



ARTIGO

PROJETO TERAPÊUTICO FAMILIAR: UMA EXPERIÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NUM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAIANO
FAMILY THERAPEUTIC PROJECT: AN EXPERIENCE OF INTEGRAL ATTENTION IN A FAMILY HEALTH UNIT IN A MUNICIPALITY OF THE BAIANO SEMIÁRIDO

LUCIANA MAIA SANTOS VIDAL¹; CRISTIAN DAVID OSORIO FIGUEROA²; LEONARDO ALMEIDA SANTOS³;
EWERTON VINICIUS DA SILVA PEREIRA³; LAILA VANESSA DE JESUS³

1 - Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

2 - Médico, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

3 - Graduando(a) de Medicina pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é hoje o principal modelo de atenção à saúde do Brasil. Na tentativa de incorporar os princípios dessa estratégia, as atividades do módulo de Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), em parceria com uma equipe de Saúde da Família, desenvolveram ações de cuidado integral com famílias vulneráveis. O objetivo deste trabalho é descrever os problemas identificados e as intervenções realizadas por um grupo de estudantes de medicina e seus professores na elaboração do Projeto Terapêutico de uma família acompanhada. Foram identificados, como problemas, a hipertensão arterial sistêmica e obesidade, que se agravaram ao existir sobrecarga do cuidador da família. A adesão terapêutica ainda é um dos principais entraves no êxito das intervenções no âmbito da ESF, mostrando a complexidade do processo saúde-doença-cuidado de cada indivíduo. A clínica ampliada como proposta pedagógica permitiu a identificação de fatores extrínsecos voltados para a compreensão da história individual de cada membro em seus riscos, vulnerabilidades e hábitos de vida assim como o papel do cuidador no processo de aderência, o que não seria possível na clínica tradicional. Políticas de promoção à saúde precisam ser desenvolvidas para a prática do cuidador diante o perfil sociodemográfico e epidemiológico brasileiro.

Palavras-chave: Saúde da família; Adesão terapêutica; Assistência domiciliar; Cuidadores.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is today the main model of health care in Brazil. In an attempt to incorporate the principles of this strategy, the activities of the Integration Practices Teaching, Service and Community (IPTSC) module, in partnership with a Family Health team, developed comprehensive care actions with vulnerable families. The objective of this work is to describe the identified problems and the interventions carried out by a group of medical students and their teachers in the elaboration of the Therapeutic Project of an accompanied family. Systemic arterial hypertension and obesity were identified as problems, which were aggravated by the overload of the family caregiver. Therapeutic adherence is still one of the main obstacles to the success of interventions under the FHS, showing the complexity of the health-disease-care process of each individual. The expanded clinic as a pedagogical proposal allowed the identification of extrinsic factors aimed at understanding the individual history of each member in its risks, vulnerabilities and life habits as the role of the caregiver in the adherence process, which would not be possible in the traditional clinic. Health promotion policies need to be developed for the care of the caregiver given the sociodemographic and epidemiological profile in Brazil.

Keywords: Family health; Therapeutic adherence; Caregivers; Home nursing.

INTRODUÇÃO

O módulo de Práticas de Integração Ensino Serviço e Comunidade (PIESC) formam parte do currículo do curso de medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), visando proporcionar aos médicos, em formação, a experiência de vivenciar o atendimento às famílias, com suas particularidades e características, inseridas numa comunidade, entendendo que esse processo será de utilidade para desenvolver as competências necessárias para a sua futura prática profissional¹.

Em conjunto com a Unidade de Saúde da Família (USF), as PIESC se desenvolvem no contexto da clínica ampliada e atenção primária à saúde, através de consultas individuais, visitas domiciliares, promoção e prevenção da saúde. Utilizam, nesse processo, instrumentos para a gestão do cuidado, que permitem propor condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual e/ou coletivo, resultado da discussão conjunta de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário, que conformam os Projetos Terapêuticos Familiares (PTF)^{1,2}.

A USF está inserida no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual, a territorialização e o acolhimento propiciam o estabelecimento de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias adscritas e profissionais/equipes, importantes para a continuidade e para a resolutividade das ações de saúde, a longitudinalidade do cuidado e a relação custo/efetividade^{3,4}.

A clínica ampliada visa um compromisso com o sujeito doente e entende que as doenças se expressam de maneiras variadas para cada indivíduo. Os problemas são abordados, de modo integral e interdisciplinar, compreendendo as limitações humanas e tecnológicas e, para isso, o cuidado é articulado com outros setores da saúde e da sociedade³.

O cenário que compõe este estudo é a USF do Campo Limpo III, localizada no bairro Campo Limpo, em Feira de Santana-BA. A sua área de abrangência é subdividida em nove microáreas e possui 1.515 famílias vinculadas, com cerca de 300 hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de hipertensão e diabetes. A Unidade conta com uma equipe de 15 profissionais composta por: duas técnicas de enfermagem; nove agentes comunitários de saúde (ACS); uma enfermeira; uma técnica administrativa; uma funcionária de serviços gerais; um médico; e o apoio matricial do Núcleo de Apoio a Saúde de Família (NASF).

Este trabalho tem como objetivo descrever os problemas identificados e intervenções realizadas por um grupo de estudantes de medicina na elaboração do Projeto Terapêutico de uma família acompanhada no referido campo.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca do cuidado de um indivíduo/família, no contexto domiciliar. Esse cuidado

se apresenta mediante atividades curriculares do módulo PIESC IV que aconteceram no período de setembro de 2015 a agosto de 2016, na USF Campo Limpo III.

A área de abrangência e as famílias foram selecionadas nos módulos anteriores (PIESC I, II e III), com auxílio dos professores e da Equipe de Saúde da Família (EqSF). As atividades realizadas nos três primeiros anos foram as seguintes: territorialização e diagnóstico situacional; intervenções de grupo sobre um problema determinado em oficinas com participação da EqSF e membros da comunidade e seleção das famílias por meio de visitas domiciliares na companhia dos agentes comunitários de saúde (ACS). Após a seleção dessas famílias e entrevistas com as mesmas, foi elaborado um famiogramma com a estrutura familiar, relações/vínculos legais, morbidade, mortalidade, riscos e vulnerabilidades), história individual de cada membro (situação educacional e ocupacional, história da saúde atual, hábitos de vida, situação psicossocial familiar, antecedentes médicos e familiares) e planilha de intervenção familiar e individual (problemas ou agravos de saúde, ações propostas, responsáveis, resultados alcançados e encaminhamentos para serviços de referência).

O grupo era composto por três acadêmicos e duas orientadoras com três famílias para o desenvolvimento dos PTF. As atividades realizadas (consultas individuais, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde) foram registradas em uma planilha de intervenção.

A seleção do indivíduo/família para discussão é justificada pela importância do problema de saúde e pelas nuances observadas na interação com o usuário e seus familiares. O problema selecionado foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), adotando os critérios da Sociedade Brasileira de Cardiologia⁵. As intervenções, sempre acompanhadas pelos professores, contaram com identificação dos fatores envolvidos no processo de saúde/doença e consulta médica e visitas domiciliares para o acompanhamento do plano terapêutico (farmacológico e não farmacológico) proposto no momento da consulta, ampliando a necessidade de conhecer o cotidiano dessa pessoa portadora de hipertensão, bem como, a fim de, saber o que pode motivá-lo e o que a impede do autocuidado exigido por toda doença crônica.

RESULTADOS

JS, sexo feminino, 33 anos, cuidadora de todo núcleo familiar, estudante, no início das atividades do PIESC III, desconhecia que possuía níveis pressóricos elevados. Referia períodos de cefaleia em nuca e foi, posteriormente, diagnosticada com HAS no acompanhamento pelos alunos. JS reside com marido, dois filhos, avó, irmã e sobrinho (Figura 1).

Através do atendimento domiciliar, foram identificados os seguintes fatores de risco: história familiar de HAS presente em seu pai e avó (JS); medida da cintura abdominal de 110 cm; relação cintura/quadril (RCQ) de 0,94; e Índice de Massa Corpórea (IMC) de 31,16 kg/m² (Obesidade Grau I).

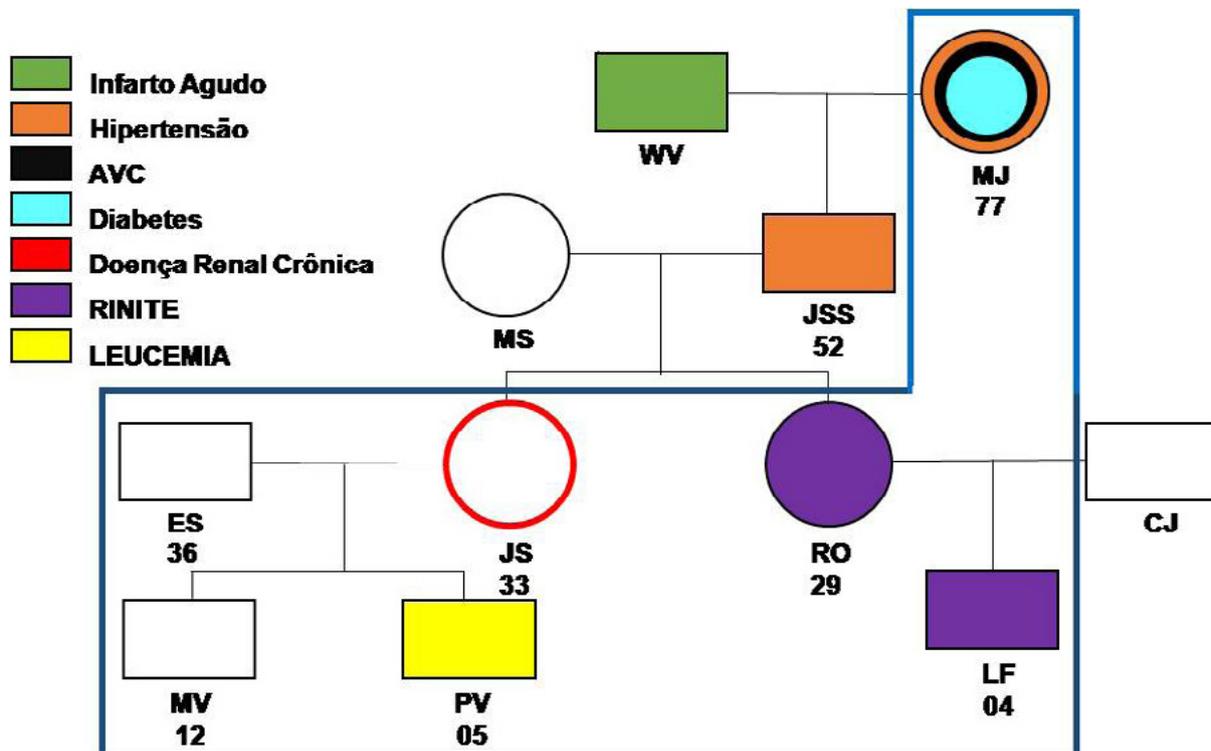


Figura 1. Familiograma na primeira anamnese, 2014. Núcleo familiar selecionado em lilás. Caso índice: elipse vermelha.

Como fatores de promoção/proteção da saúde, JS negou tabagismo ou etilismo, iniciou caminhadas após orientações, reduzindo os efeitos do sedentarismo. Ao longo das visitas, constatou-se a sobrecarga de cuidador existente no cuidado da família, o que poderia acarretar um déficit no autocuidado e o agravamento do quadro de hipertensão e obesidade.

Seus valores de PA pré-tratamento eram 140/110 mmHg, sentada, em membro superior direito (MSD) e 160/110 mmHg, sentada, em membro superior esquerdo (MSE), sendo classificada como hipertensão estágio 3 (pressão diastólica ≥ 110). Iniciado tratamento medicamentoso com Hidroclorotiazida 25mg/dia, uma vez pela manhã, foi orientada quanto à importância da dieta e atividade física regular para redução do peso e da PA. Evoluiu em seis meses com redução da PA para 110/80 mmHg, da circunferência abdominal para 101 cm, do IMC para 29,6 kg/m², e RCQ para 0,86, sendo observada, através dos parâmetros medidos, uma melhora do quadro clínico

devido as orientações, o cuidado prestado e o vínculo de confiança estabelecido entre os discentes e a família.

Em relação à sobrecarga da cuidadora, a situação tornou-se mais grave, devido aos cuidados redobrados com a avó MJ, presença de comorbidades e filho menor (PV) diagnosticado com leucemia (Quadro 1).

Nas duas últimas visitas domiciliares com consulta médica, foram acompanhados os valores de PA, sendo a medida mais elevada de 140/100 mmHg e solicitados exames de laboratório e eletrocardiograma, que não foram realizados até a conclusão do módulo. Além disso, foi evidenciada má adesão à terapêutica pactuada, considerando as características psicológicas identificadas como ansiedade, pressa excessiva, perfeccionismo, inassertividade e não compreensão da doença ao longo da vida, as quais impossibilitariam o enfrentamento dos fatores externos de estresse da vida diária. A paciente foi reorientada a respeito da HAS, suas complicações e a

Quadro 1. Planilha de intervenção

Problemas	Causas	Consequências	Intervenções
Estresse; Sobrecarga do cuidador	Carga horária excessiva, acúmulo de funções.	Ansiedade; cansaço; presença de fatores psicológicos como depressão, características de personalidade, isolamento social e estresse crônico com o aumento dos níveis pressóricos.	Estimular atividades de lazer, aquisição de hobbies na motivação para mudar, metas a curto, médio e longo prazo na melhoria da qualidade de vida.
HAS	Estresse; dieta hipersódica; obesidade; sedentarismo	Risco cardiovascular aumentado.	Estimular atividade física; implementar e orientar dieta hipossódica; Prescrever hidroclorotiazida 25 mg 1comp./dia, Solicitar exames laboratoriais, eletrocardiograma e ultrassom de vias urinárias.

importância da terapêutica adequada e incentivada a retomar o tratamento e a utilização da USF com o suporte do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que estavam solícitos ao apoio matricial.

As PIEESC são uma experiência enriquecedora para todos os envolvidos no processo (família, discentes, equipe de saúde, comunidade) por proporcionar o aprendizado mediante teoria e discussões com desenvolvimento de habilidades, além de inserir a família na intervenção do processo saúde-doença, tornando cada membro protagonista da melhoria de sua própria condição de saúde e fortalecendo vínculo de confiança entre membros da família, discentes e equipe de saúde.

DISCUSSÃO

Dada a importância indiscutível da hipertensão arterial sistêmica, devido a sua prevalência no Brasil que varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos, e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, constitui-se um dos principais problemas de saúde abordados nas PIEESC⁵.

Estudo⁶ mostra a terapêutica não medicamentosa (adoção de dieta hipossódica e a realização regular de atividade física) como a principal dificuldade para a adesão ao tratamento para hipertensão, de tal forma que orientações e a distribuição gratuita da medicação não são suficientes para garantir a adesão. Existe uma complexidade no tratamento da HAS, percebidos, também, na interação do grupo com a paciente e que pode ser estendido ao tratamento de outras doenças crônicas.

A boa relação profissional de saúde/usuário contribui para a troca de conhecimento e favorece o autocuidado. Pode-se perceber isso pela adesão inicial e resultados obtidos além do apoio da família, percebido em visita domiciliar ao cumprimento da terapêutica pactuada, porém a manutenção do tratamento estará sujeita a muitas variáveis individuais e do meio.

Autores⁷ relatam algumas temáticas associadas à aderência terapêutica, como a percepção individual da doença, por vezes assintomática ou oligossintomática, que podem reduzir a adesão e contribuir para o estabelecimento de lesões graves. Além disso, a importância dada à terapia medicamentosa reduz a adesão não medicamentosa, somada às dificuldades de adequação da dieta familiar à nova condição, da terapia por tempo indeterminado e dos custos que podem ser elevados para a família.

São escassos na literatura trabalhos que contemplem o perfil exato de cuidadora da usuária trabalhada nesse PTF, dada sua complexidade, já que é muito mais comum encontrar trabalhos a respeito de cuidadores de pacientes com doença crônica^{8,9}, principalmente mental¹⁰ e idosos^{11,12,13}. Porém, ES, além dos demais membros do núcleo familiar, cuida também de uma idosa com doenças crônicas. Assim, submetida a esse desgaste em seu papel de cuidadora, encontramos concordância na literatura¹⁴ a respeito da associação com sua principal doença, a HAS, seguida pelos processos osteoarticulares.

Outra particularidade é a deficiência no autocuidado em detrimento do cuidar do outro, presente no estudo e corroborado pela literatura sobre a saúde dos cuidadores de familiares com doenças crônicas que muitas vezes negligenciam seus cuidados de saúde em detrimento do cuidado de seus familiares doentes¹⁵.

Destarte, tem sido descrito que o tempo de duração e o número de atividades do cuidador têm correlação com a diminuição da aderência terapêutica e a assistência às consultas no serviço de saúde, sendo maior no sexo feminino¹⁶. Isso foi observado com ES que, ao aumentar a carga de cuidado, após os resultados iniciais, apresentou de novo aumento dos níveis pressóricos por falta de aderência e diminuição da assistência ao serviço de saúde.

A identificação precoce da sobrecarga da cuidadora foi importante no processo de atendimento da paciente devido às múltiplas consequências desse processo, tanto como fator de risco para doença mental¹⁷, quanto pelas consequências derivadas da má adesão ao tratamento pressórico¹⁸ e da obesidade¹⁹. Mas esse problema só foi identificado no contexto da clínica ampliada, proposto nas PIEESC como ferramenta de ensino, e que na clínica tradicional não poderiam ser detectados. Tais abordagens ampliadas precisariam ser extrapoladas para os múltiplos serviços de saúde

Contudo, o papel do cuidador não é só causa de doença ou de agravo à saúde, também é motivo de satisfação subjetiva de realizar uma coisa positiva que trará como resultado um aprendizado, maior reconhecimento social e satisfação pessoal de provocar um impacto positivo no cuidado, pela realização da ação com o carinho e dedicação que só um familiar pode dar²⁰.

De tal forma que a utilização desses aspectos positivos no cuidado e no autocuidado para a melhoria da saúde de todos os envolvidos no lar, precisa ser discutida e fortalecida para evitar agravos à saúde, decorrentes do sacrifício de um para o cuidado do outro.

Algumas estratégias têm sido implementadas, sendo que as atividades de aconselhamento e educativas mostram-se mais eficazes para as mulheres e os serviços de atendimento para os homens, possivelmente devido à capacidade da mulher de enfrentar o cuidado de uma forma mais assertiva^{21,22}. No cuidado domiciliar contínuo, as atividades educativas e de aconselhamento são possíveis de se realizar, permitindo o empoderamento dos cuidadores da sua condição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PTF geralmente é dedicado a situações mais complexas, como a percebida no manejo da HAS na Atenção Básica, sendo esse instrumento de grande importância na gestão do cuidado. Porém, em que pese sua importância, faz-se ainda pouco utilizado na prática, o que expõe contradições entre o modelo de atenção teoricamente implantado e aquele vivenciado na prática rotineira do serviço na USF.

A oportunidade de interagir com a família no seu núcleo familiar durante a construção e execução do PTF torna possível a individualização do tratamento e o alcance dos objetivos estabelecidos como metas terapêuticas, além de conduzir à aquisição de habilidades, atitudes e técnicas relacionais para o exercício da profissão. A adesão terapêutica constitui-se como um processo comportamental complexo, no qual se faz necessário identificar os fatores associados, na multidimensionalidade do processo saúde-doença, para sugerir estratégias para seu enfrentamento.

A vivência do atendimento domiciliar permitiu identificar problemas não discutidos na perspectiva exclusiva da clínica médica, como o papel da sobrecarga do cuidador e as consequências na adesão terapêutica, assim como, a necessidade de acompanhamento das consultas regulares de toda a família. Este contexto impossibilitou a coordenação dos cuidados de saúde por parte da equipe da USF. As ações das PIEESC, a partir do PTF, promoveram a integração do cuidado desta família.

Essa discussão faz-se importante no contexto da sociedade brasileira em constante crescimento, com mudanças importantes do padrão epidemiológico, com o aumento das doenças crônicas e suas complicações, além da distribuição etária com a expansão da população da terceira idade, o que trará novos desafios para a saúde pública, sendo um deles o atendimento domiciliar e o aumento dos cuidadores dessa população. Portanto, as PIEESC prontamente proporcionaram essas ferramentas de pensamento crítico, além da clínica para os futuros médicos.

A partir das reflexões, coloca-se como desafio o desenvolvimento de pesquisas voltadas para avaliar as melhores estratégias de enfrentamento das consequências que trazem para o ser cuidador e para o fortalecimento das vantagens inerentes nessa condição, com o intuito de subsidiar gestores para a realização de políticas públicas voltadas para essa população e para o fortalecimento da formação médica no contexto da clínica ampliada e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Universidade Estadual de Feira de Santana. **Manual do Módulo de Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade IV**. Feira de Santana: NUG/UEFS; 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: DOU; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. [10 nov 2016].
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. [10 set 2016].
4. Garuzi M, Achitti O, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Públ.** 2014; 35(2): 144-149.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Rev Bras Hipertens** 2010; 17(1): 8-68.
6. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul enferm.** 2010; 23(6): 782-787.
7. Linck CL, Bielemann VLM, Sousa AS, Lange C. Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento. **Acta Paul enferm.** 2008; 21(2): 317-22.
8. Cabral IE, Moraes JRMM. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. **Rev Bras Enferm** 2015; 68(6): 1078-85.
9. Meneguim S, Ribeiro R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. **Texto Contexto Enferm** 2016; 25(1).
10. Barp M, Vilela SDC. Cuidador familiar do idoso com transtorno mental e comportamental: vivências e sentimentos desvelados. **Rev. enferm UERJ** 2016; 23(6): 805-10.
11. Ra P, Eb S. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP** 2013; 47(1): 185-92.
12. Batista MPP, Almeida MHM de, Lancman S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. **Rev Bras Geriatr e Gerontol** 2014; 17(4): 879-85.
13. Costa SRD, Castro EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Rev Bras Enferm** 2014; 67(6): 979-86.
14. Oliveira WT, Antunes F, Inoue L, Reis LM, Araújo CRMA, Marcon SS. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Cienc Cuid Saude** 2012; 11(1): 129-137.
15. Marques A, Landim FLP, Collares PM, Mesquita R de. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciênc. saúde coletiva** 2011; 16(suppl 1): 945-955.
16. Wang X, Robinson KM, Hardin HK. The Impact of Caregiving on Caregivers' Medication Adherence and Appointment Keeping. **West J Nurs Res** 2015; 37(12): 1548-62.
17. Yee JL, Schulz R. Gender Differences in Psychiatric Morbidity Among Family Caregivers: A Review and Analysis. **Gerontologist Oxford University Press** 2000; 40(2): 147-64.
18. Noblat ACB, Lopes MB, Lopes GB, Lopes AA. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiol.** 2004; 83(4): 308-13.

19. Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho FF, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG, et al. 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; 49(3): 306–11.
20. Laham CF. Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. Biblioteca Digital de Teses e [Dissertação - Universidade de São Paulo]. São Paulo; 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/dispo_niveis/5/5160/tde-10082005-151808/>. [01 dez 2016].
21. Chen YM. Differences in Outcomes of Caregiver Support Services for Male and Female Caregivers. **SAGE Open** 2014; 4(3).
22. Hudson P, Aranda S. The Melbourne Family Support Program: evidence-based strategies that prepare family caregivers for supporting palliative care patients. **BMJ Support Palliat Care** 2014; 4(3): 231-7.

Endereço para Correspondência

Luciana Maia Santos Vidal
Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística
(Prédio de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, anexo do
módulo VI), Campus Universitário da UEFS
BR 116, KM 03, CEP 44031-460, Feira de Santana-BA.
Telefone: (75) 3161-8161
E-mail: luluzinha_maia@hotmail.com