

***10. Realização de grupos com pacientes e profissionais de saúde como método de disseminação de ações educativas, vínculo com a equipe e captação de pacientes críticos**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***11. Realização de atendimento domiciliar com orientações, acompanhamento e medida da pressão arterial domiciliar pelo agente comunitário**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***12. Utilização de espaços da comunidade (centros religiosos, CTGs, academias de bairro, escolas, centro comunitário e praças) para aplicação das estratégias**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***13. Criação e utilização de protocolos de atendimento**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***14. Facilitar o acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Modelos de Gestao para Reducao de Risco Cardiovascular em Atencao***15. Implantação de ferramentas para monitorar a efetividade das estratégias utilizadas em saúde**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***16. Utilização de estratégias para melhor adesão ao tratamento medicamentoso**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***17. Utilização da influência da associação de moradores e lideranças comunitárias como multiplicadores de informações**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***18. Captação e fornecimento de dados para definição de novas estratégias em saúde**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***19. Utilização de metodologia para definição de riscos e identificação dos riscos dos pacientes**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Modelos de Gestao para Reducao de Risco Cardiovascular em Atencao***20. Individualizar abordagem com o paciente**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***21. Implantação de hortas comunitárias**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***22. Implantação de ações com foco na auto-estima do paciente (Entrevista motivacional)**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***23. Inclusão de lembretes clínicos (interações de drogas, alertas sobre tratamentos e desvio de protocolos)**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***24. Disponibilização de equipamento para aferição da pressão arterial domiciliar**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Modelos de Gestao para Reducao de Risco Cardiovascular em Atencao

***25. Estruturação de condições de trabalho (estrutura física, processos, remuneração, educação continuada) / disponibilidade de tecnologias e insumos para os profissionais da saúde**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

***26. Utilização de matriciamento**

- Não concordo totalmente
- Não concordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

c. Questionário Delphi-3

Modelos de Gestão para Redução de Risco Cardiovascular em Atenção

Método Delphi - 3ª Rodada

Agradecemos a participação de todos na segunda rodada do método Delphi para construção de Modelos de Gestão para Redução de Risco Cardiovascular em Atenção Primária.

Encaminhamos a síntese das respostas com informações relativas as estratégias que obtiveram consenso em texto.

Para aquelas que seguem novamente para avaliação seguem informações relativas aos percentis obtidos ao lado de cada possibilidade da escala.

Foram consideradas estratégias consensadas nesta rodada aquelas que obtiveram percentis superiores a 80% para concordância total.

Síntese:

1. Implantação de equipe multiprofissional em saúde (nutricionista, educador físico, farmacêutico, psicólogo, assistente social) com enfoque na Prevenção e na Atenção Primária.

Não concordo totalmente (0%)

Não concordo parcialmente (4%)

Indiferente (0%)

Concordo parcialmente (9%)

Concordo totalmente (87%)

2. Criação, disseminação e utilização de estratégias de educação em saúde para pacientes e familiares.

Não concordo totalmente (0%)

Não concordo parcialmente (0%)

Indiferente (0%)

Concordo parcialmente (17%)

Concordo totalmente (83%)

3. Estimular mudança de hábitos: Alimentação Saudável, Prática Atividade Física, Tabagismo.

Não concordo totalmente (0%)

Não concordo parcialmente (0%)

Indiferente (0%)

Concordo parcialmente (4%)

Concordo totalmente (96%)

4. Criação, disseminação e utilização de estratégias para educação continuada de profissionais da área da saúde.

Não concordo totalmente (0%)

Não concordo parcialmente (0%)

Indiferente (0%)

Concordo parcialmente (9%)

Concordo totalmente (91%)

5. Facilitar o acesso ao sistema de saúde e a outros níveis de atenção, bem como a referência e contra-referência.

Não concordo totalmente (0%)

Não concordo parcialmente (0%)

Indiferente (4%)

Concordo parcialmente (4%)

Concordo totalmente (91%)

6. Introdução de novas tecnologias, sistema informatizado, tele saúde e prontuário eletrônico para acompanhamento dos pacientes.

Não concordo totalmente (0%)

Não concordo parcialmente (0%)

Indiferente (0%)

Concordo parcialmente (13%)

Concordo totalmente (87%)

7. Utilização de espaços da comunidade (centros religiosos, CTGs, academias de bairro, escolas, centro

Modelos de Gestão para Redução de Risco Cardiovascular em Atenção

comunitário e praças) para aplicação das estratégias.

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (0%)
- Concordo parcialmente (17%)
- Concordo totalmente (83%)

8. Facilitar o acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde.

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (0%)
- Concordo parcialmente (4%)
- Concordo totalmente (96%)

9. Implantação de ferramentas para monitorar a efetividade das estratégias utilizadas em saúde.

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (4%)
- Concordo parcialmente (4%)
- Concordo totalmente (91%)

10. Utilização de estratégias para melhor adesão ao tratamento medicamentoso.

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (0%)
- Concordo parcialmente (9%)
- Concordo totalmente (91%)

11. Estruturação de condições de trabalho (estrutura física, processos, remuneração, educação continuada) / disponibilidade de tecnologias e insumos para os profissionais da saúde.

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (0%)
- Concordo parcialmente (

*1. Nome

*2. Instituição

*3. Realização de grupos com pacientes e profissionais de saúde como método de disseminação de ações educativas, vínculo com a equipe e captação de pacientes críticos

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (9%)
- Concordo parcialmente (26%)
- Concordo totalmente (65%)

Modelos de Gestão para Redução de Risco Cardiovascular em Atenção***4. Realização de busca ativa, acompanhamento e monitoramento conforme perfil dos pacientes.**

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (4%)
- Concordo parcialmente (22%)
- Concordo totalmente (74%)

***5. Realização de atendimento domiciliar com orientações, acompanhamento e medida da pressão arterial domiciliar pelo agente comunitário.**

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (4%)
- Indiferente (0%)
- Concordo parcialmente (52%)
- Concordo totalmente (43%)

***6. Inclusão de lembretes clínicos (interações de drogas, alertas sobre tratamentos e desvio de protocolos).**

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (9%)
- Concordo parcialmente (30%)
- Concordo totalmente (61%)

***7. Criação e utilização de protocolos de atendimento.**

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (0%)
- Concordo parcialmente (26%)
- Concordo totalmente (74%)

***8. Utilização da influência da associação de moradores e lideranças comunitárias como multiplicadores de informações**

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (4%)
- Indiferente (4%)
- Concordo parcialmente (57%)
- Concordo totalmente (35%)

Modelos de Gestao para Reducao de Risco Cardiovascular em Atencao

*9. Captação e fornecimento de dados para definição de novas estratégias em saúde

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (9%)
- Concordo parcialmente (30%)
- Concordo totalmente (61%)

*10. Utilização de metodologia para definição de riscos e identificação dos riscos dos pacientes

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (4%)
- Concordo parcialmente (22%)
- Concordo totalmente (74%)

*11. Individualizar abordagem com o paciente

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (0%)
- Concordo parcialmente (26%)
- Concordo totalmente (74%)

*12. Implantação de hortas comunitárias

- Não concordo totalmente (4%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (13%)
- Concordo parcialmente (30%)
- Concordo totalmente (52%)

*13. Implantação de ações com foco na auto-estima do paciente (Entrevista motivacional)

- Não concordo totalmente (4%)
- Não concordo parcialmente(0%)
- Indiferente (13%)
- Concordo parcialmente(30%)
- Concordo totalmente(52%)

Modelos de Gestao para Reducao de Risco Cardiovascular em Atencao***14. Disponibilização de equipamento para aferição da pressão arterial domiciliar**

- Não concordo totalmente (4%)
- Não concordo parcialmente (4%)
- Indiferente (9%)
- Concordo parcialmente (57%)
- Concordo totalmente (26%)

***15. Utilização de matriciamento**

- Não concordo totalmente (0%)
- Não concordo parcialmente (0%)
- Indiferente (13%)
- Concordo parcialmente (17%)
- Concordo totalmente (70%)

d. Pareceres Comitês de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA E COMISSÃO CIENTÍFICA

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão Científica do Instituto de Educação e Pesquisa Hospital Moinhos de Vento, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/CNS/MS como Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Hospitalar Moinhos de Vento - HMV, analisaram o projeto:

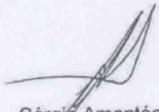
Projeto CEP/IEP-AHMOV: 2011/87

Título: MODELOS DE GESTÃO PARA REDUÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR EM ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O BRASIL: ELABORAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR E ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Pesquisador Responsável: CARISI ANNE POLANCYK

Este projeto de pesquisa foi **APROVADO**, seguindo as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa poderá ser iniciado e toda e qualquer alteração no projeto deverá ser comunicada ao CEP/IEPHMV.

Porto Alegre, 28 de Setembro de 2011.



Sérgio Amantéa
Coordenador do CEP-IEPHMV

Hospital Moinhos de Vento
Comitê de Ética em Pesquisa
Parecer Consubstanciado de Projeto

Título do Projeto: Modelos de gestão para redução de risco cardiovascular em atenção primária para o Brasil: elaboração de um programa de prevenção cardiovascular e ensaio clínico randomizado.

Pesquisador Responsável Carisi Anne Polancyk

Data da Versão
12/09/2011

Cadastro HVM 2011/87

Data do Parecer 21/09/2011

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

GERAL: Construir e avaliar um novo Programa (modelo) de organização e gestão da prevenção cardiovascular e cerebrovascular (CCV), dentro das políticas de saúde para atenção primária no Brasil.

ESPECÍFICOS:

Avaliar o efeito dos modelos de gestão do cuidado no controle HAS e prevenção de doenças cardiovasculares.

Descrever os determinantes de risco individual, coletivo e do sistema de saúde relacionados com maior controle da HA e da falta de adesão a medidas de prevenção;

Definir um mapa de acompanhamento de indicadores de risco cardiovascular para atenção primária;

Elaborar um modelo de organização e gestão no manejo dos pacientes com fatores de risco cardiovascular em nível de atenção primária que objetivem a adesão, controle e efetividade do tratamento;

Validar este programa em uma população vulnerável da cidade e comparar estes dados com os obtidos em outras regiões do país (colaboradores do projeto).

Sumário do Projeto

Estudo será desenvolvido em duas fases. FASE 1: elaboração de um programa de prevenção cardiovascular para atuação integrada (núcleo de apoio a saúde da família, agentes comunitários e equipe saúde da família). Dados serão obtidos por método sistemático e interativo que se baseia na experiência independente de vários especialistas: técnica Delphi (questionário a grupo de especialistas, para consideração das respostas). FASE 2: ensaio clínico randomizado em cluster para avaliar efetividade e custo da implantação de Programa de Prevenção em atenção primária em população vulnerável (Restinga).

<i>Aspectos relevantes para avaliação</i>	<i>Situação</i>
Título	Adequado
Relação dos Pesquisadores	Adequada
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Sim
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Outro (citar no comentário)
Outras instituições envolvidas	Sim
Condições para realização	Adequadas
Introdução	Adequada
Objetivos	Adequados
Método	
Tipo de projeto	Pesquisa em Seres Humanos
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 360 No HVM
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção eqüitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crterios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza

Hospital Moinhos de Vento
Comitê de Ética em Pesquisa
Parecer Consubstanciado de Projeto

Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Instrumentos de coleta de dados	Adequados
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim
Cronograma	Adequado
Data de início prevista	
Data de término prevista	
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Agência de fomento
Referências Bibliográficas	Adequadas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais e Sugestões

Estudo bem delineado sob o ponto de vista metodológico e consoante aos principais requisitos éticos necessários para seu desenvolvimento. Estruturado para atender a questão de pesquisa com interesse populacional no âmbito da saúde pública. Vários pesquisadores vinculados ao Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Avaliação de Tecnologia em Saúde e ao Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento participarão do estudo.

O mesmo apresenta orçamento detalhado, com recurso oriundo do MS e do CNPq (edital nº 69/2010).

Os TCLEs (versão impressa para o sujeito de pesquisa - Fase 2 do Estudo, e eletrônica para os especialistas convidados - Fase I) são claros e contemplam os principais quesitos éticos a serem considerados para aplicação.

O estudo se desenvolverá ao longo de 24 meses, entretanto sob avaliação do documento ora apresentado, não é possível estabelecer com segurança um maior detalhamento do cronograma (precisar data de início e término).



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Carísi Anne Polancyk

Registro no CEP: 680 **Processo N°.** 001.037798.11.1

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – UBS/ESF Distrito Sanitário Restinga Extremo Sul

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.037798.11.1, referente ao projeto de pesquisa: “**Modelos de gestão para redução de risco cardiovascular em atenção primária para o Brasil: Elaboração de um programa de prevenção cardiovascular e ensaio clínico randomizado**”, tendo como pesquisador responsável Carísi Anne Polancyk cujo objetivo é “Construir e avaliar um novo Programa (modelo) de organização e gestão da Prevenção Cardiovascular e Cérebro Vascular (CCV), dentro das políticas de saúde para Atenção Primária no Brasil.

Específicos: **Fase 1** – a)Elaborar um modelo de organização e gestão no manejo dos pacientes com fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidemia e história familiar) em nível de atenção primária que objetivem a adesão, controle e efetividade do tratamento; b)Validar este Programa em uma população vulnerável da cidade de Porto Alegre e comparar estes dados com os obtidos em outras regiões do Brasil (colaboradores do projeto).

Fase 2 – a)Avaliar o efeito dos modelos de gestão do cuidado no controle da hipertensão arterial sistêmica e prevenção de doenças cardiovasculares; b)Descrever os determinantes de risco individual, coletivo e do sistema de saúde relacionados com maior controle da hipertensão arterial e de falta de adesão a medidas de prevenção; c)Definir um mapa de acompanhamento de indicadores de risco cardiovascular para atenção primária”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD no final;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.

5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 27/09/2011.



Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP