

## **PROJETO CONTINUUM: CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS DE INTERNAÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA DO HULW/UFPB**

Rilva Lopes de Sousa Muñoz<sup>1</sup>, Isabel Barroso Augusto Silva<sup>1</sup>, Antonio Edilton Rolim Filho<sup>2</sup>, Samuel Gouveia da Costa Duarte<sup>2</sup>, Natália de Andrade Costa<sup>2</sup>, Raissa Dantas de Sá<sup>2</sup>, Rodolfo Augusto Bacelar de Athayde<sup>2</sup>, Charlâne Marinho Almeida<sup>2</sup>, Bruno Melo Fernandes<sup>2</sup>, Ângela Siqueira de Figueiredo<sup>1</sup> e Maria do Amparo Mota Ferreira<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente trabalho enfoca a continuidade do cuidado clínico aos pacientes portadores de doenças crônicas egressos de uma hospitalização. O objetivo é descrever as atividades do Projeto Continuum, de atendimento clínico continuado aos pacientes com doenças crônicas, após internação no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB). As atividades assistenciais consistiram no acompanhamento ambulatorial de acordo com os protocolos clínicos de atendimento elaborados no projeto para os pacientes com necessidade de cuidados continuados, ajustando-se condutas clínicas e detectando-se novos problemas. Foi verificada uma melhora da educação dos pacientes sobre sua doença e melhora da adesão ao tratamento. Em médio prazo, espera-se obter um melhor controle clínico dos pacientes com redução de reinternações.

**Palavras-chave:** Continuidade da Assistência ao Paciente. Doença Crônica. Ambulatório Hospitalar.

### **Introdução**

Reconhecendo a existência de uma fragmentação do modelo assistencial pós-hospitalização dos pacientes que recebem alta das enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), o presente projeto de extensão visa ao acompanhamento do paciente portador de doença crônica que recebe alta deste serviço.

O paciente portador de doença crônica geralmente é hospitalizado pela necessidade de tratamento de uma agudização clínica. Entretanto, apesar de constituir fator de extrema importância, após a alta hospitalar, a continuidade dos cuidados clínicos é geralmente negligenciada. Atualmente, podem ser observados muitos pacientes com doenças crônicas permanecerem internados por longos períodos e, ao receberem alta hospitalar, muitas vezes ficam sem uma seqüência horizontal de assistência, como já observado no HULW, sobretudo nas enfermarias de clínica médica (SOUSA-MUÑOZ et al., 2002).

Define-se a “Continuidade de Cuidados” como a seqüencialidade, no tempo e no sistema de saúde, das intervenções integradas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Portanto, são os cuidados prestados ao paciente continuamente desde seu contato inicial com o serviço de saúde, acompanhando-se o paciente durante todos os episódios de assistência médica. Essa continuidade dos cuidados clínicos já é considerada atributo essencial de bom funcionamento do sistema provedor de saúde (DE MARCO, 2005).

---

<sup>1</sup> Professora do Departamento de Medicina Interna (DMI) /Centro de Ciências da Médicas (CCM/UFPB);

<sup>2</sup> Alunos Extensionistas / Medicina / DMI / CCM / UFPB

Com este entendimento, consideram-se de grande importância as ações que visem a aumentar e melhorar a integração da atenção hospitalar durante a internação com o seguimento ambulatorial do paciente portador de doença crônica. Esta ação assistencial de horizontalidade do cuidado apresenta inúmeros desafios, e é necessária a participação ativa do paciente.

Nesse contexto, o presente projeto enfoca a continuidade do cuidado, no sentido de reduzir o alto índice de nova hospitalização de portadores de doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, nefropatias e doença hepática crônica, enfermidades que apresentam elevada prevalência entre os pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do HULW, constituindo uma intervenção que pode melhorar sua evolução, reduzindo, assim, a morbimortalidade dessa clientela.

Com base nessas considerações, o presente projeto em andamento tem o objetivo de desenvolver ações assistenciais e métodos de trabalho que permitam acompanhar o paciente portador de doença crônica egresso de uma internação, priorizando a adequação de seu controle clínico através da continuidade do cuidado ambulatorial e de processos de educação popular em saúde.

## **Metodologia**

As atividades de extensão deste projeto são desenvolvidas desde a previsão da alta do paciente na enfermaria, pelos alunos da equipe de gestão de altas do presente projeto, até consultas médicas de seguimento clínico, o atendimento educativo e as visitas domiciliares. Ao ser programada a alta, o primeiro retorno é agendado para o ambulatório de egressos da clínica médica do HULW.

No ambulatório, os pacientes egressos estão sendo atendidos por docentes médicos e alunos bolsistas e voluntários do Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX). A periodicidade das consultas é mensal, considerando as necessidades de cuidado permanente dos pacientes atendidos (problemas de média e alta complexidade). Esse conjunto de atuações é realizada por uma equipe composta por médicos (clínico-geral, nefrologista, endocrinologista), assistente social e alunos da graduação em Medicina e Serviço Social.

Foram elaborados protocolos clínicos de atendimento para o portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença renal crônica e de visita domiciliar, para testar a implantação de protocolos de atendimento de assistência continuada, ora em andamento. Os atendimentos são sistematizados de acordo com os protocolos elaborados e discutidos em seminários quinzenais com toda a equipe do projeto.

Há um protocolo de acompanhamento para cada paciente atendido, que inclui dados desde a fase pré-alta (enfermaria) até a fase de acompanhamento ambulatorial. Para isso, os alunos participantes do projeto foram designados para três grupos: (1) grupo de gestão de altas (três alunos, dois de medicina e um de serviço social); (2) grupo de atendimento ambulatorial (quatro alunos). A coordenadora e a vice-coordenadora do projeto atuam como tutoras e orientadoras dos alunos de Medicina e a assistente social, orientadora do aluno de serviço social. Há especialistas (nefrologista e endocrinologista) para avaliação dos casos mais complexos e que exijam condutas específicas para os pacientes hipertensos, diabéticos e nefropatas.

Três pacientes foram selecionados, com base em critérios clínicos e sócio-psicológicos, para receber visitas domiciliares dos estudantes de medicina e serviço social nesta primeira fase do projeto. Esta visita constitui a parte da prática acadêmica domiciliar,

com os objetivos de levantar dados (avaliação das condições domiciliares), que auxiliem a atenção clínica no acompanhamento no ambulatório, constituindo também uma oportunidade para educar o paciente quanto à sua doença, realizando-se orientações baseadas em referencial teórico de Educação em Saúde.

Outras metas desta ação da prática acadêmica domiciliar são verificar a compreensão e aplicação corretas da terapêutica instituída, pesquisar eventuais influências do ambiente, da família ou da vizinhança na gênese da doença apresentada e, concomitantemente, desenvolver o senso de compromisso e responsabilidade do aluno para com o paciente, que é percebido dentro do contexto em que se insere.

A atividade de ensino voltada para os alunos extensionistas consistiu em discussão dos problemas clínicos trazidos pelos pacientes e revisões teóricas semanais sobre os temas vistos. Tendo como campo de estudo o atendimento real de pacientes com doenças crônicas de alta prevalência e de maior complexidade na prática clínica, o projeto tem oferecido extensionistas participantes e futuros profissionais da saúde, a oportunidade de desenvolver seu papel de agentes ativos, através da vivência clínica e da educação popular aos pacientes. Além disso, o projeto foi um espaço para a iniciação à docência, através de apresentação de seminários pelos alunos, assim como para pesquisa, através de um protocolo em execução sobre educação em saúde para o paciente portador de doença crônica.

## **Resultados e Discussão**

As atividades assistenciais do projeto consistiram na inclusão de 32 pacientes internados nas enfermarias de clínica geral (Propedêutica) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Vinte destes estão sendo acompanhados ambulatorialmente com periodicidade mensal.

A idade média dos vinte pacientes acompanhados ambulatorialmente variou de 18 a 77 anos (média de  $53,3 \pm 1,5$  anos), 14 (70%) são do sexo masculino, 13 (65%) são procedentes de João Pessoa e área metropolitana, com escolaridade básica em 65% dos casos, e 20% analfabetos.

Na avaliação dos diagnósticos principais mais freqüentes, doenças renais, cardiovasculares e endócrinas foram as mais freqüentes. Doze (60%) são hipertensos, e 42% destes têm concomitantemente hipertensão e diabetes mellitus. Todos os pacientes apresentam comorbidades, e 40% apresentam mais de cinco problemas ativos. Dez pacientes (50%) apresentam polifarmácia, ou seja, uso simultâneo de mais de cinco medicamentos. A demanda deste grupo por recursos de saúde é intensa, tanto no que se refere à utilização de serviços de saúde quanto no que diz respeito ao uso de medicamentos.

No momento da alta hospitalar, 14 (70%) relataram conhecer o seu diagnóstico, mas um percentual igual (14/70%) não sabia os nomes dos medicamentos usados. Nesse sentido, no ambulatório os pacientes e seus familiares passaram a receber informações a cada visita ao ambulatório pela equipe do projeto, o que é fundamental porque se sabe que a causa principal da má adesão à terapêutica resulta da falta de educação.

Em trabalhos que realizados anteriormente no HULW (SOUSA-MUÑOZ et al., 2002; SOUSA-MUÑOZ et al, 2001), foi observado que os conhecimentos dos pacientes hospitalizados sobre seu tratamento e seguimento terapêutico no HULW/UFPB são insuficientes, sobretudo quanto aos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos. Isso

indica a necessidade de adoção de um programa de informações e de ações educativas voltadas para o paciente internado com o objetivo de aumentar seu conhecimento sobre o próprio tratamento e assim, aumentar suas possibilidades de adesão à terapêutica após a alta hospitalar, como se verificou neste projeto.

Vinte por cento dos pacientes apresentam antecedente de mais de quatro hospitalizações anteriores. Este dado sugere que esta clientela apresenta um alto índice de internações hospitalares. Admite-se que a necessidade de assistência clínica dobra quando uma pessoa apresenta uma doença crônica (MERTHI; CECÍLIO, 2003; DONABEDIAN, 1990). A presença de doenças como hipertensão arterial sistêmica, doença hepática crônica e diabetes mellitus foram as condições mais associadas com utilização de atendimentos ambulatoriais acima da média, assim como também as pessoas que foram hospitalizadas no último ano. Esse achado revela que o fato de consultar freqüentemente pode indicar maior gravidade das manifestações, ao contrário do que admitem gestores dos sistemas de saúde que, muitas vezes atribuem utilização elevada com uso inadequado (DIAS-DA-COSTA et al., 2008; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Durante os cinco meses de acompanhamento, foram realizadas visitas mensais, com avaliação da evolução clínica dos pacientes, verificando-se a adesão ao tratamento não-farmacológico e farmacológico, além da aplicação dos protocolos clínicos de atendimento especificamente voltados para o portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença renal crônica. Após cada avaliação clínica mensal, é realizada uma intervenção educativa individual sobre os problemas que apresenta o paciente.

Quinze dos pacientes (75%) apresentaram novos problemas clínicos, verificando-se que 65% deles tinham mais de cinco problemas concomitantemente. Houve alterações no exame físico em 16 pacientes (80%) e 18 (90%) necessitaram de realização de novos exames complementares. Efetuaram-se mudanças na conduta terapêutica farmacológica em 15 pacientes (75%). O uso do modelo de continuidade de cuidados é custo-efetivo e melhora a prestação de serviços, aumentando sua eficiência, proporcionando a redução do agravamento das doenças e de reinternações hospitalares (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Além disso, no acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar, podem ser identificadas necessidades médicas, psicossociais e de reabilitação do paciente ao longo do “continuum” internação-cuidado domiciliar, sobretudo no caso de pacientes com doenças crônicas, implicando na necessidade de compreensão do curso dos cuidados para cada doença específica.

Houve adesão ao tratamento em 17 pacientes (85%) e em 15% a adesão foi parcial. Um dos maiores problemas no controle inadequado da hipertensão arterial e diabetes é a falta de adesão (SARIVA et al., 2007). A literatura nos parece unânime ao colocar como fundamental o papel da adesão no sucesso do tratamento anti-hipertensivo. Embora não seja um problema exclusivo do tratamento dessas doenças crônicas, por ser também muito freqüente em outros regimes de caráter prolongado, a falta de adesão ao tratamento nesse contexto se aprofunda em complexidade, parecendo ser determinada por vários fatores, inter-relacionados ou não entre si.

Os benefícios originados por meio da implantação do projeto foram, em curto prazo uma melhora da educação aos pacientes portadores de doenças crônicas e das condições de assistência ao paciente com necessidade continuada de cuidados clínicos pela presença de múltiplos problemas de média e alta complexidade clínica. Em médio prazo, espera-se obter um melhor controle dos pacientes com redução das reinternações. Em longo prazo,

pode ocorrer uma redução da morbidade e mortalidade dos pacientes portadores de doenças crônicas atendidos no serviço.

## **Referências**

DE MARCO, M. A. Abordagem integral e integrada. In: PRADO, F. C., RAMOS, J. A.; DO VALLE, J. R. **Atualização Terapêutica**. São Paulo: Artes Médicas, 2005.  
DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Use of outpatient services in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: factors related to above-average number of physician visits. **Cad. Saúde Pública** 24 (2): 353-363, 2008.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, 114 (11):1115-8, 1990.

MERHY, E.; CECILIO, L.C.O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 22 (64): 110-122, 2003.

SARAIVA, K. R. et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto contexto - enferm.** 16 (1): 63-70, 2007.

SOUSA-MUÑOZ, R. L.; MOREIRA, I. F.; MOURA, A. C. L. Relação entre sintomatologia depressiva e mortalidade hospitalar em idosos internados em enfermarias de clínica médica. In: **V Encontro Paraibano de Psicólogos da área Hospitalar**, 2002, João Pessoa, 2002.

SOUSA-MUÑOZ, R. L., MOREIRA, I. F., MEDEIROS, J. G. M. Morbimortalidade da clientela idosa em internações clínicas do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB, João Pessoa/Paraíba. In: **Reunião Anual da SBPC**, 2001. Resumos. Salvador: Ed. Universidade Federal da Bahia, 2001.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 2004 . Disponível em: . Acesso em: 17 fev 2008.

Endereço para Correspondência:

Rilva Lopes de Sousa-Muñoz

rilvalopes@hotmail.com