



ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA HIPERDIA.

Andrea Abreu Calista; Chirlaine Cristine Gonçalves; Ana Clara Gomes Cotrim Soares.

Universidade Federal de Campina Grande; e-mail: andreacalista@hotmail.com

RESUMO

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus constituem os principais fatores que conduzem à internação e óbitos em diversos países do mundo. Por serem doenças crônicas requerem acompanhamento e tratamento por toda a vida do paciente, sendo essencial que na atenção básica à saúde essa assistência ocorra de forma satisfatória. Este estudo tem por objetivo avaliar as anotações dos profissionais de saúde nos prontuários dos indivíduos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus das unidades básicas de saúde do município de Guarabira - PB. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa. O estudo revelou que a quantidade de registro de consultas, procedimentos e condutas relacionados diretamente à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus encontram-se abaixo das preconizações do Ministério da Saúde e revelam que o acompanhamento realizado tem sido negligente especialmente em relação à terapêutica não farmacológica no que tange às orientações para mudanças no estilo de vida, como práticas dietéticas e de atividade física regular. É essencial que para reverter esse cenário, os profissionais se conscientizem da importância da assistência na qualidade de vida desses pacientes e se utilizem do prontuário como meio essencial de comunicação entre os membros da equipe de saúde bem como para facilitar a continuidade da assistência prestada.

Palavras-chave: HIPERDIA, Atenção primária à saúde, Equipe multiprofissional, Terapêutica não farmacológica.

ABSTRACT

Hypertension and diabetes mellitus are the main factors that lead to hospitalization and deaths in various countries of the world. They are chronic diseases require monitoring and treatment throughout the patient's life, it is essential that basic health care such assistance occurs in a satisfactory manner. This study aims to evaluate the annotations of health professionals in the records of individuals with hypertension and/or diabetes mellitus of basic health units in the city Guarabira - PB. This is an exploratory research with a quantitative approach. The study revealed that the amount of query log, procedures and behaviors directly related to hypertension and diabetes mellitus are below the recommendations of the Ministry of Health and reveal that the monitoring has been negligent especially in relation to the non-pharmacological therapy in terms of guidelines for changes in lifestyle, such as diet and regular physical activity. It is essential to reverse this scenario, the professionals be aware of the importance of assistance in these patients' quality of life and use of the chalkboard as an essential means of communication between the members of the healthcare team and to facilitate the continuity of care provided.

Keywords: HIPERDIA, Primary health care, Multidisciplinary team, Non-pharmacological therapy.



1 INTRODUÇÃO

Com a Revolução Industrial ocorrida no século XIX o modo de vida da população passou por profundas transformações, entre as quais o acelerado processo de urbanização, o aumento na expectativa de vida, modificações nos hábitos alimentares e o aumento do sedentarismo. Esses fatores favoreceram o processo de transição epidemiológica, onde houve uma inversão da prevalência das doenças infectocontagiosas, com a diminuição dos óbitos por essas doenças e crescimento das doenças crônico-degenerativas¹.

Essas doenças constituem um problema de saúde pública afetando milhões de pessoas em todo mundo. Pela repercussão na qualidade de vida dos seus portadores há uma grande preocupação para tentar minimizar os riscos que estas doenças podem acarretar, uma vez que suas complicações constituem um grande percentual da causa de milhares de óbitos todos os anos em nosso país. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, coexistindo o sedentarismo, a dieta inadequada e a obesidade, são os principais motivos para o aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas em nosso meio².

Entre estas doenças estão situadas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). A HAS constitui um dos principais riscos à saúde, havendo a estimativa de existirem cerca de 600 milhões de hipertensos no mundo e que esta patologia seja responsável por no mínimo 13% do total de óbitos registrados. O DM por sua vez, encontra-se diagnosticado em mais de 177 milhões de pessoas, e as complicações advindas dessa doença são apontadas como causa para mais de quatro milhões dos óbitos anuais. Essas patologias geram custos altíssimos ao sistema de saúde, obtendo até 15% dos investimentos anuais em saúde em lugares onde há alta prevalência e deficiência no seu controle³.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que as ações voltadas para o controle dessas patologias ocorra preferencialmente no sistema primário de atenção



à saúde de forma que possa garantir acesso aos serviços e resolubilidade, para isso é necessário haver integração de todos os profissionais, dedicação para fornecer educação em saúde e uma avaliação continuada da repercussão da assistência prestada⁴.

Em 2007, foram registradas 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares no SUS⁵ e estima-se que até 75% dos casos poderiam ser solucionados em unidades de atenção primária à saúde⁶.

Uma das estratégias implementadas no Brasil para reduzir o impacto dessas doenças foi a instauração do programa HIPERDIA nas Unidades Básicas de Saúde em 2002. Este programa visa ampliar o vínculo entre os pacientes e profissionais de saúde através do cadastramento e acompanhamento realizados nas unidades de saúde e facilitar o acesso dos usuários aos medicamentos, à realização de exames periódicos e às orientações necessárias fornecidas por uma equipe multiprofissional⁷.

A prevenção e o controle do DM e da HAS encontram-se diretamente relacionadas à qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, sendo necessária uma avaliação continuada das ações prestadas numa tentativa de adequar a assistência às necessidades da população atendida.

Sendo o prontuário do paciente um importante veículo de comunicação entre os profissionais de saúde que prestam a assistência ao paciente, é de fundamental importância que este seja bem redigido e que contenha as informações necessárias para o acompanhamento da evolução do paciente para garantir que a assistência possa ser continuada, sem repetições de procedimentos e de forma retro avaliativa, garantindo maior agilidade e resolução assistencial.

Partindo desse pressuposto, este estudo tem por objetivo avaliar as anotações de atendimento realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Guarabira - PB, identificando a regularidade de anotações nos prontuários dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA, referentes às informações requisitadas na



ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético e referente à terapêutica não farmacológica, visando à melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

2 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno. A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação utilizando procedimentos estatísticos⁸.

A pesquisa foi realizada em Guarabira – PB, município do brejo paraibano, com população de 55.340 habitantes⁹. O município dispõe, atualmente, de 40 estabelecimentos de saúde integrados ao Sistema Único de Saúde, e 19 Equipes de Saúde da Família, 15 situadas na zona urbana e 04 na zona rural, sendo a pesquisa realizada em 09 unidades sorteadas entre as situadas na zona urbana da cidade.

A população foi formada pelos usuários que apresentam HAS e/ou DM cadastrados no programa HIPERDIA e que residem na área de abrangência das equipes sorteadas, sendo selecionada uma amostra de 20% desses usuários (315 pacientes sorteados do total de 1575 cadastrados).

Os dados foram coletados através da análise dos prontuários dos usuários cadastrados, que foi norteada por um questionário de questões fechadas para avaliar as anotações nestes contidas e foram abordados quantitativamente, através de análise estatística e expressos em gráficos e tabelas.

Para operacionalização da pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CEP/CESED), recebendo parecer favorável.

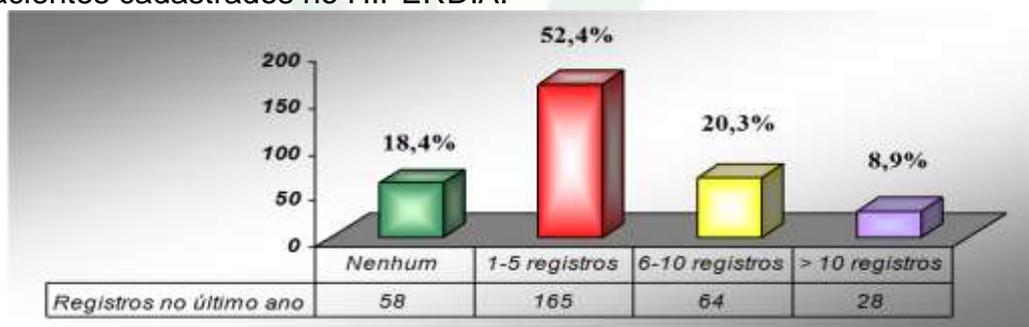
O desenvolvimento da pesquisa seguiu as diretrizes emanadas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem direta ou indiretamente seres humanos¹⁰.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram sorteados 20% do universo dos 1575 usuários cadastrados no programa HIPERDIA das unidades sorteadas, totalizando 315 usuários.

Seguindo o roteiro elaborado para avaliação dos registros nos prontuários dos pacientes portadores de HAS e DM, foi identificado inicialmente que 18,4% dos usuários não possuem nenhum registro de consulta nos últimos 12 meses, conforme se encontra descrito no Gráfico 01.

Gráfico 01 - Distribuição da quantidade de registros de consultas nos prontuários dos pacientes cadastrados no HIPERDIA.



Fonte: Pesquisa realizada em UBSF do município de Guarabira.

Conforme o gráfico apenas 8.9% possui mais de 10 registros no último ano, o que deveria ocorrer com a grande maioria dos usuários, uma vez que, o acompanhamento mensal é essencial para avaliar o progresso da patologia e a adaptação do indivíduo à terapêutica medicamentosa e às mudanças no estilo de vida que merecem ser adotadas.

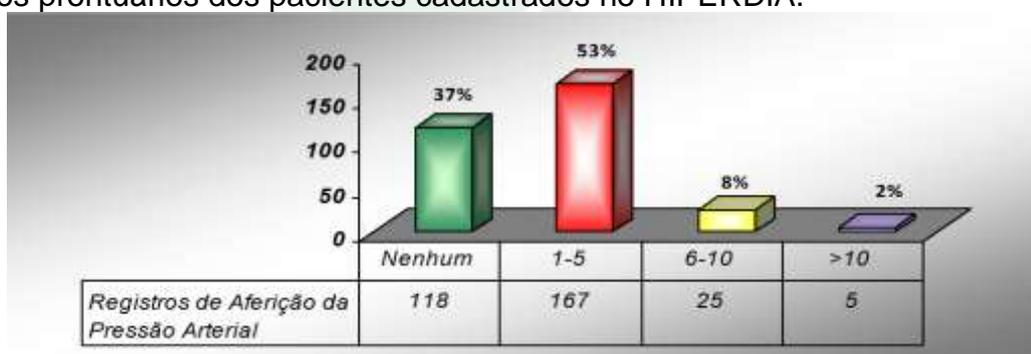
As consultas foram registradas por médicos, enfermeiros, odontólogos e profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo

avaliado que 235 prontuários possuem registro de consulta médica (74,6%), 134 contêm registro de consultas realizadas pelo enfermeiro (42,5%), apenas 03 prontuários contam com registro de consulta odontológica (0,95%) e 22 possuem registro de consulta realizada por algum profissional integrante do NASF (6,9%).

O monitoramento do progresso, da eficácia da terapêutica, a identificação e o tratamento de qualquer eventual complicação decorrente da HAS e/ou do DM deve ocorrer através do acompanhamento regular realizado por consultas de profissionais de saúde. É essencial, também, que a consulta ocorra não somente em quantidade, mas também, com a qualidade necessária para garantir um adequado acompanhamento do paciente, visando propiciar melhorias no seu quadro clínico e na sua qualidade de vida¹¹.

Uma das avaliações básicas a ser realizada durante a consulta desses pacientes é a aferição da pressão arterial, no entanto foi observado que 37% dos usuários não possuem qualquer registro de aferição da pressão arterial conforme descrição contida no Gráfico 02.

Gráfico 02: Distribuição da quantidade de registros de aferições da pressão arterial nos prontuários dos pacientes cadastrados no HIPERDIA.



Fonte: Pesquisa realizada em UBSF do município de Guarabira.

A pressão arterial deve ser monitorada com a maior frequência possível para que possa ser avaliado o tipo de prescrição ou conduta a ser adotada pelo indivíduo. Ao menos uma vez ao mês esse parâmetro deve ser aferido em uma unidade de saúde para que um profissional capacitado possa avalia-lo e, caso seja identificada

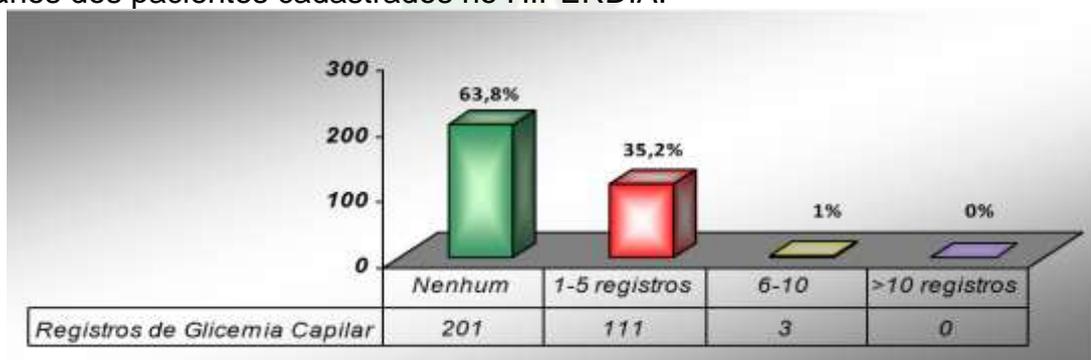
alguma alteração grave, orientar adequadamente o indivíduo para que seja alcançado o retorno à normalidade⁷.

Essa aferição também é essencial para que possa haver uma modificação no tipo de terapêutica adotada, pois, se a patologia não está sendo controlada com a prescrição atual, a conduta adequada deve ser tomada pelo profissional de saúde para evitar uma complicação séria como o Acidente Vascular Cerebral, uma vez que, muitos pacientes são assintomáticos, mesmo quando em crises hipertensivas.

Da mesma forma, a glicemia capilar deve ser monitorada com frequência regular, visando acompanhar a eficácia da terapêutica para hiperglicemia ou casos de hipoglicemia, que constitui uma situação de risco para o paciente diabético uma vez que é necessária uma intervenção rápida e eficaz para evitar complicações como diminuição do nível de consciência e convulsão decorrentes de um estado prolongado de hipoglicemia e cetoacidose ou síndrome hiperosmolar não-cetótica decorrentes de períodos prolongados de hiperglicemia¹².

No entanto, foi observado que apenas 36% dos usuários possuem registro de glicemia no último ano em seus prontuários, conforme demonstra o Gráfico 03.

Gráfico 03: Distribuição da quantidade de registros de glicemias realizados nos prontuários dos pacientes cadastrados no HIPERDIA.



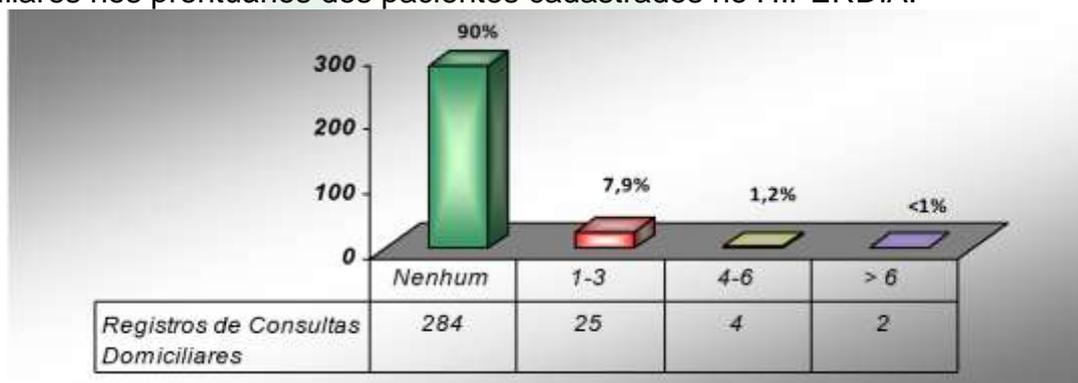
Fonte: Pesquisa realizada em UBSF do município de Guarabira.

Outro tipo de acompanhamento essencial para ampliar o conhecimento do profissional em relação à situação social do usuário que está sendo acompanhado é

a consulta domiciliar. Esse tipo de consulta visa não apenas acompanhar os usuários com dificuldade ou impossibilidade de locomoção até à unidade de saúde, mas possibilita que qualquer usuário seja identificado no contexto social e familiar que se encontra inserido. A consulta domiciliar constitui uma oportunidade singular para o profissional identificar e avaliar características do domicílio, situações que facilitem ou dificultem o convívio familiar, condições econômicas, distância e tipo de trajeto até a unidade saúde, entre outros aspectos.

Partindo deste pressuposto foi avaliada a quantidade de consultas domiciliares registradas no último ano, revelando que 90% dos usuários não receberam nenhuma consulta domiciliar pelos profissionais de saúde, como pode ser observado no Gráfico 04.

Gráfico 04: Distribuição da quantidade de registros, no último ano, de consultas domiciliares nos prontuários dos pacientes cadastrados no HIPERDIA.



Fonte: Pesquisa realizada em UBSF do município de Guarabira.

Além de constituir uma importante fonte de informação sobre o meio social em que está inserido o usuário portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, a consulta domiciliar é também um dos meios em que pode ser realizada a busca ativa de casos novos dessas doenças e acompanhar o indivíduo que não tem comparecido às consultas agendadas na unidade de saúde. A busca ativa é apontada como uma das ações estratégicas mínimas realizadas na atenção básica à saúde para o controle da HAS e do DM¹³.

Referente às prescrições farmacológicas foi observado que 33% dos pacientes não possuem nenhum registro de prescrição no último ano, o que revela que pode não estar ocorrendo um acompanhamento adequado sobre a eficácia dos medicamentos em uso sobre as patologias portadas pelos usuários. Além disso, por serem doenças crônicas, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus devem ser avaliados, através de exames clínicos e laboratoriais a cada 03 meses, para que a prescrição farmacológica seja reavaliada para possível mudança de posologia ou mesmo do medicamento em uso, o que não tem ocorrido com considerável parcela de pacientes.

Em relação aos demais prontuários, 169 possuem entre 1 e 5 registros (54%), 36 contêm entre 6 e 10 registros (11%) e apenas 07 apresentam 10 registro ou mais (2%).

No que se refere às orientações nutricionais, 77% dos prontuários avaliados não possuem nenhuma registro de orientações relacionadas às modificações de hábitos nutricionais, estando os demais 33% com 1 a 5 registros dessas orientações.

É importante ressaltar que não apenas a adesão a terapêuticas farmacológicas contribuem para o controle da pressão arterial e dos níveis glicêmicos, mas também as mudanças no estilo de vida como abandonar práticas como tabagismo e etilismo, consumir menos frituras, diminuir o consumo de sódio, açúcar e carboidratos, consumir mais frutas e verduras, bem como realizar atividades físicas de forma regular. Muitos benefícios para a saúde podem ser conseguidos com: uma alimentação saudável e balanceada aliada a níveis moderados de atividade física, 30 minutos por dia. Esse nível de atividade pode ser alcançado com movimentos corporais da vida diária, como caminhar para o trabalho, subir escadas e dançar, bem como atividades de lazer e esportes recreativos¹⁴.

E finalmente, quanto às orientações para prática de atividade física, 88% dos usuários que tiveram seus prontuários avaliados não possuem qualquer registro de orientação relacionada à prática de atividade física, enquanto que apenas 12% possuem entre 01 e 05 registros de orientações realizadas pelos profissionais.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o baixo nível de atividade física constitui um importante fator de risco no desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, como diabetes mellitus não insulino dependente, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, osteoporose e alguns tipos de câncer, como o de cólon e o de mama. Tal relação se torna evidente pela diminuição do aparecimento de sequelas, redução da necessidade de internação, menor quantidade de medicamentos necessários ao controle desses agravos, que incide na redução de custos com serviços médico-hospitalares, quando esta prática é incorporada pelos pacientes¹⁴.

Por possuírem uma evolução lenta e multifatorial, sua prevenção deve ser estimulada precoce e persistentemente por todos os profissionais de saúde. A promoção de atividades educativas e de grupo é, portanto, ferramenta chave dos profissionais para alcançarem esse objetivo.

4 CONCLUSÃO

O usuário portador de doenças crônicas, como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, deve ser acompanhado com regularidade nos serviços de saúde, especialmente aqueles comprometidos com a Atenção Básica.

É essencial que os usuários dos serviços do SUS sejam sujeitos ativos do processo evolutivo da patologia que possuem e possam compreender como os medicamentos e as mudanças no estilo de vida, prescritas e orientadas pelos profissionais de saúde, podem contribuir para o controle da doença e para evitar sequelas ou complicações futuras.

Para que isto seja alcançado é necessário que haja uma avaliação minuciosa por parte dos profissionais e dos gestores de saúde sobre como está ocorrendo a assistência prestada e se essa assistência tem conseguido alcançar os objetivos esperados.

De acordo com os dados encontrados nessa pesquisa, o serviço de saúde ainda precisa dar passos largos rumo ao ideal de proporcionar uma assistência adequada e resolutiva aos problemas de saúde da população. Muitas práticas têm deixado de ser realizadas, ou de serem registradas, o que dificulta a continuidade da assistência e uma retro avaliação da evolução clínica dos pacientes assistidos.

Para que mudanças efetivas possam ocorrer é necessário que cada profissional se auto avalie numa tentativa de nortear seu comportamento diante dos desafios que a prática profissional impõe para modificar seus paradigmas e evoluir profissionalmente. É ainda essencial que haja a conscientização de que o prontuário é um documento que deve ser utilizado em todo procedimento realizado e que é neste que devem ser registrado as informações mais importantes do estado de saúde de cada indivíduo, pois constitui um dos meios de comunicação entre os profissionais da equipe.

Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham este discernimento e busquem realizar o registro correto de toda assistência prestada aos pacientes. Tendo consciência também de que as informações registradas em prontuário possuem poder de respaldo para o próprio profissional, por comprovar ou não que uma assistência foi prestada e como esta foi realizada, de forma que pode ser averiguado se as condutas necessárias foram ou não tomadas e se estas eram realmente adequadas ao caso clínico.

REFERÊNCIAS

1. Ohara ECC, Ribeiro MP. Saúde do Idoso. In: Ohara ECC, Saito RXS (org.). Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinare; 2008.
2. SBH. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista de Hipertensão: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Rev Hip. Rio de Janeiro. 2010;13(1).
3. Organização Pan-americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde

[internet]. Brasília. 2003 [acesso 2015 abr 19]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/informes_tecnicot/d.cronicas-opas.pdf.

4. World Health Organization. Study Group on Diabetes Mellitus. Second report. Geneva: World Health Organization; 1985.

5. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica – 2012 [internet]. Arq. Bras. Cardiol. 2012;98(1) [acesso 2015 16 maio] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2012000700001&script=sci_arttext.

6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

7. Braga, E. R. Reflexão da ação multiprofissional no hiperdia: saúde bucal, hipertensão arterial e diabetes mellitus [internet]. UFTM: Uberaba; 2006. (acesso em 2015 16 maio). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acao_multiprofissional_hiperdia_eduardo_braga.pdf.

8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

9. IBGE. Censo demográfico 2010. [internet] (acesso em 19 abr 2015). Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250630>.

10. Brasil. Resolução CNS n°. 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 1996.

11. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento. 2. ed, Brasília, 1997.

13. Ceará. Manual das equipes de saúde da família: organização do processo de trabalho de equipes de atenção primária à saúde. Fortaleza: SESA, 2002.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de promoção da atividade física “Agita Brasil”. Rev Saú Pú. São Paulo. 2002;36(2):254-6.