

## Uma Experiência Multiprofissional na Abordagem ao Paciente Hipertenso

Ana Luiza Lima Sousa, Paulo César B. Veiga Jardim, Estelamaris Tronco Monego, Margareth S. Raimundo, Karla E. M. Lopes, Julieta Coelho, Roberta Santos, Maria Rosário Gondim, Regina Martins, Grace C. F. Daher  
Goiânia, GO

**Objetivo** - Estudar o impacto das atividades educativas na abordagem ao paciente hipertenso, com equipe multiprofissional, num período mínimo de 5 e máximo de 9 meses, em aspectos relacionados à hipertensão arterial (HA).

**Métodos** - Cinquenta indivíduos constituindo dois grupos de 25 cada. O grupo A formado de pacientes que participavam das atividades educativas da Liga de Hipertensão Arterial (LHA) e o grupo B. também de pessoas matriculadas na LHA, mas não participantes. Os grupos eram comparáveis no tocante à idade, sexo, tipo e duração do tratamento. Foram estudados os grupos com relação à pressão arterial (PA), peso, tabagismo, ingestão alcoólica, exercícios físicos e frequência às consultas.

**Resultados** - Houve queda da PA em 84% dos pacientes do grupo A e 88% do grupo B. redução de peso em 60% do grupo A e 44% do grupo B e a prática de exercícios físicos foi hábito regular em 56% do grupo A e 36% do grupo B. No grupo A foi encontrado 4% de tabagistas e no grupo B 16%. A ingestão alcoólica esteve presente em 12% do grupo A e 24% do grupo B. Os pacientes do grupo A faltaram menos às consultas (30%) do que os do grupo B (44%).

**Conclusão** - Apesar de não observarmos diferenças significativas entre as duas formas de abordagem, no que diz respeito ao controle da PA, observamos nítida vantagem a favor de uma abordagem educativa em grupo, com participação de equipe multiprofissional.

**Palavras chave:** hipertensão, educação em saúde, multiprofissional

## An Interdisciplinary Experience on Approaching Patients with Hypertension

**Purpose** - To evaluate the impact of the educational approach of activities on the approach of patients with hypertension, with an interdisciplinary team.

**Methods** - Fifty patients divided into two groups: A) with 25 patients who participated in educational activities in the Hypertension League (HL) and B) who were also registered and did not take part in the activities. They were studied regarding blood pressure (BP), weight control, smoking habits, alcoholic beverage consumption, physical activities and frequency of medical care.

**Results** - There was a drop in BP of 84% of the patients in group A and 88% in group B. a drop in weight in 60% of group A and 44% of group B. We registered the presence of 4% of smokers in group A and 16% in group B. Physical activities were regular in 56% of group A and 36% in group B. Absenteeism to meetings was slightly higher among group B (44%) when compared with group A (30%).

**Conclusion** - In spite of not having observed any significant differences between both approaches, regarding to strict BP control, we were able to observe a noticeable advantage in favor of the educational approach to the group, with participation of interdisciplinary team.

**Key words:** hypertension, education in health, interdisciplinary

Arq Bras Cardiol, volume 59, nº 1, 31-35, 1992

risco cardiovascular, um dos mais importantes, afetando de 11 a 20% da população acima de 20 anos <sup>1</sup>.

A cobertura da população hipertensa, em nosso meio, é muito baixa, apesar da identificação relativamente simples e tratamento eficaz, sem necessidade de recursos técnicos sofisticados. Dados recentes mostram que apenas 50% da população hipertensa é detectada e, destes, mais da metade abandona o tratamento por diversos motivos <sup>1,2</sup>. A HA deve ser detectada o mais precocemente possível, para que seja tratada de modo adequado. Este procedimento implica em uma conduta onde o indivíduo seja sensibilizado para assumir o seu papel de paciente, participando ativamente do tratamento, discutindo sua evolução com os profissionais que o acompanham. O paciente deve conhecer, acompanhar e participar, efetivamente, do seu tratamento. "Muitos danos podem ser evitados ou reduzidos quando o paciente está informado sobre a sua situação de saúde e muitos atendem mais freqüentemente às medidas estabelecidas no tratamento" <sup>3</sup>.

O tratamento do paciente hipertenso pressupõe, além da terapêutica farmacológica, medidas que visam mudanças de hábitos e atitudes, dividindo com ele a responsabilidade pelo sucesso do tratamento <sup>4-6</sup>. A dificuldade consiste em conseguir esta cooperação do paciente, capacitando-o para o auto-cuidado <sup>4,7</sup>.

A Liga de Hipertensão Arterial (LHA) da Universidade Federal de Goiás iniciou em 1990 uma atividade educativa junto aos pacientes matriculados no Serviço. De acordo com a primeira Convenção Brasileira para Tratamento da Hipertensão Arterial (1ª CBHA), a abordagem ao paciente hipertenso é direcionada a diversos objetivos e, portanto, o atendimento multiprofissional pode se tornar fator facilitador <sup>2,5,8</sup>. Seu êxito está relacionado à força do todo, decorrente do grau de integração de suas partes, da responsabilidade e consciência do grupo <sup>9,11</sup>. As atividades envolvidas em grupo detêm várias vantagens. O paciente identifica-se com outros com iguais problemas, podendo expressar seus medos e sentimentos, compartilhando das experiências e discussão de soluções reais para os problemas de saúde.

A LHA tem por objetivo interferir na adesão do paciente ao tratamento da HA, consolidar conhecimentos e possibilitar a participação ativa do paciente hipertenso nas atividades de controle. Acreditamos nesta participação através de medidas específicas de ações educativas <sup>12</sup>.

## Métodos

A atividade em estudo consiste de reuniões quinzenais, com duração de uma hora, realizadas nos Hospital das Clínicas, com assuntos sobre HA a serem discutidos e escolhidos na ocasião, tais como, importância do tratamento e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Foram realizadas 16 reuniões com temas como dietas hipossódicas e hipolípídicas, uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, hipercolesterolemia, obesidade, exercícios físicos, hipertensão arterial, estresse, dificuldade no seguimento das orientações, dentre outros.

Cinqüenta pacientes, matriculados na LHA, constituíram dois grupos de 25 cada um, formando os grupos A e B. O grupo A composto de indivíduos que participaram de pelo menos três reuniões e o grupo B com pacientes registrados na LHA, porém, sem participação das reuniões, tendo este grupo desempenhado função de controle.

Ambos os grupos eram comparáveis quanto à idade, sexo e tempo de tratamento, estando sob seguimento na LHA e atendidos pela equipe multiprofissional. Os grupos foram avaliados quanto ao controle da PA, peso, tabagismo, alcoolismo, atividade física, tipo de tratamento e freqüência às consultas em 1990, sendo os dados colhidos nos prontuários dos pacientes na LHA.

Para a PA, considerou-se aquela obtida na 1ª consulta e na última no ano de 1990 na LHA. Quanto ao fumo colheu-se a informação considerando se fumava ou não, independente da quantidade. A informação sobre ingestão de álcool também foi obtida nos registros da última consulta e considerado importante a freqüência em mais de 3 vezes por semana, atingindo mais de 30 ml. A prática de exercícios físicos foi classificada em sim, não e regular, sendo considerado sim todo paciente que referiu praticar exercícios no mínimo 5 vezes por semana na duração e intensidade prescrita; irregular quando referiu praticar exercícios numa freqüência inferior a essa. O peso também foi aquele registrado na primeira e última consulta do ano de 1990. O tratamento farmacológico foi observado quanto à freqüência e quantidade de anti-hipertensivos ingeridos por dia. A freqüência às consultas foi considerada com relação à porcentagem de agendamentos no ano que o paciente compareceu, ressaltando-se que o paciente não devia permanecer mais de 60 dias sem comparecer à LHA, sob risco de ficar sem medicação.

Os testes estatísticos usados foram o  $\chi^2$ , a porcentagem, média aritmética e teste t.

### Resultados

A análise dos dados mostra que o tempo médio de matrícula de ambos os grupos foi de 5 meses, sendo que os grupos A e B foram constituídos por pacientes na faixa etária média de 55 anos. com uma proporção de 10:3 entre mulheres e homens.

A PA média reduziu-se em 84% dos casos no grupo A e 88% no grupo B. sendo que 12% no grupo B apresentou elevação de PA média (quadro I). A redução da PA diastólica e sistólica, isoladamente, não apresentou diferenças importantes nos 2 grupos (tab. I e II). Com relação à pressão sistólica, apesar de aparentemente não haver associação, os pacientes do grupo A tiveram maior queda da PAS.  $\chi^2$ , nível de significância 10%.

Quanto ao peso, o grupo A apresentou a maior redução de peso, com 60% dos pacientes reduzindo seu peso corporal, enquanto no grupo B 44% reduziu o peso. Considerando os pacientes que mantiveram e/ou elevaram o peso, o grupo B apresentou 56% de casos contra 40% do grupo A, conforme gráficos 1 e 2. Quando submetido a análise estatística (teste t), não houve diferença significativa.

Os pacientes que freqüentaram as reuniões mostraram-se menos sedentários, com 36% afirmando praticar exercícios regularmente e 20% irregularmente. O grupo B apresentou 64% dos pacientes referindo não praticarem qualquer tipo de exercícios.

Na análise da ingestão de álcool, 24% do grupo B afirmou ingerir álcool mais de 3 vezes por semana, enquanto no grupo A apenas 12% fizeram esta afirmativa.

Ambos os grupos apresentaram a maioria dos

Quadro I - Resultados em uma experiência multiprofissional na abordagem ao paciente hipertenso na liga de hipertensão arterial.		
Resultados	Grupos	
	A	B
pressão arterial média	↓ 84%	↓ 88%
peso corporal	↓ 60%	↓ 44%
prática de exercícios	56%	34%
ingestão alcoólica	12%	24%
faltas às consultas	30%	44%
tabagismo	4%	16%

Tabela I - Redução da pressão arterial diastólica nos grupos estudados no período médio de 5 meses, LHA. Goiânia-GO.1990				
Redução mm/HG	Grupos			
	≤ 10	mais de 10	não reduziu	elevou
grupo A	8 32%	10 40%	5 20%	2 8%
grupo B	5 20%	15 60%	3 12%	2 8%

Fonte - Liga de Hipertensão Arterial-UFG 1990.  $\chi^2$  Nível de significância 10% - não há associação.

Tabela II - Redução da pressão arterial sistólica nos grupos estudados no período médio de 5 meses. LHA. Goiânia-GO.1990				
Redução mm/HG	Grupos			
	≤ 10	mais de 10	não reduziu	elevou
grupo A	3 12%	18 72%	3 12%	1 4%
grupo B	3 12%	18 72%	1 4%	3 12%

Fonte - Liga de Hipertensão Arterial-UFG 1990  $\chi^2$  nível de significância 10% - há associação.

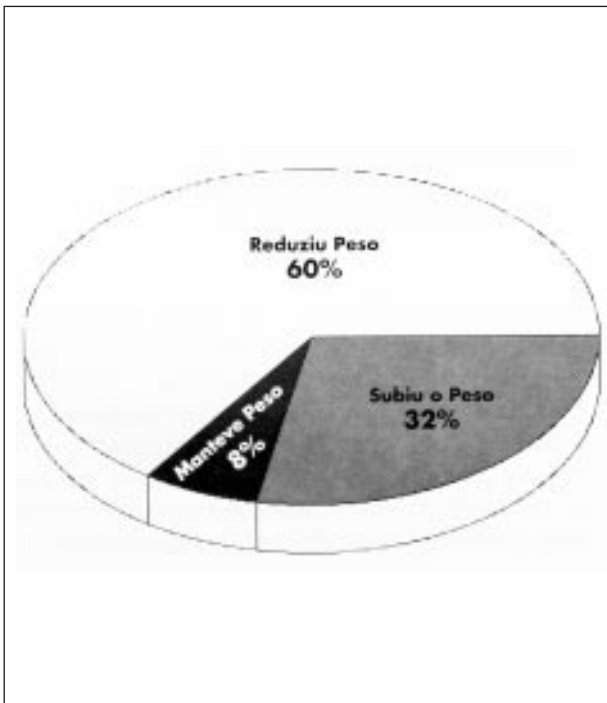


Gráfico 1 - Controle de peso corporal dos pacientes do grupo A. Liga de Hipertensão Arterial - UFG, Goiânia-GO, 1990.

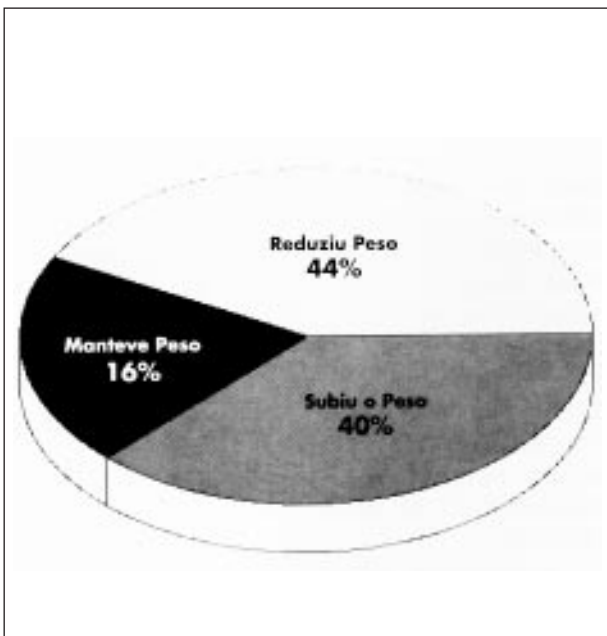


Gráfico 2 - Controle de peso corporal dos pacientes do grupo B. Liga de Hipertensão Arterial - UFG, Goiânia-GO, 1990.

pacientes sob tratamento farmacológico associado a medidas higiênico-dietéticas, com 56%, nos dois grupos, ingerindo mais de uma droga por dia.

Os pacientes do grupo A foram mais assíduos às consultas agendadas, sendo que 31% tiveram alguma falta, numa média de uma falta por ano; enquanto no grupo B, 44% faltaram a média de 3 consultas por ano.

### Discussão

Quando estamos diante de um paciente hipertenso, nosso objetivo é muito maior que baixar cifras pressóricas. A intenção maior é contribuir para a diminuição dos eventos cardiovasculares, fatais ou não fatais.

Sabemos que o controle da PA passa obrigatoriamente pela aplicação de medidas não farmacológicas, que são, em última análise, o controle de fatores de risco independentes para doenças do aparelho circulatório<sup>1,2,5,6,8,12</sup>. A adequada observação destas medidas interfere com hábitos de vida, corrige desvios metabólicos e propicia participação ativa do paciente no seu tratamento<sup>2,5,9,12</sup>. Outro aspecto importante e que limita o sucesso terapêutico da hipertensão é a aderência ao tratamento que tem se mostrado sempre pobre nos diversos estudos realizados<sup>7,10,11</sup>.

Nosso trabalho mostra diferenças nítidas com relação aos dois segmentos estudados, no que diz respeito a fatores que são fundamentais não só no controle da PA mas também na prevenção das doenças cardiovasculares. Assim, pacientes que participaram das atividades educativas em grupo, tiveram ao fim do período de observação uma perda de peso bem mais acentuada e passaram a ingerir bebidas alcoólicas em menor quantidade. O consumo de cigarros foi muito menor e a atividade física passou a ser hábito de um número maior de indivíduos. A frequência às consultas também foi mais regular nestes pacientes, o que caracteriza maior aderência ao tratamento. Com relação à PA sensu estrito, não houve diferenças significativas entre eles, já que em ambos tivemos um excelente controle da pressão. Devemos levar em conta que a maioria dos pacientes de todo o estudo estava sob tratamento farmacológico, e este fator, com certeza, interferiu nos níveis tensionais, já que a característica do serviço favorece a uma boa aderência.

A abordagem educativa coletiva possibilitou a troca de experiências entre os indivíduos, favorecendo o esclarecimento de dúvidas, atenuando as ansiedades pela convivência com problemas semelhantes já solucionados. Por isto aumentou a segurança e aproximou o paciente da equi-

pe de saúde, que passou a ser vista de forma bem mais acessível. Isto contribuiu para os objetivos alcançados.

Este conjunto de fatores mostra claramente que a abordagem multiprofissional, acrescida das atividades educativas em grupo, é fator facilitador no controle da PA, pois proporciona maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas). Além disto, estas ações possibilitam uma interferência positiva quanto ao comportamento, provocando modificações definitivas de hábitos alimentares e de vida, o que vai trazer uma atenuação dos fatores de risco associados. Finalmente, as reuniões periódicas sistematizadas, pela facilidade de realização, indicam claramente a possibilidade de uma ação em larga escala, permitindo aos serviços de saúde, sufocados por uma demanda cada vez maior, uma atuação mais abrangente e, acima de tudo, eficaz no controle da HA e prevenção das doenças cardiovasculares.

Concluindo, não foi possível observar diferenças significativas entre as duas formas de abordagem, com relação ao controle restrito da PA. No entanto, quanto aos demais fatores analisados, e que são fundamentais para o sucesso terapêutico a longo prazo, existiu uma nítida vantagem a favor de uma abordagem educativa em grupo, com participação multiprofissional. Os pacientes que participaram de mais de três reuniões, mostraram-se mais aderentes às orientações recebidas, com um menor número de faltas às consultas, além de apresentarem resultados positivamente significativos sobre controle de fatores de risco para doenças cardiovasculares, como tabagismo, obesidade, alcoolismo e sedentarismo. Quanto ao controle restrito da PA devemos considerar que, pelo fato da grande maioria dos pacientes estar sob tratamento farmacológico, pode ter havido influências na queda semelhante dos níveis da PA.

O seguimento de grupos exclusivos de tratamento não farmacológico com atividades educativas poderão clarear este fator não esclarecido. Este grupo deverá ser seguido ainda por um período não inferior a 12 meses e nova avaliação deverá ser feita para visibilizar a permanência destes sob o controle já alcançado até aqui.

Observamos assim que a instrução educativa cria um efeito positivo sobre a maturação do paciente, o que reflete numa melhor aderência ao tratamento e na modificação de atitudes necessárias ao controle de sua pressão arterial e fatores de risco. Este fato levou a equipe a sistematizar as atividades educativas como parte integrante e indispensável ao serviço de LHA.

## Referências

1. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Programas Especiais. Divisão Nacional Doenças Crônico-degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. 1988.
2. Organização Pan-americana de Saúde - A hipertensão arterial como problema de saúde comunitária. Manual de Normas Operacionais para um Programa de Controle nos diferentes níveis de atenção, 1986; 1 68.
3. Oliani FCM, Guerreiro M - Expectativas do paciente coronariano hospitalizado,; proposta de um programa de orientação. Atualização Cardiológica, 1990; 4:15-22.
4. Pinto JBG - Ação educativa através de um método participativo no setor saúde. In: Encontro de Expenências de Educação em Saúde da Região Nordeste. Natal. Anais Ação Participahva 1984.
5. Joint National Committee on Detection Evaluation and Treatement of Hight Blood Pressure - The 1988 report 4th report. Arch Int Med. 1988; 148: 1023-38.
6. Liga Contra la Hipertensión - El adelgazamiento en el tratamiento de la hipertensión arterial. Bol Of Sanit Panam, 108(1). Organización Mundial de la Salud, 1990.
7. Taylor W. Sackett D, Haynes RB - The problem of compliance with antihypertensive regiment. Drugs, 1983; 25(supl II): 12-18.
8. 1ª Convenção Brasileira para o Tratamento da Hipertensão Arterial, Campos de Jordão, SP. Arq Bras Cardiol, 1991; 56(supl A): A6-A9.
9. Silva CCZ, Gil F - O atendimento ao paciente diabético por uma equip e multipro fissional - U ma e xperiênc ia no Hospital das Clinic as da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Separata da Rev Goiana de Medicina, 1980. 26: 151-161.
10. Pierin AMG, Car MR, Giorgi DMA, Mion Jr D - Atendimento de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial. Rev Bras Med (Cardiologia), 1984; 3: 209-1 1.
11. Giorgi DMA, Mion Jr D, Car MR, Pierin A, Silva HB, Marcondes M Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influência de variáveis estruturais e de estratégias que nsem a sua melhora. Rev Bras Med (Cardiologia), 1985; 4: 167-175.
12. Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Educação em Saúde e Divisão Nacional de Dermatologia Sanitaria. Educação em Saúde. Brasflia-DF. 1988.