

RODRIGO PEREIRA DO AMARAL

**BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DE GRUPOS
TERAPÊUTICOS NO MANEJO DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2007**

RODRIGO PEREIRA DO AMARAL

**BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DE GRUPOS
TERAPÊUTICOS NO MANEJO DE PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do curso de Graduação em
Medicina.**

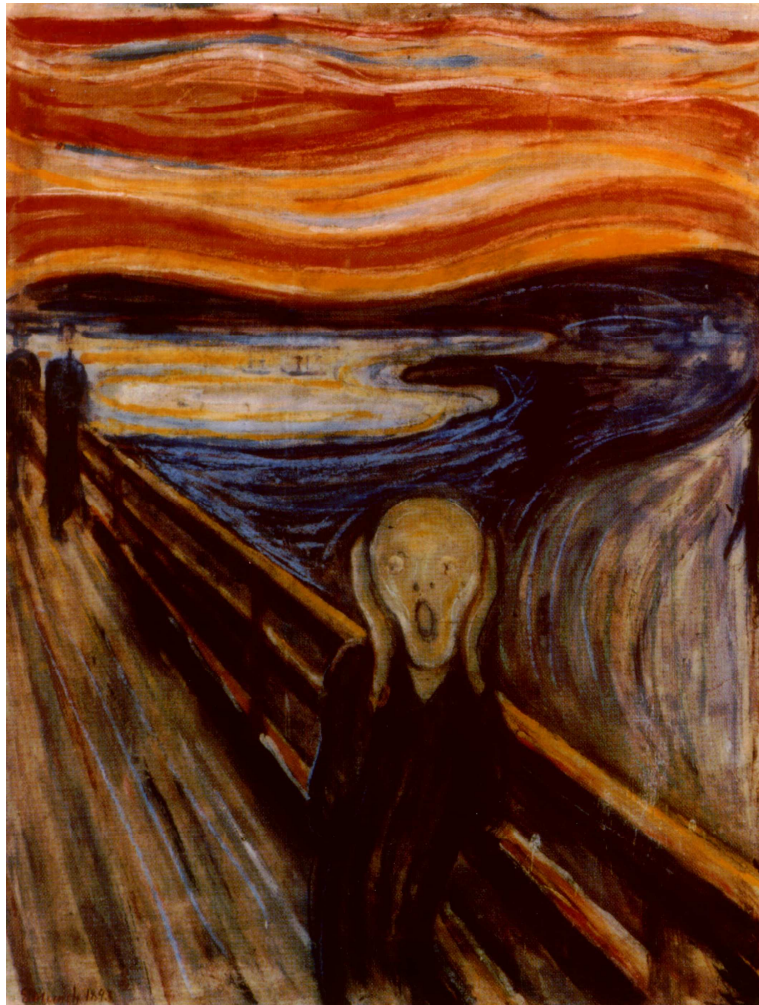
Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereira

Professor Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2007



O grito, de Edvard Munch

“Se você quer civilizar um homem, comece pela avó dele”

Victor Hugo

“Mudar é difícil, mas é possível”

Paulo Freire

*“Educação traz o conhecimento e o conhecimento traz a
responsabilidade”*

Médico entrevistado

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar os meus mais sinceros e profundos agradecimentos a todos que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação e realização deste trabalho:

Aos coordenadores e outros profissionais dos centros de saúde de Florianópolis, que se prontificaram a responder ao questionário enviado, pois sem isso a pesquisa não seria possível.

Aos pacientes, que carinhosamente me acolheram em suas casas, respondendo às minhas perguntas com toda a boa vontade e sem receber nada em troca.

Aos médicos, que acharam tempo em suas agendas lotadas para me atender.

Aos colegas, que me acompanham nesta longa jornada acadêmica. Especialmente àqueles que me acompanharam nas horas mais difíceis, proporcionando, inclusive, momentos de descontração em meio à tempestade, Alisson P. Bresciani, Fabrício J. Pereira, Gustavo K. Borges e Gabriel F. A. de Oliveira.

Ao meu orientador Charles Dalcanale Tesser, que esteve presente nos momentos mais decisivos da pesquisa, emprestando sua sabedoria e experiência.

Ao meu tio e padrinho Frankie J. R. do Amaral, que prontamente atendeu ao meu pedido de ajuda quando necessitei.

Ao meu irmão Robson Pereira do Amaral, com cujos encontros e desencontros me ajudaram a tornar-me a pessoa que sou hoje.

Aos meus pais Hercílio Jonathas Rosa do Amaral e Ana Lúcia Pereira do Amaral, por todo o apoio, compreensão e por terem me dado a chance de existir.

Um agradecimento especial à minha mãe que excedeu em muito suas obrigações maternas e me ajudou de tal forma que, sem ela, a conclusão deste trabalho simplesmente não teria sido possível.

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica essencial é um dos problemas de saúde mais prevalentes em todo o mundo, atingindo, segundo estimativas, um sexto da população. O seu tratamento é um verdadeiro desafio para os médicos em todo o mundo devido às dificuldades encontradas na adesão dos pacientes. Dentre os métodos que têm sido estudados para tentar melhorar essa adesão está a utilização de grupos operativos terapêuticos, que além de melhorar a adesão apresenta outros benefícios.

Objetivos: Investigar os benefícios da utilização de grupos terapêuticos no manejo de pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

Métodos: Fizemos o levantamento dos grupos da rede municipal de centros de saúde de Florianópolis que enfocavam, entre outros temas, a hipertensão. Foram, então, realizadas entrevistas com dez pacientes que freqüentavam dez grupos distintos e dez médicos que atuavam na sua coordenação. Essas entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas a fim de evidenciar quais as vantagens na utilização destes grupos para pacientes com hipertensão.

Resultados: Os centros de saúde que ofereciam grupos deste tipo correspondiam a 21 (44,68%) do total de 47. As transcrições e análise das entrevistas, tanto de médicos quanto de pacientes, sugeriram benefícios aos pacientes hipertensos que podem ser englobados basicamente nas quatro seguintes categorias: educação em saúde, adesão ao tratamento, apoio psicossocial e melhora da qualidade de vida.

Conclusões: A utilização de grupos para pacientes hipertensos é uma prática comum no município de Florianópolis e apresenta diversos potenciais benefícios nos campos da educação em saúde, promoção da saúde e adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Background: Essential systemic arterial hypertension is one of the most prevalent health issues in the world, affecting, according to estimates, one sixth of the population. Its treatment is a real challenge for physicians all around the world due to patient reluctance to accept it. Among the methods that have been studied to solve this problem is the use of self-help groups which, besides helping with compliance, have shown other benefits for patients with hypertension.

Objectives: Investigate the benefits of self-help groups in the management of patients with hypertension.

Methods: We surveyed all groups in the Florianópolis municipal net of public primary health care units that focused on hypertension, among other diseases. Interviews were then carried out with ten patients from ten different groups and also with ten physicians who coordinated these groups. The interviews were recorded, transcribed and analyzed in an attempt to demonstrate the advantages of using self-help groups with patients who have hypertension.

Results: The number of health care units that offered patients this kind of alternative was of 21 (44,68%) out of 47. The transcription and analysis of the interviews suggested benefits that could be divided in the following groups: health education; treatment compliance; psicossocial support and increase in health quality.

Conclusions: The use of self-help groups for patients with hypertension is common in Florianópolis and it presents many benefits in the fields of health education, health promotion and treatment compliance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Disposição dos grupos que preenchem os critérios em relação à pesquisa	14
Figura 2 - Tipos de grupos oferecidos nos centros de saúde de Florianópolis	19
Figura 3 - Centros de saúde que oferecem grupos que tratam de HAS em Florianópolis.....	20
Figura 4 - Tempo de existência dos grupos por faixas	21
Figura 5 - Porcentagem de profissionais citados como coordenadores dos grupos.....	21
Figura 6 - Distribuição dos médicos entrevistados por gênero.....	22
Figura 7 - Tempo de experiência dos médicos entrevistados com grupos	23
Figura 8 - Distribuição etária dos pacientes.....	23
Figura 9 - Distribuição dos pacientes entrevistados quanto à renda.....	24
Figura 10 - Nível de escolaridade dos pacientes entrevistados.....	24

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
SUMÁRIO	viii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Epidemiologia	2
1.2 Etiologia da Hipertensão e Fatores de Risco	2
1.3 O Desafio da Hipertensão	4
1.4 Utilização de Grupos Terapêuticos	6
1.5 Justificativa do Estudo	8
2 OBJETIVOS	9
2.1 Gerais	9
2.2 Específicos	9
3 MÉTODOS	10
3.1 Delineamento do Estudo	10
3.2 Amostra	10
3.2.1 Critérios de Inclusão dos Grupos na Pesquisa	11
3.2.2 Critérios de Exclusão dos Grupos da Pesquisa	11
3.2.3 Critérios de Inclusão dos Médicos na Pesquisa	11
3.2.4 Critérios de Inclusão dos Pacientes na Pesquisa	11
3.2.5 Critérios de Exclusão dos Médicos e Pacientes da Pesquisa	12
3.3 Procedimentos	12
3.3.1 Levantamento dos Grupos	12
3.3.2 Seleção dos Grupos Pré-aprovados	13
3.3.3 Entrevistas	15

3.3.4	Análise do Material	16
3.3.4.1	Pré-análise	17
3.3.4.2	Exploração do Material	17
3.3.4.3	Tratamento dos Resultados	17
3.3.5	Aspectos Éticos	17
4	RESULTADOS	19
4.1	Levantamento dos Grupos	19
4.2	Dados Objetivos dos Médicos Entrevistados	22
4.3	Dados Objetivos dos Pacientes Entrevistados	23
4.4	Resultados das Entrevistas	25
5	DISCUSSÃO	27
5.1	Discussão dos Dados Objetivos	27
5.2	Discussão dos Dados Subjetivos	29
5.2.1	Dificuldades na Criação e Manutenção dos Grupos	29
5.2.2	Educação em Saúde nos Grupos	31
5.2.2.1	Dinâmicas e Atividades de Incentivo ao Autocuidado	34
5.2.2.2	Autonomia e Replicação do Conhecimento	36
5.2.3	Adesão ao Tratamento	37
5.2.4	Apoio Psicossocial	39
5.2.5	Qualidade de Vida e Promoção da Saúde	40
5.2.6	Considerações Finais	42
6	CONCLUSÕES	44
	REFERÊNCIAS	45
	NORMAS ADOTADAS	49
	APÊNDICE I	50
	APÊNDICE II	51
	APÊNDICE III	52
	APÊNDICE IV	53

1 INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial é um conjunto de entidades caracterizadas pelo aumento sustentado dos valores da pressão arterial.¹ Ela pode ser basicamente de dois tipos: a primária (genuína, criptogenética ou essencial), que corresponde a 90% dos casos, e a secundária a outras patologias, que corresponde a 10% dos casos.¹ Neste estudo, ao nos referirmos à hipertensão arterial, estaremos considerando apenas a hipertensão primária e excluindo, portanto, a secundária.

Segundo as mais recentes diretrizes para o manejo da hipertensão (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial; The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Pressure; 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension), é considerado hipertenso aquele paciente que possui níveis pressóricos sistólicos a partir de 140 mmHg e/ou diastólicos a partir de 90 mmHg.²⁻⁴ Embora existam variações quanto às classificações dos pacientes com níveis abaixo e acima deste valor, estas não possuem relevância neste trabalho (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial conforme as diretrizes norte-americanas, brasileiras e européias

Classificação norte-americana	Classificação brasileira e européia	PAS* (mmHg)	PAD[†] (mmHg)
Normal	Ótima	<120	<80
Pré-hipertensão	Normal	120 - 129	80 - 84
	Limítrofe/normal-alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
	Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
	Sistólica isolada	≥140	<90

*Pressão arterial sistólica.

[†]Pressão arterial diastólica.

Obs.: Em caso de pressão sistólica e diastólica em estágios diferentes, considerar o estágio mais alto.

FONTE: Modificado de “Qual a diretriz de hipertensão os médicos brasileiros devem seguir? Análise comparativa das diretrizes brasileiras, européias e norte-americanas”.⁵

1.1 Epidemiologia

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição crônica e silenciosa altamente prevalente, que atinge, segundo estimativas, um sexto da população mundial.⁶ É um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, nefropatias e retinopatias.³ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a HAS é responsável por 62% das doenças cerebrovasculares e 49% das doenças isquêmicas do coração, que são as principais causas de morte em todo o mundo.⁶ É também a segunda causa de lesão renal em estágio terminal, perdendo apenas para a diabetes.³ Aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano podem ser atribuídas à HAS.⁶ No Brasil, a taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC), cuja principal causa é a HAS, na população acima de quarenta anos foi de 31,8% (2006) e a taxa global de óbitos decorrentes de doenças do aparelho cardiovascular foi de 27,4% (2003).⁷ O gasto total em 2006 apenas com internações diretamente relacionadas à HAS foi de R\$ 25.209.719,95 e o gasto total com internações por doenças do aparelho circulatório foi de R\$ 1.348.090.639,72.⁷

1.2 Etiologia da Hipertensão e Fatores de Risco

Apesar de ser tão comum e de onerar imensamente os sistemas de saúde e previdenciários em todo o mundo, a etiologia da HAS ainda não é bem esclarecida. Acredita-se que advenha de uma relação complexa entre fatores ambientais, o sistema nervoso autônomo e os sistemas cardiovascular e renal, estando estes ainda associados a uma predisposição genética.⁸ Mesmo sem ter sua etiologia esclarecida, alguns fatores de risco para o desenvolvimento da HAS foram identificados por meio de estudos ao longo dos anos. São eles a velhice, a ingestão excessiva de sal, a obesidade, o consumo elevado de álcool e o sedentarismo.² A prevalência de HAS apresenta uma discreta variação conforme o sexo e a etnia, sendo mais comum em mulheres negras, com excesso de risco de até 130% em relação às mulheres brancas.² Além de ser mais comum nos negros, costuma apresentar-se de forma mais agressiva nesta etnia, porém não se sabe até que ponto isto se dá devido a fatores genéticos ou fatores socioeconômicos e culturais, pois a HAS também é mais prevalente em níveis socioeconômicos mais baixos, bem como os seus fatores de risco e suas complicações, o que explicaria, pelo menos em parte, a maior prevalência nos negros em relação aos brancos.^{1,2}

A pressão arterial aumenta linearmente com a idade e, como o risco relativo de desenvolver doenças cardiovasculares pelo aumento da pressão arterial não diminui, há um acréscimo significativo do risco absoluto na velhice.^{9,10}

O consumo elevado de sal parece estar relacionado a um aumento da prevalência de HAS e também ao aumento da pressão arterial com a idade, conforme foi evidenciado em estudo realizado com uma população de índios Yanomami, que possuía baixo teor de sal em sua dieta, demonstrando uma prevalência de HAS nula, bem como um aumento da pressão arterial com a idade inexistente.¹¹

De acordo com Stranges *et al.*¹², as pessoas que consomem álcool possuem níveis pressóricos mais elevados, especialmente aqueles que o consomem fora das refeições, independentemente do tipo de bebida ou da quantidade ingerida.

Os benefícios da atividade física na hipertensão já foram evidenciados em diversos estudos que demonstraram que o exercício é capaz de reduzir os níveis pressóricos tanto de pessoas hipertensas quanto saudáveis; além disso, sua importância na redução do peso corporal, outro fator de risco importante, como veremos a seguir, é indiscutível. Pessoas sedentárias apresentam risco 30% maior de desenvolver HAS que os ativos e duas vezes mais chance de desenvolver doenças cardiovasculares.¹³ O exercício aeróbico apresenta efeito hipotensor em indivíduos hipertensos ou não; porém, o efeito é maior em hipertensos.¹⁴ O exercício com resistência moderada também apresenta efeito hipotensor, porém este é menos acentuado que o do exercício aeróbico.¹⁵

A obesidade, principalmente a obesidade central, contribui muito para o aumento do risco cardiovascular. Os pacientes obesos apresentam maior incidência de HAS, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e intolerância à glicose ou diabetes que a população em geral.¹⁶ A prevalência de HAS aumenta sobremaneira com o aumento do índice de massa corpórea e com o aumento da relação entre as medidas da cintura e do quadril.¹⁶ Além de ser um fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão, a obesidade também atua como fator complicador para o indivíduo na prática de exercícios, devido à dificuldade de locomoção pelo excesso de peso e pelos problemas que costuma desencadear nas articulações dos membros inferiores e coluna vertebral, como artrose, lesões meniscais e hérnias discais. A impossibilidade de realizar atividade física acaba dificultando ainda mais a perda de peso, gerando um verdadeiro efeito “bola de neve”, o que leva muitos pacientes a necessitar de intervenções radicais como a cirurgia bariátrica.

Diversos estudos têm tentado relacionar também o nível de estresse psicoemocional com a reatividade cardiovascular e a elevação sustentada da pressão arterial. Embora seja

indiscutível que o estresse agudo eleva transitoriamente a pressão arterial, como ocorre no caso da hipertensão do jaleco branco e como foi demonstrado em estudo feito com anesthesiologistas durante o ato cirúrgico, estaria o nível de estresse a que é submetido um indivíduo relacionado à gênese da HAS?¹⁷ Pesquisa feita com familiares de soldados mortos na Guerra da Bósnia em 1992-1995 evidenciou um aumento da prevalência de HAS nestas em relação às outras famílias da mesma localidade, sendo este superior ao aumento do consumo de álcool e cigarros, sugerindo, portanto, que o estresse provocado pela perda de um familiar estaria relacionado ao aparecimento da HAS.¹⁸ Alguns estudos sugerem inclusive que eventos desencadeadores de grande estresse psicoemocional de forma aguda, como terremotos e atentados terroristas, poderiam causar elevação prolongada dos níveis pressóricos.¹⁹

O fumo, embora seja considerado um fator de risco cardiovascular importante por si só, não o é para o desenvolvimento da HAS. Alguns estudos inclusive demonstraram uma redução da sua prevalência em pacientes que fumam, o que foi atribuído à diminuição do peso, ocasionada pelo uso do tabaco.^{20,21}

A prevalência da hipertensão também varia com a classe social, conforme foi evidenciado em estudo realizado em Salvador (1996-1999), onde foram aferidas as pressões arteriais de voluntários em *shopping centers* freqüentados por classes sociais diferentes, demonstrando um aumento de 14,9% na prevalência naqueles freqüentados pela classe C em relação àqueles freqüentados pela classe A.²² A baixa escolaridade também aumenta muito a prevalência da hipertensão. Em uma compilação de vários estudos feita por Lessa²³, onde foi comparada a prevalência da HAS em analfabetos com a prevalência nas pessoas com ensino secundário e superior, obtiveram-se valores de 1,4 a 7,3 vezes maiores na população analfabeta.

1.3 O Desafio da Hipertensão

Como podemos observar, o único fator de risco que não é passível de modificação é a idade do paciente. Entretanto, conseguir alterar os hábitos de vida de uma pessoa certamente não é uma tarefa simples e requer um árduo processo de reeducação. Boa parte das pessoas sequer considera a HAS como doença. Isto pode ser facilmente comprovado ao se perguntar se estas possuem alguma história de doença na família. Muitas responderão que não, mas, ao serem questionadas sobre familiares hipertensos, dirão que sim, outras responderão diretamente que não possuem história de doença, somente hipertensão.

O tratamento da HAS é bastante complexo, inclui um coquetel de drogas e mudanças de hábitos radicais, como dieta com baixo teor de sódio e rica em potássio e exercícios regulares, que deve ser mantido durante toda a vida do paciente.²⁻⁴ Além disso, a hipertensão é uma condição silenciosa, ou seja, sem manifestações sintomáticas, pelo menos nas fases iniciais, exigindo, portanto, total compreensão de suas conseqüências pelo paciente para que se alcance uma terapêutica adequada. Ela costuma ainda estar associada a diversas outras comorbidades, como a obesidade, a dislipidemia e a diabete, podendo constituir o que se chama de síndrome metabólica, ampliando em muito o espectro de drogas utilizadas e a severidade nas mudanças de hábito.²⁴ Como se não bastasse, a condição de hipertenso e a problemática do tratamento costumam gerar medos e ansiedade nos pacientes, o que acaba por piorar ainda mais o quadro e aumentar os níveis de estresse e de abandono ao tratamento.²⁵ Por isso tudo, os maiores desafios no manejo de pacientes hipertensos são assegurar uma boa adesão ao tratamento, tanto farmacológico quanto não-farmacológico, a correta administração das drogas anti-hipertensivas, especialmente naqueles pacientes com menor grau de instrução, e um apoio psicossocial e educacional adequado.

Para se ter uma idéia do problema, estima-se que de todas as pessoas hipertensas, apenas 50% tenham conhecimento sobre sua condição. Destas 50%, apenas metade faz algum tipo de tratamento, e, dos que fazem tratamento, 55% conseguem controlar adequadamente a pressão arterial, perfazendo um total de apenas 15% dos pacientes com tratamento adequado.²⁶ Segundo estudo feito com 2519 médicos brasileiros, 50% deles acreditam que os pacientes seguem recomendações de dieta hipossódica; 20%, que eles praticam exercícios físicos; 19%, que eles perdem peso; e 60% dos médicos acreditam que a adesão ao tratamento farmacológico é melhor que ao não-farmacológico.²⁷ Ainda, conforme estudo realizado em um Centro de Saúde na Bahia, apenas 58,7% dos pacientes estudados afirmaram acompanhar o tratamento e, destes, 36,2% afirmaram que o tratamento não era regular.²⁸ Dentre as formas de tratamento, 25,2% seguiam apenas o não-farmacológico, 47% seguiam apenas o farmacológico e 27,8% seguiam ambos.²⁸ Os motivos citados para o abandono ao tratamento foram: a ausência de sintomas em 37% das vezes; a falta de medicamentos em 25,4%; a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, em 15,3%; os efeitos adversos dos medicamentos em 8,1%; a orientação médica em 6,5%; e outros em 7,7%.²⁸

1.4 Utilização de Grupos Terapêuticos

Uma das alternativas para melhorar os resultados obtidos no tratamento de pacientes hipertensos é a utilização de grupos operativos terapêuticos como complemento aos atendimentos individuais. Esses grupos possibilitam abordagens diferentes daquelas nos consultórios em vários aspectos, pois permitem ao profissional de saúde dispor de mais tempo para a reeducação e o esclarecimento das dúvidas dos pacientes, além de permitir-lhes compartilhar suas experiências, dúvidas e ansiedades. A abordagem multidisciplinar e a integração entre a equipe de saúde e os pacientes também são bastante facilitadas por esta prática.

Os grupos são divididos em dois grandes ramos, segundo a classificação proposta por Zimmerman²⁹ (Quadro1), psicoterápicos e operativos. Por sua vez, os grupos operativos abrangem os seguintes campos, de acordo com esse autor: “ensino-aprendizagem”, “institucionais”, “comunitários” e “terapêuticos”. Neste trabalho estaremos enfocando os grupos operativos terapêuticos, mais especificamente aqueles conhecidos como grupos de ajuda mútua ou auto-ajuda, voltados à prevenção e ao tratamento da hipertensão e doenças cardiovasculares.²⁹ Conforme a definição dada por Zimmerman²⁹:

Os grupos operativos terapêuticos visam fundamentalmente a uma melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos, quer seja estritamente no plano da saúde orgânica, quer no do psiquismo, ou em ambos ao mesmo tempo.

Quadro 1 - Classificação dos grupos proposta por Zimmerman²⁹

GRUPOS OPERATIVOS	GRUPOS PSICOTERÁPICOS
Ensino-aprendizagem	Psicodramática
Institucionais	Teoria sistêmica
Comunitários	Cognitivo-comportamental
Terapêuticos	Psicanalítica

Alguns autores ampliaram essa classificação, acrescentando novas definições de grupos. Santos³⁰ introduziu o conceito de grupos de promoção à saúde, que é um tipo de grupo terapêutico que contempla ações de prevenção, cura, recuperação e promoção. Outros autores apresentaram classificações novas, como Silva *et al.*³¹, que criou, entre outros, o conceito de grupo de convivência, como uma nova classificação para o modelo de grupos realizados com diabéticos e hipertensos, nos centros de saúde.

A utilização de programas para prevenção de doenças cardiovasculares em forma de programas comunitários, que se utilizavam de terapia de grupo, dentre outras estratégias,

iniciou na Europa e nos Estados Unidos, no início da década de 1970.³² O mais famoso desses programas foi o “*North Karelia Project*”, que ajudou a reduzir drasticamente os fatores de risco de uma população finlandesa, chegando a obter reduções na mortalidade por doenças cardiovasculares, na população de 35 a 64 anos, de 57% em 22 anos de programa.³² No entanto a utilização de grupos de auto-ajuda para hipertensos não é abordada diretamente nas principais diretrizes internacionais de hipertensão.^{3,4} Nas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, entretanto, aparecem trechos que recomendam a utilização de grupos para pacientes hipertensos e a criação de ligas e associações de portadores de hipertensão arterial.² Segundo essas diretrizes, “as ações educativas e terapêuticas em saúde devem ser desenvolvidas com grupos de pacientes, seus familiares e a comunidade, sendo adicionais às atividades individuais”. No tocante aos grupos, elas definem que a equipe deva usar de todos os meios disponíveis para incentivar mudanças no estilo de vida, a fim de eliminar os fatores de risco cardiovasculares e incentivar o uso ininterrupto das drogas anti-hipertensivas. Defendem que, nesse tipo de atividade, o paciente se identifica com outras pessoas que possuem problemas semelhantes, aprende a expressar seus medos e expectativas e, com isso, compartilha das experiências de todos, buscando soluções reais para problemas de saúde semelhantes aos seus.

Barros³³, em 2006, avaliou um desses grupos realizado no Centro de Saúde Saco Grande II, em Florianópolis, e, ao comparar os níveis pressóricos dos participantes com um grupo controle de pacientes que não o freqüentavam, encontrou uma diferença significativa na pressão arterial, com uma média de 11 mmHg na pressão sistólica e 7 mmHg na diastólica. Boulware *et al.*³⁴ realizaram uma metanálise testando a eficácia de métodos comportamentais, que são semelhantes aos trabalhos desenvolvidos nos grupos, na redução da pressão arterial. Os métodos testados foram a auto-monitorização da pressão arterial, tutoria centrada no paciente (*patient-centered counseling*) e cursos de treinamento, isoladamente e em conjunto. O melhor resultado foi obtido na combinação da tutoria e os cursos de treinamento. Isoladamente, a tutoria apresentou uma eficácia consideravelmente superior ao tratamento regular, com diminuição de 3,2 mmHg na pressão diastólica e 11,1 mmHg. Rosado *et al.*³⁵ testaram um método educativo que consistia em um curso de sessenta horas durante seis meses, abordando temas relacionados à hipertensão, e, ao final deste curso, constataram uma redução média do IMC de 2,75, uma diminuição da pressão arterial média de 13,69 mmHg, além de um aumento dos conhecimentos sobre HAS, aferido com a realização de uma prova.

Mello³⁶, em 2004, analisou o impacto dessa abordagem terapêutica com grupos na qualidade de vida dos participantes por meio de entrevistas com os freqüentadores do mesmo

grupo no Centro de Saúde Saco Grande II e constatou que 100% dos pacientes acreditavam que a participação no grupo teve um efeito positivo na sua qualidade de vida. A maioria (72,7%) acreditava que o grupo exercia uma função social e de lazer importante e 100% dos pacientes se achavam mais aptos a manter o tratamento após a participação no grupo.

1.5 Justificativa do Estudo

A utilização de grupos é uma prática comumente encontrada nos centros de saúde do município de Florianópolis e do resto do Brasil; porém, geralmente não é abordada nos livros de clínica médica e de atenção primária adotados na maioria das faculdades de medicina em todo o mundo. Além disso, o tema não consta no currículo de muitos dos cursos de medicina do país. Considerando-se que, cada vez mais, há uma tendência de os médicos recém-formados trabalharem em centros de saúde ou cursarem residências em Saúde da Família e Comunidade, essa é uma prática no mínimo questionável.

Este estudo pretende esclarecer quais são os benefícios da utilização dos grupos terapêuticos no manejo dos pacientes hipertensos quanto à adesão ao tratamento, tanto farmacológico quanto no que diz respeito a mudanças de hábitos de vida, à compreensão da sua condição de hipertenso e suas implicações e ao apoio psicossocial recebido. Com isso, pretende ampliar os conhecimentos acerca destes grupos e sua influência na eficácia do tratamento e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

2 OBJETIVOS

2.1 Gerais

1. Investigar os benefícios da utilização de grupos terapêuticos no manejo de pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

2.2 Específicos

1. Pesquisar na literatura quais os benefícios dos grupos terapêuticos no manejo da hipertensão arterial sistêmica.
2. Fazer levantamento dos centros de saúde do município de Florianópolis que oferecem grupos voltados para hipertensos.
3. Investigar junto aos pacientes freqüentadores de grupos terapêuticos para hipertensos, nos centros de saúde do município de Florianópolis, e aos profissionais que os coordenam quais os benefícios destes no manejo da hipertensão.
4. Comparar os dados encontrados na literatura com os obtidos junto aos pacientes e profissionais.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento do Estudo

Este é um estudo observacional, descritivo, transversal, com caráter analítico e metodologia qualitativa.

3.2 Amostra

A amostra foi composta de dez pacientes hipertensos, freqüentadores de grupos terapêuticos em seus respectivos centros de saúde, no Município de Florianópolis, com enfoque nos fatores de risco para doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão arterial sistêmica (HAS); bem como dez profissionais médicos que atuam na coordenação desses grupos.

Antes da realização da pesquisa em si, deu-se início a uma fase exploratória em que foi feito o levantamento dos grupos existentes na rede municipal de centros de saúde, após o qual, estes foram submetidos aos Critérios de Inclusão dos Grupos na Pesquisa, sendo os aprovados selecionados conforme sua disponibilidade, tempo de existência e conveniência ao pesquisador, até preencher o número máximo de dez. Cada grupo selecionado contribuiu, então, com um médico e um paciente para a pesquisa. Optou-se pela utilização de diversos grupos em vez de um único para diminuir os vieses que poderiam ser decorrentes de particularidades de cada um deles e para possibilitar a ampliação do número de médicos participantes da pesquisa.

Nos casos em que existissem dois ou mais médicos envolvidos com a coordenação do(s) grupo(s) e que preenchessem os Critérios de Inclusão dos Médicos na Pesquisa, seria selecionado aquele que tivesse maior tempo de experiência com o grupo em questão. No caso de terem o mesmo tempo de experiência como coordenador do grupo, escolher-se-ia aquele que tivesse mais experiência com grupos ao longo de sua vida profissional. Caso ainda assim houvesse empate, a escolha seria aleatória.

Quanto à seleção dos pacientes, foi solicitado ao médico, no fim de cada entrevista, que indicasse três pacientes que, segundo sua avaliação, houvessem obtido um bom resultado com a participação no grupo e que preenchessem os Critérios de Inclusão dos Pacientes na

Pesquisa. Desses três, apenas um foi selecionado, de forma aleatória, mas se este não fosse encontrado em seu domicílio, tentar-se-ia outro, até obter-se êxito na realização da entrevista. Os pacientes indicados geralmente são os que mais aderem ao grupo e fazem parte do núcleo permanente deste, que são os mais assíduos às reuniões. Embora esse tipo de seleção possa ser considerado um viés, o objetivo deste estudo foi evidenciar os benefícios da utilização do grupo e não uma análise fiel de suas atividades, que expusesse também os seus problemas e defeitos.

3.2.1 Critérios de Inclusão dos Grupos na Pesquisa

- Ter enfoque nos fatores de risco para doenças cardiovasculares, incluindo HAS.
- Existir há pelo menos um ano com reuniões regulares e estar ativo no momento da pesquisa, ou seja, não ter suspenso suas reuniões por período superior a duas reuniões consecutivas ou três meses.
- Ter, no mínimo, um médico que preencha os Critérios de Inclusão dos Médicos na Pesquisa e que atue na coordenação do grupo.

3.2.2 Critérios de Exclusão dos Grupos da Pesquisa

- Não preencher os respectivos critérios de inclusão.
- Não ser selecionado pelo pesquisador.

3.2.3 Critérios de Inclusão dos Médicos na Pesquisa

- Ter atuado como coordenador de um dos grupos selecionados por, pelo menos, seis meses com reuniões regulares e ter trabalhado com grupos por mais de dois anos.
- Ser o único médico selecionado nesse grupo.
- Aceitar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice I).

3.2.4 Critérios de Inclusão dos Pacientes na Pesquisa

- Ter diagnóstico firmado de HAS essencial.
- Ter frequentado as reuniões de um dos grupos selecionados de forma regular há, no mínimo, um ano.
- Ser o único paciente selecionado nesse grupo.

- Aceitar e assinar o TCLE.

3.2.5 Critérios de Exclusão dos Médicos e Pacientes da Pesquisa

- Não preencher os respectivos critérios de inclusão.

3.3 Procedimentos

3.3.1 Levantamento dos Grupos

O levantamento dos grupos foi feito por meio do envio de um questionário (Apêndice II) a todos os centros de saúde de Florianópolis. Esse questionário visava não somente ao levantamento dos grupos existentes para se dar, então, seqüência à pesquisa, mas também à produção de dados objetivos com a finalidade de delinear a situação dos grupos no município.

Primeiramente, tentou-se enviá-lo por intermédio de correspondência eletrônica, utilizando-se a página da Secretaria Municipal de Saúde.³⁷ Na ausência de respostas foi aventada a possibilidade de que a página não estaria funcionando corretamente. Ao enviar-se nova correspondência com a finalidade de testar o correto funcionamento do sistema, descobriu-se que as mensagens enviadas por meio da página eram endereçadas primeiramente à ouvidoria e não aos centros de saúde, como se imaginava. Então, tentou-se o envio do questionário diretamente aos respectivos endereços eletrônicos encontrados na mesma página. Obtiveram-se com esse método algumas respostas; porém, em número muito inferior ao esperado. O mesmo método foi tentado mais algumas vezes, com resultado insatisfatório, obtendo-se um número de respostas inferior a 15% do total de centros de saúde, ou seja, sete dos 47 existentes.

Em segundo lugar, tentou-se novo envio de correspondência eletrônica, porém dessa vez endereçada aos médicos do Programa de Saúde da Família que atuam como preceptores dos alunos do internato médico em Saúde Pública, nos centros de saúde conveniados com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), cuja resposta ainda não havia chegado com as outras tentativas. Embora apenas cerca da metade dos centros de saúde seja conveniada à UFSC, esperava-se com isso reduzir consideravelmente o número de centros de saúde para nova tentativa por outros meios que requereriam mais tempo e implicariam gastos maiores, como o telefone e o fax. Novamente obteve-se resposta insatisfatória, atingindo-se menos de um terço da totalidade dos centros de saúde, cerca de 15 deles.

Em terceiro lugar, recorreu-se ao contato por via telefônica com os coordenadores dos centros de saúde que ainda não haviam respondido ao questionário, seguido do envio deste por intermédio de carta via fax. Na mesma época, enviou-se também ofício à Secretaria de Saúde, solicitando que fosse enviada a carta aos coordenadores de todos os centros de saúde, na esperança de ampliar o número de respostas. Com estas medidas, obteve-se uma resposta considerável, porém ainda distante do objetivo de se fazer levantamento de todos os centros de saúde, chegando-se a cerca de 35 centros de saúde catalogados.

Como último recurso, então, foi feito contato por via telefônica com os coordenadores dos centros que ainda não haviam respondido ao questionário, aplicando-se este. Com isso, faltou apenas um centro de saúde, com o qual não se conseguia contato telefônico. Entrou-se então em contato com a Secretaria de Saúde para saber o motivo e descobriu-se que este centro encontrava-se em reforma e, portanto, estava inativo no momento.

3.3.2 Seleção dos Grupos Pré-aprovados

Após o levantamento e aplicação dos critérios de inclusão, obtiveram-se 16 grupos dentre todos os 47 centros de saúde de Florianópolis que cumpriam os requisitos para serem incluídos na pesquisa. Destes 16, foram selecionados dez, conforme o seu tempo de existência, disponibilidade do médico para a entrevista e a localização conveniente do centro de saúde.

Os centros de saúde selecionados foram: Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Fazenda do Rio Tavares, Rio Vermelho, Santo Antônio de Lisboa, Trindade, Lagoa da Conceição, Prainha, Vargem Grande e Canto da Lagoa. Entretanto, durante a realização das entrevistas, descobriu-se que o grupo da Prainha já não se encontrava ativo havia quatro meses e, portanto, não preenchia mais os critérios de inclusão. Já o grupo da Vargem Grande não os preenchia porque o médico que estava coordenando o grupo o fazia há menos de seis meses. O grupo do Canto da Lagoa também foi excluído por não se conseguir marcar entrevista com o médico naquele período, optando-se por selecionar novo grupo a fim de acabar a pesquisa no prazo. Os três novos grupos selecionados, então, foram: Saco Grande, Saco dos Limões e Barra da Lagoa. A disposição final dos grupos que preenchiam os critérios encontra-se na figura 1.

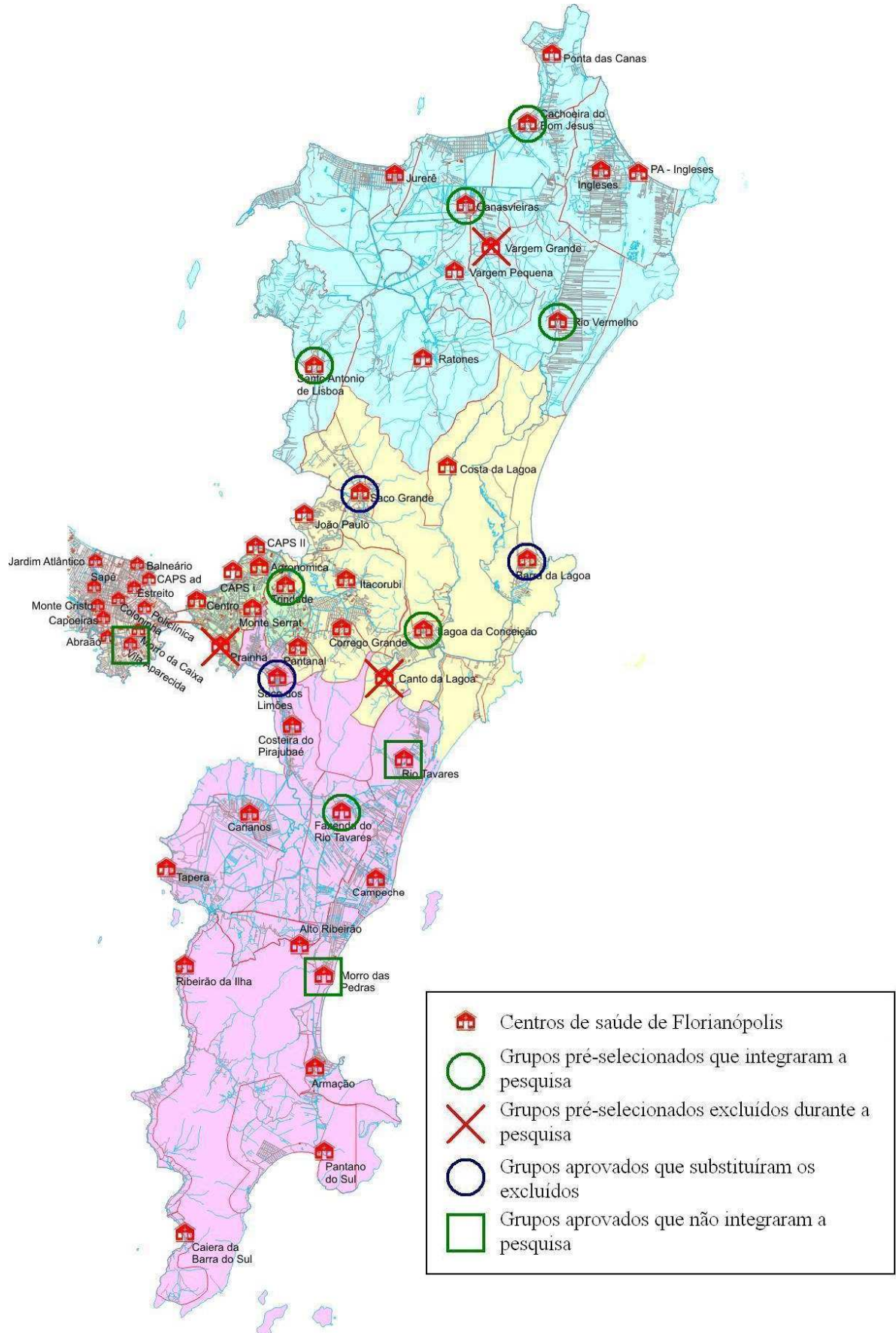


Figura 1 - Disposição dos grupos que preenchem os critérios em relação à pesquisa
 FONTE: Modificado de figura retirada da página da Secretaria Municipal de Saúde.³⁷

3.3.3 Entrevistas

As entrevistas, tanto dos pacientes como dos profissionais, foram feitas seguindo-se roteiros de perguntas semi-estruturados (Apêndices III e IV), gravadas em áudio digital e transcritas para posterior análise e comparação com a literatura. Junto dos roteiros estão pequenos questionários objetivos que foram aplicados com a finalidade de produzir dados estatísticos, delineando a população estudada.

Os roteiros foram elaborados com o intuito de esclarecer o funcionamento do grupo e sua influência sobre os pacientes. As perguntas elaboradas são do tipo abertas, evitando, ao máximo, respostas dicotômicas e a indução de respostas por parte do entrevistador, porém permitindo a intervenção deste com perguntas fechadas quando se fizesse necessário, todavia sem cercear a comunicação, conforme proposto por Minayo³⁸:

No formato final de sua elaboração, o roteiro deve apresentar-se na simplicidade de alguns tópicos que guiam uma *conversa com finalidade* (Minayo, 2004) sob as seguintes condições (a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

As perguntas apresentadas nos roteiros de entrevistas funcionam como guia da entrevista; entretanto, nem tudo que está escrito precisa ser perguntado aos sujeitos da pesquisa na forma como foi colocado, ficando a critério do entrevistador alterar seu conteúdo e sua ordem a fim de estimular a conversa mais solta e com seqüência lógica. Apesar de não ser recomendado o uso de perguntas acerca de conceitos ou opiniões, privilegiando aquelas que tratam da vivência do entrevistado, segundo Minayo³⁸, nesse estudo optou-se pela introdução de tais perguntas (perguntas número 4, 9 e 10, no roteiro dos pacientes e 7 no roteiro dos médicos) em momentos oportunos, como ao final das entrevistas, de forma a não interromper a seqüência das entrevistas e com a finalidade de evocar nova reflexão sobre alguns assuntos de relevância.

Antes da elaboração dos roteiros definitivos, foram executadas duas entrevistas, uma com paciente e outra com médico, seguindo-se roteiros preliminares, como uma espécie de fase pré-teste; entretanto, ao final desta fase, optou-se por aproveitar essas entrevistas dada a escassez de grupos disponíveis para a realização da pesquisa e a qualidade aceitável do material produzido. Ao decorrer das entrevistas, os roteiros sofreram algumas alterações, à

medida que novos fatos de relevância foram surgindo, conforme já era previsto por Minayo³⁸. Os roteiros apresentados nos apêndices III e IV são, portanto, os roteiros definitivos.

Na execução das entrevistas, procurou-se seguir da melhor forma possível as orientações dadas por Minayo³⁸, quanto à “menção do interesse da pesquisa”, “apresentação de credencial institucional”, “explicação dos motivos da pesquisa”, “justificativa da escolha do entrevistado” e “garantia de anonimato e sigilo” aos entrevistados, além da utilização de uma conversa inicial antes de iniciar a entrevista em si. A única recomendação que não foi possível seguir foi a de que uma pessoa de confiança da pessoa entrevistada, como um líder da comunidade, fizesse a mediação entre o entrevistador e o entrevistado, salvo um caso onde uma agente de saúde ofereceu-se gentilmente para acompanhar o entrevistador à casa de um dos pacientes e outro caso onde o médico fez contato telefônico com o paciente avisando-o da chegada do entrevistador.

3.3.4 Análise do Material

A pesquisa produziu dois tipos de materiais: aquele composto por dados quantitativos e aquele composto por dados qualitativos. Os dados quantitativos foram obtidos durante a fase de levantamento dos grupos por meio das perguntas objetivas contidas no início dos roteiros de entrevistas. Esses dados foram quantificados e analisados de forma estatística a fim de delinear o ambiente no qual estava sendo conduzida a pesquisa, ou seja, a situação dos grupos nos centros de saúde de Florianópolis, e também a população que foi alvo desta.

Os dados qualitativos foram aqueles obtidos por meio das transcrições das entrevistas feitas com pacientes e médicos, constituindo-se no objetivo principal deste trabalho. Esses dados foram analisados utilizando-se o método de análise de conteúdo sistematizado por Bardin³⁹. A técnica utilizada foi a análise temática, em que o texto é analisado por intermédio dos sentidos embutidos em suas palavras, ou seja, o tema, que de acordo com a própria definição da autora, “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”, podendo ser analisado de forma quantitativa (quanto à frequência que o tema aparece no texto) ou qualitativa (quanto à presença ou não do tema no texto). A análise do conteúdo seguiu então as suas três fases cronológicas que, baseado na autora, são: “a pré-análise”; “a exploração do material”; e “o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”. Embora esta seja uma divisão lógica da análise, deve ficar claro que ela é uma divisão didática, pois muitas

vezes, durante o processo, podemos pular de uma fase para outra sem seguir a seqüência, seja de forma consciente ou inconsciente.

3.3.4.1 Pré-análise

A fase da pré-análise consiste na organização inicial do material que será analisado. Ela é de extrema importância, pois norteará o restante da análise de conteúdo e nela serão elaborados os pressupostos iniciais que serão utilizados na interpretação do material e os conceitos teóricos que orientarão a análise. Para isso se faz o que se chama de uma leitura flutuante dos documentos, que nada mais é que uma leitura de todo o material que dará uma noção melhor do conjunto, sem a necessidade da análise minuciosa do material.

3.3.4.2 Exploração do Material

A exploração do material consiste na fase mais longa da análise de conteúdo. É a parte em que os documentos são relidos, desta vez de forma minuciosa, a fim de serem extraídos todos os temas possíveis, agrupando-se os trechos dos diversos documentos sob eles, processo esse chamado de categorização. Essas categorias serão as bases para elaboração do texto que dará forma à discussão do trabalho. Muitas destas categorias já foram criadas durante a fase de pré-análise; no entanto, novas categorias podem e devem ser criadas durante essa fase com a finalidade de abranger todos os temas encontrados.

3.3.4.3 Tratamento dos Resultados

A última etapa da análise de conteúdo consiste na elaboração de um texto com seqüência lógica, podendo conter trechos dos documentos, conclusões do autor, dados de outros estudos e conceitos teóricos, usando como roteiro os temas que foram criados durante as fases anteriores.

3.3.5 Aspectos Éticos

Todas as pessoas que participaram das entrevistas foram devidamente esclarecidas sobre o caráter voluntário da pesquisa e lhes foi dada a opção de desistir a qualquer momento, bastando para isso comunicar sua decisão ao pesquisador principal. A ciência desses termos foi expressa por meio da assinatura, pelos participantes, do TCLE. Todos os dados que

pudessem identificar os sujeitos da pesquisa foram omitidos no trabalho final e todos os arquivos que continham tais dados foram armazenados de forma que apenas o pesquisador principal tenha acesso. A pesquisa não apresentou nenhum risco à integridade física ou mental das pessoas envolvidas, e que de forma alguma foram persuadidas a participar contra sua vontade.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovado sob o protocolo 325/06, antes do início da pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 Levantamento dos Grupos

Apesar de todos os problemas encontrados durante a fase exploratória da pesquisa, foi possível a aplicação do questionário (Apêndice I) a todos os centros de saúde de Florianópolis que estavam em funcionamento. Entretanto, devemos ressaltar que, devido ao tempo decorrido até o fim da coleta dos dados (cerca de três meses), muitos dos grupos incluídos nesses dados poderiam já não existir mais, assim como novos grupos poderiam ter surgido. Três centros de saúde encontravam-se em reforma no momento da pesquisa e, portanto, não possuíam grupo em funcionamento ou não podiam ser contatados durante o levantamento, sendo presumido que não possuíam grupos ativos pelo fato de não estarem em funcionamento.

O número de centros que ofereciam tais grupos, independentemente de estes se enquadrarem ou não nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, era de 21, ou seja, 44,68% do total de 47 que compõem a rede municipal de centros de saúde (Figura 3).

Dentre os centros de saúde, apenas um (4,76%) dizia possuir grupos que enfocavam HAS isoladamente (o que não impossibilitaria a abordagem de outros temas relacionados), 16 (76,19%) diziam enfocar HAS e diabetes e quatro (19,05%) diziam enfocar HAS, diabetes e outros temas, como doenças crônicas em geral, problemas na velhice, entre outros (Figura 2).

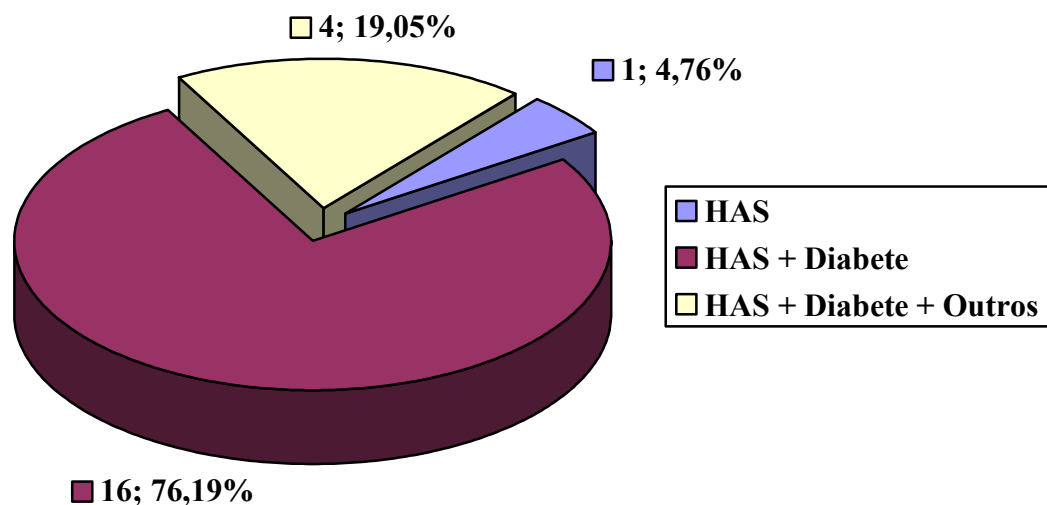


Figura 2 - Tipos de grupos oferecidos nos centros de saúde de Florianópolis

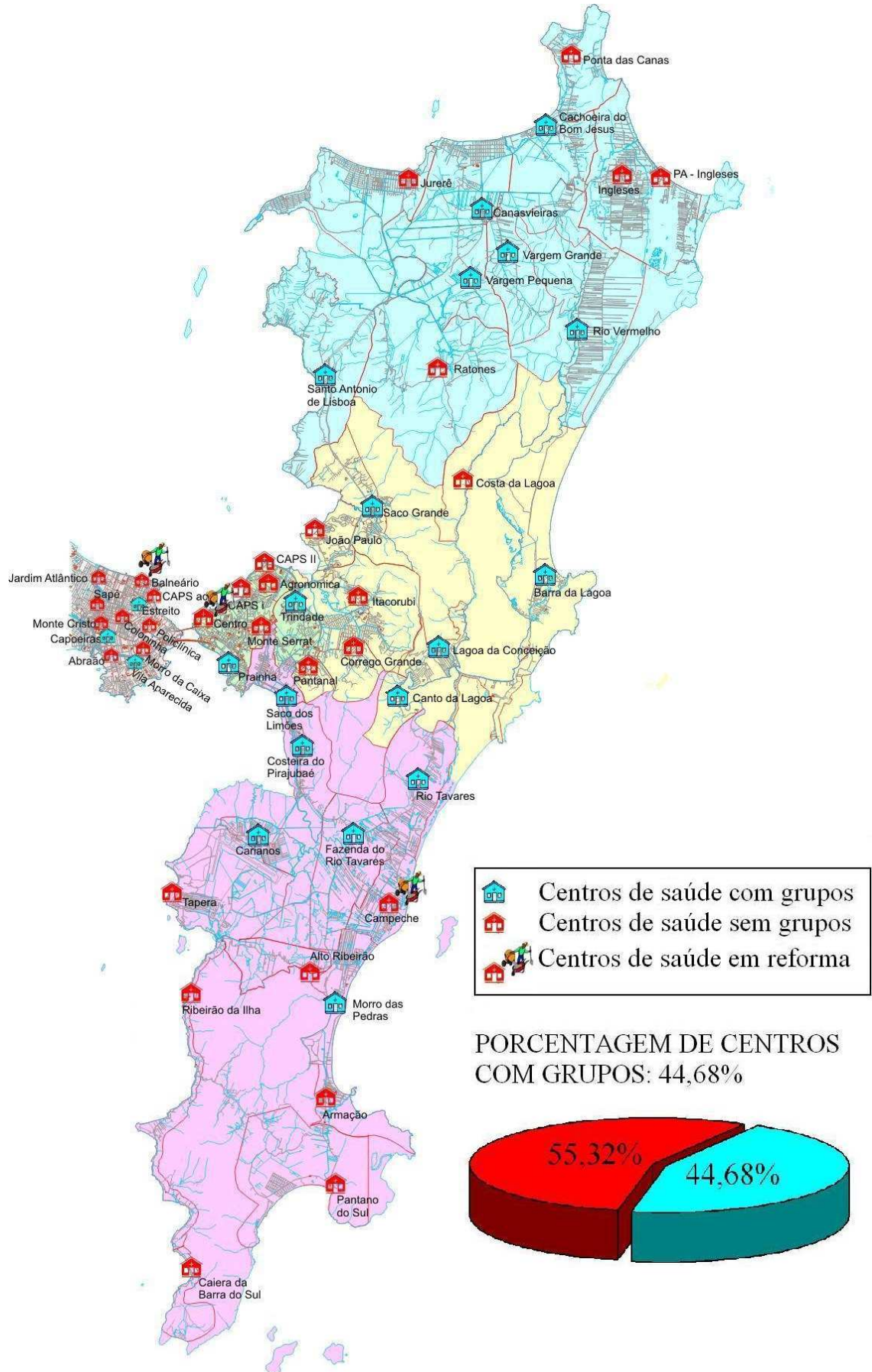


Figura 3 - Centros de saúde que oferecem grupos que tratam de HAS em Florianópolis
 FONTE: Modificado de figura retirada da página da Secretaria Municipal de Saúde.³⁷

Dos 21 centros de saúde que ofereciam grupos, 19 possuíam apenas um grupo, um possuía dois grupos e um possuía 24 grupos.

Quanto ao tempo de existência dos grupos, cinco centros (23,81%) possuíam grupos com até um ano, dez (47,62%) de dois a cinco anos, cinco (23,81%) de seis a dez anos e um (4,76%) possuía um grupo com vinte anos. A maior parte dos centros de saúde, portanto, possuía grupos entre um e cinco anos, e a média era de 4,32 anos (Figura 4).

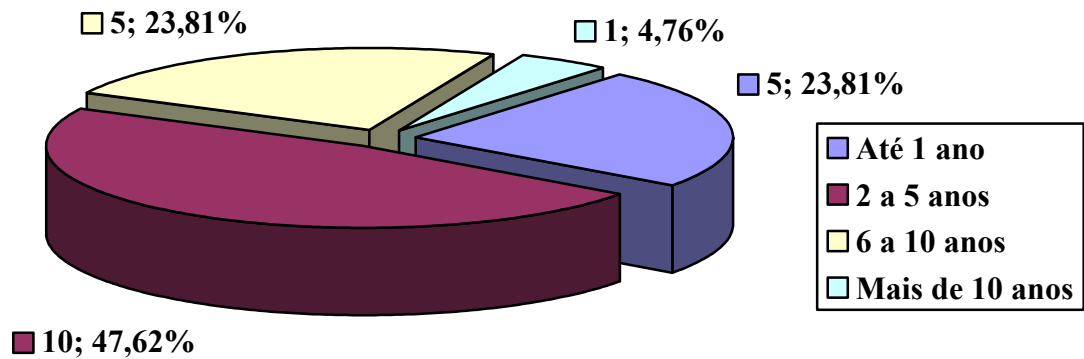


Figura 4 - Tempo de existência dos grupos por faixas

Quando questionados quais profissionais coordenavam os grupos, os médicos foram citados em 95,24% das vezes (mais de um tipo de profissional foi citado na maioria das vezes), enfermagem (enfermeiros ou técnicos de enfermagem) em 85,71%, agentes de saúde em 28,57%, dentistas em 14,29%, psicólogos em 9,52% e nutricionistas, professores de educação física, residentes de farmácia e nutrição e acadêmicos de medicina em 4,76% cada (Figura 5).

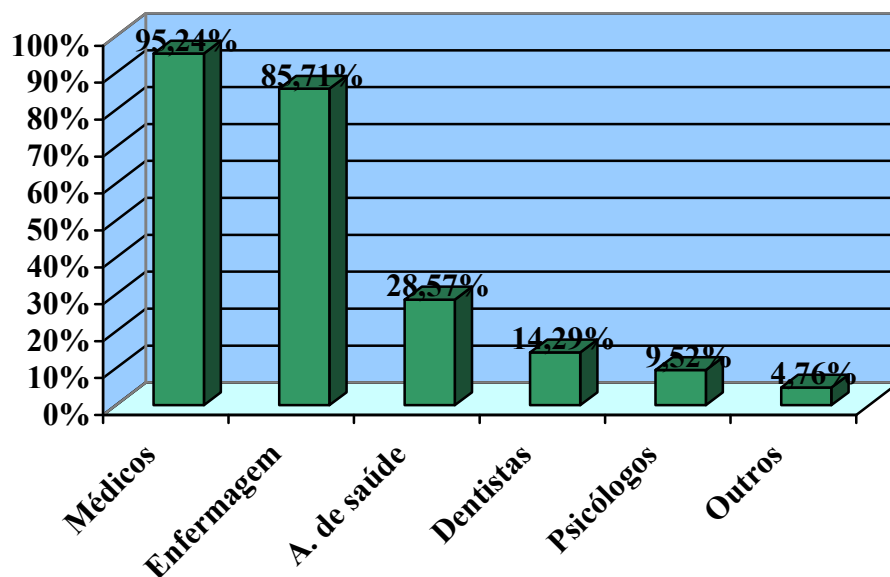


Figura 5 - Porcentagem de profissionais citados como coordenadores dos grupos

Quanto à periodicidade das reuniões dos grupos, em um dos centros de saúde (4,76%) elas ocorriam a cada trimestre, em 17 (80,95%) uma vez por mês, em um (4,76%) duas vezes por mês, em outro (4,76%) quatro vezes por mês e em outro ainda (4,76%) oito vezes por mês.

O número de pessoas que freqüentavam, em média, cada grupo variou de 8 a 35, com três centros de saúde (14,29%) possuindo grupos de até dez usuários por grupo, oito (38,10%) de 11 a 20 usuários, nove (42,86%) de 21 a 30 e um (4,76%) acima de trinta usuários. Alguns centros de saúde, ao serem questionados quanto ao número médio de usuários por grupo, informaram um intervalo numérico, em vez de um único número, sendo, portanto, calculada a média deste intervalo.

Entre os dez centros de saúde que participaram da pesquisa final, sete (70%) deles informaram possuir grupos com tempo de existência entre dois e cinco anos, dois (20%) entre seis e dez anos e um (10%) existia há vinte anos. Dois dos centros (20%) afirmaram ainda possuir grupos que enfocavam HAS, diabetes e outros assuntos; um (10%), grupo específico para HAS; e os demais (70%), grupos voltados para HAS e diabetes. Quanto à periodicidade, um centro (10%) disse realizar reuniões trimestrais; outro (10%), reuniões duas vezes ao mês; e os demais, reuniões mensais. Em relação ao número de usuários por grupo, dois centros de saúde (20%) possuíam grupos com até dez pessoas, um (10%) de 11 a 20 e os outros sete (70%) possuíam grupos com 21 a 30 usuários.

4.2 Dados Objetivos dos Médicos Entrevistados

Foram entrevistados dez médicos; destes, seis (60%) eram do sexo feminino e quatro (40%) do sexo masculino (Figura 6).

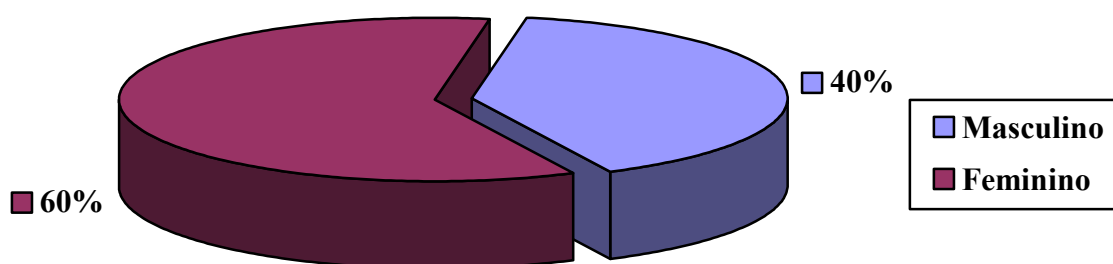


Figura 6 - Distribuição dos médicos entrevistados por gênero

Quanto à idade dos médicos entrevistados, um (10%) estava abaixo dos trinta anos, quatro (40%) tinham entre 31 e 40 anos, dois (20%) entre 41 e 50 anos e três (30%) entre 51 e 60 anos.

Em relação ao tempo de experiência com coordenação de grupos, cinco (50%) tinham entre três e cinco anos de experiência na área, dois (20%) entre seis e dez anos, dois (20%) entre 11 e 20 anos e um possuía 32 anos de experiência (Figura 7). A média foi de 10,4 anos por profissional.

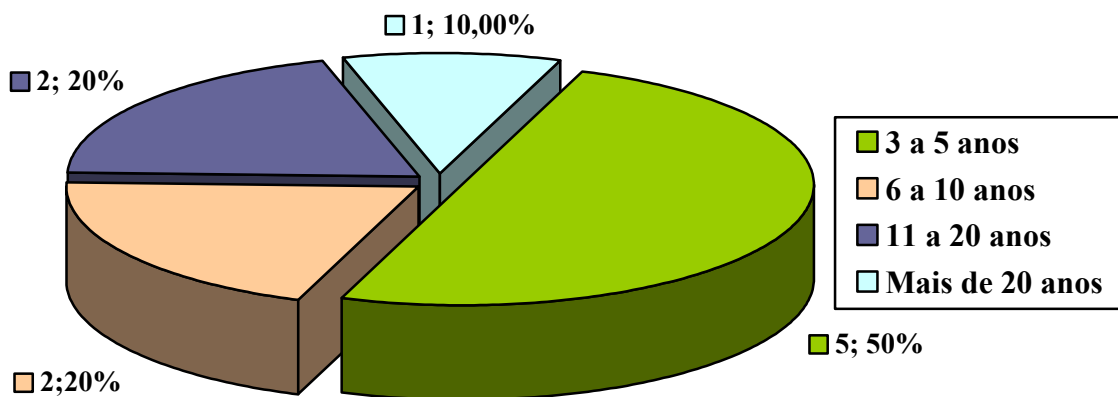


Figura 7 - Tempo de experiência dos médicos entrevistados com grupos

4.3 Dados Objetivos dos Pacientes Entrevistados

Dos dez pacientes entrevistados, nove (90%) eram do sexo feminino e apenas um (10%) do sexo masculino.

A idade dos pacientes variou de 53 a 79 anos, com média de 67,2 anos. Sete (70%) deles estavam acima de 60 anos, mostrando uma predominância dos pacientes considerados idosos (Figura 8).

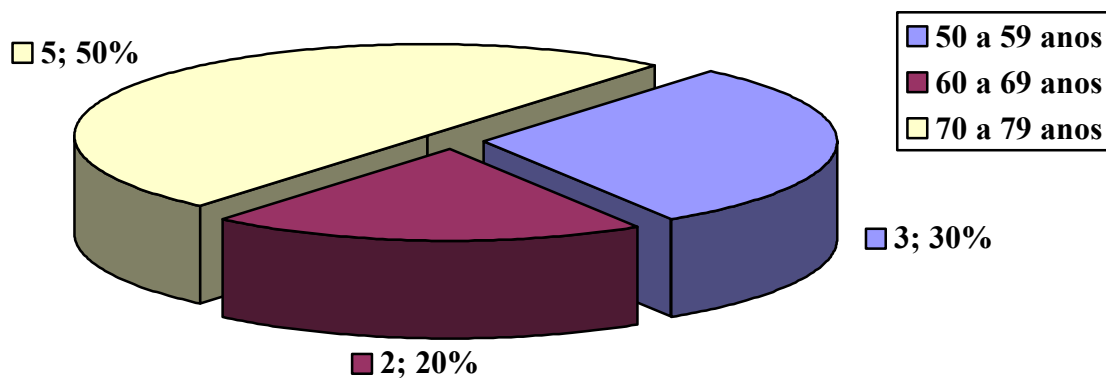


Figura 8 - Distribuição etária dos pacientes

Quanto à renda familiar, três pacientes (30%) apresentavam ganhos de até dois salários mínimos (R\$ 700,00), cinco (50%) três ou quatro salários mínimos (R\$ 1.400,00) e dois (20%) acima de quatro salários mínimos (Figura 9).

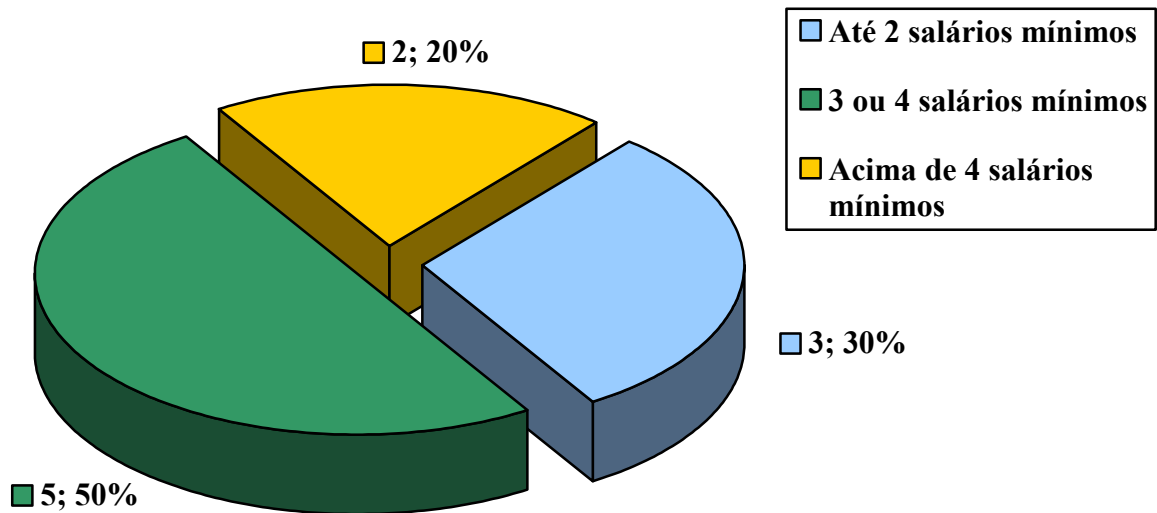


Figura 9 - Distribuição dos pacientes entrevistados quanto à renda

No tocante à escolaridade, um paciente (10%) nunca havia freqüentado escola, sete (70%) possuíam nível fundamental incompleto e dois (20%), ensino médio completo (Figura 10).

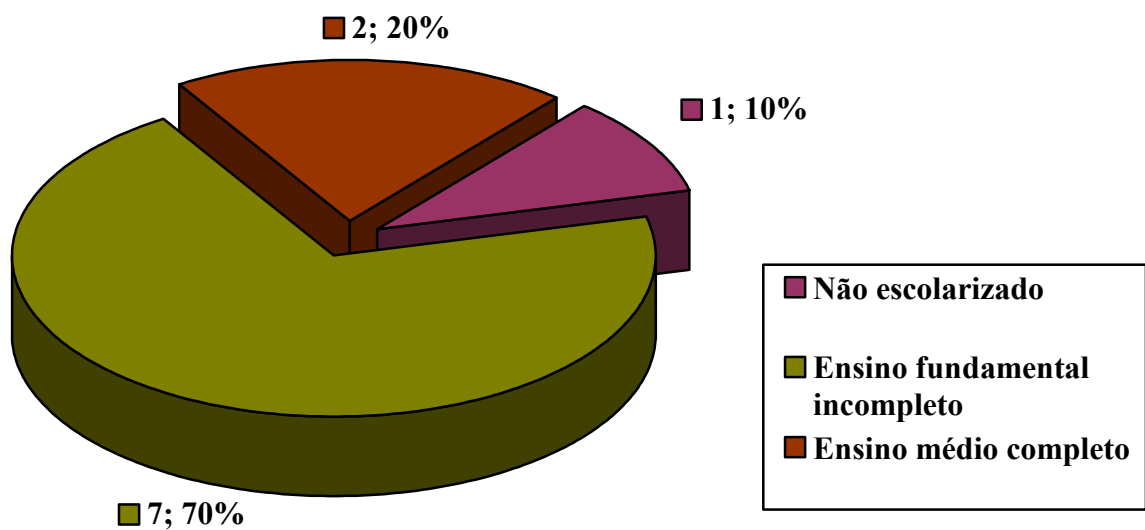


Figura 10 - Nível de escolaridade dos pacientes entrevistados

O tempo de diagnóstico da hipertensão variou entre oito e vinte anos, sendo três (30%) com menos de dez anos e os outros sete (70%) entre 11 e 20 anos, com média de 13,7 anos.

O tempo de frequência dos pacientes aos grupos variou de um até dez anos, sendo metade com frequência até cinco anos e a outra metade de seis a dez anos, com média de 5,3 anos por paciente.

4.4 Resultados das Entrevistas

As transcrições foram analisadas segundo o método, passando pelas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na segunda fase, foram feitas as categorizações dos temas extraídos dos documentos, os quais foram agrupados em cinco grandes temas: educação em saúde; adesão ao tratamento; apoio psicossocial; qualidade de vida; e problemas com os grupos. Nos casos em que se julgou necessário, foram criados subtemas, como forma de complementar a sistematização para a terceira fase. Os temas foram criados e agrupados com a finalidade de manter uma seqüência lógica para a realização da discussão; entretanto, deve ficar claro que é impossível se fazer uma categorização perfeita, pois os temas são inter-relacionados e muitos deles, apesar de terem sido agrupados neste ou naquele tema principal, poderiam ser importantes em outra área. A distribuição final dos temas está expressa no quadro 2.

Quanto ao funcionamento dos grupos, durante a realização das entrevistas percebeu-se que esses não eram homogêneos. Enquanto alguns enfocavam mais o aspecto educativo, outros privilegiavam a socialização de seus integrantes. Uns trabalhavam mais com a prevenção primária da doença e a promoção de saúde, outros abordavam o tratamento e a prevenção secundária ou terciária. Portanto, os benefícios que serão discutidos no próximo capítulo não são, necessariamente, extrapolados a todos os grupos, variando conforme cada abordagem. Todavia, estes representam as vantagens em potencial na utilização de grupos.

As transcrições e análise das entrevistas realizadas com médicos e pacientes envolvidos com os grupos sugeriram benefícios aos pacientes hipertensos que frequentam tais grupos nos seguintes campos: educação em saúde, que envolve melhora nos níveis de conhecimento do paciente, participação deste nos processos de controle e prevenção dos seus problemas e a multiplicação dos conhecimentos adquiridos no grupo para seus familiares e outros contatos; adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico; apoio psicossocial; e melhora da qualidade de vida.

Além disso, a análise ressaltou alguns dos problemas encontrados na aplicação desses grupos que, apesar de não serem o objetivo do trabalho, serão brevemente discutidos no capítulo seguinte, junto com os outros temas.

Quadro 2 - Categorização dos temas extraídos das transcrições das entrevistas

GRANDES TEMAS	TEMAS	SUBTEMAS
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	O problema da falta de conhecimento	Achar que HAS é normal Se não há sintomas, não precisa tratar
	Temas abordados	
	Facilidades na abordagem	
	Trocas de experiência com fins educativos	
	Dinâmicas com fins educativos	
	Atividades de incentivo ao autocuidado	
	Melhora efetiva do conhecimento	
	Participação do paciente e autonomia	
	Replicação do conhecimento	
ADESÃO AO TRATAMENTO	Melhora da adesão ao tratamento	Farmacológico Mudanças de hábitos
	Melhora da relação entre paciente e equipe profissional	
APOIO PSICOSSOCIAL	Trocas de experiências no sentido de reduzir ansiedades e medos	
	Ter alguém com quem conversar	
	Ter uma equipe profissional à disposição	
	Maior segurança pelo entendimento melhor da doença	
QUALIDADE DE VIDA	Ganhos emocionais e comportamentais	
	Amizades/Socialização	
	Lazer	
	Terapia ocupacional	
PROBLEMAS COM OS GRUPOS	Flutuabilidade dos pacientes/Adesão ao grupo	Incentivos à adesão ao grupo
	Não adesão dos homens	
	Problemas burocráticos	
	Outros problemas	

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo discorreu-se sobre os dados obtidos em ambas as fases da pesquisa, tantos os dados objetivos quanto os subjetivos, procurando, na medida do possível, compará-los com a literatura pesquisada. A discussão dos dados subjetivos foi dividida buscando-se uma forma mais didática de apresentá-los. Essa divisão foi baseada nas categorias criadas durante a análise dos documentos (Quadro 2); entretanto, pequenas diferenças podem aparecer, pois, devido às correlações dos temas, somente durante a redação deste capítulo é que se percebeu a melhor forma de apresentação dos temas.

5.1 Discussão dos Dados Objetivos

A partir dos dados obtidos durante a fase de levantamento dos grupos, percebe-se que a prática de grupos voltados para prevenção e tratamento de doenças crônicas, incluindo HAS, é bastante comum nos centros de saúde de Florianópolis, pois cerca da metade (44,68%) dos centros de saúde ofereciam esse tipo de serviço. A prática de grupos exclusivamente voltados para a HAS, entretanto, não é comum, pois apenas um centro de saúde possuía tais grupos, enquanto a grande maioria (76,19%) dizia possuir grupos voltados para HAS e diabetes. Isso é fácil de ser compreendido, pois ambas as doenças costumam estar associadas e a prevenção da diabetes é bastante importante para pacientes hipertensos, assim como a da HAS é para pacientes diabéticos, a fim de reduzir o risco de eventos cardiovasculares, e não seria justificada a realização de grupos separados, o que aumentaria a necessidade de recursos humanos e materiais. Os outros centros que diziam focar HAS, diabetes e outros temas, que geralmente estavam relacionados a problemas da idade ou doenças crônico-degenerativas, na verdade não diferiam em muitos dos grupos voltados apenas para HAS e diabetes, pois, como veremos adiante, a abordagem daqueles temas também estava presente nestes grupos.

Apesar de ser uma prática relativamente comum, percebe-se que muitos dos grupos têm dificuldades de se estabelecer e se manter ao longo do tempo, como foi evidenciado pela existência de cinco grupos com menos de um ano de existência (23,81%) e por algumas das respostas recebidas no questionário enviado aos centros de saúde, que diziam que apesar de não existirem grupos naquele centro, estava-se tentando implantá-los, porém sem sucesso até o momento.

No tocante aos profissionais envolvidos na coordenação do grupo, é provável que tenha havido certa confusão quanto ao termo coordenação em relação à atuação no grupo (como palestrante ou auxiliando na realização das atividades do grupo, como aferição da pressão arterial, etc.), o que se pode perceber pela presença dos acadêmicos de medicina em algumas das respostas (pois é difícil acreditar que estes estariam encarregados de coordenar o grupo, já que sua estada no centro de saúde costuma ser temporária, sendo mais provável que atuem como palestrantes, por exemplo). Surpreende, no entanto, a grande presença de médicos (apenas dois dos centros não citaram médicos como coordenadores dos grupos), o que talvez seja explicado pelo fato de que os concursos da prefeitura para médicos do Programa de Saúde da Família têm exigido formação em Saúde da Família e Comunidade, pois a utilização desses grupos é parte da formação deste tipo de médico.

Embora uma amostra de apenas dez pacientes (número de pacientes entrevistados) não possa ser considerada representativa num universo tão grande, seus relatos somados a outros trabalhos já publicados e que estudaram populações semelhantes evidenciaram algumas características dos integrantes dos grupos.^{33,36} Eles são, na grande maioria, pessoas idosas (70% com mais de 60 anos), de baixa renda (80% apresentavam renda familiar de até quatro salários mínimos), baixo nível de escolaridade (80% não haviam completado o primeiro grau) e são quase todos do sexo feminino. A maior prevalência de idosos pode ser explicada pela maior prevalência da HAS nessa faixa etária e pelo fato de que as reuniões normalmente acontecem em horário comercial, o que praticamente exclui a participação da população economicamente ativa. A baixa escolaridade é um provável reflexo da população atendida nos centros de saúde, especialmente a população de idosos, já que há algumas décadas existiam outros valores sociais e a perseguição de graus acadêmicos não era radicalmente imposta pela sociedade, especialmente à população feminina.

O fato de a quase totalidade dos pacientes que freqüentam os grupos ser composta de mulheres demonstra um grande problema na adesão dos homens aos grupos. Segundo as palavras de um dos médicos entrevistados (*“Os hipertensos, se não dependem da receita, então acabam não vindo [no grupo], principalmente o homem, que é mais difícil [de vir] do que a mulher.”* (Médico 9)). Isso é provavelmente explicado por fatores culturais e comportamentais, porém os motivos precisam ser mais bem investigados por meio de estudos que enfoquem especificamente os problemas de adesão aos grupos.

5.2 Discussão dos Dados Subjetivos

O conteúdo subjetivo das entrevistas, ou seja, as perguntas abertas que foram transcritas e analisadas, serviu para esclarecer o funcionamento dos grupos e evidenciar as vantagens obtidas com o seu uso. Uma das perguntas contidas no roteiro de entrevistas com os pacientes e que, inicialmente, tinha finalidade apenas de introduzir a conversa e “quebrar o gelo”, acabou demonstrando um aspecto interessante na adesão ao grupo. Ela questionava quem havia recomendado a participação no grupo (Apêndice III, pergunta 1). Grande parte dos pacientes disse que a recomendação havia partido dos agentes de saúde, conforme fica explicitado na resposta de uma paciente: *“Tem a [...], que é agente de saúde, bem na esquina ali [...], aí ela disse: ‘Ah, [...], a senhora não quer participar então do grupo, porque se a senhora é hipertensa’. Aí pronto, foi nisso então que eu fui [...], e gostei, e é difícil eu faltar.”* (Paciente 2). Isto demonstra um importante papel exercido por esses profissionais na promoção da saúde, pois, sendo membros da própria comunidade e, portanto visto com igualdade pelo paciente, muitas vezes conseguem convencer o paciente a participar quando o médico não obtém êxito.

5.2.1 Dificuldades na Criação e Manutenção dos Grupos

Durante o processo de realização das entrevistas, dois fatos foram evidenciados. Um deles é que algumas das informações recebidas durante a fase de levantamento não condiziam com a realidade, o que levou à eliminação de dois dos dez grupos inicialmente selecionados para a pesquisa. O outro fato corrobora a dificuldade que os grupos têm de se manter, pois um dos grupos que foi eliminado havia parado de funcionar por um período de quatro meses, apesar de ser deixado claro que havia intenção em retomar as atividades no futuro.

Determinados problemas, que interferem na realização dos grupos e na adesão dos pacientes a eles e que poderiam justificar os motivos pelos quais alguns deles não conseguem se manter funcionando, foram citados pelos médicos durante as entrevistas. Eles consistem basicamente de problemas na disponibilidade de horários, deslocamento dos pacientes, escassez de recursos humanos e problemas de cunho burocrático. Como geralmente as reuniões se realizam no espaço físico do centro de saúde ou em centros comunitários, os pacientes que moram distante destas localidades encontram dificuldades no deslocamento até o local das reuniões: *“O posto aqui não fica dentro da comunidade. É longe e a maioria das pessoas tem que pegar ônibus, então isso é outra coisa que também pode ser um empecilho.”*

(Médico 7); *“A nossa área de abrangência é bem longa, comprida né, então têm pessoas que não vêm nesse grupo pela dificuldade de transporte, distância.”* (Médico 1). Como os centros de saúde funcionam em horário comercial, os pacientes que trabalham neste período ficam impossibilitados de comparecer ao grupo: *“E aí tem horário na terça-feira no meio da tarde, então nem todo mundo pode vir.”* (Médico 7). Alguns profissionais tentam organizar programas de exercícios, entre outros, mas esbarram em problemas burocráticos que culminam com a descontinuação do projeto: *“A gente apoiou, estimulou, foi atrás, batalhou, e foi a ginástica dança de salão pra pessoas acima de cinquenta anos, agora parou, a Prefeitura, não sei o que houve lá, agora estamos tentando retornar isso aí.”* (Médico 4).

Foram encontrados também problemas na manutenção dos usuários que começam a freqüentar o grupo, gerando uma flutuabilidade muito grande dos integrantes. Isso, embora seja positivo do ponto de vista da socialização, pode atrapalhar o funcionamento e o entrosamento do grupo: *“Esse semestre o grupo tá um pouco menor, mudaram um pouco as pessoas do grupo, ele é bem flutuante, as pessoas que integram o grupo.”* (Médico 3); *“E tem entrado bastante gente, eu tenho, nas consultas, eu convido, as agentes comunitárias convidam também, então quase toda reunião entra uma, duas pessoas, alguns faltam, acaba ficando às vezes o mesmo número, e aqueles outros sempre continuam ali.”* (Médico 10). Apenas um médico disse que o grupo se mantinha o mesmo: *“Acho que não tem ninguém novo no grupo, tem só, parece, uma moça, uma adolescente.”* (Médico 6).

Kulčar⁴⁰ realizou estudo com grupos para pacientes hipertensos na Croácia e Iugoslávia, nas décadas de 1960 e 1970, pesquisando junto aos pacientes os motivos da baixa adesão aos grupos e encontraram os seguintes fatores: idéias erradas da população acerca do funcionamento dos grupos, encontros em números insuficientes (eram realizados duas vezes ao mês), falta de tópicos novos, o contato não era suficientemente encorajado, cessamento da motivação constante. Eymael⁴¹, em estudo com grupos de diabéticos, concluiu que, para uma boa adesão ao grupo, é importante: oferecer conhecimento aos pacientes, estimular a responsabilidade sobre a doença, ser receptivo com eles, possibilitar o acompanhamento da doença e oferecer acesso a consultas e medicações. Embora os pacientes diabéticos possuam problemas e necessidades diferentes daquelas dos pacientes hipertensos, os fatores que levam à adesão ao grupo são, provavelmente, muito semelhantes.

Alguns médicos se utilizavam de artifícios para aumentar a adesão ao grupo, como, por exemplo, a renovação de receitas durante as reuniões, já que muitas vezes os pacientes encontram dificuldades na marcação de consultas médicas e no comparecimento a estas, que precisam ser trimestrais, pois as receitas de uso contínuo possuem validade de apenas três

meses: *“Além da reunião, a gente afere a pressão e vê a glicemia, e já sai com a receita, isso facilita que eles não precisem vir aqui agendar consulta.”* (Médico 6); *“Aqui nós aproveitamos, nós renovamos receitas. A gente tem um problema muito grande que é a marcação de consultas no posto de saúde. É uma forma também de atrair o paciente pra cá, né: ‘Opa, vamos lá na reunião que aproveito e já renovo a minha receita’.”* (Médico 8). É necessário ressaltar que todos os médicos que afirmaram renovar receitas durante as reuniões também disseram que cobravam dos pacientes a marcação de consultas semestrais ou anuais para acompanhamento. Entretanto, as opiniões dos médicos ficaram divididas quanto à validade desta prática, pois muitos acham que acabam por estimular o não-comparecimento às consultas de acompanhamento: *“Eu não faço renovação de receita na reunião. O que eu faço é assim, depois da reunião, se tá com receita vencida, a gente combinou que a farmácia entrega a medicação até o dia da próxima consulta.”* (Médico 10).

5.2.2 Educação em Saúde nos Grupos

O principal motivo pelos quais os grupos foram criados é o de melhorar a aderência dos pacientes ao tratamento, medicamentoso ou não, como relata um deles: *“O pessoal da unidade mesmo, que trabalha aqui, se organizou e organizou o grupo com o objetivo de passar informações pra melhorar a aderência ao tratamento.”* (Médico 7). O aumento do conhecimento do paciente em relação ao problema da hipertensão, portanto, constitui-se em um dos objetivos da utilização desses grupos. A falta de conhecimento sobre a hipertensão e as suas conseqüências levam as pessoas a não ver propósito no tratamento de uma doença que não apresenta sintomas e, portanto, não interfere com as atividades cotidianas, como expressa uma das pacientes: *“Quando eu vou ver a pressão, né, e tá alto assim, as enfermeiras dizem, ah, tá quinze por oito, o oito tá bom, mas o quinze tá muito alto. Aí eu já fico pensando, meu Deus, mas como é que pode, porque eu não sinto essa pressão [...] é o mal dela, né, porque, se a gente sentisse o que é a diferença, a gente já sabia, eu tô com a pressão alta [...], mas a gente não sente, é uma doença falsa.”* (Paciente 6). Conforme já foi dito, algumas pessoas sequer consideram hipertensão como problema, como deixou claro uma das pacientes que, ao ser questionada se sabia, antes de entrar no grupo, o que era hipertensão, respondeu: *“Eu achava, assim, que era uma coisa normal [...] o negócio da hipertensão.”* (Paciente 1).

Os temas abordados nas reuniões dos grupos e que foram citados nas entrevistas eram bastante variados. Abrangiam desde assuntos diretamente relacionados com hipertensão e diabete, como dieta, exercícios etc., a temas atuais referentes ao cotidiano da população, como

gravidez na adolescência e sexo na terceira idade. A escolha dos temas geralmente partia de um acordo entre os coordenadores do grupo e os próprios integrantes, e em alguns casos os participantes tinham total liberdade para escolher os temas e em outros os coordenadores apresentavam uma lista para que eles escolhessem. Entretanto, segundo o relato de médicos e pacientes, em todos os grupos havia um mínimo de informações específicas sobre a hipertensão que eram passadas aos pacientes: *“Eles orientam muito a gente. Eu acho que todo mundo que tá no nosso grupo gosta muito.”* (Paciente 2).

Embora a escolha dos temas seja importante para atingir o objetivo de ensinar os integrantes do grupo, o grande desafio é a utilização de métodos pedagógicos adequados que realmente levem ao aprendizado. Para isso, é importante que os integrantes do grupo participem da construção do conhecimento e que este seja inserido em sua realidade, evitando-se a utilização de métodos meramente expositivos e estimulando o compartilhamento de conhecimentos e experiências. Tanto os médicos como os pacientes foram unânimes em dizer que os grupos abriam espaços para os integrantes falarem e que os temas eram abordados mais como uma discussão do que uma aula, como falou um dos médicos: *“Então a gente tenta sempre fazer mais problematização, assim, sentar e daí conversar, depois fazer um debate, mas não só expositivo.”* (Médico 10). Uma exceção a essa regra ocorria quando pessoas externas ao grupo eram convidadas para falar sobre determinado assunto: *“Palestra expositiva mesmo poucas vezes foi. Quando tem algum assunto específico, de uma área específica, então a gente convida alguém, vamos supor, né, e essa pessoa obviamente vai acabar falando de uma maneira expositiva.”* (Médico 4).

A forma como a informação é transmitida aos pacientes nos grupos apresenta muitas vantagens em relação ao modo como é feito na consulta, em diversos aspectos. Os médicos dispõem de mais tempo para passar suas orientações e, ao mesmo tempo, por falarem para um número maior de pessoas, gastam menos tempo repetindo as mesmas orientações, como colocou um dos médicos: *“A grande vantagem que eu vejo nesses grupos é que tu podes atuar de uma forma muito mais ampla e num curto período de tempo, de uma hora, duas horas, de palestra, tu podes acabar atingindo trinta a quarenta pessoas, e isso com certeza vale mais que uma consulta no consultório de dez a quinze minutos.”* (Médico 8). Kulčar⁴⁰, também ressaltou a vantagem na economia de tempo com realização de grupos, pois os pacientes hipertensos correspondem a grande parte da demanda na atenção primária e, segundo ele, um médico que atenda uma população de 2500 pessoas poderia economizar 800 horas de consultas se utilizasse a abordagem em grupos no lugar das consultas. Além disso, é um momento mais descontraído e a presença de outros pacientes estimula o debate que faz surgir

dúvidas que podem não aparecer durante a consulta, segundo um dos médicos: *“Às vezes uma coisa que a pessoa não pergunta na consulta vai aparecer a dúvida dele em casa [...], numa outra situação. E no grupo há essa oportunidade, é uma coisa um pouco mais solta, e esses questionamentos aparecem [...] em forma de curiosidade, às vezes na forma de uma brincadeira. É uma coisa mais solta, então as pessoas vêm com uma outra idéia [...], não vêm com aquela tensão da consulta, e não tem aquele compromisso como se fosse uma receita.”* (Médico 3).

A troca de experiências que ocorre nos grupos entre os participantes é um aspecto bastante interessante do ponto de vista educacional, pois serve para transportar o conhecimento que é introduzido nas reuniões para o cotidiano deles, fornecendo exemplos reais de problemas comuns aos portadores de HAS: *“A gente mesmo utiliza como exemplo, assim... às vezes tem alguém que já tem alguma complicação da hipertensão e aí tem tudo assim, como é que sentem, tinha dor assim, uma dor tal, como é que fez pra melhorar, como é que passou aquela situação..., sempre vem à tona.”* (Médico 7). Essa utilização de exemplos pertencentes à realidade do indivíduo, instigando-o a pensar e, portanto, a participar do processo educativo de forma ativa, está de acordo com o proposto pela “educação problematizadora”, conceito introduzido por Paulo Freire⁴² em sua famosa obra intitulada “Pedagogia do Oprimido”. Muitas vezes, como já foi dito anteriormente, o paciente aceita melhor uma informação quando esta é colocada por outro membro do grupo, que vive na mesma realidade que ele e compartilha de seus problemas, como podemos perceber nas palavras de uma paciente ao se referir a outra que não freqüentava o grupo: *“Ela é descompensada. Se ela fosse [no grupo], ela tinha mais ânimo, né. Ela via aquelas pessoas falarem o que fazem, o que comem, aí é fácil, porque de repente você descobre alguma coisa que você pode aproveitar.”* (Paciente 5). Os médicos também aprendem muito ao ouvir relatos de pacientes que, de outra forma, como numa consulta, não ouviriam, como coloca um dos médicos: *“É uma área muito boa de se atuar [...], a gente tá trocando informações, não só distribuindo conhecimentos mas também aprendendo bastante com os próprios pacientes que freqüentam o grupo.”* (Médico 8).

Silveira *et al.*⁴³, ressalta o aspecto educacional dos grupos de adesão ao tratamento, para pacientes e profissionais, ao abordar situações-problema e desenvolver “competências comunicativas e de trabalho em equipe no campo da educação em saúde”.

5.2.2.1 Dinâmicas e Atividades de Incentivo ao Autocuidado

Outra forma de aumentar a participação dos integrantes do grupo e, ao mesmo tempo, facilitar o seu aprendizado é a utilização de dinâmicas e brincadeiras. Muitos foram os exemplos citados, durante as entrevistas, que iam desde teatros, com figurinos e tudo (“*A gente fez apresentação de casos, bem comum do dia-a-dia deles, em forma de teatro. Todo mundo participou, se vestiram a caráter, com fantasia e tal. Eles adoraram, então a gente pegou e fazia apresentação assim, por exemplo: Ah! Vocês que comem doce, depois tomam maior dose de medicamento. Coisas que a gente via no dia-a-dia. Aí apresentou e depois discutia: O que vocês acham disso?*.” (Médico 10)) a atividades simples como recortes e o próprio lanche realizado durante a reunião (“*A gente estimula o pessoal a trazer chá, trazer algum lanchinho. A gente sempre orienta a trazer..., não trazer muita coisa doce ou trazer dietético, porque tem os diabéticos, não trazer coisa com muito sal também, tal. A gente [...] utiliza a hora do lanche pra fazer uma orientação de alimentação.*” (Médico 7)). Tais atividades cumprem múltiplos propósitos, como educação, socialização e lazer, levando a um aumento na própria adesão ao grupo. Torres *et al.*⁴⁴ estudou os benefícios do uso de jogos em grupos operativos para diabéticos, evidenciando alguns de seus benefícios para a educação em saúde, promoção em saúde e qualidade de vida, que podem ser extrapolados para os pacientes hipertensos.

A tabela 2, abaixo, mostra uma comparação da capacidade de memorização dos conteúdos segundo os recursos didáticos utilizados, demonstrando a vantagem de utilizar métodos que estimulam a participação dos pacientes, como as dinâmicas citadas.

Tabela 2 - Capacidade de memorização de acordo com recurso didático utilizado

Recurso didático	Memorização após 3 horas	Memorização após 3 dias
Verbal	25%	10 a 20%
Leitura	72%	10%
Visual e verbal	80%	65%
Participativa	90%	70%

FONTE: “Cone of experience. In: Educational media: theory into practice.”⁴⁵

Algumas das atividades realizadas, apesar de também apresentarem aspectos educativos, de socialização e de lazer, foram classificadas neste trabalho como atividades de incentivo ao autocuidado, por se constituírem em estímulo a hábitos e comportamentos benéficos fora do grupo. Como exemplo destas, podemos citar sessões esporádicas de

alongamento, caminhada ou ginástica, uma vez que o exercício esporádico, nas reuniões mensais ou até semanais, não contribui diretamente com a diminuição do risco cardiovascular e com a melhora da HAS, mas serve, no entanto, como estímulo para tornar sua prática num hábito. Outra atividade que poderia se enquadrar nesse grupo é a aferição da pressão arterial, que pode servir de estímulo à participação do paciente no controle da hipertensão, especialmente quando associada a técnicas de recompensa: *“Às vezes a gente [...] traz algum presentinho, alguma lembrança. É uma forma de premiação pra pessoa que [...] naquele dia tava com a pressão mais baixa [...] entre os participantes do grupo.”* (Médico 8). Pode-se considerar, no entanto, que esse tipo de atividade, se muito freqüente ou sistemático, poderia acabar gerando certa obsessão em manter os níveis pressóricos sempre na faixa normal, pelo medo de desenvolver complicações que venham a causar danos e limitações físicas, o que acarretaria um aumento não desejado nos níveis de ansiedade.

As entrevistas sugeriram que realmente houve um aumento do nível de conhecimento dos pacientes após a participação no grupo, tanto nos relatos de médicos (*“Eles ficam mais conscientes depois que eles entendem mais como é que funciona o corpo, o organismo deles.”* (Médico 10)) como no de pacientes (*“Não aprende quem não quer. Isso é bem explicadinho.”* (Paciente 8)). Entretanto, percebe-se que há uma tendência de os pacientes fixarem melhor os conhecimentos relativos às conseqüências da HAS do que os relativos aos seus fatores de risco e sua fisiopatologia, o que reflete, provavelmente, alguma idiossincrasia do grupo ou uma preferência pela abordagem daqueles temas em detrimento desses. Isso ficou evidente quando se questionou aos pacientes o que achavam ser a hipertensão e quais suas causas e conseqüências (Apêndice III, pergunta 4). Praticamente todos os pacientes associaram corretamente a HAS às doenças cerebrovasculares ou ao infarto do miocárdio: *“É, eu acho que a hipertensão, a pressão mesmo, ela provoca derrame, né, coisa do coração, essas coisas assim.”* (Paciente 1). Já quando questionados sobre suas causas, o único fator de risco citado por todos foi a ingestão excessiva de sal, embora alguns tenham citado também o consumo de álcool, sendo feitas algumas confusões com os fatores de risco cardiovasculares em geral, como a dislipidemia: *“A hipertensão, como você sabe, quando você não se alimenta adequado, muita comida salgada, muita comida gorda.”* (Paciente 9). A quase totalidade dos pacientes associava a presença da hipertensão às incomodações e eventos estressantes do dia-a-dia: *“O nervosismo... a gente fica nervosa, sei que altera a pressão, a minha pelos menos alteia demais, quando algum acontecimento na família, alguma coisa que choca, né, a minha alteia bem.”* (Paciente 1). Percebeu-se também, nas respostas de alguns pacientes, no tocante à fisiopatologia da HAS, a presença de alguns conceitos e crenças populares entremeados com

terminologias médicas: *“A hipertensão é provocado por entupimento de via pra que o sangue circule, então é o que faz maior a pressão, né? Então, se você tem os vasos limpos, que o sangue circula normalmente, você não tem pressão alta, você não tem nada.”* (Paciente 9). Lima *et al.*⁴⁶, ao realizar estudo exploratório em uma população urbana de baixa renda de Fortaleza, detectou a presença de percepções próprias da fisiopatologia da doença, bem como conexões entre problemas emocionais e hipertensão, feitas pelos pacientes, semelhantes às encontradas no presente estudo.

5.2.2.2 Autonomia e Replicação do Conhecimento

Além de aumentar os conhecimentos acerca da HAS, com a grupoterapia, há, também, a possibilidade de desenvolver a autonomia do paciente ante seu problema; fazer com que eles tomem parte das decisões terapêuticas e não sejam meramente observadores passivos no processo do tratamento da HAS. Isso ficou bastante claro nas palavras de um dos médicos (*“Acho que é importante desmedicalizar a saúde né, e acho importante também orientar as pessoas pra que elas tenham responsabilidade sobre sua própria saúde. [...] E ele [o paciente] passa a se sentir mais responsável pelo seu controle, para de jogar a responsabilidade toda na equipe médica e percebe que ele é co-gestor da sua saúde.”*) (Médico 5)) e também nas de uma das pacientes (*“A gente sabe mais, agora a gente se preocupa com a gente mais. Eles explicam muita coisa, mostram, né, o que acontece, então não é qualquer coisinha que vai pro posto.”*) (Paciente 10)). O grupo não permite apenas que o paciente se sinta responsável pela sua própria saúde, mas também que seja parcialmente responsável pelo bem-estar de todos os integrantes do grupo, trazendo informações que irão ajudar no progresso de todos: *“É fora do consultório [...], fora daquela coisa de receber a cartilha pronta. E ali no grupo então é diferente por isso, um ajuda o outro a aperfeiçoar o seu conhecimento, porque cada um tem a sua experiência pessoal.”* (Médica 4). Esse tipo de perspectiva não só contribui com o aprendizado, mas também com a própria promoção de saúde no grupo.⁴⁷

Agindo no melhor interesse em relação à promoção de saúde da população local, os grupos devem estimular que seus integrantes se tornem replicadores do conhecimento que é adquirido nele. Pelo que se percebeu através das entrevistas, esse papel foi devidamente cumprido pelos grupos, como indica um dos médicos (*“As pessoas que freqüentam aqui são pessoas de mais idade, como já falei, e são pessoas que geralmente são avós e são responsáveis por gerações [futuras], filhos e netos, então elas podem adquirir essas*

informações e esses conhecimentos aqui e com certeza estão espalhando isso pela comunidade.” (Médico 8)) e confirma uma das pacientes, ao ser questionada se esta prática era recomendada no grupo (*“Eles mesmo é que falam pra gente conversar com as outras pessoas que têm problemas.”* (Paciente 2)).

5.2.3 Adesão ao Tratamento

Como já dissemos, o aumento do nível de conhecimento acerca da hipertensão leva a uma melhor adesão ao tratamento. Todos os médicos entrevistados acreditam que a adesão dos pacientes aumentou efetivamente, conforme percebemos nos seguintes trechos das entrevistas: *“Não é medido, tá, não tá aferido isso, né, mas a impressão que dá é que eles se tornam mais aderentes, entendedores da problemática, das complicações das doenças deles.”* (Médico 1); *“Ah, eles passam a se cuidar mais, com certeza.”* (Médico 5). Alguns pacientes também partilham da mesma opinião dos médicos: *“Porque às vezes a pessoa sozinha, ela pode ficar desanimada, sabe. E ela estando no grupo, ela sempre tá com mais afinco, ela quer fazer as coisas assim mais corretas, eu acho isso.”* (Paciente 5).

Especialmente em relação ao tratamento medicamentoso, os médicos acreditam que os pacientes se tornaram mais dispostos a seguir corretamente o tratamento: *“Melhora também o tratamento medicamentoso. Eles entendem melhor como é que se usa a medicação, quando têm que usar três, quatro fármacos diferentes e usam melhor, né, mais direitinho e diminuem aqueles casos de ‘ah não tô legal mesmo, não vou usar o tratamento’.”* (Médico 7). Alguns pacientes realmente referiram que passaram a seguir melhor o tratamento: *“Eu tomava mais ou menos. Depois eu vi que, como eu tava agindo, não tava certo. Então, a gente aprende muitas coisas, é bom mesmo participar de grupos, é muito bom.”* (Paciente 9). Porém, grande parte deles referiu que já tomava corretamente os medicamentos antes de ingressar no grupo, o que pode ser devido a um viés de seleção, pois os pacientes indicados pelos médicos, como dito anteriormente são, geralmente, os mais aderentes.

Quanto às opiniões dos médicos em relação às mudanças de hábitos de vida, estas estavam divididas. Alguns acreditavam que os pacientes realmente passavam a seguir mais as orientações de prática de exercícios e dieta: *“Eu acho que eles acabam tendo mais adesão dessa coisa de hábito de vida, né, de fazer atividade física, de tentar uma alimentação mais equilibrada, né, nesse sentido.”* (Médico 10); *“Principalmente em termos de modificar o estilo de vida, assim, de começar a ter mais atividade física, dar mais atenção pra alimentação.”* (Médico 7). Já outros achavam que poucos pacientes seguiam as orientações:

“Agora na prática, por exemplo, de mudanças de hábitos, eu tenho sérias restrições se eles fazem mesmo, embora a gente tenha um papo bem aberto com eles assim, eu acho que eles sonegam informação.” (Médico 6).

As entrevistas com os pacientes não foram conclusivas, alguns diziam que tinham mudado seus hábitos de exercícios e dieta após a participação no grupo; entretanto, muitos diziam que não faziam exercícios ou dieta, enquanto outros já tinham hábitos adequados antes de entrar no grupo. Quanto aos vícios, todos os pacientes negaram o uso das drogas lícitas incluídas na pesquisa (álcool e fumo) desde antes do ingresso no grupo, o que, provavelmente, pode ser explicado pelo fato de que a grande maioria dos pacientes entrevistados eram mulheres idosas: *“Fumo, elas não fumam muito, geralmente a mulher é que frequenta, o homem infelizmente vai muito pouco, né. Fumo não é uma preocupação assim.”* (Médica 4).

Em alguns casos, existiam programas de atividades físicas, incluindo ioga, *Tai Chi Chuan* e dança de salão, atrelados aos grupos e que pareciam obter participação efetiva dos membros. Alguns problemas também foram apresentados pelos médicos em relação à implantação de programas de exercícios, como a falta de calçadas que possibilitassem a prática segura de caminhadas: *“Decidiu-se que um grupo iria caminhar, desse grupo que iria caminhar; três morreram atropeladas, porque não tem calçada, a comunidade não tem calçada. Desse grupo já saiu, por exemplo, um ofício pras autoridades, né, municipais, que não se construa mais ruas sem calçada, porque senão não adianta, o cara quer andar por aí, vai morrer atropelado, não adianta melhorar do diabetes, né.”* (Médico 6). Como se pode notar nesta última frase do médico, o grupo mobilizou-se na tentativa de resolver um dos problemas que surgiram na adoção de hábitos mais saudáveis. Com a moderna tendência de afastamento da população idosa das decisões políticas, o estímulo à mobilização e ao engajamento político se faz necessário à promoção de saúde em um conceito ampliado de saúde.⁴⁶

Em um estudo realizado no Instituto Mineiro de Pesquisas em Nefrologia, por Santos *et al.*⁴⁸, os pacientes que participavam de um grupo coordenado por psicólogos, com enfoque no compartilhamento de experiências e emoções, foram questionados quanto às mudanças que haviam percebido em suas vidas após a participação no grupo. Foi-lhes entregue um questionário com uma lista de itens que deveriam ser assinalados pelos participantes e 90% deles assinalaram um maior envolvimento com o tratamento.

5.2.4 Apoio Psicossocial

Além da adesão ao tratamento, o grupo também proporciona apoio psicossocial aos seus integrantes, diminuindo os níveis de ansiedade e melhorando a aceitação da condição de hipertenso, promovendo, portanto, melhora importante da qualidade de vida. O fato de ser portador de uma doença crônica pode trazer ao paciente uma sensação de invalidez e incapacidade em contribuir com a sociedade e a possibilidade de conviver com outras pessoas com o mesmo problema, no grupo, traz maior segurança e tranquilidade, diminuindo seus medos e ansiedades diante da incerteza de seu prognóstico: *“E o que eu vejo de melhor no grupo é que, quando a gente coloca pra quem tem alguma doença crônica que ele vai ter alguma limitação, é difícil individualmente existir aceitação; mas, quando a pessoa percebe que o grupo todo tem determinada limitação, é mais fácil.”* (Médica 4); *“O medo de se sentir, talvez, rejeitado pelo meio social, por ter alguma limitação. E o grupo faz com que caia por terra, porque ali a pessoa percebe que não é ele, têm muitas pessoas assim né.”* (Médico 4); *“Eu acho que eles ficam mais inseridos, acho que diminui um pouco a ansiedade também, né, porque eles vêem as outras pessoas que têm mais problemas que eles, como é que lidam.”* (Médico 10). Os próprios pacientes também citaram esse apoio como um dos benefícios do grupo: *“O que mais me motivou é porque o grupo, ali você encontra pessoas com o mesmo problema.”* (Paciente 5). Outra vantagem em se unir pessoas com um problema em comum é que elas se sentem mais amparadas, por terem sempre à disposição pessoas que entenderão suas necessidades, criando uma verdadeira rede de apoio mútuo: *“As pessoas formam tipo uma rede de apoio, um apóia o outro: ‘Não eu conhecia também e tal’. E fora das reuniões eles se encontram muito.”* (Médico 10); *“Às vezes a gente tá tão solitária dentro de casa, triste, chega lá, conversa, e a gente escuta, eles também escutam a gente, né. É assim. É muito bom.”* (Paciente 3); *“É um grupo assim, ele é um grupo que há uma união, e um dá uma idéia de uma coisa, outro dá de outra, e eu gosto, me sinto bem.”* (Paciente 2).

Às vezes, até o melhor entendimento sobre a doença já proporciona maior segurança e estabilidade emocional para enfrentar algumas situações provocadas por ela, como disse uma das pacientes: *“Porque a gente aprende como lidar, porque de primeiro, quando me sentia mal, eu ficava muito nervosa, e agora eu já sei como me controlar, já tenho idéia, né. Porque a gente, quando não tem experiência, fica apavorada quando sente alguma coisa, né.”* (Paciente 2). Ter contato com a equipe de profissionais que participa do grupo também ajuda a aumentar a segurança dos integrantes ante possíveis complicações: *“Pra gente ter um benefício da doença, é receber remédio e ter sempre um doutor pra gente sempre contar o*

que sente.” (Paciente 6); “Geralmente são pessoas um pouquinho mais estáveis nessa parte emocional, porque se sentem mais seguras [...], porque sabem que têm uma reunião mensal, com a presença do médico, com a presença da enfermeira, então isso por si só já dá uma segurança maior pra elas.” (Médico 8).

Aliás, o grupo é uma excelente forma de aproximar os pacientes da equipe profissional, aumentando a confiança e o respeito mútuo e, conseqüentemente, a segurança do paciente em relação às orientações do médico e a adesão desse ao tratamento. Nesse ponto houve concordância entre médicos (“Além do relacionamento com a equipe, com profissionais envolvidos, se cria uma amizade que é muito boa.” (Médico 2); “Depois da reunião se faz esse lanchinho e aí é a hora do relaxamento maior, onde há um bate-papo, onde a gente pode tá conversando com mais tranquilidade com eles, e é a hora que o médico pode tá se tornando um pouquinho mais íntimo da comunidade. Essa é a hora que o médico aproveita pra tá tendo uma relação mais próxima com a comunidade que ele atende, e não fique só ali como um palestrante, e as pessoas assistindo, e aquela distância separando eles.” (Médico 8)) e pacientes (“Você consegue fazer um tipo de amizade, né, porque tem gente que acha que o médico tá ali em cima de um pedestal, não pode nem falar contigo, e, num grupo assim, você vê que não é assim.” (Paciente 5)).

5.2.5 Qualidade de Vida e Promoção da Saúde

Por motivos óbvios, os grupos também estimulam a socialização de seus integrantes, o que resulta em ganhos emocionais, com melhora do humor e aumento das atividades de lazer, levando a uma melhora significativa na qualidade de vida. Os pacientes não só fazem novas amizades como também tendem a se encontrar com maior freqüência fora do grupo: “É bom, a gente fica assim ansiosa, se encontra, né, no dia certo lá, às vezes a gente faz um passeio também, se diverte.” (Paciente 5); “Eu sou uma pessoa que quase não saio de casa, vai lá é benefício pra minha saúde e é benefício pra mim. Eu conheço as minhas amigas, elas convidam pra fazer as coisas e eu vou.” (Paciente 7); “Pra mim trouxe bastante benefício, me sinto bem animada, que eu sou uma pessoa que eu vim pra cá eu não tinha amizade com ninguém, né.” (Paciente 2). Aqueles pacientes que costumam ser mais introspectivos também apresentam um ganho importante na capacidade de se socializar: “Quando entram pessoas novas, aí que se vê a mudança, no início são tímidos, mais retraídos, e vão se soltando, aos poucos vão se comunicando melhor com o grupo, com o restante das pessoas.” (Médico 1); “É mais visível paciente que é mais deprimido, embotado, têm vezes que começa a participar

melhor, sai de casa.” (Médico 1). Em outros casos, o grupo é a única oportunidade que alguns pacientes têm de sair de casa e socializar-se com outras pessoas: *“Têm pessoas que, também, o grupo é uma oportunidade de sair de casa, de ter um contato social.”* (Médico 1); *“Aqueles pessoas que sempre tão só em casa, só com o núcleo familiar, ali é uma oportunidade de elas estarem com outras pessoas.”* (Médico 1). Essa socialização é, provavelmente, o fator que causa maior impacto na melhora da qualidade de vida provocada pelos grupos: *“Eu tenho grandes amigos que eu não conhecia. E hoje elas são grandes amigas. A gente se conhece, se vê na rua, e isso aí faz bem à gente. E aí eu vou no grupinho, a gente conversa, a gente brinca, sai bobagem, tudo ali sai. É muito gostoso.”* (Paciente 4).

Por último, nos grupos, costuma-se também desenvolver atividades de lazer variadas, como festas, viagens e passeios, e outras brincadeiras que não possuem necessariamente função educativa e nem de incentivo ao autocuidado, mas contribuem para a melhora do humor e da qualidade de vida dos participantes: *“Tem vez que eles só querem também fazer uma reunião pra dançar e se divertirem, né. Então teve uma que foi só isso, só queriam uma confraternização, né, com música. Eles adoram e a gente tem que entender que isso também faz parte da promoção da saúde.”* (Médico 10); *“A gente passa uma tarde muito gostosa. E isso aí vale muito pra nós. É isso aí que eu acho que vale hoje.”* (Paciente 4); *“Mas é um grupo bom sabe... e aí fizeram jogo lá, recebiam um balão cada um, o que tivesse dentro do balão, a tarefa, a pessoa tinha que fazer, né, aí teve até um enfermeiro que teve que dançar a dança da garrafa [risos].”* (Paciente 2). Algumas destas atividades servem, não somente como lazer, mas como terapia ocupacional, como relataram um médico e um paciente: *“E eu acho que é mais por uma complementação aí da rotina do dia-a-dia do idoso, porque eles ficam assim muito parados, sem afazeres, né, aposentados, então até pra dar algo mais aí, né, um lazer.”* (Médico 8); *“A, eu não sabia dar um ponto no crochê. Eu me especializei só em crochê.”* (Paciente 4).

Os achados foram condizentes com os encontrados por Mello³⁶, que também constatou aumento na qualidade de vida de pacientes freqüentadores do grupo de hipertensos e diabéticos, realizado no Centro de Saúde Saco Grande II.

Muitos dos benefícios encontrados durante a pesquisa estão incluídos direta ou indiretamente nas definições mais recentes de Promoção da Saúde.^{30,47,49} São eles: a educação em saúde, de forma participativa; o desenvolvimento da autonomia dos pacientes; o estímulo à participação política e exercício da cidadania; e o suporte psicossocial.

5.2.6 Considerações Finais

Como se pôde perceber, os grupos possuem um potencial quase ilimitado de benefícios para os pacientes hipertensos, dependendo das atividades e abordagens utilizadas, e são uma ferramenta poderosa para a promoção da saúde deles. Com poucos recursos humanos e financeiros, é possível atingir enormes ganhos educacionais, psicossociais, de qualidade de vida e adesão ao tratamento, melhorando, conseqüentemente, a resposta ao tratamento³². Kulčar⁴⁰, encontrou benefícios semelhantes (Tabela 3) e, além disso, ao acompanhar os membros permanentes do grupo por um período de 10 anos, constatou uma redução considerável na mortalidade e aumento da expectativa de vida em relação aos membros temporários e aos controles (Tabela 4).

Tabela 3 - Benefícios encontrados, em relação à saúde mental, com a utilização de grupos para hipertensos na atenção primária, na Iugoslávia e Croácia

Benefícios na saúde mental	Melhoria após ingresso no grupo	
	Número	%
(1) Mais comunicativo com outros pacientes	53	88
(2) Tentando levar uma vida mais saudável	52	87
(3) Mais satisfeito e se sentindo melhor	48	80
(4) Se sentindo mais feliz nas mesmas circunstâncias	48	80
(5) Pensando menos acerca da doença e outras preocupações	42	70
(6) Seguindo a dieta recomendada com menos dificuldade	41	68
(7) Tomando as drogas anti-hipertensivas mais regularmente	40	67
(8) Falando mais freqüentemente com seu médico	40	67
(9) Demonstrando maior interesse e vontade ao realizar seu trabalho	39	65
(10) Aumentando poder de concentração quando necessário	38	63

FONTE: Traduzido de "Self-help, mutual aid and chronic patients' clubs in Croacia, Yugoslavia: discussion paper".⁴⁰

Tabela 4 - Mortalidade e expectativa de vida de participantes de grupos para hipertensos em unidades básicas de saúde da Europa Oriental, em relação aos controles num período de dez anos

	Total	Óbitos	Óbitos (%)	Média de idade ao morrer (anos)
Membros permanentes	108	13	12,0	73,76
Membros temporários (menos de 3 anos)	57	11	19,3	71,90
Outros pacientes da unidade	98	27	27,6	69,00

FONTE: Traduzido de "Self-help, mutual aid and chronic patients' clubs in Croacia, Yugoslavia: discussion paper".⁴⁰

É necessário ressaltar que o presente estudo enfocou apenas os possíveis benefícios da utilização de grupos para pacientes hipertensos. Devido a grande variedade das abordagens encontradas nos diferentes grupos estudados é provável que nem todos apresentem todos os benefícios citados, variando muito de acordo com os métodos utilizados pelos coordenadores, bem como com as particularidades das populações nas quais os métodos foram aplicados.

6 CONCLUSÕES

1. Existe uma lacuna na literatura acerca da utilização de grupos para hipertensos.
2. A utilização de grupos operativos terapêuticos de auto-ajuda para pacientes hipertensos é uma prática comum no município de Florianópolis, que ocorre em cerca de metade dos centros de saúde, embora a quase totalidade dos grupos não enfoque exclusivamente a hipertensão. Foram detectadas dificuldades de os grupos se manterem durante os primeiros anos, expressa por um grande número de grupos com menos de um ano de existência.
3. Por meio da pesquisa, foram evidenciados diversos benefícios na utilização de grupos operativos terapêuticos de auto-ajuda para os pacientes hipertensos. Entretanto, os grupos não ocorrem de forma homogênea, havendo grandes variações quanto aos objetivos, enfoque dos temas e atividades realizadas, logo, cada grupo possui benefícios diferentes, conforme a sua abordagem, sendo apresentados os potenciais benefícios da utilização destes:
 - a) Melhora dos níveis de conhecimento dos pacientes acerca da doença e estímulo à replicação para a população.
 - b) Aumento da autonomia dos pacientes diante do problema e das decisões a respeito do seu tratamento.
 - c) Melhora da adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico.
 - d) Melhora da qualidade de vida dos integrantes, do apoio psicossocial e, consequentemente, promoção da saúde.
4. Os resultados encontrados estão de acordo com os encontrados na literatura, embora esta seja bastante escassa.

REFERÊNCIAS

1. Riera ARP. Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica. 1. ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
2. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 1004;82(supl 4):1-40.
3. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. 2003;289:2560-72.
4. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2003 Abr 4;21(6):1011– 1053.
5. Silva GV, Mion D Jr., Gomes MAM, Machado CA, Praxedes JN, Amodeo C. Qual a diretriz de hipertensão os médicos brasileiros devem seguir? Análise comparativa das diretrizes brasileiras, européias e norte-americanas. Arq Bras Cardiol. 2004 Mar 09; 83(2):179-81.
6. World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002 [acesso em 14 abr 2007]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/>.
7. DATASUS [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 14 abr 2007]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>.
8. Julius S, Amerena J, Smith S, Petrin J. Autonomic nervous and behavioral factors in hypertension. In: Laragh JH, Brenner BNM, editores. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. New York: Raven Press; 1995. p. 2557-68.
9. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. Lancet. 2001 Nov 17;358:1682-86.
10. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002 Dez 14;360:1903–13.
11. Mancilha-Carvalho JJ, Souza E, Silva NA. The Yanomami Indians in the INTERSALT Study. Arq Bras Cardiol. 2003 Mar;80(3):289-300.
12. Stranges S, Wu T, Dorn JM, Freudenheim JL, Muti P, Farinero E, Russel M, Nochajski TH, Trevisan M. Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. Hypertension. 2004 Out 11;44:813-19.
13. Fagard RH. Physical activity, physical fitness and the incidence of hypertension. J Hypertens. 2005;23:265-7.

14. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med.* 2002 Abr 2;136(7):493–503.
15. Cornelissen VA, Fagard RH. Effect of resistance training on resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens.* 2005 Fev;23(2):251-59.
16. Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho FF, Guimaraes A, Lerario D, Ferreira SR, Zanella MT. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. *Rev Assoc Med Bras.* 2003 Dez 13;49(3):306-311.
17. Aragão PW, Prazeres JO, Aragão VMF, Martins CAS. Pressão arterial do anestesiolista durante o ato anestésico-cirúrgico no período matutino. *Rev Bras Anesthesiol.* 2002 Out;52(5):591-600.
18. Šantić Ž, Lukić A, Sesar D, Miličević S, Ilakovac V. Long-term follow-up of blood pressure in family members of soldiers killed during the war in Bosnia and Herzegovina. *J Hypertens.* 2006 Jun;47(3):416-23.
19. Unger T, Parati G. Acute stress and long-lasting blood pressure elevation: a possible cause of established hypertension? *J Hypertens.* 2005 Fev;23(2):261-3.
20. Mikkelsen KL, Wiinberg N, Hoegholm A, Christensen HR, Bang LE, Nielsen PE, et al. Smoking related to 24-h ambulatory blood pressure and heart rate: a study in 352 normotensive Danish subjects. *Am J Hypertens.* 1997 Maio;10(5):483-91.
21. Green MS, Jucha E, Luz Y. Blood pressure in smokers and nonsmokers: epidemiologic findings. *Am Heart J.* 1986 Maio;111(5):932-40.
22. Guimarães AC. Hypertension in Brazil. *J Hum Hipertens.* 2002;16(Suppl 1):S7-S10.
23. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis.* São Paulo: Editora Hucitec Abrasco; 1998. p. 77-96.
24. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Ver Soc Bras Hipertens.* 2005 Fev 22;7(4):122-59.
25. Castro AP, Scatena MCM. Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2004 Dez;12(6):859-65.
26. Jardim P, Souza A. Hipertensão arterial e doenças do coração. *Alerta Hipertenso* 9:4-5, 1997.
27. Mion D Jr., Pierin AMG, Guimarães A. Tratamento da hipertensão arterial: respostas de médicos brasileiros a um inquérito. *Rev Assoc Med Bras.* 2001 Jun 19;47(3):249-54.

28. Mascarenhas CHM, Oliveira MML, Souza MS. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão – Jequié/BA. *Rev Saúde Com.* 2006 Nov 20;2(1):30-38.
29. Zimerman DE, Osório L. *Como trabalhamos em grupo.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
30. Santos LM. Grupos de promoção à saúde no programa docente assistencial em Florianópolis: A acção dos coordenadores e o setting grupal [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
31. Silva DGV, Francioni FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, Di' Lourenzo VM. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2003 Mar; 12(1):97-103.
32. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. *Bull World Health Organ.* 2001;79(10):963-70.
33. Barros AB. Avaliação do programa de hipertensos aplicado no Centro de Saúde Saco Grande II, Florianópolis, 2006 [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2006.
34. Boulware LE, 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.
35. Peredo RP, Gómez LVM, Sánchez NHR, Sánchez NA, García RME. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2005; 43(2):125-9.
36. Mello D. Análise do impacto da qualidade de vida dos integrantes do grupo terapêutico de diabéticos e hipertensos do Centro de Saúde Saco Grande II [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2004.
37. Secretaria Municipal de Saúde [homepage na internet]. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis; c1999 [atualizada em 10 out 2006; acesso em 10 out 2006]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>.
38. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 8. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
39. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
40. Kulčar Z. Self-help, mutual aid and chronic patients' clubs in Croacia, Yugoslavia: discussion paper. *J R Soc Med.* 1991; 84: 288-91.

41. Eymael RG. A subjetividade dos fatores de adesão de um grupo de diabéticos em unidade básica de saúde: uma análise de conteúdo [trabalho de conclusão de residência médica]. Canoas: Universidade Luterana do Brasil, Residência de Medicina de Família e Comunidade; 2004.
42. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
43. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupos de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. Interface. 2005 Fev; 9(16):91-104.
44. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad. Saúde Pública. 2003 Ago;19(4).
45. Dale E. Cone of experience. In: Educational media: theory into practice. Columbus: Wiman RV; 1969.
46. Lima MT, Bucher JSN, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(4):1079-87.
47. Derntl AM, Watanabe HAW. Promoção da saúde. In: Litvoc J, Brito FC, editores. Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Editora Atheneu; 2004. p. 37-46.
48. Santos FR, Andrade CP. Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Revista APS [periódico na internet]. 2003 Jun [acesso em 2007 Maio 19]; 6(1). Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/>.
49. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev Saúde Pública. 2006; 40(2):346-52.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de Novembro de 2005.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título - BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DE GRUPOS TERAPÊUTICOS NO MANEJO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Objetivo da pesquisa: investigar os benefícios da utilização de grupos terapêuticos no manejo de pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

Procedimento: entrevistas com pacientes e médicos dos centros de saúde de Florianópolis.

Vantagens: nenhuma vantagem direta ou indireta será advinda da participação neste estudo para os entrevistados.

Riscos e incômodos: nenhum risco e apenas os incômodos decorrentes da realização de entrevistas estarão envolvidos nos procedimentos do estudo.

Sigilo: toda informação sobre os entrevistados, de caráter médico ou não, será sigilosa e submetida aos regulamentos da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, referentes ao sigilo da informação médica. Os resultados dessa pesquisa serão publicados e não constará nenhum nome dos entrevistados. Se circunstâncias pessoais, profissionais etc., dos entrevistados forem mencionadas, poderão ser um pouco alteradas com o objetivo estrito de manter a privacidade e o anonimato dos entrevistados.

Informação adicional: em caso de dúvidas ou para obter informações adicionais, contatar o(s) pesquisador(es) responsáveis através dos telefones (XX) XXXXXXXX (XX) XXXXXXXX.

Recusa ou descontinuação da participação: a participação é voluntária e pode ser cancelada, retirado esse consentimento e interrompida a participação no estudo a qualquer momento.

Consentimento: Eu confirmo que _____ explicou-me o objetivo, os procedimentos que serão realizados, riscos e vantagens ou não advindas desse estudo. Eu li e/ou me foi explicado e compreendi esse formulário de consentimento e estou de pleno acordo em participar desse estudo.

Nome do participante ou responsável

Data

Assinatura

Responsabilidade do pesquisador

Eu expliquei a _____ o objetivo do estudo, os procedimentos adotados e os riscos e benefícios que poderão advir do estudo, usando o melhor do meu conhecimento. Comprometo-me a fornecer uma cópia desse formulário de consentimento ao participante ou responsável.

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

APÊNDICE II
QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS CENTROS DE SAÚDE

1. Existe(m) grupo(s) de “hipertensos” ou “hipertensos e diabéticos” na sua ULS que ocorrem regularmente? Qual tipo? Quantos?
2. Há quanto tempo existe(m) o(s) grupo(s)?
3. Quais profissionais coordenam o(s) grupo(s) (médicos, enfermeiros etc.) e há quanto tempo?
4. Quais dias da semana, em que horários e quantas vezes por mês se realizam as reuniões do(s) grupo(s)?
5. Quantos usuários freqüentam, em média, o(s) grupo(s)?

APÊNDICE III

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PACIENTES

Identificação

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: (M) (F)

Renda familiar: _____ Escolaridade: N() 1ºGI() 1ºGC() 2ºGI() 2ºGC() 3º GI () 3º GC()

Tempo de diagnóstico da HAS: _____ (A) (M) Tempo de frequência no grupo: _____ (A) (M)

Quantas vezes frequenta o grupo: _____ (S) (M) (A)

Roteiro de perguntas

1 – Por que o(a) sr.(a) participa do grupo? Quem recomendou o grupo para o(a) sr.(a)?

2 – A participação no grupo lhe traz benefícios? Quais?

3 – Que temas são abordados no grupo? Como são abordados esses temas?

4 – O que você acha que é hipertensão? Isso é discutido no grupo? Quais as causas e conseqüências?

5 – O sr.(a) ensina aos outros (familiares, amigos etc.) o que aprende no grupo? Isso é encorajado no grupo?

6 – Que tipo de atividades se faz no grupo? Mede a pressão? Recebe receita ou medicamentos? Conversa? Atividade física? Teatro? Aula? Outras?

7 – No dia da reunião do grupo há espaço e tempo para conversas entre os participantes? O sr.(a) fez novos amigos no grupo?

8 – A participação no grupo lhe trouxe mudança em algum hábito de vida (dieta, exercícios, fumo, álcool, lazer, relacionamentos pessoais etc.)?

9 – Em sua opinião, para que serve o grupo?

10 – Considera importante a existência dos grupos? Por quê?

APÊNDICE IV

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS

Identificação

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: (M) (F)

Tempo de trabalho com grupos: _____ (A) (M)

Roteiro de perguntas

- 1 – Você foi o fundador do grupo? O que motivou a formação do grupo? Por que você quis coordenar o grupo?
- 2 – Que tipos de assuntos ou temas são abordados no grupo? Quem os escolhe? Como eles são abordados?
- 3 – Os pacientes são estimulados a passar o conhecimento recebido adiante? De que forma?
- 4 – Os pacientes têm chance de se expressar no grupo? Falar do que sentem? Do que tem medo? De suas dúvidas? De que modo? Há algum estímulo ou dinâmica para que isso aconteça?
- 5 – Quais atividades são realizadas no grupo, além das “palestras”? Brincadeiras? Renovação de receitas? Aferição da pressão arterial? Relaxamento? Viagens? Outras?
- 6 – Que mudanças você percebe nos pacientes que freqüentam os grupos? Mudanças no humor? Adesão ao tratamento farmacológico? Mudança de hábitos de vida?
- 7 – Você considera importante a existência dos grupos? Por quê?