

PROCOLOS CLÍNICOS NA ORIENTAÇÃO DE PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA

Maria de Fátima Mantovani¹, Juliana Perez Arthur², Ângela Taís Mattei³, Elis Martins Ulbrich⁴, Luciana Puchalski Kalinke⁵

¹Enfermeira. Pós Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

²Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

³Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Curitiba, PR, Brasil.

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

RESUMO: Estudo qualitativo, realizado em três etapas no período de 2012 a janeiro de 2014, com o objetivo de verificar a utilização dos protocolos clínicos na orientação das pessoas com doenças crônicas. A primeira coleta foi na alta hospitalar, a segunda no domicílio com 12 meses e a terceira com 24 meses. A amostra foi de 20 adultos hipertensos e/ou diabéticos internados em Hospital de Ensino de Curitiba, Brasil. A análise dos dados permitiu a formação de três categorias: "Conhecimento sobre a doença", "Cuidados em relação à doença" e "Barreiras para a adesão ao tratamento". Identificou-se que as orientações, mediante uso dos protocolos clínicos, propiciaram a melhora do conhecimento da doença e dos cuidados desenvolvidos pelos participantes. Conclui-se que o uso dos protocolos é uma estratégia de educação em saúde para as pessoas com doenças crônicas, eles viabilizam o cuidado sendo possível visualizar o progresso e as dificuldades encontradas.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem; Doença crônica; Protocolos clínicos; Educação em saúde.

CLINICAL PROTOCOLS IN ADVICE TO CHRONIC PATIENTS

ABSTRACT: Qualitative study, undertaken in three phases between 2012 and January 2014 to verify the use of clinical protocols when giving advice to chronic patients. The initial data collection took place upon discharge from the hospital, the second at home after 12 months and the third after 24 months. The sample consisted of 20 hypertensive and/or diabetic adults hospitalized at a teaching hospital in Curitiba, Brazil. Based on the data analysis, three categories were constituted: "Knowledge about the disease", "Care with regard to the disease" and "Barriers for treatment adherence". It was identified that the advice, through the use of clinical protocols, furthered the knowledge about the disease and the care the participants developed. In conclusion, the use of the protocols is a health education strategy for chronic patients. They make the care feasible and reveal the progress made and difficulties found.

DESCRIPTORS: Nursing; Chronic illness; Clinical protocols; Health education.

PROCOLOS CLÍNICOS EN LA ORIENTACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA

RESUMEN: Estudio cualitativo, realizado en tres etapas en el periodo de 2012 a enero de 2014, con objetivo de verificar la utilización de los protocolos clínicos en la orientación de las personas con enfermedades crónicas. Los datos fueron obtenidos primeramente en la alta hospitalar, después en el domicilio con 12 meses y, enseguida, con 24 meses. La muestra fue de 20 adultos hipertensos y/o diabéticos internados en Hospital de Enseñanza de Curitiba, Brasil. El análisis de los datos posibilitó la formación de tres categorías: "Conocimiento sobre la enfermedad", "Cuidados referentes a la enfermedad" y "Obstáculos para la adhesión al tratamiento". Se identificó que las orientaciones, por medio del uso de los protocolos clínicos, propiciaron la mejoría del conocimiento de la enfermedad y de los cuidados desarrollados por los participantes. Se concluye que el uso de los protocolos es una estrategia de educación en salud para las personas con enfermedades crónicas, pues ellos hacen viables el cuidado siendo posible mirar el progreso y las dificultades encontradas.

DESCRIPTORES: Enfermería; Enfermedad crónica; Protocolos clínicos; Educación en salud.

Autor Correspondente:

Juliana Perez Arthur
Universidade Federal do Paraná
Av. Lothário Meissner, 632 - 80210170 - Curitiba, PR, Brasil
E-mail: julianaperez.4@gmail.com

Recebido: 14/09/2015

Finalizado: 27/10/2015

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um problema de grande magnitude no Brasil, sendo responsáveis por 70% das mortes no país, e atingem principalmente grupos populacionais vulneráveis, como a população de baixa renda e escolaridade. Entre as enfermidades crônicas, duas têm destaque no cenário nacional: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde brasileiro⁽¹⁾.

O elevado número de internações pelas complicações das DCNT acarreta em altos custos médicos e socioeconômicos, sendo que estas hospitalizações estão expressivamente associadas à não adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não⁽²⁻³⁾.

Nesse sentido, o incentivo para a adesão terapêutica necessita de um acordo entre o profissional e a pessoa com HAS, de maneira que façam escolhas apropriadas para a condução do tratamento, visto que a efetividade da adesão requer o conhecimento relacionado à sua doença, para que possa ter voz ativa no seu processo de cuidado, com condições de optar mediante a avaliação das consequências dos regimes propostos⁽⁴⁾.

Assim, a pessoa com HAS, ao conhecer as possibilidades do tratamento, pode junto com o profissional pactuar ações de fácil cumprimento que o conduzam a aderir de forma eficaz à terapêutica. O uso dos protocolos clínicos, os quais visam à melhoria da assistência e facilitam o processo de educação em saúde, direcionam os cuidados às ações estabelecidas, otimizam recursos, e proporcionam eficiência e qualidade no cuidado⁽⁵⁾.

Acredita-se que os protocolos são ferramentas auxiliares no processo de educação em saúde, no gerenciamento de caso e no autogerenciamento das doenças crônicas, com possibilidade de diminuir o aparecimento de complicações e o número de hospitalizações ocasionadas por essas doenças⁽⁶⁾.

Porém, para que isso seja possível, é necessária uma mudança no modelo hegemônico de saúde que atualmente é centrado na doença e estruturado de acordo com a oferta e procura, para uma atenção em rede, com os diversos pontos que se comunicam e se articulam de forma a integralizar as ações e serviços de

saúde, fornecendo uma atenção permanente, de qualidade e responsável⁽⁷⁾.

Desta forma, elaborou-se um projeto com vistas ao gerenciamento do cuidado de doentes crônicos, no qual foram construídos pelas pesquisadoras protocolos clínicos baseados nas informações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e Diabetes, estes foram utilizados na orientação de alta hospitalar e no acompanhamento em domicílio. Destarte, o objetivo deste estudo consistiu verificar a utilização dos protocolos clínicos na orientação das pessoas com doenças crônicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa com abordagem longitudinal realizado em três etapas, no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2014. A coleta de dados foi realizada por acadêmicas de enfermagem bolsistas do projeto pós treinamento, e ocorreu em um hospital de ensino e no domicílio de 20 participantes escolhidos por conveniência e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: adultos com idade entre 18 e 60 anos incompletos, residentes em Curitiba ou região metropolitana, portadores de HAS e/ou DM, internados no pronto atendimento do referido hospital por pelo menos dois dias. Antes da coleta de dados, toda a equipe foi treinada sobre a condução da entrevista, utilização dos protocolos e o guia de orientações.

A primeira etapa ocorreu no ambiente hospitalar, durante o período de internação por meio de uma entrevista semiestruturada, com dados de identificação, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação, fatores de risco, histórico da doença e ações de cuidado para a mesma. Questionou-se também o conhecimento dos participantes sobre a doença, possíveis dúvidas ou necessidade de informação sobre ela.

As informações coletadas possibilitaram a orientação individualizada com utilização de protocolos clínicos (Figura 1), elaborados pelas autoras e que consistem em organogramas baseados nas Diretrizes Nacionais de Hipertensão e Diabetes⁽⁸⁾. Após as orientações, eram estabelecidas ações em conjunto com os participantes, anotadas em um guia, e agendava-se a próxima visita ao domicílio ou contato telefônico.

A segunda etapa foi realizada 12 meses após a alta hospitalar, que consistiu em acompanhar

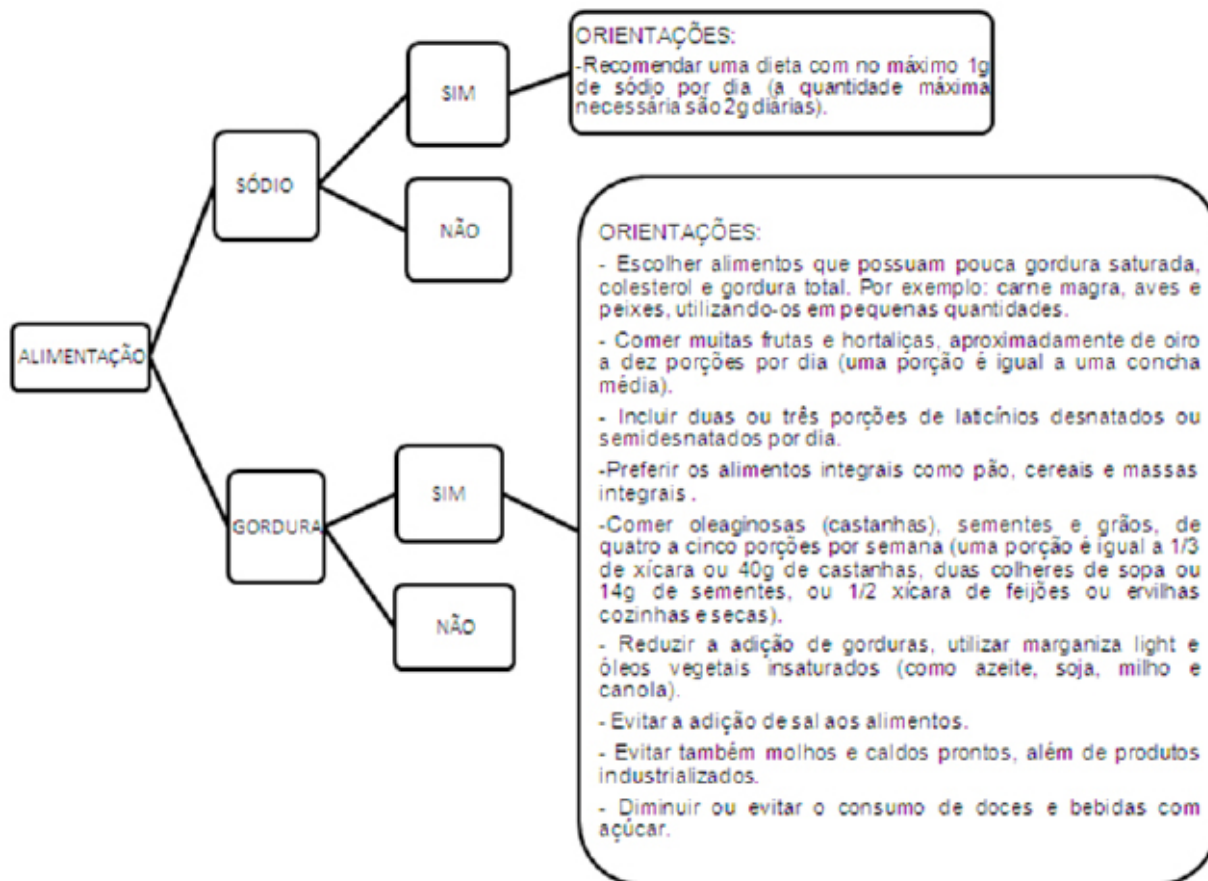


Figura 1- Exemplo de protocolo utilizado na orientação de pessoas com hipertensão e diabetes. Curitiba, 2015

as ações estabelecidas durante a internação, por entrevista com perguntas abertas, cujo objetivo era verificar o efeito da aplicação dos protocolos sobre a adesão ao tratamento e o conhecimento do participante em relação à sua doença. Esse acompanhamento ocorreu mediante visitas no domicílio para 15 participantes e por contato telefônico com cinco, devido estes últimos alegarem não poder receber as pesquisadoras.

Na terceira etapa, a 24 meses da alta hospitalar foi realizado um novo contato via telefone, com o objetivo de verificar o seguimento das ações pactuadas com o auxílio do protocolo e reforçadas no primeiro contato com os participantes após a alta hospitalar. Três não fizeram parte da amostra por motivo de falecimento.

Em todas as etapas, as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e os seus conteúdos foram analisados segundo Bardin⁽⁹⁾, que propõe três fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados. O que resultou em três categorias: “Conhecimento sobre a doença”, “Cuidados em relação à doença” e “Barreiras para a adesão ao tratamento”. Nas duas primeiras categorias foram destacados os discursos antes e após as orientações.

Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná com registro CEP/SD 1227.152.11.09. Em respeito ao anonimato, os participantes foram identificados pela vogal “E” seguidos de algarismos em ordem crescente (p. ex. E 01, E 02, etc.).

RESULTADOS

Dos 20 entrevistados, nove eram do sexo feminino e 11 do masculino, com idades entre 25 e 59 anos, e média de 49,5 anos. Desses, 11 eram casados, cinco solteiros, dois viúvos e dois divorciados. Em relação à escolaridade, 12 possuíam até oito anos de estudo, e oito mais de oito anos de estudo.

Referente ao diagnóstico, 10 eram pessoas de HAS, cinco de DM e cinco possuíam as duas patologias concomitantemente. Do total dos participantes três eram fumantes, oito ex-tabagistas e nove nunca fumaram. Dois faziam uso de bebidas alcoólicas, dois eram ex-etilistas e 16 referiram nunca ter bebido. No que diz respeito à atividade física, sete praticavam regularmente

algum exercício físico.

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), um participante apresentava obesidade mórbida (IMC acima de 40 Kg/m²), cinco obesidade de classe I (IMC entre 30,0 e 34,9), quatro obesidade de classe II (IMC entre 35,0 e 39,9), cinco excesso de peso (IMC entre 25,0 e 29,0) e cinco peso normal (IMC entre 18,6 e 24,9). Em relação ao histórico familiar, 16 possuíam algum parente de primeiro grau com doença crônica.

Todos os participantes apresentaram comorbidades e algumas complicações, tais como: acidente vascular cerebral, trombose venosa profunda, flebite e tromboflebite, insuficiência renal crônica, hipotireoidismo, cardiopatia crônica, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão portal e esteatose hepática.

Com relação aos motivos de internação, 12 participantes foram admitidos com crise hipertensiva e/ou complicações relacionadas a HAS, como angina, taquicardia, arritmia, dispneia, insuficiência renal crônica e suspeita de trombose.

A análise temática dos dados possibilitou a elaboração das categorias a seguir: a primeira, "Conhecimento sobre a doença" reflete a noção dos pacientes sobre as alterações causadas pela doença em seu organismo.

Anterior às orientações

Eu sei que ela [DM] prejudica várias coisas. (E06)

A pressão alta causa dor de cabeça e dor na cervical. (E07)

Pós orientações

Ela [DM] pode dar problemas nos rins e no coração. (E06)

A pressão alta pode dar derrame, infarto. (E07)

A segunda categoria denominada "Cuidados em relação à doença" demonstra as ações de cuidados desenvolvidas pelos pacientes antes e após as orientações.

Anterior às orientações

Eu diminuí o sal, o doce e tomo as medicações. (E01)

Eu ajo normalmente, quando há a elevação da pressão eu cuido com a alimentação. (E18)

Eu não me cuido, não tomo medicamento certo [...] eu fumo uns 20 cigarros por dia [...] bebo uma ou duas garrafas por dia [Paciente se refere à cerveja]. (E10)

Levo na esportiva, cuidar a gente não se cuida bem. (E16)

Pós orientações

Eu corro na esteira [...] faço duas ou três vezes por semana. Açúcar faz muito tempo que eu não tomo, só adoçante [...] eu tomo aquele leite de soja integral invés de tomar o de caixa normal. Eu tenho o aparelho de pressão e diabetes, meço umas duas ou três vezes por semana. Eu como mais peixe e carne de frango, carne de boi eu estou tentando diminuir. É bom estar sabendo, fazer o acompanhamento certinho ajuda muito, eu notei que deu bastante diferença daquela época pra cá. (E01)

Eu cortei o sal, gordura, o açúcar, não como mais tanta fritura, estou mantendo o meu peso... eu estou tomando meus remédios certinhos. (E18)

Infelizmente eu fumo [...] consegui diminuir um pouco como a gente tinha conversado, estou fumando na base de uns 5 cigarros por dia [...] eu cheguei a fumar uma carteira por dia e estou com projeto para parar de fumar mesmo. (E10)

É como me ensinaram. Não estou comendo muito sal, muito açúcar, pouca gordura [...] eu meço minha pressão no postinho, sempre vou lá. Para mim mudou, eu estou mais confiante de que seguindo o tratamento correto eu vou viver mais, antes eu estava inseguro, preocupado, eu sei que sou diabético há bastante tempo, mas vivia apreensivo, com muito medo, agora comecei a entender melhor, aceitar que eu ficava assim, em desespero e ficava bebendo. Ai eu parei de beber e fiquei com mais tranquilidade, porque a bebida prejudicava, agora parece que é um peso a menos. Agora eu estou fazendo mais certo. (E16)

E a terceira categoria "Barreiras para a adesão ao tratamento" se refere aos obstáculos enfrentados pelos participantes ao tentar seguir o tratamento. Nesta identificou-se a falta de compreensão familiar, as limitações dos pacientes e o excesso de medicações como barreiras na adesão.

Falta de compreensão familiar:

Eles ficam tão bravos [os filhos] e daí eles reclamam, falam assim: - Ai mãe, essa comida sem sal é ruim. (E20)

[...] meu pai tem 80 anos e ele que cozinha, ele faz comida com muito tempero e sal, e aí eu tenho que comer. (E14)

[...] a minha madrastra faz umas "mesonas" e daí eu tenho que comer. (E02)

Limitações físicas:

[...] eu não posso mais andar, eu vou daqui para a cozinha e volto cansado, e de lá para cá é só cama e mais nada. (E04)

Eu estou olhando ela aqui, de repente eu não vejo mais, sabe? Ele fica oscilando o dia inteiro [o olho] [...] fica difícil ver os nomes dos remédios [...] tem dias que eu esqueço de tomar os remédios, a minha mente não está muito boa, eu não sei o que está acontecendo. (E05)

Já fazem dois dias que eu não tomo [o remédio], porque eu não consigo ir pegar, daí eu peço para o meu pai ir pegar para mim no posto. (E14)

Excesso de medicações:

É tanto remédio que a gente se perde. (E16)

[...] eu acabo esquecendo, porque são muitos [medicamentos]. (E15)

Ai, eu tomo prednisona, [...] é difícil de lembrar de todos [...]. (E07)

No terceiro contato com os participantes, observou-se o seguimento das ações pactuadas, nenhuma reinternação e três óbitos por comorbidades adquiridas anteriormente à aplicação do protocolo.

DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram todos adultos com idade média de 49,5 anos, e portadores de HAS e/ou DM, o que corrobora com um o estudo realizado em Goiânia-GO, que demonstra associação positiva entre a prevalência de HAS e o aumento da idade, sendo a prevalência de 14% na faixa etária de 30 aos 39 anos, subindo para 34,6% dos 40 aos 49 e atingindo 63,1% nos indivíduos de 60 anos ou mais⁽¹⁰⁾.

Em relação à atividade física, 13 relataram não as realizar regularmente. Sabe-se que a prática regular de atividade física diminui os níveis pressóricos, incluindo os pacientes em tratamento medicamentoso, e melhora o controle metabólico reduzindo a necessidade de hipoglicemiantes. Além disso, o exercício físico reduz o risco de doença cardiovascular, promove o emagrecimento e contribui para a qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

No que se refere à classificação dos pacientes por meio do IMC, verificou-se que 15 foram classificados como obesos, fato que vai ao encontro de um estudo realizado em Aracajú-

SE, no qual aproximadamente 67% do grupo avaliado apresentou excesso de peso e 80% apresentaram risco metabólico, baseado na circunferência abdominal, sendo um fator de risco no desenvolvimento de doenças crônicas⁽¹¹⁾.

Todos os participantes do estudo apresentaram comorbidades e complicações associadas à HAS e/ou DM. As complicações cardíacas acarretam implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas, que são necessárias para o controle dessas condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada⁽¹²⁾.

Em relação à categoria “Conhecimento sobre a doença”, os participantes, antes das orientações, referiram sinais e sintomas atribuídos à doença demonstrando um conhecimento parcial sobre a mesma, tendo em vista que a mesma é assintomática. Posteriormente, verificou-se que conseguiram nominar as complicações acarretadas pelo processo de adoecimento crônico, como observadas nas falas de E06 e E07.

A referência de sinais, sintomas e complicações vivenciados foram mencionados por participantes de outro estudo como necessidades educativas⁽¹³⁾. O conhecimento dos participantes com relação à sua doença e tratamento contribui para maior nível de controle da mesma e de participação nos processos de tomada de decisão no âmbito da equipe de saúde e da sociedade. A educação em saúde da pessoa com HAS faz com que esta sinta maior controle e responsabilidade sobre a sua saúde, encorajando-o a adotar uma postura ativa na gestão de sua doença⁽¹⁴⁾.

Ao avaliar o efeito de ação educativa em pessoas com diabetes tipo 2, percebeu-se um aumento no conhecimento, o que possibilitou a estas se sentirem corresponsáveis pela sua saúde. Desta maneira, a ação educativa do enfermeiro pode ser a base para intervenções preventivas e de promoção para a saúde⁽¹⁵⁾.

Assim, a educação em saúde para pessoas com doenças crônicas deve ser uma estratégia a ser utilizada continuamente pelos profissionais, para que a pessoa com hipertensão sinta-se segura e corresponsável pelo seu cuidado, proporcionando melhoria das condições de bem estar, obtendo com isto o aumento da adesão ao tratamento tanto medicamentoso quanto ao não medicamentoso, além de possibilitar a diminuição das complicações⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Na segunda categoria intitulada “Cuidados em relação à doença”, percebeu-se que os

participantes realizavam alguns cuidados, como afirmado pelos mesmos. Após as orientações, identificou-se um discurso de quem age e coparticipa no seu tratamento, visando a reduzir os fatores de risco para complicações da doença.

A aceitação e o cumprimento do plano terapêutico recomendado pelos profissionais de saúde nem sempre são fáceis, levando a uma fraca adesão e dificuldade na gestão do regime proposto. As dificuldades sentidas tanto pelas pessoas com HAS como por sua família dizem respeito à aceitação da doença e a capacidade de gerir o tratamento de forma eficaz, resultando em agravamento do quadro e repercussões na forma individual, social e econômica⁽¹⁸⁾.

Percebeu-se que os protocolos auxiliaram na compreensão e envolvimento dos participantes no tratamento, fato certificado nas falas de E1, E10, E16 e E18 pós-orientações. Este achado vai ao encontro da literatura, que discorre sobre os benefícios da utilização dos protocolos na prática, pois orientam os profissionais de saúde na tomada de decisões, auxiliam a pessoa com HAS no desenvolvimento de metas, podem melhorar a adesão ao tratamento e proporcionar maior esclarecimento sobre a doença, além de facilitar a avaliação contínua e o acompanhamento das mudanças realizadas, com vistas ao cumprimento de ações pré-estabelecidas⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

A terceira categoria, intitulada “Barreiras para a adesão ao tratamento”, demonstrou obstáculos reais da vida da pessoa com HAS, tais como limitações físicas, excesso de medicações e falta de compreensão familiar, que dificultam e podem até mesmo impedir a adesão efetiva ao tratamento. Notou-se, durante as entrevistas, que os familiares têm dificuldade em compreender as necessidades de mudanças nos hábitos de vida e o problema mais relatado foi relacionado à resistência na incorporação cotidiana da dieta hipossódica.

A literatura mostra que as alterações mais comuns enfrentadas pelos familiares se referem à adaptação e participação em atividades, tais como cuidar do tratamento medicamentoso e adaptar-se à rotina alimentar e de atividades físicas⁽¹³⁻²¹⁾. O papel da família na inclusão e manutenção do hábito alimentar pode atuar como fator positivo na adesão ao tratamento dietético, já que o apoio familiar é um dos elementos de segurança para as pessoas com HAS caminharem nesta nova perspectiva de vida⁽²²⁾.

As pessoas com HAS, quando amparadas pelos

familiares e amigos, tem maior facilidade em aderir ao tratamento, quando comparado àqueles sem apoio. Eles afirmam que o suporte familiar encoraja o hipertenso na busca efetiva à adesão ao tratamento, este se sente seguro ao vivenciar a doença⁽²³⁾.

Outro obstáculo referido pelos participantes foi com relação às limitações físicas ocasionadas pela própria HAS e/ou DM, como cansaço e alteração da acuidade visual, que os impede em determinados momentos de aderir à terapêutica. Semelhante a esses resultados, um estudo realizado no Rio Grande do Sul buscou identificar os fatores pelos quais os participantes não cumpriam a prescrição medicamentosa, e apontou que as dificuldades devido às limitações físicas, como a diminuição da acuidade visual, é um ponto que influencia de forma negativa na adesão da terapêutica medicamentosa⁽²⁴⁾.

O tratamento das DCNT comumente requer um esquema de múltiplos fármacos, por longos períodos de tempo. Esses fatores, somados aos efeitos adversos das drogas, podem ser determinantes no abandono prematuro da terapêutica medicamentosa⁽²⁵⁾.

Corroborando, neste estudo, os participantes em seus depoimentos demonstraram que o excesso de medicações é um dos fatores que interferem na continuidade do tratamento, pois se torna difícil recordar os horários e identificar qual medicamento tomar.

A adesão ao tratamento envolve inúmeros fatores que se relacionam de modo amplo e complexo, não sendo influenciada por apenas uma variável. Os fatores biológicos, psicológicos, culturais e comportamentais se inter-relacionam, subsidiando a atitude do indivíduo em usar ou praticar aquilo que lhe foi recomendado⁽²⁶⁾.

Durante o ano em que se realizou o acompanhamento dos participantes via telefone ou visitando o domicílio, não houveram reinternações decorrentes de HAS e/ou DM e complicações associadas. Corroborando com a importância da alta hospitalar planejada e sistematizada e o acompanhamento domiciliar e telefônico, para proporcionar esclarecimentos à pessoa com HAS e/ou DM e a sua família de forma a contribuir na redução de reinternações e evitar ou postergar o aparecimento de complicações⁽⁶⁻²⁷⁾.

Como limitações do estudo, durante o período de inclusão dos participantes, uma greve dos servidores públicos da instituição pesquisada causou redução no número de internações, fato

que refletiu no número total de sujeitos, além da indisponibilidade dos participantes em receber os pesquisadores na segunda e terceira fase da pesquisa, pois grande parte deles exerciam atividades remuneradas em horário comercial.

CONCLUSÃO

Os protocolos utilizados foram uma estratégia de educação em saúde para auxiliar e proporcionar avaliação e acompanhamento dos participantes. Percebeu-se que esses viabilizam o cuidado em saúde e o monitoramento compartilhado, sendo possível visualizar o progresso obtido e dificuldades encontradas, assim como incentivar a busca por novas maneiras para se alcançar as ações pactuadas.

Identificou-se que as orientações mediante o uso dos protocolos clínicos propiciaram a melhora do conhecimento da doença e das limitações que influenciam no tratamento, assim como a melhora dos cuidados desenvolvidos pelos participantes.

Contudo, pode-se afirmar que a implantação dos protocolos nos serviços de saúde só será possível se houver continuidade dos cuidados e conexão entre o hospital e as Unidades de Saúde, para acompanhar e gerenciar o tratamento, com vistas à diminuição de complicações ocasionadas por essas doenças.

Acredita-se, com base nestas conclusões, na importância das orientações na alta hospitalar, no acompanhamento do cuidado e na necessidade de inclusão efetiva da família nas orientações para alta. Assim, utilizando as estratégias de educação em saúde, tecnologias baratas e possíveis de serem aplicadas em todo o sistema de saúde. Com o cuidado centrado no paciente, atendendo às suas expectativas e necessidades mediante o estabelecimento de metas, pode-se postergar o aparecimento de complicações, as reinternações e diminuir o custo destes tratamentos melhorando a qualidade de vida do doente.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelas bolsas concedidas de produtividade em pesquisa e iniciação científica.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.

Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 16 fev 2015]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.

2. Santos SS, Vasconcelos DFSA. Hospitalizações por hipertensão arterial essencial em caráter de urgência no Brasil, 2008-2012. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* [Internet] 2013; 12(n.esp) [acesso em 24 abr 2014]. Disponível: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewFile/9191/6758>.

3. Barretos MS, Marcon SS. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. *Acta paul. enferm.* [Internet] 2013; 26(4) [acesso em 13 abr 2014]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400003>.

4. Mantovani MF, Mendes FRP. A condição crônica de saúde: do diagnóstico a gestão cotidiana da situação. In: Trentini M, Paim L, Guerreiro D, organizadores. *Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde*. São Paulo: Atheneu; 2014. p.11-26.

5. Mcwen M, Wills EM. *Bases teóricas para enfermagem*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

6. Mattei AT, Arthur JP, Mantovani MF, Ulbrich EM, Cruz IML. Elaboração de protocolos para a alta de pacientes hipertensos e diabéticos: relato de experiência. *Ciênc Cuid Saúde.* [Internet] 2014; 13(1) [acesso em 13 abr 2014]. Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20064>.

7. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. [Internet] Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso em 13 abr 2014] Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.

8. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014*. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.

9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011.

10. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Barroso WKS, Moreira HG, et al. Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte no interior do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet] 2009; 55(6) [acesso em 15 abr 2014]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000600017>.

11. Teixeira PDS, Reis BZ, Vieira DAS, Costa D, Costa JO, Raposo OFF, et al. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de

- hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2013; 18(2) [acesso em 13 mai 2014]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200006>.
12. Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO). *Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
13. Ulbrich EM, Maftum MA, Labronici LM, Mantovani MF. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet] 2012; 33(2) [acesso em 13 mai 2014]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200005>.
14. Novais E, Conceição AP, Domingos J, Duque V. O saber da pessoa com doença crônica no autocuidado. *Rev HCPA*. [Internet] 2009; 29(1) [acesso em 22 jan 2015]. Disponível: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/7376>.
15. Pereira DA, Costa NMSC, Sousa ALL, Jardim PCBV, Zanini CRO. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2012; 20(3) [acesso em 22 jan 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300008>.
16. Ulbrich EM, Mantovani MF. Descobrimo-se portador de doença crônica: repercussão de uma pesquisa-ação. *Ciênc Cuid Saúde*. [Internet] 2014; 13(2) [acesso em 05 jun 2015]. Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19126>.
17. Candido JSA, Milagres CS, Siman AG, Carvalho CA, Amaro MOF. Hipertensão Arterial em Pacientes em Tratamento Hemodialítico e Fatores Associados. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2015; 20(2) [acesso em 05 jun 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.39848>.
18. Pinto APPP, José HMG. Hypertension and adherence to the therapeutic regimen in primary health care. *Rev enferm UFPE* [Internet] 2012; 6(7) [acesso em 30 ago 2015]. Disponível: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3057>.
19. Bosworth HB, Almirall D, Weiner BJ, Maciejewski M, Kaufman MA, Powers BJ, et al. The implementation of a translational study involving a primary care based behavioral program to improve blood pressure control: the HTN-IMPROVE study protocol. *Implement Sci*. [Internet] 2010; 5(54) [acesso em 30 ago 2015]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-54>.
20. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta paul. enferm*. [Internet] 2010; 23(6) [acesso em 30 ago 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600011>.
21. Lopes MCL, Marcon SS. A Hipertensão Arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. *Rev. esc. enferm. USP*. [Internet] 2009; 43(2) [acesso em 12 ago 2014]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200013>.
22. Verrengia EC, Sousa AA. A dieta hipossódica na percepção de indivíduos hipertensos hospitalizados. *Demetra*. [Internet] 2012; 7(3) [acesso em 12 ago 2014]. Disponível: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/3590/3843>.
23. Oliveira RG, Frota NM, Martins ABT, Silva CJA, Santos ZMSA. Accession of user interface and treatment hypertensive relationship with the family. *Rev Enferm UFPI*. [Internet] 2013; 2(4) [acesso em 15 ago 2014]. Disponível: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1302/0>.
24. Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo - RS. *RBCEH*. [Internet] 2010; 7(2) [acesso em 20 ago 2014]. Disponível: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/865/pdf>.
25. Cabral MV, Silva PA. Adesão á Terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2010.
26. Mourão-Júnior CA, Souza AB. Adesão ao uso de medicamentos: algumas considerações. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. [Internet] 2010; 1(1) [acesso em 12 ago 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2010v1n1p96>.
27. Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2013; 21(n.esp) [acesso em 12 ago 2014]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700004>.