
RELATO DE EXPERIÊNCIA

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS PARA A ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ângela Taís Mattei*
Juliana Perez Arthur**
Maria de Fátima Mantovani***
Elis Martins Ulbrich****
Ieda Maria Leal da Cruz*****

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência que tem como objetivo descrever o processo de elaboração de protocolos para a alta hospitalar, realizado no Pronto Atendimento de um Hospital de Ensino da Universidade Federal do Paraná no município de Curitiba-PR, no período de dezembro de 2011 a julho de 2012. A elaboração dos protocolos foi realizada em três etapas: a primeira foi a realização de entrevistas semiestruturadas com 18 pacientes internados com hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus. Na segunda etapa foram realizados quatro encontros para discutir as respostas dos entrevistados e elaborar os protocolos. A terceira etapa constou de visitas domiciliares aos pacientes entrevistados e reunião com os enfermeiros para implantação dos protocolos na orientação para alta. Acredita-se que a utilização de protocolos de alta hospitalar pode ser uma ferramenta valiosa no gerenciamento do tratamento de pacientes com doenças crônicas, pois permite o envolvimento dos mesmos e proporciona um apoio profissional na continuação de sua terapêutica.

Palavras-chave: Enfermagem. Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial Sistêmica. Protocolos clínicos. Saúde do adulto.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são descritas como um grupo de agravos que se caracterizam pelo seu curso prolongado e os múltiplos fatores de risco, que requerem monitoramento constante e tratamento permanente⁽¹⁾. Dentre elas, algumas são classificadas como não transmissíveis, que são as cerebrovasculares, cardiovasculares, renovasculares, respiratórias, neoplasias e diabetes mellitus⁽¹⁾, estas responsáveis pela alta morbidade e mortalidade na maioria dos países, implicando elevados custos sociais e econômicos⁽²⁾.

Devido aos altos custos que essas patologias e suas comorbidades acarretam, bem como o avanço dos conhecimentos científicos e tecnológicos, o tempo de hospitalização tende a

ser menor, gerando uma alta hospitalar precoce⁽³⁾. Deste modo, há grande preocupação com os cuidados pós-hospitalização a fim de evitar as reinternações, visto que estas elevam as despesas do cuidado em saúde⁽³⁾.

Para contrapor esse problema, faz-se necessária a alta hospitalar planejada e sistematizada, para proporcionar esclarecimentos ao paciente e seus familiares. Entende-se que o planejamento sistemático da alta hospitalar pode contribuir principalmente para a diminuição da reinternação, assim como evitar ou postergar o aparecimento das complicações das doenças crônicas. Esse plano de alta exige um trabalho multiprofissional e interdisciplinar para superar a fragmentação do cuidado, que mediante a participação de todos os envolvidos permite maior autonomia e conhecimento que pode auxiliar o paciente na autogestão do seu cuidado⁽³⁾.

* Acadêmica de Enfermagem do oitavo período da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bolsista de Iniciação Científica PIBIC-CNPq. Membro do Grupo de Pesquisa Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA-UFPR). Curitiba, Brasil. E-mail: angela-mattei@hotmail.com

** Acadêmica de Enfermagem do sexto período da UFPR. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC - Fundação Araucária. Membro do GEMSA-UFPR. Curitiba, Brasil. E-mail: julianaperez.4@gmail.com

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Universidade Federal do Paraná, docente do Curso de Enfermagem e da Pós-Graduação em Enfermagem. Pesquisadora e bolsista produtividade CNPq. Membro do GEMSA-UFPR. Curitiba, Brasil. E-mail: mfatimamantovani@ufpr.br

**** Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da UFPR. Bolsista CAPES. Membro do GEMSA-UFPR. Curitiba, Brasil. E-mail: lilaulbrich@yahoo.com.br

***** Enfermeira. Mestranda do curso de mestrado profissional em Enfermagem da UFPR. Membro do GEMSA-UFPR. Curitiba, Brasil. E-mail: iedamaria@ufpr.br

Uma das possibilidades para alcançar a autogestão do cuidado é o Gerenciamento de Casos (GC), que abrange todo o processo assistencial e sua utilização possibilita o monitoramento, identificação, implementação e o acompanhamento de protocolos e serviços que visem a saúde do paciente. Em síntese, esse sistema requer uma organização do cuidado de maneira a gerenciar cada caso por meio da demarcação de uma equipe multidisciplinar que se torna responsável pela atenção integral ao paciente durante o seu tratamento⁽⁴⁾.

A elaboração de protocolos clínicos, pelo gerente de caso, torna-se útil, pois direciona os cuidados, bem como auxilia o paciente no desenvolvimento de uma meta, objetivando uma melhoria na assistência, otimizando os recursos e proporcionando um cuidado eficiente e de qualidade^(5,6). O protocolo clínico pode caracterizar-se como um instrumento dos cuidados prestados e facilitar a comunicação, a avaliação contínua e o acompanhamento do progresso apresentado pelo paciente em busca das metas pré-estabelecidas⁽⁵⁾.

O modo como ocorre o processo de discussão, adoção e implantação dos protocolos é determinante para que eles se tornem efetivos instrumentos de mudanças e de aumento da capacidade crítica dos profissionais, podendo levar a uma melhora no desempenho e na postura individual e coletiva, gerando, assim, um trabalho capaz de produzir mais saúde⁽⁶⁾.

Nesse sentido, o enfermeiro tem importante papel no gerenciamento de casos, principalmente por sua habilidade no cuidado integral ao paciente e seu conhecimento clínico, determinando as prioridades e assegurando a qualidade da assistência⁽⁴⁾.

Todo o processo de GC está atrelado ao método científico de trabalho, ou seja, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, que proporciona o planejamento das ações, permitindo a integralidade do cuidado e melhoria da qualidade da assistência prestada⁽⁷⁾.

Assim o objetivo do presente estudo foi relatar o processo de elaboração de protocolos para alta hospitalar à pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus durante o desenvolvimento de uma pesquisa intitulada "O enfermeiro e o gerenciamento do cuidado na doença crônica".

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de elaboração de protocolos para a alta hospitalar, realizado no Pronto Atendimento de um Hospital de Ensino da Universidade Federal do Paraná no município de Curitiba-PR, no período de dezembro de 2011 a julho de 2012.

A elaboração dos protocolos foi realizada em três etapas: a primeira ocorreu durante os meses de dezembro de 2011 à março de 2012 e constou da realização de entrevista semiestruturada gravada com 18 pacientes internados com hipertensão arterial e/ou *Diabetes Mellitus*, estes foram contatados intencionalmente nos meses de julho de 2012 a dezembro de 2012 para identificar as necessidades de conhecimento sobre o tratamento e a doença de base. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: adultos com idade entre 18 e 60 anos, residentes em Curitiba-PR ou Região Metropolitana, atendidos no Pronto Atendimento do Hospital de Ensino e que permaneceram internados por no mínimo dois dias.

O instrumento de coleta de dados foi composto de dados de identificação que levaram em consideração as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado conjugal, grau de instrução), tempo de diagnóstico e tratamento, questões sobre o conhecimento da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, e identificação das dúvidas em relação ao tratamento. A partir da análise destes dados coletados com os 18 pacientes foram realizados quatro encontros no mês de abril e maio, em 2012, entre os pesquisadores para a construção dos protocolos que constituiu-se na segunda etapa.

A terceira etapa realizada no mês de junho e julho de 2013 constou na avaliação e adaptação dos protocolos por meio de novas entrevistas com 20 pacientes diferentes da primeira etapa, e um mês depois das orientações hospitalares estes mesmos pacientes foram acompanhados e orientados com o uso dos protocolos para a verificação da sua aplicabilidade em visitas domiciliares. As adaptações necessárias foram realizadas somente no protocolo de exercícios físicos e constou da inclusão de orientações sobre a importância de aumentar gradualmente a atividade física, até atingir os 30 minutos preconizados na literatura. Além dessa alteração, houve o acréscimo de dois protocolos, um sobre

nefropatia e outro sobre retinopatia, em consequência de alguns pacientes dos quais foram aplicados o protocolo durante sua testagem possuírem essas comorbidades.

Por último, realizou-se uma reunião entre os pesquisadores e três enfermeiros do serviço para implantação dos protocolos.

Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná com registro CEP/SD 1227.152.11.09 e CAAE 0149.0.091.208-11, e segue a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Em respeito ao anonimato, os sujeitos foram identificados pelas iniciais dos nomes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar as 18 entrevistas da primeira etapa constatou-se que as necessidades educativas relacionavam-se principalmente aos cuidados com a alimentação, exercício físico, medicação e entendimento sobre a(s) patologia(s). Dos 18 pacientes, 12 já possuíam comorbidades associadas como Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Neuropatia Periférica, Retinopatia entre outras.

Corroborando com este, um estudo⁽⁸⁾ realizado com pacientes com diabetes na cidade de Bragança Paulista – São Paulo identificou que 13% dos pacientes apresentavam retinopatia, 10% possuíam neuropatia periférica e 11,5%

sofriam com algum grau de nefropatia diabética. Além disso, um estudo⁽⁹⁾ realizado em Londrina-Paraná, com 193 indivíduos hipertensos, mostrou que 57 destes, apresentavam alguma comorbidade associada a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Para melhor operacionalização, cada uma das necessidades educativas e comorbidades associadas foram listadas em uma tabela, a partir de então, foram realizados quatro encontros entre os pesquisadores, que incluíam acadêmicos de enfermagem, doutorandos e professora orientadora, para discutir cada caso e buscar na literatura informações relevantes que possibilitasse a elucidação das dificuldades encontradas, e permitisse a orientação individualizada.

Nos quatro encontros, que integram a segunda etapa da elaboração dos protocolos, foi discutido como estes seriam preparados e após realizou-se a divisão dos temas para estudo nos encontros posteriores. A respeito da divisão dos temas optou-se por estudar, no segundo encontro, as necessidades educativas relacionadas com o Diabetes *Mellitus* e a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Neste encontro, realizou-se uma revisão dos temas que os pacientes com diabetes e hipertensão relataram ter dificuldades. Iniciou-se pelo tema mais citado na entrevista, a dificuldade na utilização de medicamentos prescritos, conforme Figura 1.

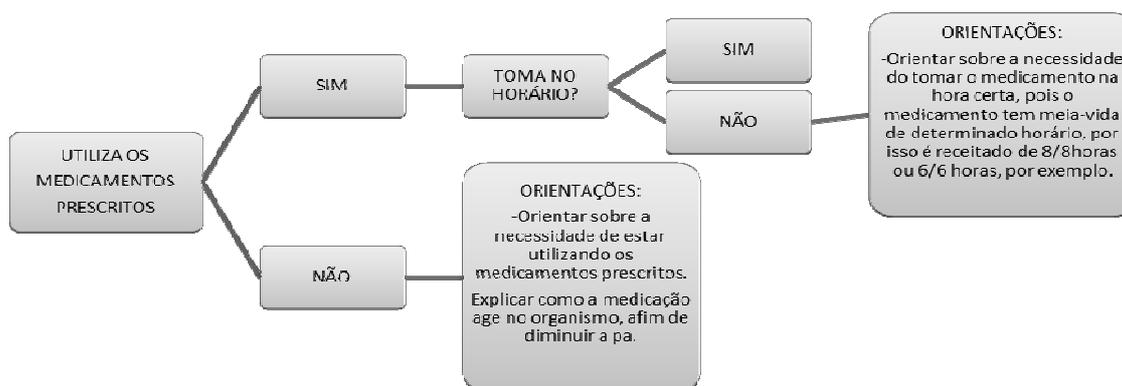


Figura 1. Protocolo para a Hipertensão Arterial Sistêmica referente à utilização dos medicamentos prescritos.

Fonte: Os autores

A partir desse tema chave elaborou-se uma questão norteadora: Utiliza os medicamentos prescritos? Caso a resposta fosse positiva, deveriam ser realizadas orientações de reforço e incentivo a prática, e se a resposta fosse negativa eram realizadas as orientações sobre a necessidade de tomar o medicamento na hora e dose certa, bem como o efeito que a medicação proporciona, isso permitiu-nos, durante a aplicação dos protocolos, elaborar metas em conjunto com os pacientes.

A dificuldade com a alimentação também foi relatada pelos pacientes, que referiram não conseguir se alimentar adequadamente, como é orientado no hospital. Diante dos relatos, direcionamos a busca na literatura para o uso excessivo de gorduras, enlatados, sódio e açúcar, esclarecendo o efeito que estes podem ter no organismo desses pacientes e a quantidade de ingestão diária preconizada, visto que a qualidade de vida dos pacientes pode ser aumentada significativamente mesmo com medidas simples de melhoria na dieta, como o aumento do consumo de frutas e hortaliças e a diminuição de alimentos ricos em gorduras e açúcares⁽¹⁰⁾.

A irregularidade da prática de exercícios físicos, igualmente, foi alvo de estudo para a elaboração dos protocolos, por meio das respostas dos pacientes elaborou-se orientações que compreendem a necessidade da prática regular, os seus efeitos na Hipertensão Arterial Sistêmica e no Diabetes Mellitus, além do tempo e o grau do exercício de acordo com o preconizado para obter-se um resultado satisfatório.

Os exercícios físicos são de extrema importância, se aliados à dieta e realizados regularmente, podem proporcionar uma série de benefícios, como aumentar a sensibilidade à insulina, auxiliar no controle glicêmico, melhorar os níveis de lipídios e a eficiência cardíaca, além de prevenir ou reduzir a obesidade⁽¹¹⁾.

Estudo epidemiológico mostra que a não realização de exercícios físicos regularmente aumenta a incidência de doença arterial coronariana (45%), IAM (60%), HAS (30%), câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%), diabetes do tipo II (50%) e osteoporose (59%)⁽¹²⁾.

Outros temas também citados durante a entrevista foram a presença do alcoolismo e o tabagismo, a partir dos quais foram elaborados esclarecimentos do malefício que podem causar, principalmente no caso destas patologias crônicas. Por serem drogas lícitas no Brasil, o tabagismo e o alcoolismo são dois dos fatores-chave causadores das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁽¹³⁾.

O uso do tabaco, isoladamente, é responsável por 1/6 das mortes por essas condições no mundo, e embora o hábito de fumar tenha diminuído nos países mais ricos ele tem crescido nos mais pobres. Assim como o tabagismo, o consumo de álcool é muito danoso, causando 2.3 milhões de mortes no período de um ano em todo o mundo, e 60% dessas mortes têm relação com DCNT⁽¹³⁾.

Para o terceiro encontro foi estabelecido o estudo das comorbidades, no qual optou-se estudar além das neuropatias autonômicas (diarria, gastroparesia e hipotensão ortostática), também outras comorbidades encontradas entre os entrevistados como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Neuropatia Periférica, Doença da Artéria Coronária, Doença Vascular Periférica (trombose), Nefropatia e Retinopatia. Após o estudo da etiologia dessas comorbidades e os fatores de risco, buscou-se na literatura cuidados necessários para evitar maiores comprometimentos e permitir o autogerenciamento da(s) doença(s).

Por fim, no último encontro ocorreu a elaboração do material com objetivo de auxiliar no processo de orientação dos pacientes no Pronto Atendimento. Para a preparação dos protocolos elegeu-se a utilização do recurso do Office Word 2011®, *SmartArt*, pois permite a inserção de um elemento gráfico para comunicar informações visualmente na forma de diagramas ou organogramas, facilitando dessa forma, o processo de orientação. Após a inserção do elemento gráfico, as informações pesquisadas nos encontros anteriores eram acrescentadas nos balões em ordem sequencial de acordo com a resposta dada pelo paciente durante a entrevista.

Todas as orientações e esclarecimentos sobre os temas estudados durante os encontros nos permitiram a construção dos protocolos, esta estratégia foi utilizada em outro estudo⁽¹⁴⁾ desenvolvido para auxiliar os profissionais no

manejo de um problema de saúde, em circunstâncias clínicas específicas, fato que possibilitou a qualidade de vida dos pacientes.

Após a elaboração dos protocolos foi realizada uma reunião com a equipe de enfermagem do pronto atendimento para discutir a aplicação dos mesmos nesta unidade. A partir de então, os protocolos passaram a ser utilizados nas orientações individualizadas e na construção de metas junto aos 20 pacientes da terceira etapa, com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus que se encontravam internados. Estas metas eram anotadas em um guia de orientações para continuação dos cuidados no domicílio.

Posterior à orientação no âmbito hospitalar, realizou-se o acompanhamento por meio de visitas no domicílio destes 20 pacientes, com o objetivo de rever as metas propostas, verificar a adesão ao tratamento e elaborar metas para os meses seguintes, utilizando os protocolos como apoio nessas condutas, com o intuito de fornecer condições para o autogerenciamento do cuidado dos pacientes e avaliar a utilização dos protocolos, resultados não descritos neste artigo.

As educações para o autogerenciamento da doença ou a educação em saúde podem ser vistas como formas de fornecer ao indivíduo conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para o desempenho do

autogerenciamento dos cuidados da doença no controle das crises e para a mudança de comportamento, especialmente, dentro das áreas de nutrição e atividade física. Todo esse processo, visa capacitar o indivíduo a entender e a motivar-se a participar efetivamente do seu regime terapêutico⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS /CONCLUSÃO

A orientação no âmbito hospitalar faz parte da sistematização da assistência de enfermagem e contribui para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, à medida que fornece subsídios para a compreensão do seu processo saúde-doença. Assim, os protocolos são tecnologias que auxiliam essas ações, colaborando com a enfermagem no processo de educação em saúde e propiciando o autogerenciamento das doenças crônicas, e tentar interferir no aparecimento de complicações ocasionadas pelas doenças de base e o número de hospitalizações advindas destas.

Compreende-se que o cuidado de enfermagem deve ser pautado também na educação em saúde por meio da orientação individual e direcionada às necessidades de cada um, e os protocolos certamente podem ser usados pelo gerente de caso nas avaliações e acompanhamento deste pacientes.

DEVELOPMENT OF PROTOCOLS FOR THE DISCHARGE OF HYPERTENSIVE AND DIABETIC PATIENTS: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT

This is an experience report that aims to describe the process of developing protocols for the hospital, performed in the Emergency Unit of a Teaching Hospital of the Federal University of Paraná in Curitiba-PR, from December 2011 to July 2012. The preparation of the protocols was conducted in three stages: the first was the semi-structured interviews with 18 hospitalized patients with hypertension and / or diabetes mellitus. In the second step were held four meetings to discuss the answers of respondents and elaborate protocols. The third stage consisted of home visits to patients interviewed and meeting with nurses for deployment of protocols in high orientation. It is believed that the use of protocols discharge can be a valuable tool in managing the treatment of patients with chronic diseases because it allows their involvement and provides professional support in continuing their therapy.

Keywords: Nursing. Diabetes Mellitus. Hypertension. Clinical protocols. Adult health.

DESARROLLO DE PROTOCOLOS PARA EL DESEMPEÑO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS: RELATO DE EXPERIENCIA

RESUMEN

Se trata de un relato de experiencia que tiene como objetivo describir el proceso de elaboración de protocolos para el alta hospitalaria, realizado en el Servicio de Urgencias de un Hospital Escuela de la Universidad Federal de Paraná, en la ciudad de Curitiba-PR, en el periodo de diciembre 2011 a julio de 2012. La elaboración de los protocolos se realizó en tres etapas: la primera fue la realización de entrevistas semiestructuradas con 18 pacientes hospitalizados con hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus. En la segunda etapa fueron realizadas

cuatro reuniones para discutir las respuestas de los encuestados y elaborar los protocolos. La tercera etapa consistió en visitas domiciliarias a pacientes entrevistados y reuniones con los enfermeros para la implementación de protocolos en la orientación para el alta. Se cree que el uso de protocolos de alta hospitalaria puede ser una herramienta valiosa en la gestión del tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas, pues permite su participación y proporciona un apoyo profesional en la continuación de su terapéutica.

Palabras clave: Enfermería. Diabetes Mellitus. Hipertensión Arterial Sistémica. Protocolos clínicos. Salud del adulto.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2011.
2. Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Uma revisão sistemática de literatura. *Rev bras cancerol.* 2009; 55(4):379-388
3. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev bras geriatr gerontol.* 2011. [citado 2013 set 5]; 14(4):779-786. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232011000400017&lng=pt
4. Lopes TO, Alves MB, Ferraz SB, Santos RP. Gerenciamento de casos (case management). In: Harada MJCS, organizador. *Gestão em Enfermagem: ferramenta para prática segura.* São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora; 2011. p. 207-212.
5. Hayden BB, Almirall D, Weiner BJ, Maciejewski M, Kaufman MA, Powers BJ et al. The implementation of a translational study involving a primary care based behavioral program to improve blood pressure control: The HTN-IMPROVE study protocol. Bosworth et al. *Implementation Science* [on-line]. 2010. [citado 2013 set 5]; 5:54. Disponível em: <http://www.implementationscience.com/content/5/1/54>
6. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Coopmed; 2009.
7. Barbosa EP, De Biasi LS, Zago VLP, Paini JP, Severo CM. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades de implantação na visão do enfermeiro. *Perspectiva.* [on-line]. 2012. [citado em 14 jan 2012]; 36 (133):41-51]. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/133_249.pdf
8. Lima AT, Kanno DT, Gonsalles MCR, Assis DMB, Giancesella EMF. Diabetes e suas comorbidades no Programa de Saúde da Família Vila Davi em Bragança Paulista, SP. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2010; 8 (4):316-9.
9. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS. Prevalência de Obesidade Abdominal em Hipertensos Cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(6):754-62
10. Gardone DS, Ribeiro SMR, Silva RR, Martino HSD. Impacto da intervenção nutricional no perfil antropométrico e consumo alimentar de participantes da Estratégia de Saúde da Família. *Nutrire: rev Soc Bras Alim Nutr = J Brazilian Soc Food Nutr.* 2012; 37(3):245-58.
11. Soares LC, Santana MG, Thofehrn MB, Dias DG. Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. *Ciênc cuid saúde.* 2009; 8(1):118-123.
12. Gualano B, Tinucci T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Rev bras educ.* 2011; 25 (37):37-43.
13. Ministério da Saúde (BR). Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde. Brasília (DF); 2011.
14. Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre; 2008.
15. Torres HC, Franco L, Stradioto M, Hortale V, Shall V. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev saúde pública.* 2009; 43(2): 431-9.

Endereço para correspondência: Maria de Fátima Mantovani. Av. Lothário Meissner, 632, bloco didático II, 3º andar. CEP. 80210-170, Curitiba, Paraná, Brasil.

Data de recebimento: 19/03/2013

Data de aprovação: 11/11/2013