

Interagindo com Hipertensos Resistentes ao Tratamento: Educação em Saúde na Liga de Hipertensão Arterial da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro

Área Temática de Saúde

Resumo

A Liga de Hipertensão Arterial da FMTM, vinculada ao Diretório Acadêmico Gaspar Vianna (DAGV), é um Programa de Extensão que congrega as disciplinas de Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia, Patologia Geral, Semiologia e Políticas de Saúde e acadêmicos de enfermagem, biomedicina e medicina. Objetivo: apresentar e discutir as estratégias de educação e saúde para pacientes hipertensos resistentes ao tratamento. Metodologia: técnicas de educação em saúde aplicadas em atendimento individual; em grupos e visitas domiciliares baseadas no referencial teórico da teoria sistêmica de família e educação popular no período de Setembro de 2002 a Dezembro de 2003. Observa-se que os princípios de educação popular, associados aos da visão sistêmica de família, aplicam-se à abordagem do tratamento crônico da hipertensão arterial sistêmica e resultaram em mudanças de atitudes e hábitos de pacientes e seus familiares, até o presente momento, atendidos no Programa em andamento.

Autores

Sandra de Azevedo Pinheiro - Docente do Depto de Medicina Social

Fernando Colombari - Acadêmico de Medicina

Sergio Silveira Junior - Acadêmico de Medicina

Rodrigo Gimenez Pissutti Modolo - Acadêmico de Medicina

Bruno Garcia Tavares

Instituição

Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - FMTM

Palavras-chave: hipertensão arterial; promoção à saúde; educação em saúde

Introdução e objetivo

A hipertensão arterial apresenta elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, explicando 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% daquelas por doença arterial coronariana.

Há inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil que apontam alta prevalência. Utilizando-se o critério de diagnóstico de hipertensão arterial preconizado pelas IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (140/90 mmHg), as taxas de prevalência na população urbana adulta brasileira em estudos selecionados variam de 22,3% a 43,9%.

Diante da realidade assinalada justifica-se a criação de um Programa de Extensão como a Liga de Hipertensão Arterial da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. Esta é um órgão vinculado à Coordenação Científica do Diretório Acadêmico 'Gaspar Vianna' – DAGV, filiado aos Departamentos de Clínica Médica, de Ciências Biológicas e de Medicina Social da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro – FMTM, apresentando, porém, autonomia administrativo-financeira. Caracteriza-se por ser uma sociedade civil, não

religiosa, sem fins políticos ou intuitos lucrativos com a finalidade de mobilizar e orientar alunos de medicina, enfermagem e ciências biológicas desta e de outras faculdades, em prol do estudo e da abordagem da hipertensão arterial sistêmica, além de orientar a sociedade no que se refere à prevenção e ao tratamento, na medida de suas limitações como entidade universitária e, segundo análise de seus membros, prestando e aceitando para tanto, a colaboração de entidades afins.

A Liga de Hipertensão Arterial da FMTM tem como objetivos gerais o desenvolvimento de atividades de ensino através de treinamento ambulatorial e aprendizado em diagnóstico, prevenção e tratamento da hipertensão arterial além de organizar, gerir e promover cursos, palestras, conferências, simpósios sobre o tema; pesquisa na promoção e apoio à realização de pesquisas sobre essa patologia e temas afins e extensão/ assistência proporcionando atendimento especializado a hipertensos e participando de campanhas junto a população.

O objetivo específico deste texto é apresentar e discutir as estratégias de educação em saúde para pacientes hipertensos resistentes ao tratamento empregadas na rotina do programa de extensão em andamento na FMTM, Uberaba, MG.

Metodologia

A hipótese subjacente à escolha do referencial teórico de educação em saúde é a de que é de fundamental importância abordar os hábitos e atitudes do paciente, de sua família e de seu grupo social para interferir no curso da doença e em suas conseqüências a médio e longo prazo, não só do ponto de vista clínico, expresso na ocorrência de complicações predominantemente cerebrais, renais ou cardíacas, mas também na sua qualidade de vida, nos seus hábitos de vida diária e em suas possibilidades de realização e satisfação pessoal ao longo de toda sua vida. Essa abordagem não pode se reduzir ao aspecto individual porque o grupo familiar define vários elementos essenciais para a evolução da doença, como o tipo de dieta, a disponibilidade financeira para a compra de medicamentos, a permissão moral e social para entabular atividades prazerosas e de lazer, a demanda para excesso de trabalho ou para coibir, censurar e impossibilitar a realização profissional; o zelo acompanhado de responsabilização pela criação de novos membros da família e muitas outras formas sutis ou mais explícitas de exploração do paciente como provedor, mantenedor ou colaborador do grupo familiar.

Para lidar com essa complexa rede de relações e determinantes, é necessária uma abordagem processual, que demanda tempo, continuidade, coerência e criação de vínculos entre população assistida e equipe de saúde. Embora o cenário de salas ambulatoriais não seja o mais adequado para almejar-se enfrentar tantos desafios a um só tempo, é nele que são estabelecidos os encontros entre equipe de saúde e clientela. Enquanto o grupo de educação em saúde realiza seus atendimentos, várias outras atividades simultâneas e/ou intercaladas são também realizadas, pois o trabalho na Liga de Hipertensão Arterial da FMTM é articulado por três comissões que mantêm atividades específicas: 1. Comissão de Ciências Básicas, ligada ao Departamento de Ciências Biológicas nas disciplinas de Fisiologia, Bioquímica, Patologia Geral e Farmacologia que oferece aulas teórico-práticas para a fundamentação de aspectos fisiopatológicos, bioquímicos e farmacológicos para a compreensão da hipertensão arterial sistêmica e para a abordagem clínica dos casos; 2. Comissão de Ciências Clínicas, ligada ao Departamento de Clínica Médica a partir da Disciplina de Semiologia Médica. Responsabiliza-se pelo atendimento ambulatorial, realizando atenção primária aos moradores em área adscrita à FMTM e secundária a pacientes hipertensos da cidade de Uberaba referenciados pelas 40 equipes de Programa de Saúde da Família. As atividades de atendimento à população são realizadas em ambulatório próprio da FMTM, a partir das 13:00h, todas as quintas-feiras, com um grupo de seis membros da liga. Oferece consulta

inicial, tratamento continuado, acompanhamento regular através de retornos ao ambulatório. O atendimento ao hipertenso ocorre como o preconizado pelas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002). Os acadêmicos recebem instruções quanto à relação médico-paciente, noções de propedêutica semiológica, técnica adequada para aferição da pressão arterial assim como conhecimento e investigação dos fatores de risco e tratamento clínico; 3. Comissão de Saúde Pública sob a responsabilidade do Departamento de Medicina Social na disciplina de Políticas de Saúde. Executa e supervisiona a rotina de atendimento educativo a pacientes hipertensos e/ou seus familiares; o cadastro de famílias e as visitas domiciliares que organizam a demanda de atenção primária da área. Realiza pré-consulta com história sucinta, queixa atual, anotação dos dados obtidos e da medicação em uso; atendimentos em grupos de hipertensos e/ou familiares. Prepara e apresenta temas específicos de saúde coletiva em reuniões internas da equipe da liga. Redige resenhas de textos, resumos de trabalhos e textos completos referentes à epidemiologia da hipertensão e educação em saúde e os apresenta à comunidade científica.

Visitas domiciliares realizadas por acadêmicos previamente treinados entram em contato com a população e ali preenchem a Ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica do Ministério da Saúde (SIAB) para cadastro dos moradores da área, identificação de morbidade referida e encaminhamento aos serviços do ambulatório Maria da Glória da FMTM, já que a área não conta e não contará, pelo menos até 2005, segundo Plano Municipal de saúde, com estruturas de atenção primária com UBS ou PSF, cuja cobertura ficará restrita a 70% da população do município.

O referencial teórico das atividades de educação em saúde procura pautar-se pela linha de educação popular (Vasconcelos, 2001) que aponta para as prioridades de repensar as práticas educativas. O desafio para o profissional que atua dentro de espaços que reproduzem o modelo médico assistencial em sua estrutura formal de consultórios é, através de mudanças no processo de trabalho, dar novo sentido ao serviço prestado, incorporando práticas e saberes que superem a abordagem clínica tradicional. No atendimento semanal a pacientes hipertensos, agendados por demanda espontânea ou organizado a partir de visitas domiciliares, ocorre esse cenário, meio assistencial, meio de vigilância em saúde, onde a clareza dos conceitos deve permear a adoção de posturas e a organização do processo de trabalho. Na liga de Hipertensão, a atividade de educação em saúde procura, sempre que possível: 1. Criar vínculos entre ação médica e o pensar e o fazer quotidianos da população através da “conversa fiada” entabulada na sala de reuniões; 2. Formar Recursos Humanos em saúde com a participação de acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Medicina, Biomedicina da FMTM e de outro curso de Medicina de uma universidade do setor privado (Universidade de Uberaba); 3- Romper com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde tentando substituí-las pelo diálogo aberto, abolindo, por exemplo, abordagens que se refletem em expressões como “o senhor entendeu direitinho?”; “tem alguma dúvida?”; 4-Valorizar os aspectos afetivos através, por exemplo, de linguagem corporal e verbal de expressões como o sorriso e o abraço ao final do atendimento, e do contrato verbalizado “vou ficar te esperando para o próximo retorno”; 5- Pensar os doentes em suas relações, contextos, representações e modo de andar a vida através de ouvir depoimentos longos ou curtos, com maior ou menor relação direta com a doença em curso; 6- Integrar ações técnicas e a dinâmica de adoecimento e cura das pessoas através de inter-relação com o PSF e o Centro de Reabilitação que realiza caminhadas e fisioterapia que complementam e reforçam a necessidade de mudança de hábitos; 7- Introduzir o diálogo para compreender e explicitar o saber do interlocutor popular; 8- Facilitar a socialização através da conversa em grupo sem tema específico para direcioná-la e tendo no profissional de saúde um facilitador para estimular a participação daqueles mais retraídos e resistentes ao contato social; 9- Debater e questionar os alcances e limites do saber técnico durante as conversas quando muitas vezes são criticados os medicamentos; são

explicitados os sentimentos de rejeição à necessidade de dieta, de caminhada; o desejo de não retornar ao serviço de saúde, entre outros e são também trocadas receitas culinárias que incluem peixe, verduras e chás no cardápio, simpatias populares para obter benefícios de saúde bem como receitas fitoterápicas para diminuir a pressão, inflamações, insônia e nervosismo, parar de fumar, entre outros; 10- Implantar grupos educativos para repor a questão saúde no espaço coletivo; 11-Realizar abordagens lúdicas através do trabalho de recorte e análise de gravuras de revistas populares para discussão de temas de hábito de vida diária; 12-Manter a interdisciplinaridade e harmonia entre os especialistas com confronto de saberes em ciclos de estudo continuado para os membros da Liga e também a partir de conversas informais logo após o último atendimento; 13-Divulgar amplamente aspectos referentes ao controle da doença e à existência do serviço implantado através de eventos comemorativos no dia Nacional de Hipertensão (Combate e Prevenção) – 26 de abril e também com distribuição de cartilhas da Sociedade Brasileira de Hipertensão e de outros patrocinadores; 14- Propiciar a educação não formal pelas práticas sociais que ocorrem nas ações coletivas e em eventos de confraternização;

A metodologia de educação em saúde procura enfrentar a temática da resistência ao tratamento preconizado, que segundo recente pesquisa no Brasil (Sartor, 2003) refere a ocorrência de 68% de casos resistentes ou francamente contrários à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Diante de tão alto índice de não adesão, provavelmente relacionada a hábitos e atitudes das pessoas e de suas famílias, procura-se realizar uma abordagem específica para a quebra de resistências identificadas e/ou potenciais. Para tanto o método utilizado baseia-se em Bergman (1996) e caracteriza-se pelos seguintes passos: 1. Identificação do paciente possivelmente resistente, o que pode ser coincidente com uma ou mais das características: já ter passado por vários profissionais; queixar-se de sintomas crônicos sem remissão; aparentar insegurança em relação ao profissional e quanto ao atendimento e procurar acordos que propiciem uma situação de homeostase que não resulte em uma mudança verdadeira. Nesses casos, muitos não querem falar de alguns assuntos; alguns recorrem ao recurso de mentir ou dissimular; 2. Manter-se na posição meta ou seja, não entabular os acordos sugeridos pelo paciente e fugir das armadilhas dos ganhos secundários inerentes a esses acordos, como aceitar ou compactuar com os mais variados recursos de sedução ou barganha; 3. Formular hipótese : observando a linguagem corporal como os gestos; a expressão facial; o tom de voz e associar as referências no círculo familiar e na convivência com amigos; 4. Confrontar aqueles que procuram colocar-se nos papéis de vítima; irresponsável; pessimista ou controlador apontando com a possibilidade de posturas mais sóbrias e realistas; 5. Questionar as razões que possam motivar o paciente a partir de suas intenções positivas para consigo mesmo, como por exemplo, por quê ou com qual intenção procurou profissional; se já teve fracassos terapêuticos; se teme mudanças no estilo de vida e dos próprios valores; 6. Redefinir as crenças, atitudes e saberes do paciente e da equipe de saúde, reconsiderando as próprias prescrições ou reenquadrando, oferecendo ou construindo mutuamente uma nova e mais consistente maneira de ver os problemas e suas soluções; 7. Considerar a organização do grupo familiar, como ele se compõe e como se movimenta em sua rede de vínculos, hierarquias, mandos, alianças e disputas, pois esse sistema define muitos aspectos dos hábitos de vida diária como por exemplo a questão do cuidar; preparar os alimentos, gastar dinheiro para a compra de remédio, entre outros; 7. Manter a serenidade durante o atendimento, posicionando-se equidistante tanto ao autoritarismo quanto à convivência com pessoas e/ou situações pouco terapêuticas; 8. Desafiar o sintoma ou a postura resistente apontando para perspectivas de desfechos favoráveis ou à possibilidade de mudanças para melhor. 9. Falar por metáforas diante de pessoas racionalmente convictas a não aderir a o tratamento ou a manter um estilo de vida autodestrutivo e 10. Colocar-se pessoalmente quando o testemunho

de questões vivenciadas por membros da equipe de saúde for relevante para incentivar comportamentos saudáveis e otimistas.

Para se quantificar a ocorrência de continuidade (aderência) ou de falta ao tratamento iniciado pela Liga, realizou-se, em maio de 2004, um levantamento de todos os prontuários dos pacientes cadastrados no atendimento ambulatorial desde setembro de 2002 até a presente data. Foram considerados faltosos aqueles que estão atrasados ou deixaram de comparecer ao retorno agendado após trinta dias da data prevista.

Resultados e discussão

O trabalho em andamento atendeu sessenta acadêmicos distribuídos entre os cursos de Medicina, Biomedicina e Enfermagem nas áreas de treinamento em serviço e nas pesquisas básicas e clínicas. Registrou 196 hipertensos no atendimento ambulatorial e cadastrou a área adscrita com visita domiciliar a 600 famílias, onde 41% dos domicílios apresentam pelo menos um hipertenso como morador. Entre os atendidos em ambulatório, contamos com 38,7% de faltosos, definidos como pessoas que deixaram de comparecer ao retorno marcado há mais de trinta dias; 61,2% estão seguindo regularmente os retornos e somente 14,7% estão em situação de controle clínico dos níveis pressóricos.

Conclusões

O processo de educação em saúde na Liga de Hipertensão está em andamento e está atuando no aspecto individual e/ou nos pequenos grupos de técnicos e de pacientes. Entretanto, encontra-se associado a baixo percentual de controle clínico e relativamente alto percentual de abandono de tratamento.

Ainda não temos uma efetiva parceria com a Associação de Portadores de Hipertensão Arterial, que solicita da Liga recursos estritamente técnicos para atendimento médico de seus matriculados. Nesse período de trabalho, observamos a importância do acompanhamento familiar e de quantas vezes é a família que mantém um pacto de não melhora do paciente hipertenso, realizando verdadeiro boicote ao ato terapêutico e suas decorrências. Na área trabalhada considera-se que a prevalência de 41% de casos de hipertensão correlaciona-se com o fato de que a população de abrangência caracteriza-se por grande parcela de idosos, cujo cadastro, atendimento clínico e processo educativo participativo ainda encontram-se em fase de construção, no qual todos os integrantes estamos aprendendo muito a cada dia.

Recomendamos às equipes que lidam com o cuidado nas doenças crônico-degenerativas a leitura e adoção dos recursos de educação acima descritos como elementos facilitadores para trabalhar atitudes e comportamento dos pacientes explícitos e também de outras pessoas que se constituem, no ambiente doméstico, em elementos essenciais na condução do processo terapêutico desejado. Embora os percentuais de abandono e de controle dos níveis pressóricos apontem para a necessidade de continuar pesquisando a melhor forma de se trabalhar os conceitos, hábitos e atitudes das pessoas e de seus grupos específicos, há um retorno humano, difícil de se retratar em aspectos quantitativos, quanto ao vínculo criado entre clientes e equipe e uma evidente repercussão entre o trabalho de educação realizado e as mudanças relatadas por vários pacientes quanto a questões familiares e/ou profissionais que tinham ficado até então intocadas e mesmo evitadas pelo setor saúde, embora profundamente relacionadas a determinantes culturais, sociais e materiais da existência e do controle da doença em curso. Foi possível observar pessoas que pararam de fumar; emagreceram sem uso de medicação e apenas mudando hábitos, reorganizaram tarefas e atribuições mais justas entre os membros da família e, em número preocupante a nosso ver, famílias que iniciaram tratamento próprio e encaminharam filhos, ou pessoas em graus próximo de parentesco consanguíneo para recuperação de dependência química, por exemplo.

A equipe ainda não conta com enfermeiros, psicólogo e assistentes sociais, o que poderia ser perfeitamente indicado, principalmente devido aos aspectos de cuidado permanente, a abordagem psico-social e as possíveis decorrências práticas dessa abordagem. Embora a Liga tenha essa intenção futura, de se enriquecer agregando profissionais dessas e de outras categorias, consideramos que é possível e desejável a adoção desse referencial teórico, mais complexo e abrangente, mesmo que apenas por uma equipe mínima, porque essa é a realidade da maioria das localidades do interior do Brasil, que não poderão usufruir de atuações advindas de especialidades. Assim sendo, conhecer um pouco de teoria sistêmica de família, promoção à saúde e recursos sócio-culturais disponíveis e possíveis para o cidadão, é a nosso ver, prioritário para a formação mais humana e realmente compromissada do profissional de saúde no Brasil, sobretudo aqueles que irão trabalhar diretamente com portadores de doenças crônico-degenerativas.

Referências bibliográficas

- Vasconcelos, Eymar Mourão. A Saúde nas Palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde, Hucitec 2001.
- Bergman, Joel S. Pescando Barracudas: a pragmática da terapia sistêmica breve. Artes Médicas, 1996.
- Vasconcelos, Eymar Mourão. Educação popular e atenção à saúde da família. Hucitec, 2ª ed, 2001.
- Sartor, V. B et cols. Estudo de determinantes da não adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial em Florianópolis, 2003.
- IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2002.
- Nascimento Sobrinho, Carlito Lopez. Vigilância à saúde: uma experiência de integração ensino/comunidade/serviço de saúde para o controle da hipertensão arterial em Feira de Santana-BA, 1999.
- Lenita Barreto Lorena Claro, Hugo Coelho Barbosa Tomaccini, Maria Luiza Garcia Rosa. Contribuindo para o controle da hipertensão – revisão de estudos sobre concepções e atitudes de hipertensos. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Livro de Resumos 2, Vol 8, supl 2, p.623, 2003.
- Silvana de Oliveira Santana Rodrigues, Cristiano Marcos Gonçalves Sampaio, Mary Nadja Alvez da Silva. Experiência com grupo de hipertensos. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Livro de Resumos 2, Vol 8, supl 2, p.633, 2003.
- Renata Castro Gusmão, Márcia Fernandes dos Santos, Josiane Dias Coelho, Tânia Regina Callegaro Araújo, Rodrigo Bernardes Cardoso. Uma abordagem interdisciplinar no tratamento da hipertensão arterial sistêmica através de grupo operativo em Porto Alegre. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Livro de Resumos 2, Vol 8, supl 2, p.802, 2003.
- Rita Cássia Raváglia Campos. Resgate da auto-estima como tratamento anti-hipertensivo. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Livro de Resumos 2, Vol 8, supl 2, p.803, 2003.