

Abordagem multiprofissional

Como a hipertensão arterial é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento poderá requerer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico¹.

Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, e a formação de uma equipe multiprofissional irá proporcionar essa ação diferenciada^{1-4,17,21-27}. Essa abordagem multiprofissional é particularmente útil no atendimento ambulatorial, ampliando o sucesso do tratamento anti-hipertensivo e do controle dos demais fatores de risco cardiovascular.

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve, fundamentalmente, ensinamentos para introduzir inclusive mudanças de hábitos de vida. A implementação dessas mudanças, porém, é lenta e, na maioria das vezes, não é mantida com a continuidade necessária⁵, e por serem medidas educativas, necessitam de continuidade^{2-4,23,26}. Devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, de modo a serem mantidas ao longo do tempo^{6,21,22,24,26}.

O trabalho da equipe multiprofissional poderá dar aos pacientes e à comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes^{1-3,7,13,14,17} (B).

Equipe multiprofissional

A equipe multiprofissional deve ser constituída por profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e

auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Entretanto, não há necessidade de todo esse grupo para a formação da equipe.

O que determina a existência dessa equipe é a filosofia de trabalho, que visa ao bem-estar dos pacientes e da comunidade. Os membros de um grupo multiprofissional, respeitada a especificidade de sua formação básica, devem conhecer a ação individual de cada um dos outros membros^{2,3}. Além disso, cada local de trabalho deve adequar-se à sua realidade.

Principais vantagens desse tipo de atuação

- O número de indivíduos atendidos será maior quanto mais afinada estiver a equipe em seus diversos modos de abordagem.

- A adesão ao tratamento será nitidamente superior.

- O número de pacientes com pressão arterial controlada e adotando hábitos de vida saudáveis será, conseqüentemente, muito maior.

- Cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos sobre tais hábitos.

- Haverá favorecimento de ações de pesquisa em serviço, já que a sistematização do atendimento possibilitará esse tipo de atuação.

Existem vantagens adicionais, como o crescimento profissional pela constante troca de informações, maior confiança individual e no serviço como um todo (C).

Ações comuns à equipe multiprofissional

As ações comuns a todos os membros da equipe multidisciplinar são:

- promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo);
- treinamento de profissionais;
- encaminhamento a outros profissionais, quando indicado;
- ações assistenciais individuais e em grupo;
- participação em projetos de pesquisa;
- gerenciamento do programa.

Ações específicas individuais

Apesar da definição bastante clara do papel exercido pelos diferentes profissionais, haverá circunstâncias em que as funções serão comuns, e isso deve acontecer de maneira natural. Essa naturalidade somente será possível na imbricação de funções, se for adotada uma perfeita uniformidade de linguagem na constituição do grupo, evitando-se que idéias ou terminologias conflitantes possam dificultar o processo educativo do paciente.

Participação do médico

- Consulta médica (ver avaliação clínico-laboratorial).
- Responsabilidade pelas condutas terapêuticas em consonância com as regras gerais da diretriz.

- Avaliação clínica dos pacientes com pressão controlada pelo menos uma vez por ano.

- Apoio aos demais membros, quando necessário^{1,2,17} (B).

Participação do enfermeiro

- Consulta de enfermagem^{1,20,28}:
 - medida da pressão arterial;
 - investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida;
 - estratificação do risco individual;
 - orientação sobre a doença, o uso de medicamentos e seus efeitos adversos;
 - avaliação de sintomas e orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares.
- Acompanhamento do tratamento dos pacientes com a pressão arterial sob controle.
 - Encaminhamento ao médico pelo menos anualmente, e com maior frequência nos casos em que a pressão não estiver devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências.
 - Administração do serviço (controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas).
 - Delegação das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem² (B).

Participação da nutricionista

- Consulta de nutrição:
 - anamnese alimentar, avaliando frequência, quantidade e qualidade de alimentos, intolerâncias e alergias alimentares¹⁵.
 - diagnóstico nutricional, estabelecido após a anamnese alimentar e o levantamento de dados antropométricos, bioquímicos e identificação de sinais clínicos nutricionais;
 - prescrição e orientação específica da dieta, considerando aspectos

socioeconômicos, culturais e ambientais, inclusive com a realização de “oficinas”, que possibilitem a implementação dos conhecimentos alimentares e nutricionais, traduzidos em preparações alimentares saborosas, práticas atrativas e saudáveis;

- avaliação da interação de alimentos e/ou nutrientes com medicamentos¹⁶.

- Seguimento da evolução nutricional.

- Educação nutricional individual e em grupo^{14,15}.

- Estratificação do risco individual (B).

Participação do psicólogo^{2,6,8,10}

- Consulta de psicologia:

- avaliação e tratamento de aspectos emocionais que interfiram na qualidade de vida do paciente, seu nível de estresse e a adesão ao tratamento global da hipertensão arterial^{2,8};

- avaliação de como o paciente processa a informação quanto à saúde, para que o método de comunicação com ele seja devidamente individualizado e o plano de mudanças de hábitos de vida seja mantido⁶.

- Atendimento a familiares, para facilitar as mudanças de hábitos de vida do paciente e a adesão ao tratamento.

- Assessoria a outros profissionais, para esclarecer a melhor abordagem do paciente.

- Condução de grupo de apoio para maior harmonia da equipe.

- Atendimento a grupos de pacientes, possibilitando a inovação e a adequação de modelos que viabilizem melhor adesão ao tratamento instituído².

- Implementação de treino de controle do estresse, de preferência em grupo,

com o objetivo de reduzir a influência do estresse emocional na reatividade cardiovascular dos pacientes^{2,10}.

- Estratificação do risco individual (B).

Participação da assistente social

- Entrevista social (para identificação socioeconômica e familiar, caracterização da situação de trabalho e previdência, e levantamento de expectativas sobre a doença e seu tratamento)¹.

- Atualização do cadastro de recursos sociais (para encaminhamento do atendimento das dificuldades dos pacientes e familiares que possam interferir na terapêutica)¹.

- Interação de equipe multiprofissional, paciente e comunidade.

- Desenvolvimento de atividades visando à organização dos pacientes em Associações de Portadores de Hipertensão Arterial.

- Busca ativa de faltosos (B).

Participação do professor de educação física

- Programação e supervisão das atividades físicas (individuais e em grupo) dos pacientes, adequando-as às realidades locais e às características específicas de cada paciente^{11,19} (B).

- Programação e execução de projetos de atividade física para prevenção da hipertensão arterial na comunidade.

Participação do farmacêutico

- Participação em comitês para a seleção de medicamentos.

- Promoção do gerenciamento do estoque, do armazenamento correto e dispensação de medicamentos.

- Promoção da atenção farmacêutica ao paciente (orientação individual ou em grupo e acompanhamento do uso de medicamentos)^{1,18}.

- Orientação quanto ao uso racional de medicamentos à população (alerta à não-automedicação, campanhas educativas)^{1,18}.

Participação de funcionários administrativos

- Recepção dos pacientes^{2,3}.
- Controle e agendamento de consultas e reuniões^{2,3} (C).

Participação de agentes comunitários de saúde

- Coleta de dados referentes à hipertensão arterial.
- Sugestão de encaminhamento para Unidades de Saúde de Referência.
- Ações educativas primárias, visando à promoção de saúde.
- Busca ativa de faltosos.

Ações em grupo

Reuniões com pacientes

As ações educativas e terapêuticas em saúde devem ser desenvolvidas com grupos de pacientes, seus familiares e a comunidade, sendo adicionais às atividades individuais.

A equipe deve usar todos os recursos disponíveis para orientação, educação e motivação, não somente para o uso ininterrupto dos medicamentos, mas também para modificar fatores de risco cardiovasculares, aumentando, conseqüentemente, a adesão ao tratamento.

Os recursos disponíveis vão desde o contato individual até a utilização de fontes de informações coletivas, como folhetos, reuniões, palestras, simpósios, peças teatrais, vídeos e músicas

educativas. A utilização de músicas com ritmos regionais favorece a sedimentação de conhecimentos a respeito da hipertensão arterial e dos fatores de risco.

Nesse tipo de atividade, o paciente se identifica com outros indivíduos com problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas. Com isso, passa a compartilhar das experiências de todos, a discutir, buscando soluções reais para problemas de saúde semelhantes aos seus^{1,21-26,29} (B).

Reuniões da equipe

Atividades periódicas com a participação de todo o grupo para a análise crítica das ações desenvolvidas, acerto de arestas e novas orientações, caso necessário³ (C).

Atividades que devem contar com a participação da equipe multiprofissional

Programas comunitários

A equipe multiprofissional deve procurar estimular, por meio dos pacientes, dos representantes da comunidade e da sociedade civil, o desenvolvimento de atividades comunitárias¹².

A criação de Ligas e Associações de Portadores de Hipertensão Arterial é uma estratégia que também pode aumentar a adesão do paciente ao tratamento instituído^{13,17} (B).

Atividades conjuntas (equipes/pacientes)

Devem ocorrer concomitantemente, reunindo diversas equipes mul-

tiprofissionais e grupos de pacientes¹³.

• Entre as equipes

Colaboram para a troca de experiências e a atualização entre os serviços e, principalmente, desenvolvem estratégias para a melhoria na atuação junto aos pacientes.

• Entre os pacientes

Colaboram para a identificação de problemas comuns, o esclarecimento de dúvidas e o encaminhamento de soluções (D).

Sugestões para implantação do serviço

- Definição da equipe multiprofissional mínima de trabalho e tarefas de cada um, sensibilizando todos para a importância do programa.

- Fluxograma de atendimento: cada serviço, de acordo com sua equipe, irá estabelecer uma estratégia, devendo estar aí incluídas atividades individuais e/ou de grupo.

- Informação ao paciente sobre a rotina de atendimento, para que tenha maior compreensão e, conseqüentemente, maior adesão ao tratamento.

- Ações administrativas:

- cartão do paciente;
- obrigatoriedade do registro de todos os dados do paciente em prontuário;
- reuniões periódicas da equipe buscando uniformização de procedimentos e linguagem.

Não há necessidade da existência de todos os profissionais nos grupos de atendimento multiprofissional a serem constituídos. O que determina o bom funcionamento do grupo é sua filosofia de trabalho: caminhar unido na mesma direção.

Referências

1. Boulware E, Daumit GL, Frick KD, Minkovitz CS, Lawrence RS, Powe NR. An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. *Am J Prev Med* 2001; 21(3): 221-32.
2. Cury Jr, AJ, Labbadia EM. *Hipertensão arterial e atendimento multiprofissional*. Sociedade Brasileira de Clínica Médica – Regional São Paulo (matéria do site http://www.brasilmedicina.com/especial/clinicam_t1s1.asp).
3. Jardim PCV, Sousa ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Rev Medicina Ribeirão Preto* 1996; 29(2/3): 232-8.
4. Giorgi DMA. Estratégias especiais para melhora da adesão/Equipes multiprofissionais e o papel da pré e da pós-consultas. In: Nobre F, Pierin A, Mion Jr D (eds.). *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos Editorial, 2001, p. 71.
5. Black HR. Studies justifying the use of treatment to prevent cardiovascular events. In: Weber MA. *Hypertension Medicine*. Humana Press Inc., Totowa, NJ, 2001, pp. 3-19.
6. Kreuter MW, Bull FC, Clark EM, Oswald DL. Understanding how people process health information: a comparison of tailored and nontailored weight-loss materials. *Health Psychology* 1999; 18(5): 487-94.
7. World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151-83.
8. Lipp M, Rocha JC. *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida*. 2nd. ed. Campinas: Papirus 1996.
9. Lipp MN, Anderson DE. Cardiovascular reactivity to simulated social stress. *Stress Medicine* 15: 249-57.
10. Lipp MN, Alcino AB, Bignotto MM, Malagris LN. O treino de controle de stress para hipertensos. *Estudos de Psicologia* 1998; 15(3): 59-66.
11. Marcus BH, Dubbert PM, Forsyth L, McKenzie TL, Dunn A, Blair SN. Physical Activity Behavior Change: Issues in Adoption and Maintenance. *Health Psychology* 2000; 19(1): 32-41.
12. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-46.
13. Mion Jr D, Machado CA, Associações de pacientes e ligas de hipertensão. In: Nobre F, Pierin A, Mion Jr D (eds.). *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos Editorial, 2001, p.85.
14. Feldman EB. Role of nutrition in primary care. *Nutrition* 2000; 16(7-8): 649-51.
15. Labrunie MCL, Mattos MSR, Braga JCF, Labrunie A. Controle dietoterápico ambulatorial. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1997; 7(4): 465-74.
16. Thomas JA. Drug – nutrient interaction. *Nutr Rev* 1995; 53(10): 271-82.
17. Rocha JC, Manigot DA, Moreira Filho DJ, Terra SRA. Avaliação do controle da hipertensão leve e moderada por profissionais de saúde não médicos. *Rev Bras Med (Cardiologia)* 1985; 4(2): 91-8.
18. Erikson SR, Slaughter R, Halapy H. Pharmacists' ability to influence outcomes of hypertension therapy. *Pharmacotherapy* 1997; 7(1): 140-7.
19. Gleichmann UM, Philippi HH, Gleichmann SI, Laun R, Mellwig KP, Frohnapfel F, Liebermann A. Group exercise improves patients compliance in mild to moderate hypertension. *J Hypertens* 1989; 7(suppl.3): S77-80.
20. Gleichmann SI, Gleichmann UM, Mannebach HJ, Mellwig KP, Philippi HH. Educating nurses in blood pressure measurement and hypertension control. *J Hypertens* 1989; 7(suppl. 3): S99-S102.
21. Grueninger UJ. Arterial hypertension: lessons from patient education. *Patient Education and Counseling* 1995; 26: 37-55.
22. Grueninger UJ, Goldstein MG, Duffy FD. Patient education in hypertension: five essential steps. *J Hypertens* 1989; 7(suppl. 3): S93-S98,
23. Jardim PCBV. Educação em saúde e controle da pressão arterial: atividades educativas em grupo: uma proposta de ação. São Paulo, 1998. 99p. Tese (doutorado). Fac. de Medicina da Universidade de São Paulo.
24. Hill MN. Strategies for patient education. *Clin Exp Hypertens* 1989; 11: 1187-201.
25. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals. *Circulation* 1997; 95: 1085-90.
26. Mullen P, Green L, Persinger G. Meta-analysis of patient education: a comparative analysis of intervention types. *Prev Med* 1985; 14: 753-81.
27. Selby JV. Case control evaluations of treatment and program efficacy. *Epidemiologic Reviews* 1994; 16(1): 90-108.
28. Sousa ALL, Jardim PCBV. A enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional. *Rev Latino-Americana de Enfermagem, Rib. Preto* 1994; 2: 5-7.
29. Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Sanit Panam* 1996; 120(6): 472-81.