

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE –
UFCSPA**

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Natália Macedo Cavagnoli

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Porto Alegre

2017

Natália Macedo Cavagnoli

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA HIPERTENSOS: uma Proposta para Atividade em Grupos.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde e à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Medicina De Família e Comunidade.

Orientadora: Profa. Ana Amélia Bones

Porto Alegre

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	8
3 PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	14
4 VISITA DOMICILIAR.....	16
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	19
6 REFERÊNCIAS.....	22
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	24

1. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2015 concluí minha graduação em Medicina, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Durante minha formação, tive uma aproximação importante e definitiva com a Psiquiatria – área da Medicina por mim eleita como futura especialização.

Em decorrência desta escolha, participei de uma pesquisa de avaliação e seguimento com pacientes com doença mental severa (internamente à ala psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre), bem como do projeto intitulado “Rede de Atenção Psicossocial a Usuários de Drogas”, integrado ao programa PET-Saúde. Ainda, por três anos ministrei as monitorias acadêmicas das cadeiras de Psicologia Médica de nosso currículo universitário. Por um breve período, depois de formada, trabalhei como plantonista em hospitais da região de Caxias do Sul.

A partir do PROVAB, iniciei meu trabalho na UBS Fátima Alta, em Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. De acordo com o IBGE, o município de Caxias do Sul, em 2016, contava com uma população estimada de 479.236 habitantes, sendo considerado o segundo mais populoso do estado. Caxias do Sul conta com uma economia fortemente apoiada no setor de serviços e no setor industrial.

A UBS Fátima Alta localiza-se no bairro Nossa Senhora de Fátima, na região norte do município. Neste bairro há ainda a UBS Fátima Baixa, responsável por outro território. A UBS Fátima Alta, além de estender o atendimento por uma região maior do bairro, também atende a outros bairros adjacentes.

Tal UBS conta com três equipes de Estratégia de Saúde da Família – compostas por médico, enfermeira, odontólogo e agentes comunitários de saúde, e responsáveis por determinado território dentro do bairro. Há uma médica, clínica geral, que atende outra área do bairro, mas que não integra equipe de Estratégia de Saúde da Família. A UBS tem, ainda, a seu serviço, um ginecologista, dois pediatras, nutricionista, auxiliares de saúde bucal, técnicas de enfermagem e assistente social.

Por ser uma UBS de grande porte, é frequente que alunos da Universidade de Caxias do Sul e da Faculdade da Serra Gaúcha ali realizem atividades mensais, trimestrais e semestrais. São acadêmicos de psicologia, de fisioterapia, de medicina e de enfermagem. Por vezes, há preceptoria de psiquiatria e de pediatria na UBS. Esta rotatividade profissional

ocasionalmente perturba os pacientes que, em consequência, dificilmente estabelecem vínculos com os especialistas que lá trabalham.

A UBS conta com uma ampla rede de apoio no próprio bairro. Há três escolas na área, cada uma vinculada a uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. Duas delas são municipais (e contam com ensino fundamental, apenas) e uma delas é estadual (ensino fundamental e médio). O Instituto Federal de Educação que se localiza no bairro e contempla apenas alunos de ensino médio e técnico também não é pactuado com nenhuma equipe (haja vista que grande parte dos alunos não mora no bairro). Há uma escola municipal de ensino infantil, que se localiza atrás da UBS. Ainda nas adjacências da UBS, há uma academia pública, com área para caminhada e aparelhos para exercícios de baixa dificuldade. Junto da academia encontra-se um parque infantil e duas quadras simples para a prática de esportes em grupo.

É notória a presença de múltiplos espaços para a prática religiosa: há uma igreja católica (que traz um salão para atividades comunitárias e também uma capela funerária), diversos templos evangélicos (de diferentes crenças e hábitos), centros espíritas, umbandistas e centros de candomblé.

Uma importante característica do bairro Nossa Senhora de Fátima é a presença do Complexo de Represas Dal Bó, que proporciona uma bela área de lazer e de contato com a natureza. Na represa São Miguel (uma das que compõem o complexo) a prefeitura de Caxias do Sul oferece à população escolar de todo o município a possibilidade de realizar aulas de canoagem, remo e vela, a partir do projeto “Navegar”. A represa tem, ainda, marcado papel na comunidade por ser local de diversos afogamentos, provocados ou acidentais.

A população que compõe o território da UBS Fátima Alta é, em suma, heterogênea. Como já mencionado, a UBS abarca outros quatro bairros adjacentes, Monte Castelo, Jardim Esmeralda, Morada dos Alpes e Interlagos. Estes bairros possuem uma população menos assídua na UBS e que muitas vezes não permite acesso das Agentes Comunitárias de Saúde às suas casas, sob a justificativa de que possuem plano de saúde.

A partir da revisão de prontuário, nota-se que a população da UBS Fátima Alta possui níveis de escolaridade variáveis, principalmente devido às faixas etárias. Os pacientes acima dos 50 anos dificilmente possuem o ensino fundamental completo, muitos deles são analfabetos ou estudaram apenas um ou dois anos. Os adultos jovens e adolescentes, por sua

vez, concluíram em sua maioria o ensino fundamental, porém deixaram de estudar durante o ensino médio. Analisa-se ainda nos prontuários que, entre os usuários, predominam três profissões formais – serviços gerais, trabalhador da construção civil e metalúrgicos.

As equipes da UBS Fátima Alta procuram estabelecer vínculos mais estreitos com os pacientes considerados de risco – seja ele social ou relacionado à saúde. Em nossas áreas, há uma população idosa com diversas patologias clínicas compatíveis com a idade, que costuma frequentar assiduamente a UBS. As gestantes, puérperas e os recém-nascidos são também facilmente localizados e trazidos à UBS.

Há uma preocupação importante, em contrapartida, em acessar àqueles pacientes que não aderem aos tratamentos propostos ou que sabidamente encontram-se em situações de risco social (violência familiar, tráfico de drogas, prostituição infantil, abuso sexual e psicológico, abandono escolar). Na UBS Fátima Alta ainda há uma ampla área que não possui cobertura do programa de Agentes Comunitárias de Saúde e as microáreas de maior vulnerabilidade seguem descobertas.

Os atendimentos que ocorrem na UBS são divididos em consultas de demanda espontânea e consultas agendadas – tanto na clínica médica como na odontológica. De acordo com dados do SIAB de 2010, na UBS Fátima Alta, a principal causa de procura a atendimento são as nasofaringites agudas, seguidas de dor articular, hipertensão arterial essencial e dor lombar baixa.

A Atenção Básica em Saúde proporciona aos usuários do SUS um atendimento longitudinal e fornece estrutura para que o paciente seja atendido integralmente. O vínculo entre a população e a equipe também é característica notável, posto que favorece os tratamentos individuais e coletivos. Portanto, através deste trabalho, tais temáticas (tão basilares à Atenção Básica) serão abordadas, a partir das visitas domiciliares, atividades de educação em saúde e da própria consulta clínica.

Por fim, anexado ao trabalho, estará o Projeto de Intervenção, intitulado “Educação em saúde para hipertensos: uma proposta para atividade em grupos”. A ideia de discorrer sobre este assunto suscitou-se a partir da consciência de que a educação em saúde é uma ferramenta que auxilia grandemente no tratamento e abordagem de qualquer patologia, posto que instrumenta o paciente para ser ator no processo de cuidado, e ainda, transforma-o em transmissor de conhecimento. As atividades em grupo são excelentes nichos para a educação

em saúde. O grupo de hipertensos, na UBS Fátima Alta, que tradicionalmente ocorria apenas para renovação de prescrições medicamentosas, privilegiou-se bastante das atividades de educação em saúde. Os pacientes descobriram como podem intervir em sua própria saúde e a equipe reestruturou sua abordagem ao usuário hipertenso.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Marlene tem 50 anos, é negra, natural e procedente de Caxias do Sul, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica desde a última gestação, aos 44 anos. É tabagista desde os 14 anos, com uma carga tabágica de 70 maços-ano. Sua história médica pregressa contém uma colecistectomia por colelitíase, realizada em 2015, e a paciente já realizou, por duas vezes, litotripsia extracorpórea em decorrência de litíase renal.

A paciente mora no bairro Fátima Alta desde que se casou com Antônio, aos 22 anos. O casal teve quatro filhos, Márcio, de 35 anos (fruto de uma gravidez na adolescência, enquanto ainda namoravam) – casado, com três filhos, atualmente morando em Santa Catarina – Jéssica, de 30 anos – que mora no porão da casa, com marido e filha de três anos – Lucas, de 23 anos, que mora em uma casa no mesmo terreno – e Roger, de 15 anos, que mora na mesma casa e cursa o ensino fundamental. A casa de Marlene possui dois quartos, uma sala conjunta à cozinha e um pequeno banheiro, ainda de concreto e sem janelas (o que lhe garante uma umidade permanente).

Marlene não era uma paciente assídua na UBS: não realizou o pré-natal dos filhos, também não comparece para exames preventivos (realizou apenas duas mamografias e dois exames citopatológicos do colo uterino) e vem apenas para renovar as prescrições de medicações anti-hipertensivas e antidiabéticas. Os exames laboratoriais de rotina eram sempre solicitados, mas com pouca frequência trazidos para avaliação pela paciente.

Em abril de 2016, a agente comunitária de saúde Jandira solicitou, em reunião de equipe, uma visita domiciliar para o paciente Antônio (marido de Marlene). Ele descobriu, em janeiro do mesmo ano, um câncer gástrico, já metastático, e vinha fazendo quimioterapia. Como possuía plano de saúde, era acompanhado em uma clínica de oncologia, porém, Jandira achou que seria importante um aporte psicológico a ele e à sua família, além de que a esposa solicitara que algumas das medicações prescritas para alívio de sintomas fossem retiradas na rede pública.

Na visita domiciliar, além de Antônio, estavam presentes Marlene, Jéssica e sua filha, Mariana. Devido à patologia, ele não vinha se alimentando e vinha apresentando dificuldades no sono e dores muito intensas, subcostais. Marlene mostrava-se muito prestativa e cuidadosa com o marido e dizia que eles não desistiriam jamais da cura da doença. Nesta visita a equipe

se colocou à disposição da família para qualquer questão e também foram renovadas as prescrições de Antônio e de Marlene, que estava sem tomar suas medicações há um mês.

Em um mês a equipe realizou nova visita domiciliar devido à piora clínica de Antônio. Ele havia passado por quatro internações breves desde a primeira quimioterapia e sua oncologista optara por suspender o tratamento, mantendo apenas conduta paliativa. Neste dia, Antônio dizia que não desejava mais viver, não acreditava mais em uma melhora e irritava-se quando os familiares diziam que ele devia lutar para viver.

Eram muito visíveis o desespero e a exaustão de Marlene. Ao fim da visita, ela foi chamada para uma conversa particular: disse estar sufocada, que gostaria de poder chorar, mas que não o fazia para não preocupar a família. Relatou que eles eram muito unidos, que nunca discutiam, e que educaram os filhos juntos, com muito amor. Também disse que percebia que a morte dele chegava e que não sabia como faria para seguir em frente sem ele, com quem sempre partilhara a vida e as decisões. Contou que sentia dificuldades em expressar seus sentimentos para os filhos e que achava muito duro ter que lidar com questões financeiras neste momento – precisava arcar com as diferenças no plano de saúde. A equipe constatou, ainda, que além de tudo – e como consequência – ela passara a fumar muito mais do que o habitual: eram agora cinquenta cigarros ao dia. Ela também contou que não estava usando suas medicações e que se alimentava pifamente. Foi oferecida à paciente uma consulta na UBS, mas ela dispensou, posto que se sentia culpada por sair do lado do companheiro. Uma nova visita foi agendada para a semana seguinte.

Na outra semana, a visita foi cancelada em decorrência do falecimento de Antônio, na noite anterior. Entretanto, a enfermeira da equipe, Inês, já havia conseguido convencer previamente Marlene a participar do grupo de hipertensos, com a promessa de conhecer novas informações sobre sua patologia e a importância de usar as medicações corretamente.

O próximo encontro do grupo foi no mês seguinte ao óbito. Naquela data, a conversa introduzia a hipertensão arterial sistêmica, com uma abordagem mais simples sobre o grupo (e próximos temas), sobre as medicações, e sobre sintomas cardíacos. Marlene referiu que vinha, desde semanas antes do falecimento do marido, com palpitações e dores no peito. Também contou que não sabia se era pelo aumento do consumo de cigarro, mas que vinha com sensação de sufocamento.

Após o grupo, os pacientes passaram por consulta individual. Em sua vez, Marlene reiterou os sintomas que vinha apresentando, também referindo que desde a perda do marido não conseguia dormir à noite. Passara a fumar três maços ao dia, esquecia-se de comer e seguidamente chorava escondida dos filhos. Marlene trouxe ainda novo problema, seu filho Roger havia trazido a namorada, Michele, de 13 anos, para morar com eles, com o consentimento da mãe dela. A menina era natural de outra cidade, e Marlene não queria se responsabilizar por outra menor. Segundo ela, Michele usava medicações psiquiátricas devido a dois surtos psicóticos prévios, sua mãe era alcoolista e nada preocupada. Marlene e Roger, que antes se relacionavam bem, estavam em extremo conflito, e ela dizia não perdoar que o filho não respeitara o falecimento tão próximo do pai. Ela disse que no fim da vida de Antônio, Roger chegara a fugir de casa para morar na casa de Michele. Estabeleceu-se nova consulta para o dia seguinte, após reunião da equipe, com vistas a organizar um projeto terapêutico singular.

(...) um projeto terapêutico é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. Um Projeto Terapêutico Singular deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação. (BRASIL, 2013, p. 33).

Diante dos conceitos acima expostos, na reunião de equipe, primeiramente foi estabelecido o diagnóstico do caso de Marlene. O diagnóstico deve conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário (BRASIL, 2007). Foram colocadas à equipe todas as informações acima descritas acerca da paciente, de sua família e do contexto de vida atual.

Após o primeiro passo, metas devem ser definidas junto à equipe e algumas pessoas devem assumir papéis (e por eles serem responsabilizadas). Além do médico, a agente comunitária de saúde deve ser mais assídua à casa de Marlene. A assistente social da equipe comprometeu-se a ajudar Marlene a resolver a questão da namorada do filho (entraria em contato com o conselho tutelar da outra cidade para ativar a mãe de Michele). As consultas médicas também seriam mais frequentes e o grupo de hipertensos seria utilizado como ferramenta para que a paciente se instrumentasse acerca da hipertensão arterial sistêmica, mas também como possibilidade de sociabilização.

O projeto terapêutico singular, como ferramenta da medicina centrada na pessoa, também pode dispor de metas para o usuário, entretanto, é necessário sempre avaliar se o paciente deseja assumir algum papel em seu tratamento ou se passa por momento em que desejaria que a equipe fosse protagonista (STEWART, 2010). No caso de Marlene, posteriormente, ela estabeleceu que sua prioridade seria elaborar o luto. Sentia que, para organizar suas relações, precisava realocar a perda do marido, contando com a equipe e com sua família.

Finalmente, o projeto deve estar em constante reavaliação, de modo que cada um visualize as ações conjuntas e opine sobre mudanças que podem ser necessárias para a continuidade do processo. O projeto terapêutico singular, por ser organizado sobre a trama individual do paciente, sempre adquire características próprias e, portanto, não deve ter caráter engessado – sendo assim, passível de transformações.

A garantia de continuidade, de avaliação e de reavaliação do processo terapêutico sem que, no entanto, isso implique em burocratização do cuidado, do acesso e da organização do serviço representam grandes dificuldades e desafios. (...) Uma estratégia que procura favorecer essa articulação entre formulação, ações e reavaliações (...) é a escolha de um profissional de referência. (...) Não é o mesmo que responsável pelo caso, mas aquele que articula e “vigia” o processo. (...) De qualquer modo, a definição de profissionais de referência não anula a necessidade de definir responsáveis a cada uma das ações desenhadas no projeto terapêutico singular, incluindo a pactuação de prazos para execução, definição de papéis e, algumas vezes, a definição de momentos de reavaliação do caso em equipe. O tempo de reavaliação do caso deve ser o mínimo possível, para que as ações planejadas produzam o efeito esperado, e o máximo possível de tolerância que não signifique riscos ou danos ao sujeito ou que permita que a equipe perca a familiaridade com a problemática em questão. (BRASIL, 2010, p. 98 e 99).

Abaixo são listados, a partir da elaboração conjunta do projeto terapêutico singular, os objetivos no caso da Marlene. Intercaladas encontram-se formas de reavaliação – esta que deve ocorrer durante todo o processo – sugeridas:

- estabelecimento de vínculo perene com a paciente, pela equipe como um todo. A agente comunitária de saúde deve manter visitas semanais, e quando achar necessário, mais frequentes. Uma visita domiciliar com médica e enfermeira acompanhando, mensal;

- montar o genograma da família de Marlene, abaixo anexado. Tal ideia sustentou-se no fato de que os genogramas “são retratos gráficos da história e do padrão familiar, que identificam a estrutura básica, o funcionamento e os relacionamentos da família e, assim, evidenciam estressores, constituindo um mapa relacional do paciente e sua família.” (MUNIZ e EISENSTEIN, 2009, p. 73).

- ajudar Marlene na elaboração do luto. Esmiuçar, dentro da dor atual, quais são os sentimentos preponderantes e como compreendê-los melhor. Procurar, na família e nas adjacências, fontes de apoio capazes de ajudar a enfrentar este período;

- discutir junto da paciente sobre a necessidade do uso de medicação antidepressiva. Sabe-se que o luto e a depressão apresentam clínica semelhante e que é natural sofrer a perda de um ente querido, porém é fundamental estabelecer se o sofrimento precisa ser abordado farmacologicamente. Nas consultas posteriores, Marlene achou adequado iniciar amitriptilina, na dose de cinquenta miligramas diários, pois não se alimentava, não dormia. A médica também viu importância em começar a medicação.

- ajudar Marlene a resolver o caso da nora, Michele. Coube a assistente social entrevistar Marlene e contatar o conselho tutelar da outra cidade. Rapidamente a mãe de Michele foi advertida e a menina retornou a morar com a mãe.

- formatar entrevista familiar, com vistas a ajudar a todos na elaboração do luto e também como forma de reforçar o relacionamento de Marlene com seu filho Roger. Marlene, com o passar do tempo, disse ter se esforçado para conversar com Roger, e ele também parecia mais compreensivo. Ela convenceu-lhe que seria melhor que cada um morasse com sua família e que ele poderia seguir namorando Michele.

Se tolerarmos a raiva deles, quer seja dirigida a nós ou ao falecido, ou contra Deus, teremos ajudado a darem passos largos na aceitação sem culpa. Se os incriminarmos por não reprimirem estes pensamentos pouco aceitos socialmente, seremos culpados por prolongarmos o pesar, a vergonha e o sentimento de culpa deles, que resultam, frequentemente, em abalo da saúde física e emocional. (KÜBLER-ROSS, 2009, p. 185).

- vincular Marlene no grupo de hipertensos. A paciente era sabidamente bastante comunicativa antes da doença do esposo, e no grupo a equipe notou sua vontade de participar das discussões. Era visível que ela teria benefício em participar, além de que era indispensável que ela passasse a ser mais responsável por sua saúde.

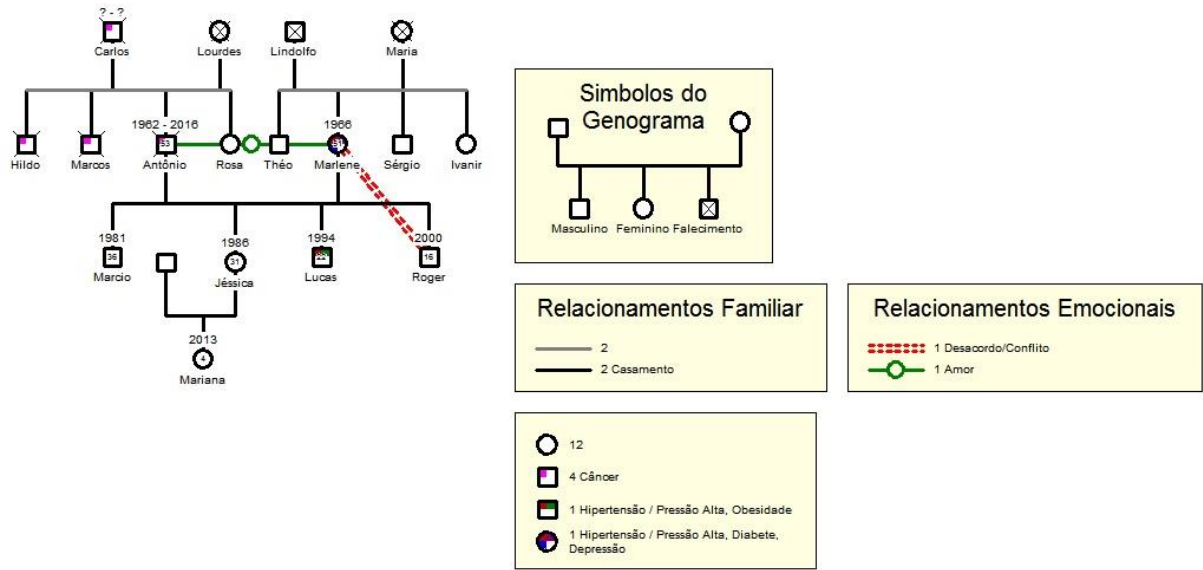


Figura 1

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

DUNCAN (2013) coloca que a atenção básica responde “às necessidades de saúde com ações preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção da saúde, integrando os cuidados quando existe mais de um problema.” O Ministério da Saúde vem, ao longo dos anos, formatando programas de saúde que procuram seguir estes propósitos. Fica claro, portanto, que, a partir deste conhecimento, cabe ao profissional da atenção básica implementar ações capazes de atender a essas atribuições.

O pré-natal, a puericultura, os grupos de educação em saúde e a atenção à saúde mental são preocupações importantes da atenção básica e configuram parte importante de sua prática diária. Na Unidade Básica de Saúde Fátima Alta há, historicamente, uma responsabilização com tais ações, porém, devido à alta demanda de pacientes, muitas vezes o cuidado fica prejudicado.

A partir da década de oitenta, com as mudanças no modelo de saúde, várias práticas foram adotadas visando ao cuidado das gestantes e dos recém-nascidos. Com o reconhecimento de que, por intermédio do pré-natal, é possível reduzir as taxas de morbimortalidade dos neonatos, tornou-se evidente a importância de impor esta programação como obrigatória na atenção básica (BRASIL, 2012). Apenas no ano 2000 houve a formulação de um modelo que normatizou a assistência às gestantes pelo Ministério da Saúde – o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – que estabeleceu número de consultas, exames necessários e práticas de educação em saúde a este público (CRUZ, 2014).

Na Unidade Básica de Saúde Fátima Alta, a assistência às gestantes vem, desde 2015, sendo reformulada. Como anteriormente as consultas de pré-natal eram somente realizadas pelo ginecologista, não havia espaço para grupos de educação em saúde e o tempo dedicado às gestantes (também individualmente) era pequeno e protocolar. Coube à Estratégia de Saúde da Família assumir, portanto, as consultas de pré-natal, na busca de um vínculo maior com as pacientes e de, efetivamente, proporcionar um cuidado longitudinal a elas, aos futuros neonatos e também às suas famílias.

Organizou-se assim, um grupo de gestantes, que também estimula a participação dos pais. Tais atividades ocorrem mensalmente, em uma tarde, com duração aproximada de uma hora. Na primeira reunião explicitou-se aos participantes a proposta do grupo e quais temáticas seriam abordadas. Sugestões também foram colhidas a fim de atender às dúvidas de

todos. Ao longo das atividades, são abordados os temas: fases da gestação, parto (pródromos, trabalho de parto e preferência pelo parto normal), amamentação, alimentação após os seis meses, sexualidade durante a gravidez, prevenção de acidentes e de morte súbita, vínculo familiar e aspectos psicológicos da gestação, do puerpério e do recém-nascido. Após a atividade em grupo, as pacientes são acolhidas nas consultas individualmente, para avaliar a evolução da gestação e os exames. O papel da educação em saúde fica evidente tanto no grupo quanto na consulta individual e é perceptível o contentamento da paciente e de sua família frente a essa abordagem.

Segundo BLANK (2003) a puericultura, em sua origem, ocorria entre mães e filhas através da passagem de informações sobre higiene, nutrição e desenvolvimento das crianças e que, o médico, posteriormente e por muito tempo, assumiu esta função, de forma empírica. Coloca ainda que, na atualidade, pela busca de sistematizar o cuidado, a puericultura também vem sendo avaliada sobre um viés baseado em evidências, procurando reunir uma gama de profissionais capazes de amparar o cuidado às crianças e aumentando a faixa etária alcançada (podendo seguir até o final da adolescência).

Seguindo o mesmo modelo descrito acima para o pré-natal, na Unidade Básica Fátima Alta a puericultura é trabalhada em atividades de grupo e posteriormente individualmente com a criança e sua família. No grupo expõem-se determinadas temáticas: alimentação, desenvolvimento e estímulo neurológico, caderneta de vacinação, higiene e aspectos psicológicos. Inicialmente a Caderneta de Saúde da Criança é esmiuçada e sua leitura é estimulada, com o objetivo de apresentá-la à família e torná-la instrumento do cuidado. Nas consultas individuais a preocupação com os dados antropométricos e o desenvolvimento neurológico é reforçada e as dúvidas mais específicas são respondidas. Há uma tentativa, ainda, de reconhecer características culturais da comunidade, posto que é notável sua importância no cuidado com as crianças.

Na saúde mental ainda há uma grande dificuldade, na Unidade Básica de Saúde Fátima Alta, em formatar um grupo realmente capaz de atuar na saúde dos pacientes. Há um forte vínculo, adotado há anos pelos profissionais do local, das atividades em grupo com a renovação de prescrições médicas e, portanto, a ideia de proporcionar aos usuários um espaço terapêutico no grupo de saúde mental é bastante frustrante.

O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto

se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível. (BRASIL, 2013, p. 121)

Frente à importância dos grupos na saúde mental, renovou-se a ideia de organizá-los. Propôs-se à comunidade que já vinha participando, bem como nas consultas individuais e nas visitas domiciliares realizadas pelas agentes comunitárias de saúde, a formação de um grupo coeso e frequente, capaz de auxiliar no tratamento. A subjetividade dos pacientes teria espaço para ser explorada, não somente em sua particularidade, mas também dentro de um conjunto de pessoas. Tal ideia ainda apresenta resistências por parte da equipe, infelizmente.

Por fim, a educação em saúde também ocorre no grupo de hipertensos. Na extensão deste trabalho de conclusão de curso ele é citado no capítulo dois, no caso clínico e é plenamente abordado no Projeto de Intervenção, anexado ao trabalho.

4. VISITA DOMICILIAR

Na UBS Fátima Alta todas as sextas-feiras à tarde são reservadas para as visitas domiciliares. Durante este dia, no turno da manhã, estabelece-se, a partir da reunião de equipe, quais são as visitas que serão realizadas. O agendamento deste atendimento ocorre de quatro formas: solicitação de familiares, recomendação médica ou assistencial (após alta hospitalar), reivindicação dos agentes comunitários de saúde e a partir da consulta com médico e averiguação por parte deste profissional da necessidade de visita. Operacionalmente, as visitas domiciliares ocorrem com carro disponibilizado pela Prefeitura, com motorista próprio.

Os pacientes selecionados para receberem as visitas domiciliares possuem em comum algumas características. Priorizam-se aqueles que não têm condições físicas ou psíquicas de comparecer à Unidade de Saúde, geralmente portadores de condições crônicas, e que recebem visitas paulatinamente. Há, ainda, uma demanda de pacientes que receberam alta hospitalar por condições agudas e que necessitam de cuidado domiciliar – neste grupo, predominam jovens politraumatizados e idosos com agudizações de condições crônicas.

Por vezes, a equipe concorda em realizar visita domiciliar a pacientes com condições psicossociais importantes, na tentativa de compreender sua realidade e procurar intervir de forma mais concordante com a vida do paciente. Nestes casos, nota-se que são sanadas diversas dúvidas, principalmente quanto ao autocuidado. Muitas vezes, a um primeiro olhar, tem-se a ideia de que não há, por parte do paciente, uma preocupação real com sua saúde. Através da visita a equipe compreende quais fatores impedem-lhe de promover seu autocuidado e, assim, formata, junto dele, um plano de ação – com metas capazes de melhorar sua vida.

A visita domiciliar, quando realizada adequadamente, é uma das ações que pode facilitar a compreensão e o cuidado às famílias atendidas ao propiciar o conhecimento de seus modos de vida, crenças, cultura e padrões de comportamento, permitindo incorporar tecnologias leves no cuidado, como a humanização. (CRUZ e BOURGET, 2010).

Um exemplo de visita domiciliar realizada pela equipe de Estratégia de Saúde neste ano corresponde ao da paciente Lourdes, de 72 anos. Lourdes é diabética e hipertensa há trinta anos e cega desde os vinte e quatro, devido a glaucoma. Ela mora sozinha (há quatorze anos, quando seu companheiro de vida faleceu) em uma casa construída pela prefeitura, de dois ambientes, que mede aproximadamente dezenove metros quadrados. Lourdes conta com a

ajuda de dois vizinhos em seus cuidados diários – ela é insulino dependente e precisa de alguém que lhe aplique as doses – e, mesmo com diversas abordagens do serviço de assistência social, optou por não ser institucionalizada. Lourdes consegue fazer suas próprias refeições e reconhece suas medicações pelo formato. As visitas domiciliares ocorrem trimestralmente e seus vizinhos têm porta aberta para solicitarem as necessidades da paciente.

Desde que foram iniciadas as visitas à senhora Lourdes há uma grande tentativa, de toda a equipe, de fornecer qualidade de vida a ela. Reconhecendo as limitações físicas da paciente, viu-se a necessidade de diminuir as medicações em uso e adaptar o horário da insulina, de forma que facilite aos vizinhos a aplicação do fármaco. Também conversou-se com a paciente para que mantivesse sua casa aberta por um período maior do dia (ela não sentia falta por conta de que não percebia a iluminação), evitando a umidade tão notada na área. Realizou-se, por fim, uma limpeza em sua geladeira e armários da cozinha, de forma a evitar o consumo de alimentos estragados. Segundo DUNCAN (2013), e conforme percebido no caso de dona Lourdes, a visita domiciliar ocorre no “território do paciente”, o que propicia uma inversão no contexto da consulta, modificando sua dinâmica e exigindo do médico uma maior flexibilidade da abordagem.

Outro exemplo de visita domiciliar, agora esboçada após a alta hospitalar, é o de Liege. Advogada, mulher ativa, de trinta e oito anos de idade, previamente hígida, sofreu um acidente de carro em uma rodovia ao final de novembro de dois mil e dezesseis. Após permanecer dois meses internada (período em que foi realizada cirurgia na coluna lombar, no quadril esquerdo, laparotomia exploratória) recebeu alta. Veio para casa sem os movimentos dos membros inferiores, sem controle esfinteriano e colostomizada.

Liege mostrava, sempre, uma grande disposição para melhorar e também um notável esforço para tal. Gostava de ser esclarecida quanto aos procedimentos e procurava sempre compreender quais eram as suas possibilidades de melhora. Contou, à equipe, que durante a internação teve seus principais momentos de desespero, pois deu-se conta de que não movia os membros inferiores. Também refletiu quanto à colostomia, teve dificuldades iniciais para aceitá-la, mas compreendeu sua importância.

Na primeira visita, ainda restrita ao leito, Liege solicitou que fosse agilizada a solicitação de fisioterapia domiciliar. Compreendeu que era necessário perder bastante peso para poder facilitar os exercícios e seus movimentos – e já iniciou uma dieta, aos moldes da que seguiu no hospital. Era visível que a família de Liege esforçava-se bastante para ajudá-la

e também procurou conhecer o método de sondagem, de troca da colostomia, e até dos exercícios fisioterápicos.

No caso de Liege, depois que a equipe conseguiu responder a todas as demandas necessárias para sua reabilitação, o vínculo estava configurado. Formatou-se, a partir de então, um papel coletivo de apoio à paciente, no sentido de incentivá-la a seguir em seu tratamento e sempre valorizando seu empenho. Foi surpresa, à toda a equipe, quando ela demonstrou os movimentos de suas pernas, em um claro desenvolvimento positivo de sua reabilitação.

Há, com Liege, por fim, uma preocupação com seu estado psicológico. Como de início ela experimentou períodos de grande angústia, percebe-se que, no momento, esforça-se deveras em sua reabilitação e ainda entende-se como paciente de doença aguda, passível de grande melhora. É notável que esse papel por ela assumido vem ajudando muito no tratamento. Entretanto, a equipe não deixa de considerar a possibilidade de um declínio emocional e, por isso, mantém-se sempre alerta neste sentido.

A experiência do trauma é vivida mais do que como uma situação pontual, constituindo-se em processo individual e social que permeia e modela a vida dessas pessoas. As sequelas do trauma e suas consequências demonstram a necessidade de se conjugar experiências e saberes no cuidado ao paciente vítima de trauma, reconhecendo-o como sujeito ativo de seu processo de reabilitação e reconhecendo que esse processo é inteiramente permeado pelo universo simbólico. A experiência do trauma reflete uma referência individual, que pode ser comum a muitos, mas é vivida como dado biográfico e reflete conhecimentos peculiares a cada pessoa. Entretanto, também integra elaboração intersubjetiva, mediada pela vida em sociedade e é informada por significados coletivamente produzidos. (Paiva et al. 2010)

As visitas domiciliares, portanto, já fazem parte da rotina da Unidade de Saúde da Família Fátima Alta. É consenso entre todos os profissionais a importância de atentar aos pacientes que, por qualquer motivo, não podem comparecer à Unidade, porém, ainda é sabido que há uma demanda desconhecida, e que, principalmente por haver falta de agentes comunitárias de saúde, alguns pacientes não estão sendo contemplados com este tipo de atendimento.

Consequentemente, clarifica-se que o conhecimento do território que a equipe de Estratégia de Saúde da Família abarca deve ser minimamente conhecido, a fim de promover todos os preceitos que seu programa sugere. Por conseguinte, a relevância da visita domiciliar deve ser debatida e arguir a seu favor é necessário dentro da saúde da família e comunidade. Finalmente, rever seus objetivos, finalidades e conteúdos e articulá-la com outros espaços também é função das equipes. (MANDÚ et al, 2008).

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante o período de trabalho na Unidade Básica de Saúde Fátima Alta, em Caxias do Sul, conjuntamente com os aprendizados recebidos a partir da Especialização em Medicina de Família e Comunidade, foi possível elaborar uma nova forma de exercer a profissão médica. Depois de seis anos de curso de Medicina, algumas posturas profissionais tornam-se estruturadoras do perfil que será montado pelo novo médico que se forma e percebe-se que, é apenas durante o tempo em que se exerce a profissão que realmente se descobre qual será a índole profissional que se seguirá.

Através dos novos conhecimentos adquiridos, foi possível rememorar quais condutas que durante a universidade fizeram com que alguns médicos servissem de modelo positivo e outros de modelo negativo. A especialização e a prática profissional funcionaram, proeminentemente, para definir que a ética pautaria os atendimentos (reforçando os bons exemplos vistos na universidade) e que a busca por conhecimento e por aperfeiçoamento norteariam as atitudes.

A Estratégia de Saúde da Família e Comunidade, mesmo que já bem estabelecida através da Legislação, ainda é refém da dificuldade de implantação, seja ela administrativa ou por falta de conhecimento daqueles que trabalham na rede pública. É visível que há uma tentativa que atualmente apela para um maior número de atendimentos, em detrimento da qualidade do serviço. Deste modo, são bastante preocupantes quais caminhos que o Sistema Único de Saúde seguirá. Por fim, torna-se se desgastante o trabalho daqueles profissionais que acreditam neste modelo de Atenção à Saúde (e que se esforçam para seguir seus ditames), posto que precisam, continuamente, lutar pela seu pleno estabelecimento.

Por conseguinte, estes profissionais – esforçados e que buscam os princípios do Sistema Único de Saúde – precisam munir-se de informações e compreender minuciosamente como ele funciona. A especialização em Medicina de Família e Comunidade foi capaz, neste propósito, de expor a situação da saúde no Brasil, como ela é promovida, a partir de quais ferramentas e como ela é trabalhada.

Foi possível compreender os modelos de atenção à saúde que se sucederam no Brasil ao longo das décadas até o surgimento do Sistema Único de Saúde, comparando-os aos modelos internacionais ocidentais. Ainda, viabilizou-se a ideia de que a atenção à saúde pode ocorrer em três níveis – primário, secundário e terciário. Com estas informações tornou-se factível aos profissionais colocarem-se dentro deste sistema de saúde e saberem como trabalhar dentro dele, sempre em prol do paciente e da comunidade.

A Atenção Básica foi extensamente abordada, assim como as ferramentas das quais ela dispõe, de forma a proporcionar aos profissionais métodos de exercerem sua função. Tornou-se, portanto, mais fácil organizar o trabalho diariamente. A criação de uma agenda profissional, por exemplo, é método elementar na organização da equipe, a qual deve argumentar em sua construção. Da mesma forma, porém em uma macrovisão, a territorialização também é ferramenta organizacional da equipe e, através dos mapas, torna possível compreender as necessidades da população atendida.

As atividades em grupo, importantes formas de atendimento na Atenção Básica e dela tão características, são outro grande propósito que a Especialização aborda e que foi imensamente explorada na Unidade Básica de Saúde Fátima Alta. No capítulo referente ao tema, neste trabalho, bem como no Projeto de Intervenção anexado, há, esmiuçado, o uso deste método. Similarmente, a educação em saúde, que se faz tão frutífera na Atenção Básica, conectou a Especialização e a prática clínica, favorecendo o cuidado aos pacientes.

Os casos clínicos da Especialização foram elaborados de forma concatenada com a realidade da Atenção Básica e, portanto, foram extremamente utilizados na prática diária na Unidade. De certa forma, clarificar os diagnósticos, nem sempre tão lúcidos a uma primeira vista, tornou-se mais corriqueiro. Sem dúvida, outra ferramenta auxiliar – e diferente daquela conhecida desde a universidade – foi a organização do prontuário nos moldes do “SOAP”. Colocar os sinais e sintomas, valorizando a locução do paciente, e sempre a procura de um plano terapêutico amplo e dialogado, foi outra mudança estabelecida e que enriqueceu a investigação diagnóstica, bem como o vínculo com o usuário.

Finalmente, trabalhar nos moldes da Atenção Básica e do programa de Estratégia de Saúde da Família foi muito enriquecedor. Aprender a deslocar a preocupação da questão curativa e focar na promoção da saúde e na prevenção foram grandes desafios e seguem sendo. O alento do vínculo com os pacientes e a percepção de que eles podem ser atores no processo de cuidado é compensador. Indubitavelmente, ainda é necessário aprimorar os conhecimentos científicos e buscar aprender sempre mais sobre as ferramentas da Atenção Básica: e estímulo para isso não falta.

6. REFERÊNCIAS

- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. 2003, v.79, n.1, p. 513-522.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília : Ministério da Saúde, v. 34. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS – Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, v.2, 2010.
- CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 605-613, 2010.
- CRUZ, R. S. B. L. C. et al. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-Natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 18, n. 1, p. 87-94, Jan. 2014.
- DUNCAN, Bruce Bartholow et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. 9. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.
- MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-140, Jan-Mar. 2008.
- MUNIZ, J. R.; EISENSTEIN, E. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 72-79, Jan-Mar, 2009.

PAIVA, L. et al. Experiência do paciente politraumatizado e suas consequências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1221-1228, Nov-Dez. 2010.

STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE –
UFCSPA**

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Natália Macedo Cavagnoli

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA HIPERTENSOS:

uma Proposta para Atividade em Grupos.

Porto Alegre

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 PROBLEMA.....	5
3 JUSTIFICATIVA.....	6
4 OBJETIVOS.....	7
4.1 OBJETIVO GERAL.....	7
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	8
5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	8
5.1.1 Conceituação.....	8
5.1.2 Classificação.....	8
5.1.3 Prevalência.....	8
5.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	9
5.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA HIPERTENSOS.....	10
5.4 GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA HIPERTENSOS.....	10
6. METODOLOGIA.....	12
6.1 APRESENTAÇÃO DAS AÇÕES.....	12
6.2 ATIVIDADES EM GRUPO.....	12
6.3 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS.....	12
7 CRONOGRAMA.....	13
8 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	14
9 RESULTADOS ESPERADOS.....	15
10 REFERÊNCIAS.....	17

1. INTRODUÇÃO

Em 2006, com o lançamento do Plano Nacional da Atenção Básica, ficam definidos, no capítulo que tange às especificidades da Estratégia de Saúde da Família, como alguns de seus princípios “realizar (...) ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde e doença da população” (BRASIL, 2006, pg. 20) e “desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade” (BRASIL, 2006, pg. 20). A partir destes ditames, é coerente correlacionar as atividades em grupo com uma possibilidade na tentativa de integrar o cuidado e permitir à população uma maior compreensão de sua saúde.

As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde ratificam, desde Alma-Ata, em 1978, a importância de construir a saúde, individual e coletiva, e a partir de diversas estratégias, capazes de aprimorar, globalmente e localmente, todos os projetos da área. Salienta-se, entre elas, a III Conferência, de 1991, realizada em Sundsvall, que apresentara o tema “Ambientes Favoráveis à Saúde”. Seus participantes identificaram como uma de suas estratégias fundamentais “capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão” (BRASIL, 2002, p. 34). Nota-se que, desde o século passado, já se reivindicava a necessidade de instruir o paciente acerca de suas patologias e fazê-lo promotor de saúde – própria e coletiva.

A Conferência seguinte, de 1992 e realizada em Bogotá, tem fundamental importância para os brasileiros – porquanto esboça a situação da América Latina. Concede, desta forma, uma estratégia benevolente à Atenção Básica: “Impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam chegar tanto à produção quanto ao usufruto de bens e oportunidades para facilitar opções saudáveis. Com eles, será possível a criação de ambientes sadios e o prolongamento de uma vida plena, com o máximo desenvolvimento das capacidades pessoais e sociais” (DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ, 1992).

Caxias do Sul aderiu ao programa de Saúde da Família em 2004 e, atualmente, conta com quarenta e sete Unidades Básicas de Saúde, sendo que apenas vinte e quatro delas possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF). A UBS Fátima Alta possui três equipes de

Estratégia e uma que ainda não aderiu ao programa. Divide-se, portanto, em quatro territórios em um bairro que possui aproximadamente vinte mil habitantes.

2. PROBLEMA

O problema aqui esboçado é a atividade em grupo para pacientes hipertensos como forma de reproduzir a educação em saúde, com vistas a provocar no usuário real preocupação com sua saúde e valorizar a equipe de saúde da família como fonte de conhecimento irrestrito.

3. JUSTIFICATIVA

A UBS Fátima Alta inicialmente teve outro endereço, menor que o atual, fato que exigiu das equipes que a compunham que ocupassem um salão comunitário próximo à sede para a realização das atividades de grupo. Esta peculiaridade foi fator determinante para uma prática errante de tais ações, tão valorizadas pelo programa de saúde da família e comunidade e tão necessárias para a integralidade do atendimento. Devido à rapidez necessária em atender a um grande número de pacientes, optara-se por apenas renovar-se as prescrições farmacológicas (inclusive, os medicamentos eram dispensados no local). Consequentemente, as equipe de saúde, bem como os usuários, habituaram-se a uma simplificação de tais grupos e, talvez, a uma desvalorização de um processo bastante enriquecedor à população.

4. OBJETIVOS

4.1.OBJETIVO GERAL

Proporcionar, por intermédio de atividades em grupo, a educação em saúde para pacientes hipertensos.

4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceder ao paciente o direito de ser conhecedor de sua patologia para que ele, através disso, possa participar ativamente do processo de tratamento.
- Despertar no paciente a prerrogativa do autocuidado e fornecer-lhe substrato para tal.
- Instigar o grupo a sentir-se apto para propagar seus conhecimentos e fazê-lo responsável pela saúde de seus próximos.
- Propor, à equipe de saúde, que seja perene na transmissão de sua sabedoria e que se reinvente neste sentido.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

5.1.1. Conceituação

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, lançadas em 2006 e revisadas em 2010, “A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 1). A última atualização das diretrizes americanas (JNC 8) – datada de 2014 e elaborada pelo Joint Nacional Comitee – aponta tal condição como a mais comum na atenção básica e ressalta que é fator de risco para infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e morte. (JAMES et al, 2014).

5.1.2. Classificação

A partir da JNC 8, em 2014, surgem algumas mudanças na classificação da hipertensão. Mantêm-se, no estadiamento, o nível pressórico normal (abaixo de 120/80mmHg) e o conceito de pré-hipertensão – para valores entre 120-139/80-89mmHg. A hipertensão, para pacientes abaixo de 60 segue sendo diagnosticada a partir de níveis acima de 140/90mmHg. No entanto, as grandes mudanças ficam para os pacientes acima de 60 anos, cuja meta pressórica desejada são níveis abaixo de 150/90mmHg – o que confere uma frouxidão maior também no tratamento – e àqueles com doença renal crônica e/ou diabetes, que devem manter a pressão abaixo de 140/90mmHg (JAMES et al, 2014; NETTO et al, 2014) .

5.1.3. Prevalência

Aproximadamente um quarto da população mundial é hipertensa, o que corresponde a mais de um bilhão de pessoas (HEDNER et al, 2012). Estima-se um crescimento da patologia de 9% entre os homens e de 13% entre as mulheres no período entre 2000 e 2025 (KERNEY et al, 2005). No Brasil, mais de 30% da população têm hipertensão, sendo que, mais de 50% das pessoas entre os 60 e os 69 anos apresenta o quadro e, acima dos 70 anos, 75% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Rio Grande do Sul, entre 2002 e 2014, a prevalência de hipertensos aumentou de 31,9% para 39,9%, segundo Gus e colaboradores (2015):

Este estudo mostrou que a prevalência de HAS em 2014 está aumentada no estado de RS em relação aos dados de 2002. Em parte, esse acréscimo pode ser atribuído ao aumento da prevalência da obesidade, sobrepeso, e dislipidemias, pois esses fatores podem contribuir para elevação da pressão arterial. Desta forma, mais campanhas sobre o controle da pressão arterial e a influência de fatores como a dieta rica em sal se fazem necessárias para a população do sul do país. (GUS e colaboradores, 2015, p. 576)

Em Caxias do Sul, segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde, 43.375 pessoas estão em tratamento para hipertensão pelo SUS e, destas, 4.022 foram diagnosticadas entre o início de 2011 e abril de 2014 (CAXIAS DO SUL, 2015).

5.2. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA

A hipertensão oferece a melhor oportunidade de prevenção secundária disponível para o médico de família e comunidade: essa condição é comum, o período sem sintomas é longo, o teste é simples, e o retorno, pelo menos em casos de hipertensão moderada e grave, é alto. (MCWHINNEY e FREEMAN, 2010, p. 335).

Como porta de entrada para o acesso à saúde, é na atenção básica que geralmente o paciente descobre-se hipertenso. À atenção básica, a partir do programa de estratégia de saúde da família, é reservado um vínculo com a comunidade capaz de identificar as condições socioculturais e estruturais locais – fator que permite, no cuidado aos hipertensos, uma abordagem mais ampla e real (BRASIL, 2014).

A atenção básica oferece diversas possibilidades para a abordagem do paciente hipertenso. As consultas de demanda espontânea seguem importantes, porquanto a partir delas o paciente é confrontado com sua possível má-adesão ao tratamento. Neste momento é imprescindível que se ratifique ao hipertenso a necessidade das mudanças de estilo de vida e do uso correto dos anti-hipertensivos. As consultas de rotina, por sua vez, são indispensáveis para agregar ao tratamento uma maior resolutividade (GIRÃO e FREITAS, 2016). É legitimado, ainda, à atenção básica, o dever de avaliar a capacidade de autocuidado do paciente (BRASIL, 2014).

A avaliação da capacidade de autocuidado tem caráter dinâmico e dependente da postura da pessoa diante de sua condição crônica. É desejável que pessoas com capacidade de autocuidado considerado insuficiente progridam para um grau suficiente. O papel das equipes de Atenção Básica é fundamental no sentido de apoiar os portadores de condições crônicas a receberem informações que lhes permitam tomar postura proativa de cuidado. A capacidade de autocuidado deve ser sistematicamente avaliada pelos profissionais, que precisam estar atentos a mudanças de atitude dos usuários. O julgamento do profissional integra os aspectos socioeconômicos, culturais e a capacidade do indivíduo/família para o autocuidado. (BRASIL, 2014, p.45).

5.3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA HIPERTENSOS

Em decorrência da proximidade da atenção básica com o usuário do SUS, bem como pelo programa de Estratégia de Saúde da Família (e pelo vínculo que ele proporciona entre paciente e equipe), o nível primário de saúde coloca-se como ambiente adequado para a educação em saúde (BRASIL, 2007).

Trata-se de um recurso (a educação em saúde) por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. (ALVES, 2005, p. 43).

Uma notável atribuição da educação em saúde é a formulação de uma política de saúde compartilhada com a população, objetivando a afirmação do SUS como serviço em prol da inclusão social e da cidadania (BRASIL, 2007). Aos profissionais de saúde, tal ferramenta possibilita a recriação das formas de cuidado, valorizando as condições socioculturais do paciente. Ainda, o usuário é posicionado como sujeito capaz de atuar em favor de sua saúde, e, em maior escala, como promotor de saúde pública (PEREIRA, 2003).

O paciente hipertenso, particularmente, beneficia-se da educação em saúde, posto que, a partir dela, adquire habilidades e conhecimento capazes de fortalecer seu potencial para melhor manejar sua condição clínica (NERY, 2012). A hipertensão, usualmente, é assintomática, fator este que se torna um grande entrave no estabelecimento do tratamento. É frequente, ainda, que o paciente note os efeitos adversos dos fármacos anti-hipertensivos – questão também relevante para o abandono das medicações.

Para tanto, torna-se clara a importância de transmitir conhecimento para os hipertensos acerca da patologia, de sua história natural e de seu tratamento. Tendo em vista que a hipertensão é uma situação crônica, é fundamental que o paciente compreenda-a, bem como que aja de forma a evitar seus graves desfechos.

Ao internalizar a importância da prática de hábitos de vida saudáveis atrelada ao uso correto da medicação, quando necessária, o indivíduo abre caminho para que possa atuar como sujeito do seu tratamento, realizando suas próprias escolhas e não mais atuando como mero receptor de orientações dos profissionais. (FELIPE, 2011, P. 39).

5.4. GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA HIPERTENSOS

O trabalho com grupos foi primeiramente descrito nos Estados Unidos, em 1905, por Pratt, um fisiologista que decidira realizar palestras informativas a grupos de pacientes

tuberculosos abordando a patologia e a importância do tratamento. Mesmo sendo organizado de forma empírica, o método mostrou-se bastante eficaz e notou-se uma adesão ampla aos medicamentos, Já à época ficou marcado o benefício em haver um médico colocado próximo à comunidade, identificando-se com ela e dando-lhe voz (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997).

Na atenção básica, o trabalho em grupos é uma importante ferramenta da educação em saúde. Formata-se inicialmente a partir da ideia de que o ser humano é, por natureza, gregário (OSÓRIO, 2008), e conseqüentemente, consegue receber e transmitir informações no coletivo. Por ocorrer dentro de uma comunidade, o trabalho em grupo também proporciona à equipe de saúde uma abordagem mais direcionada para a realidade local e, atrelado a isso, transforma os próprios pacientes em possíveis transmissores de conhecimento (BRAGA, 2013).

Por outro lado, o trabalho em grupos de educação em saúde exige, do profissional, estudo continuado e oferece-lhe maior conhecimento acerca da população na qual atua – ajudando-lhe a aprimorar seus atendimentos. Há outro benefício, estritamente relacionado à estratégia de saúde da família: o estreitamento do vínculo com o paciente (BRAGA, 2013).

Como portadores de condição clínica crônica, os hipertensos beneficiam-se mutuamente de grupos de educação em saúde. Tendo em vista a prolongada história natural da hipertensão – inclusive a possível evolução para complicações – sabe-se que o hipertenso apresenta dificuldade na aceitação do diagnóstico e adaptação a esta condição. Além disso, a hipertensão pode ser colocada ao paciente como patologia exigente, visto que o tratamento envolve mudanças de hábitos de vida – não raramente tal questão pode gerar ansiedade e sintomas depressivos. O grupo surge, neste âmbito, como esclarecedor de dúvidas e espaço para que os pacientes discorram sobre suas dificuldades e angústias. Em consonância, o grupo permite que os pacientes identifiquem-se entre si e busquem juntos formas de melhorar o tratamento (SANTOS e ANDRADE, 2003).

6. METODOLOGIA

O presente estudo tem caráter intervencional e seu objetivo principal é trabalhar com a educação em saúde em um grupo de hipertensos na UBS Fátima Alta. A educação em saúde neste grupo, a partir da revisão teórica acima apresentada, terá como propósito aumentar a adesão dos hipertensos às mudanças de hábito de vida e ao tratamento medicamentoso, oferecendo aos pacientes ferramentas teóricas e práticas para tais fins.

A seguir são descritas as etapas que foram estipuladas para o desenvolvimento do projeto.

6.1. APRESENTAÇÃO DAS AÇÕES

Em reunião de equipe (abril de 2016), é estipulado o novo formato dos grupos para hipertensos. Apresenta-se a ideia de educação em saúde. Fica estabelecido que não haverá mais vínculo à renovação das prescrições para que os pacientes participem das reuniões. São organizados convites para as reuniões, que serão entregues mensalmente nos domicílios pelas agentes comunitárias de saúde e nas consultas médicas. Já nesta reunião é montado o cronograma temático das atividades em grupo.

6.2. ATIVIDADES EM GRUPO

Os grupos serão realizados nas tardes das primeiras quintas-feiras de todos os meses, de maio a dezembro de 2016. Inicialmente, será exposto aos pacientes o objetivo do grupo, e a partir da ideia de que “todos devem conhecer sua doença”, passa-se o cronograma anual. Expõe-se o novo formato das atividades.

A cada mês, um novo assunto relacionado à hipertensão é apresentado. Enfermeira e agentes comunitárias de saúde participam ativamente do grupo.

6.3. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Ao fim do ano, na última atividade em grupo, será realizada avaliação coloquial com os pacientes. Será feita breve revisão sobre os assuntos conversados no decorrer do ano, e cada paciente deverá comentar sobre quais mudanças aplicou, a partir da atividade em grupo, para sua vida. Também será comentada a necessidade de transmitir aos familiares seus conhecimentos. Por fim, também será feita autoavaliação pela equipe de saúde, para estabelecer o que é necessário mudar para as próximas atividades.

7. CRONOGRAMA

O seguinte cronograma está sendo aplicado durante o ano de 2016.

Abril	Apresentação à equipe da ideia de organizar o grupo de hipertensos Organização interna da data definidos grupos mensais de educação em saúde
Maio	Apresentação, no antigo grupo de hipertensos, da nova proposta dos grupos com hipertensos.
Junho	Grupo: O que é hipertensão? – formas de reconhecimento da patologia
Julho	Grupo: Nutrição para pacientes hipertensos – informações sobre o consumo de sal e gorduras, oficina para elaboração de sal de ervas.
Agosto	Grupo: Lesões de órgãos-alvo na hipertensão e seus sinais de alerta – IAM, AVC, retinopatia, nefropatia.
Setembro	Grupo: Comorbidades da Hipertensão Comuns – Hiperlipidemia e Diabetes Mellitus. Exames rotineiros ao hipertenso.
Outubro	Grupo: Medicamentos anti-hipertensivos e seus mecanismos de ação. Importância do uso correto, informações sobre efeitos adversos
Novembro	Grupo: Exercícios Físicos para todas as idades – hipertensos contra o sedentarismo (atividade realizada junto às estagiárias de fisioterapia, na academia comunitária)
Dezembro	Grupo: Conversa acerca do que foi aprendido e quais mudanças cada um notou a partir do grupo. Na equipe, discutir o que pode ser mudado para o próximo grupo.

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a realização das atividades, inicialmente, faz-se necessário que o ambiente físico da UBS disponha de sala capaz de receber confortavelmente o grupo de pacientes. A UBS Fátima Alta possui sala ampla de reuniões, além de numerosas cadeiras de plástico em estado adequado. Para alguns dos encontros poderá ser utilizado computador com retroprojeter para apresentações expositivas – ambas as tecnologias são disponíveis na UBS.

Durante as reuniões, os prontuários dos pacientes e o formulário de atendimento em grupo devem estar presentes, assim como a ata de reuniões – objetivando registrar as presenças e clarificar em cada prontuário as mudanças observadas a partir do processo.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Como esboçado na justificativa para organização deste projeto de intervenção, a UBS Fátima Alta e sua comunidade desconheciam a potencialidade das atividades em grupo. A educação em saúde também era deslocada a um papel secundário, tendo em vista que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames laboratoriais sempre foram colocadas como primordiais. Permitir ao paciente conhecer sua patologia não era uma prática corriqueira. Outrossim, os pacientes não buscavam informações e geralmente desconheciam recursos que lhes permitissem serem atores no processo de tratamento.

Sobretudo, a partir deste projeto espera-se que o paciente consiga – através das informações cedidas nas atividades em grupo – agir em prol de sua saúde e colocar-se como sujeito capaz de informar aos próximos sobre o que aprendeu. Ainda, sabe-se que devido ao aprendizado o paciente também poderá trabalhar ativamente na promoção de saúde de sua família.

Especificamente, cada atividade renderá ao paciente diferentes possibilidades, sempre fundamentadas na ideia de que se descomplica o tratamento da hipertensão a partir do momento que o hipertenso sabe do que se trata.

As atividades que discorrem acerca de conceitos – o que é hipertensão, exames de rotina e comorbidades – são imprescindíveis, em consequência de seu papel estrutural. É a partir delas que o paciente entende seus sinais e sintomas e percebe-se no grupo de risco para graves doenças cardiovasculares. Tais temáticas, por conseguinte, fornecem substrato teórico para o autocuidado do hipertenso.

A atividade que reflete os medicamentos utilizados também possui importante atribuição: coloca aos pacientes a função de cada fármaco e sugere a importância de atentar para a necessidade de utilizá-los de forma correta. Já ao falar de lesões de órgão-alvo, novamente o paciente sente-se ator, considerando-se que conhecerá a sintomatologia de eventos isquêmicos e de piora de função de tais órgãos. Também aqui se deve transcorrer sobre como agir frente a emergências decorrentes da hipertensão.

Por fim, as reuniões que tratarão da nutrição e de atividade física serão pertinentes como ferramentas para mudanças de estilo de vida. Serão preferencialmente ministradas por profissionais da área (nutricionista da UBS e estagiárias da fisioterapia), e direcionadas a

hábitos possíveis: a ideia não é propor trocas alimentares ou exercícios físicos exaustivos, mas sim adaptações do real para hábitos mais saudáveis.

No que se refere à equipe, tal projeto expande, dentro dos ideais do SUS, o cuidado aos pacientes e torna-se mais um instrumento para a promoção da saúde. Finalmente, a educação em saúde é forma concreta para sustentar o vínculo – e tal constatação deve ser notada pelos profissionais do SUS.

10. REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p. 39-52, set. 2005.
- BRAGA, Erica Patrícia Pereira de Castro. **A Importância dos Grupos de Educação em Saúde na Atenção Básica / Estratégia de Saúde da Família**. 2013. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ**. Conferência Internacional de Promoção da Saúde – Santafé de Bogotá, Colômbia – 9 a 12 de Novembro de 1992. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2016.
- FELIPE, Gilvan Ferreira. **Educação em saúde em grupo: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso**. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa. Universidade Estadual do Ceará. 2011.
- FREEMAN, Thomas.; MCWHINNEY, Ian. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. Artmed: Porto Alegre, 2005.
- GIRÃO, A. L. A.; FREITAS, C. H. A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2016, v. 37, n. 2, jun. 2016.

GUS, I. et al. Variações na Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana no Rio Grande do Sul: Uma Análise Comparativa entre 2002-2014. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 105, n. 6, p. 573-579, Dez. 2015.

[HEDNER, T.](#) et al. State of global health – hypertension burden and control. [Blood Pressure Journal](#), London, v. 21, p. 1-2, Jul. 2012.

JAMES P. A. et al, Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA**. v. 1, n. 5, p. 507-520. 2014.

KEARNEY, P. M. et al. Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data. **Lancet**, London, v.365, p. 217-23, Jan. 2005.

NERY, Valeria Alves da Silva. **Contribuições das Práticas Educativas para a Qualidade de Vida de Pessoas com Hipertensão Arterial**. 2012. 142f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, 2012.

NETTO, O. S. et al. Comparação da evolução das diretrizes de hipertensão norte-americanas nos últimos 17 anos. **Revista Brasileira de Medicina e de Saúde**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 244-52, Jul-Set. 2014.

OSORIO, Luiz Carlos. **Grupoterapias**: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed. 2008.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p. 1527-34, set-out. 2003.

Prefeitura de Caxias do Sul [homepage na Internet]. Caxias do Sul [atualizada em 2015; acesso em 17 de setembro de 2016]. Coordenadoria de Comunicação; Disponível em: https://www.caxias.rs.gov.br/comunicacao/noticias_ler.php?codigo=28582.

SANTOS, F. R.; ANDRADE, C. P. Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.6, n.1, p.15-18, jan-jun. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras

de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 95 (1), n. 1. p. 1-51. Rio de Janeiro. 2010.

ZIMERMAN, David Epelbaum; OSÓRIO, Luiz Carlos. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.