

ANÁLISE SITUACIONAL DO CUIDADO AO PACIENTE HIPERTENSO NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS-GO EM 2019 ATRAVÉS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE



1Geraldo Porto Magalhães Netto, 1Gabriel Garcia Cunha Lopes, 1Matheus Bernardos Souza, 1Lucas Rodrigues dos Reis, 1José Ribeiro Montalvão, 2Leonardo Driessen Rodrigues Carvalho.

1Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
2Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

E-mails: geraldoportonetto@gmail.com, gabrielgclopes@gmail.com
matheusmbs19@hotmail.com, lucasrodriguesmed20@gmail.com
josuerm7788@gmail.com, leonardodrcarvalho@gmail.com

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Consultar os Sistemas de Informação quanto aos dados da hipertensão arterial (HA) na atenção básica (AB) de saúde no município de Anápolis e correlacionar ao preconizado nos cadernos de atenção básica. **Métodos:** Foi realizada pesquisa bibliográfica para elaboração de revisão integrativa de literatura nos Cadernos de Atenção Básica (CAB) números 35 e 37, além da coleta de dados de saúde registrados nos seguintes sistemas de informação: e-SUS (SI em saúde da AB), e-Gestor (SI de informação e gestão da AB), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Resultados:** De acordo informações colhidas no e-Gestor, Anápolis possui 381.970 habitantes, sendo 74% cobertos pela AB e 20% pela saúde suplementar, o que resta concluir que, idealmente, 5,98% da população está desassistida. Além disso, dentre as mais de 270.000 consultas realizadas no ano de 2019, apenas 1,9% foi destinada ao público hipertenso, resultado incongruente com as recomendações do manejo da HA na atenção básica, de acordo com os CAB. Situação que se relaciona com o preenchimento do prontuário eletrônico. **Conclusões:** Apesar da boa cobertura da AB na população anapolina, deve-se ampliar a adscrição populacional. Além disso, sugere-se conscientizar o profissional sobre o correto preenchimento do prontuário, além de facilitar o manuseio dessa ferramenta se faz importante.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Telemedicina, Política de eSaúde, Classificação Internacional de Atenção Primária, Redes de Comunicação de Computadores.

SITUATIONAL ANALYSIS OF HYPERTENSION PATIENT CARE IN THE BASIC ATTENTION IN THE CITY OF ANÁPOLIS-GO IN 2019 THROUGH THE INFORMATIONS SYSTEMS OF HEALTH

ABSTRACT

Objective: To consult the Informations Systems (IS) about the data of arterial hypertension (AH) in the basic attention (BA) to health in the city of Anápolis and correlate to what is preconized on the basic attention notebook's. **Methods:** A literature review was carried out to prepare an integrative literature review in the Basic Attention Notebook's (BAN) number 35 and 37, futhermore it was used the data of health registered in the following informations systems: e-SUs (IS about health in the BA), e-Gestor (information and management in the BA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES). **Results:** According to informations of e-Gestor, there are 381.970 inhabitants in Anápolis and among these 74% are included in the BA and 20% in health insurance plans which means that, ideally, 5,98% is with no health support. Moreover, between all of 270.000 medical appointments realized in 2019, only 1,9% were destined to people with hypertension. An incongruent result with the recommendations about the treatment of AH in accordance with the BAN. Situation that is related to the fill of electronic medical records. **Conclusions:** In spite of the good covering of BA in the anapolina population, an extent of the BA must be done. Further, a suggestion is make the professionals aware of the correct way to fill the electronic medical reports and, in addition, make this tool easier to fill.

Keywords: Primary Health Care, Hypertension, Telemedicine, eHealth Policie, International Classification of Primary Care, Computer Communication Networks.

Introdução

A hipertensão arterial (HA) é a resultante de um conjunto de variáveis clínicas caracterizada pelo aumento sustentado dos níveis pressóricos arteriais. Frequentemente é associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito¹.

No Brasil, estima-se que atinja 36 milhões de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (primeira causa de morte no Brasil e no mundo). Idade avançada, sexo masculino, etnia negra, obesidade, alta ingestão de sódio, sedentarismo e uso crônico de álcool e tabaco são fatores que predispõem o desenvolvimento da condição^{1,10}.

O diagnóstico da HA é clínico e depende apenas de profissional médico e tecnologia de baixo custo, como um estetoscópio e um esfigmomanômetro. O tratamento anti-hipertensivo é composto por duas frentes, sendo uma medicamentosa e outra não medicamentosa. Esta envolve a adoção de hábitos saudáveis de vida como alimentação adequada, prática de atividade física, cessação do tabagismo e controle dos fatores de risco associados como dislipidemia, obesidade e entre outros^{1,10}.

O tratamento medicamentoso envolve a classificação hipertensiva do paciente de acordo com valores pressóricos e com a avaliação do risco cardiovascular. As classes de anti-hipertensivos atualmente consideradas preferenciais para o controle inicial da PA em são: diuréticos tiazídicos; inibidores da enzima conversora da angiotensina; bloqueadores dos canais de cálcio; bloqueadores dos receptores da angiotensina II. A escolha do anti-hipertensivo deve ser individualizada visto que fatores intrínsecos de cada paciente podem evidenciar benefícios de um grupo farmacológico em relação a outro¹.

Os Cadernos de Atenção Básica nº 35 e 37 (CAB-35 e CAB-37), referente ao cuidado de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e HA, esclarece o ideal de que essa é uma condição que pode ser acompanhada, na grande maioria dos casos, no contexto de Atenção Básica (AB). Desse modo, tem como objetivo fortalecer e qualificar a assistência à saúde por meio da longitudinalidade e integralidade do cuidado em todos os pontos de atenção. Portanto, ini-

cia-se a partir da situação problema na Unidade Básica de Saúde, onde o fluxo assistencial deve ser gerado no intuito de atender às suas necessidades de saúde^{2,3,4,8}.

Segundo o CAB-37, a periodicidade das consultas de pacientes hipertensos deve ser baseada nos critérios de Framingham, além da consideração das suas necessidades individuais. Em situações de baixo risco preconiza-se acompanhamento anual, no moderado risco semestralmente e no alto risco ao menos quatro vezes ao ano^{2,4,8}.

No que refere a exames, recomenda-se a solicitação anual (e a critério clínico) de exames como dosagem de colesterol total, HDL-colesterol, triglicerídeos, potássio, creatinina, glicemia de jejum, urina tipo 1. O eletrocardiograma (ECG) deve ser solicitado ao diagnóstico e quando convier, não devendo ser solicitado de rotina. Esses exames têm como objetivo o acompanhamento de complicações da HA e também de comorbidades usualmente envolvidas no âmbito de prevenção primária (prevenir outras doenças associada) e secundária (prevenir complicações). Nesse sentido, apresentam extrema importância para o controle do agravo no nível da AB^{2,4}.

A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, é a que redefine a Rede de Atenção à Saúde de Doenças Crônicas (RASDC), sendo, portanto, o pilar para o desenvolvimento das diretrizes supracitadas no contexto da hipertensão arterial na AB. Assim, compete à AB o planejamento do cuidado e sua organização em todos os modos de prevenção (primária, secundária, terciária e quaternária), a garantia do acesso aos medicamentos e insumos e a alimentação adequada dos sistemas de informações de saúde pertinentes, além da fortificação dos princípios de acompanhamento multiprofissional dos usuários do sistema de saúde^{6,9}.

No que se refere-se à gestão em saúde, a Sala de Situação em Saúde (SSS) faz-se fundamental, visto que é um instrumento de planejamento informatizado, de captura e tratamento de dados em saúde, os quais são disponibilizados digitalmente e que utiliza como principal fonte os Sistemas de Informação (SI) do Ministério da Saúde (MS). Assim, a informação assume o relevante papel de realimentação no processo de gestão e planejamento em saúde^{5,9}. Existem cerca de trezentos a quatrocentos SI, porém estes nem sempre estão voltados para

o usuário comum, o que dificulta o acesso pelo gestor. De todos esses, treze caracterizam as principais linhas de atuação do SUS e compõem o acervo de informações disponibilizado por essa ferramenta de acesso. Através destes sistemas, é possível obter informações relativas a estabelecimentos de saúde, profissionais, saúde suplementar, agravos de notificação, mortalidade hospitalar, AB, atendimentos ambulatoriais, imunizações, internações hospitalares, nascimentos e óbitos^{5,9}.

Com toda informação em saúde reunida, o propósito da SSS é torná-la mais compreensível e útil, gerando canais de informação que caracterizam as linhas de atuação de forma contínua e sustentável e, dessa forma, permite a geração de dados de forma rápida e a síntese das informações presentes em muitos sistemas de informação do MS^{5,7}.

Muitos são os desafios existentes para as SSS, pois é preciso manter a base de conhecimento sobre padrões e conceitos que sustentam as informações; interagir com as equipes responsáveis pelas diversas fontes de dados para que as SSS estejam sempre atualizadas; organizar a disseminação padronizada dos sistemas de uso local/regional; usar tecnologias flexíveis o suficiente para atender às exigências dos distintos públicos; estabelecer padrões de interoperabilidade entre os sistemas de informação e as diversas Salas de Situação, para viabilizar a atualização automática e confiável; integrar os sistemas que hoje operam em plataforma web; capacitar os usuários; e, finalmente, fazer a gestão da qualidade das informações⁵.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo consultar os SI quanto a HA na AB no município de Anápolis, baseado nas premissas de funcionamento da SSS. Assim, visa-se conhecer o perfil epidemiológico de HA no município, realizar o diagnóstico situacional em relação ao número de consultas, exames solicitados, cobertura populacional e correlacionar ao que é preconizado nos cadernos de atenção básica.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, analítico, ecológico e com abordagem quantitativa sobre dados epidemiológicos dos pacientes diagnosticados com HA e o manejo da doença no município de Anápolis a nível de Atenção Básica à Saúde.

Foi realizada pesquisa bibliográfica para elaboração de revisão integrativa de literatura nas bases de dados: Google Scholar e SciELO. Além disso, foram utilizados dados secundários colhidos nos sistemas de informação em saúde registrados no e-SUS (SI em saúde da AB) e e-Gestor (informação e gestão da AB). Também foram utilizados dados fornecidos por outros sistemas como: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) do SUS (SIGTAP). A partir desses dados, realizou-se a análise situacional dos atendimentos aos portadores de HA no município de Anápolis no período de janeiro a dezembro de 2019.

O projeto de intervenção foi elaborado na Sala de Situação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis (SMS - Anápolis). Os dados foram cruzados com valores de referência preconizados pelo CAB-37 e avaliados no atual contexto sócio-econômico-cultural da cidade de Anápolis-GO. Após análise dos dados encontrados, foram levantados problemas e realizadas propostas de intervenção para melhoria do sistema de saúde municipal.

Resultados

De acordo com o e-Gestor, Anápolis possui 381.970 habitantes e, dentre esses, 74,02% têm cobertura da AB. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cerca de 20% da população anapolina faz uso de planos de saúde. Conclui-se que, em um cenário ideal, pelo menos 5,98% da população está desassistida no que se refere à atenção à saúde, isso desconsiderando-se a parcela da população que faz uso de ambos - AB e saúde suplementar.

O município de Anápolis terminou no ano de 2019 com 41 UBS em funcionamento, sendo que no início do período avaliado apresentava 39. Houve um saldo positivo no que se refere às Equipes de Saúde da Família no ano analisado, uma vez que todas as equipes do município agora possuem assistência à Saúde Bucal, perfazendo um total de 72 equipes. Em relação ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem-se que totalizam 5.

De acordo com o SI implantado na AB do município para armazenamento de dados, foram

realizadas 271.923 consultas no ano de 2019, sendo 5060 relacionadas à HA, perfazendo 1,9% do total. Admitindo que o município de Anápolis tenha uma prevalência de hipertensos correspondente ao cenário nacional, espera-se aproximadamente 124.140 pacientes com essa condição.

Durante a obtenção de dados do sistema e-SUS, observou-se a classificação da consulta de acordo com a etiologia deu-se tanto pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), quanto pela CIAP2 (Classificação Internacional de Assistência Primária), sendo que o maior número de consultas registradas foi computado na CID 10 na seguinte categoria: Z 00.0, que refere-se a “Exame médico geral” e totalizou aproximadamente 39,8% de todas as 166.270 consultas informadas pelo sistema e registradas com CID-10. A discrepância existente nas informações de CID descritas nas consultas se acentua ao passo que as outras categorias mais informadas foram o somatório dos itens relacionados a Hipertensão (I10, I11, I12, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I158, I159), “Emissão de Prescrição de Repetição” (Z 76.0) e “Outro cuidado médico especificado” (Z 51.8) com 2,9%, 2,6% e 1,9%, respectivamente. Além disso, 49.283 consultas foram descritas com CIAP2, sendo registradas como “Consulta com profissional do APS” (46 - CIAP2), “Medicação/ prescrição/ renovação/ injeção” (50 - CIAP2), “Exame médico/ avaliação de saúde completa” (30 - CIAP2) e “Medicina preventiva/ manutenção da saúde” (A98 - CIAP2) com porcentagens aproximadas em 19,3%, 7,0%, 6,5% e 6,5% respectivamente. Por fim, observou-se cerca de 56.370 consultas ficaram sem registro de CID-10 ou CIAP2. Fatos esses que corroboram para subnotificação epidemiológica municipal.

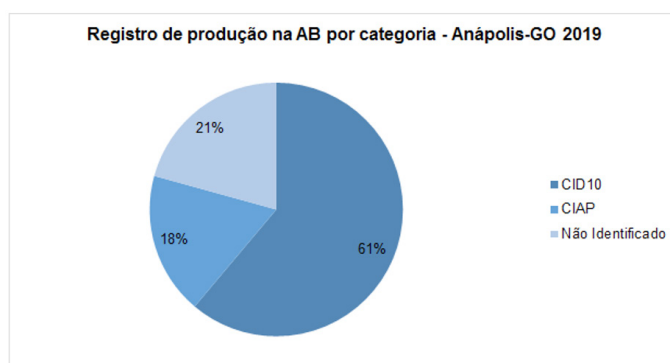
Discussão

A hipertensão é uma condição que deve ser predominantemente manejada dentro do contexto de AB. De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, o paciente hipertenso deve ser referenciado para o serviço de Cardiologia da Atenção Secundária apenas em duas situações: (a) diagnóstico de hipertensão secundária, cuja qual representa pequena parcela dos hipertensos; e (b) em casos de hipertensão

resistente, ou seja, quando não há controle dos níveis pressóricos com uso de três medicamentos em dose plena, sendo um deles um diurético^{2,3,4}.

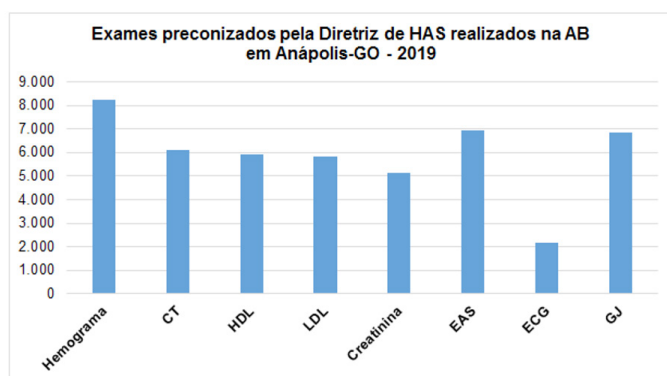
Nesse contexto, é de se esperar que o número de consultas de hipertensão fosse, ao menos, o número estimado de hipertensos em Anápolis, desconsiderando usuários da rede de assistência suplementar, retornos de um mesmo paciente dentro do período de um ano, pacientes em acompanhamento com serviço de Cardiologia e o fato que alguns pacientes apresentam risco cardiovascular moderado ou alto, o que implica em uma maior periodicidade de consultas (> 1 consulta/ano). Assim, percebe-se que há um déficit importante do processo assistencial ao paciente hipertenso dentro do município, mas que pode ser falsamente acentuado por falhas na alimentação dos sistemas de informação^{2,4}.

Ainda que a necessidade de categorizar a consulta via CID-10 ou CIAP2 durante o preenchimento de prontuário virtual seja uma estratégia para potencializar a aquisição de dados em saúde, percebe-se que não é suficiente para alcançá-la. Esse fato pode significar tanto desconhecimento por parte dos profissionais de saúde quanto à necessidade do correto preenchimento dos sistemas informatizados no âmbito de gestão ou ainda, de forma implícita, sugerir a complexidade do atendimento de um mesmo paciente o qual não se encaixaria, naquela consulta, em apenas uma categoria de CID-10 ou CIAP2. Por outro lado, parece haver maior facilidade em classificar a consulta via CID-10, ponto importante de discussão na área das ciências tecnológicas, no sentido de se procurar uma forma de facilitar e acelerar a maneira de se encontrar uma classe de CID-10 mais específico.



Segundo a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) o número máximo de habitantes por UBS é 18 mil, e por Unidade de Saúde da Família (USF), 12 mil habitantes. Sem levar em conta os aspectos territoriais das UBS, tem-se uma média de 9.316 habitantes a cada UBS, índice extremamente positivo dentro das atuais diretrizes. Entretanto, esse número pode ser questionado ao realizar um estudo mais profundo no assunto, visto que muitas variáveis se misturam nesse cenário, sendo a principal delas a localização geográfica e a densidade demográfica local/regional. Como já citado 5,98% da população do município ainda se encontra desassistida pela AB. Tal achado justifica a suposição quanto a problemas de uma má distribuição e controle das reais demandas de cada microrregião do município quanto a cobertura por esse serviço de saúde⁶.

Além disso, a solicitação de exames dentro da AB pôde também ser verificada pelo SI municipal, contudo não restringe dentro de qual atendimento foi solicitado. Entretanto, é possível perceber, como demonstra no gráfico abaixo, que o número de exames solicitados está muito aquém do que se é recomendado pelas diretrizes nacionais. A falha no acompanhamento laboratorial de pacientes hipertensos pode contribuir para desfechos desfavoráveis como, principalmente, nefropatia e retinopatia hipertensivas, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio.



Legenda: CT: Colesterol total; EAS: Elementos anormais do sedimento; ECG: Eletrocardiograma; GJ: Glicemia de jejum.

Conclusão

Diante do analisado, percebe-se que apesar da significativa cobertura da AB na população anapolina, há a necessidade de ampliar

a assistência, visto que ainda há indivíduos não adscritos. Além disso, sugere-se otimizar e simplificar o prontuário eletrônico e, como também, incentivar o profissional sobre o correto preenchimento deste. Dessa forma, faz-se importante a atuação da Secretaria Municipal de Anápolis (SEMUSA) tanto no contexto supracitado, quanto a padronizar o fluxo dos pacientes hipertensos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, assim, potencializar a promoção de saúde desses pacientes, evitando e/ou diminuindo complicações agudas e internações hospitalares.

Referências

1. MALACHIAS, M. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica - Cadernos de Atenção Básica - Brasília; Ministério da Saúde; out. 2014. 128 p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. (Caderno de Atenção Básica, 35).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
5. MOYA, José; RISI JUNIOR, João Baptista; MARTINELLO, Ayrton. Salas de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil. 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed.
7. PINTO, Luiz Felipe; SANTOS, Leda Jung dos. Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1305-1312, 2020.
8. SARNO, Flavio; BITTENCOURT, Clarissa Alves Gomes; OLIVEIRA, Simone Augusta de. Profile of patients with hypertension and/or diabetes mellitus from Primary Healthcare units. *Einstein (São Paulo)*, v. 18, 2020.
9. EVANGELISTA, Maria José de Oliveira et al. O planejamento e a construção das redes de atenção à saúde no DF, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2115-2124, 2019.
10. MARTINEZ, Edson Zangiacomi et al. Association between diabetes, hypertension, activities of daily living and physical activity among elderly users of primary healthcare facilities. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, v. 21, 2019.