

TELEMONITORAMENTO COMO FERRAMENTA DE ACOMPANHAMENTO A PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lara Gabriely dos Santos Estevam (PIBIC/CNPq/FA/UEM), Vitória Vasconcelos Logullo (Co-autor), Mislaine Casagrande de Lima Lopes (Co-orientador); Sonia Silva Marcon (Orientador), e-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

Universidade Estadual de Maringá / Centro de Ciências da Saúde/Maringá, PR.

Enfermagem/Saúde Pública

Palavras-chave: telemonitoramento, experiências, atenção primária à saúde.

Resumo:

O telemonitoramento vem sendo utilizado cada vez mais como uma ferramenta para fornecer uma continuidade no cuidado longitudinal aos usuários no âmbito da atenção básica, objetivando a melhora da saúde, construindo vínculos e metas na relação profissional-usuário. Neste contexto, o presente trabalho objetiva demonstrar a experiência obtida no processo de seleção dos participantes do projeto "Telemonitoramento na Atenção Primária à Saúde" com enfoque em pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, até o início da fase dos telecontatos. O processo de seleção dos pacientes foi realizado por meio da abordagem dos mesmos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Após explicação do projeto e aceite dos possíveis participantes, os mesmos foram convidados a realizar uma consulta de enfermagem. As consultas foram realizadas pelos estudantes de graduação em enfermagem, supervisionados por enfermeiros e pós-graduandos. Para muitos estudantes de graduação, foi o primeiro contato com a consulta de enfermagem. Considera-se que o projeto contribuiu para o conhecimento dos estudantes de enfermagem participantes do projeto, sobretudo na realização de consultas de enfermagem.

Introdução

As doenças crônicas estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, com desenvolvimento lento, longa ou indefinida duração, sendo por vezes assintomáticas. Estão entre 72% das causas de morbidades no Brasil atualmente (MAGRI, 2020) e, além da mortalidade, levam a um grande número de internações e são uma das principais causas de amputação e perda de mobilidade e outras funções neurológicas. Ademais, à medida que a doença progride, ocorre a perda significativa de qualidade de vida.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial (HA) e a diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) são as mais frequentes e constituem um problema de saúde no Brasil e no mundo, acometendo principalmente idosos (FRANCISCO,

2018). Por este motivo se teve o aumento da demanda na procura por serviços de saúde, tanto na atenção primária, quanto nos serviços de maior complexidade.

Para auxiliar o controle destas doenças, algumas tecnologias vêm sendo utilizadas, com o objetivo melhorar a situação de saúde do usuário, diminuir gastos, superlotação e tempo do usuário em se deslocar múltiplas vezes até as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Um exemplo é o telemonitoramento, que consiste no acompanhamento por meio de ligações telefônicas aos usuários. Essa ferramenta vem sendo cada vez mais utilizada para fornecer uma continuidade no cuidado longitudinal no âmbito da atenção básica e tem auxiliado na proximidade com os usuários, construção de vínculos, além de possibilitar o monitoramento do estado de saúde das pessoas.

No projeto “Telemonitoramento na rede de atenção às condições crônicas como recurso de apoio à autogestão da doença para pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial”, os monitoramentos por telefone têm sido implementados e avaliados. Entretanto, até a realização dos telecontatos, algumas etapas se fazem necessárias, visando a identificação e seleção de participantes que se enquadram nos critérios para o telemonitoramento. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar o processo de seleção dos usuários com condições de serem telemonitorados.

Materiais e Métodos

Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de seleção de usuários do projeto intitulado “Telemonitoramento na rede de atenção às condições crônicas como recurso de apoio à autogestão da doença por pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial”.

Os usuários com diagnóstico de doenças crônicas foram inicialmente abordados nas UBS após indicação das equipes de saúde da família. Os critérios para inclusão dos participantes no projeto eram: ter o diagnóstico de HA e/ou DM2, saber atender ligações telefônicas, possuir aparelho telefônico (fixo ou móvel), ter capacidade de compreensão e aceitar participar da pesquisa.

Após explicação do projeto e aceite dos possíveis participantes, era realizada a estratificação de risco, mediante respostas a um questionário estruturado e em seguida, os mesmos eram convidados a realizar uma consulta de enfermagem. As consultas foram realizadas nas UBS do município de Maringá pela equipe participante do projeto.

Resultados e Discussão

Após a seleção dos usuários, foi realizada uma avaliação inicial que, diante de alguns dados avaliados (Figura 1), era realizada a estratificação de risco do participante. Essa etapa era fundamental para definir o intervalo entre os telecontatos com os participantes.

Posteriormente realizou-se a consulta de enfermagem. Esta era agendada ou realizada durante a permanência do usuário para a atividade que é realizada nas Unidades de Saúde para este grupo de pacientes. Para essa consulta, utilizou-se

um instrumento próprio, criado coletivamente pelos participantes do projeto, abordando: dados de anamnese, exame físico, campo para identificação dos diagnósticos de enfermagem, outro para prescrições de enfermagem e por fim, o plano de cuidados, com as metas estabelecidas em conjunto.

As consultas foram realizadas por estudantes de enfermagem, ressaltando que para muitos estava sendo o primeiro contato com consultas de enfermagem, fator que gerou algumas inseguranças no início, porém como os mesmos eram sempre acompanhados por enfermeiros e pós-graduandos, também participantes do projeto, eles sempre auxiliaram e ensinaram, seja aferindo pressão, glicemia, no exame físico, entre outros, fato que facilitou e conseqüentemente, enriqueceu-os com saberes de enfermagem básicos, porém que se utiliza pelo resto da graduação.

Durante as consultas, os pacientes eram indagados sobre sua condição de saúde (anamnese) e também sobre sua experiência com o manejo da doença, relação e apoio familiar, costumes e hábitos de vida, entre outros aspectos. Destaca-se que ao paciente era dada liberdade para fazer perguntas, esclarecer dúvidas e falar de sua relação com os serviços de saúde, e também sobre as dificuldades que enfrenta no dia a dia para manter a doença sob controle.

Posteriormente, era elaborado, em conjunto com ele, um plano de cuidados em que eram estabelecidas e pactuadas algumas metas de acordo com as possibilidades de cada um. Sempre tomava-se o cuidado de não sobrecarregar – lembrando ao paciente a importância de um passo de cada vez. Deste modo, foram pactuadas metas factíveis para serem implementadas. Elas eram registradas em duas vias, uma ficava no projeto (para direcionar os telecontatos) e outra era entregue aos usuários, e solicitado que as mesmas ficassem em lugar de fácil acesso para que pudessem consultá-las com frequência.

A partir das metas estabelecidas com o usuário, eram realizados os contatos telefônicos, ocasião em que os pacientes eram questionados acerca de sua condição atual de saúde, a existência de alguma intercorrência desde o último contato e por fim, sobre as metas pactuadas. Ao longo da ligação, eram registradas informações e orientações para o usuário seguir até a ligação do próximo mês, baseado nos relatos falados.

Conclusões

O processo de seleção dos usuários para o projeto de telemonitoramento possibilitou o treinamento dos estudantes para a implementação da consulta de enfermagem no âmbito da atenção primária em saúde. Além disso, possibilitou o treinamento de técnicas básicas que os estudantes ainda estavam em processo de aprendizagem, tais como aquelas que estão envolvidas no exame físico da pessoa com doença crônica.

Agradecimentos

Agradeço imensamente a Prof.^a Dr. Sonia Silva Marcon pela oportunidade de estar neste projeto, e a todos pós-graduandos, mestrandos e doutorandos do projeto, em

especial a Camila Wohlenberg, que desde o início me auxiliaram integralmente em todo processo.

DIABETES MELLITUS		HIPERTENSÃO ARTERIAL	
1. Procurou Pronto Atendimento ou UBS por descontrole glicêmico últimos 12 meses? Não (0) 1-2x (1) 3-5x (2) 6 ou + (3)		1. Procurou Pronto Atendimento ou UBS por hipertensão últimos 12 meses? Não (0) 1-2x (1) 3-5x (2) ≥6 (3)	
2. Hemoglobina glicada (HbA1c): Data: _____ ≤ 7 (0) 7,1 A 8,9 OU Não tem (1) > 9 (2)		2. Já realizou alguma cirurgia no sistema circulatório (angioplastia, cateterismo etc)? Não (0) ≥ 12 meses (2) ≤ 12 meses (3)	
3. Glicemia capilar Jejum () 70 - 130 (1) > 130 (2) Pos prandial () < 180 (1) ≥ 180 (2)		3. Pressão arterial: mmHg Sistólica: 130 a 139 ou Diastólica: 85 a 89 (0) Sistólica: 140 a 159 ou Diastólica: 90 a 99 ≤ (1) Sistólica: 160 a 179 ou Diastólica: 100 a 109 (2) Sistólica: ≥ 180 ou Diastólica: ≥ 110 (4)	
4. Pressão arterial ≤ 130/80 mmHg (0) > 130/80 (1)		4. Possui alguma complicação? Circular qual(is) Não (0) Sim (2)	
5. Possui complicação do DM? Circular qual(is) Não (0) Micro* ou Macroangiopatias** (3)		Doença vascular periférica Insuficiência Renal Crônica Acidente Vascular Encefálico Infarto Agudo do Miocárdio	
*Retinopatia diabética **Doença arterial coronariana Doença renal diabética Acidente vascular encefálico Insuficiência renal crônica Doença vascular periférica. Neuropatia Diabética Pé diabético Neuropatia sensitivo-motora			
Total DM: _____ (Max = 29 pontos) ≤ 10 Baixo; 10 A 15 Moderado 16 a 20 Alto > 20 Muito alto		Total HAS: _____ (Max = 30 pontos) ≤ 10 Baixo; 10 a 20 Moderado > 20 Alto	

*A soma não é cumulativa no mesmo item e nem no geral. A mesma pessoa pode ter risco baixo para DM e alto para HAS.

Figura 1: Dados para realização da estratificação de risco

Referências

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016>. Acesso: 28 ago 2022

MAGRI, S. et al. Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://homologacao-reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1788>. Acesso em: 28 ago 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília, 2013. Acesso em: 27 ago 2022