



ATENÇÃO À SAÚDE AOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN

Resumo: O estudo objetivou avaliar a atenção à saúde à pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no município de Mossoró-RN, por meio de abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa envolveu representantes a nível municipal e regional, bem como enfermeiros, médicos e gerentes das Unidades Básicas de Saúde. Para coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e teste binomial com suporte de programa estatístico. Os resultados evidenciam uma organização da atenção à saúde desses pacientes sob a responsabilidade da Atenção Primária à Saúde, através de consultas com profissionais de saúde como enfermeiros e médicos, encaminhamentos para outros pontos de atenção, entrega de medicamentos, realização de visitas domiciliares e educação em saúde. Todavia, a prática revela fragilidades concernentes à contrarreferência, a ausência de um protocolo instituído em nível regional e municipal e a cobertura insuficiente da Estratégia Saúde da Família para toda a população.

Descritores: Atenção Integral à Saúde, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Health care for patients with high blood pressure and diabetes mellitus in the city of Mossoró-RN

Abstract: The study aimed to evaluate health care for patients with Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus in the city of Mossoró-RN, using a qualitative and quantitative approach. The research involved representatives at municipal and regional level, as well as nurses, doctors and managers from Basic Health Units. Semi-structured interviews and a binomial test with the support of a statistical program were used to collect data. The results show an organization of health care for these patients under the responsibility of Primary Health Care, through consultations with health professionals such as nurses and doctors, referrals to other points of care, delivery of medicines, home visits and health education. However, the practice reveals weaknesses regarding counter-referral, the absence of a protocol established at the regional and municipal level and the insufficient coverage of the Family Health Strategy for the entire population.

Descriptors: Comprehensive Health Care, Systemic Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus, Chronic Noncommunicable Diseases.

Atención a la salud de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en la ciudad de Mossoró-RN

Resumen: El estudio tuvo como objetivo evaluar la atención a la salud de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en la ciudad de Mossoró-RN, mediante un abordaje cualitativo y cuantitativo. En la investigación participaron representantes del nivel municipal y regional, así como enfermeros, médicos y gestores de Unidades Básicas de Salud, para la recolección de datos se utilizaron entrevistas semiestruturadas y prueba binomial con apoyo de un programa estadístico. Los resultados muestran una organización de la atención a estos pacientes bajo la responsabilidad de la Atención Primaria de Salud, a través de consultas con profesionales de la salud como enfermeros y médicos, derivaciones a otros puntos de atención, entrega de medicamentos, visitas domiciliarias y educación en salud. Sin embargo, la práctica revela debilidades en cuanto a la contrarreferencia, la ausencia de un protocolo establecido a nivel regional y municipal y la insuficiente cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia para toda la población.

Descriptores: Atención Integral de Salud, Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus, Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Adalcina Fernandes Ferreira

Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).
E-mail: adalcina@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4226-6773>

Kalidia Felipe de Lima Costa

Doutora em Cuidados Clínicos. Professora de Nível Superior da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) lotada na Faculdade de Enfermagem. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (UERN). Professora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

E-mail: kalidiafelipe@uern.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5392-3576>

Submissão: 14/02/2025

Aprovação: 22/04/2025

Publicação: 19/05/2025



Como citar este artigo:

Ferreira AF, Costa KFL. Atenção à saúde aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus no município de Mossoró-RN. São Paulo: Rev Recien. 2025; 15(43):199-211. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2025.15.43.199>

Introdução

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi instituída através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qual estabelece as diretrizes para sua organização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Esta rede originou-se através da necessidade de repensar os sistemas de saúde, uma vez que, estes eram fragmentados e apoiados em ações curativas. Os serviços e ações de atenção à saúde apresentavam-se isolados e sem comunicação, por consequência, eram incapazes de prestar uma atenção continuada à população².

As RAS são arranjos que visam organizar as ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, a fim de garantir a integralidade e continuidade do cuidado aos usuários do SUS, através da comunicação entre os serviços. Esta rede é composta por uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à Saúde³. Seus componentes estruturantes são a Atenção Primária à Saúde (APS), os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, logísticos e de governança⁴.

A APS é ordenadora desta rede e responsável por coordenar o cuidado, ou seja, os fluxos e contrafluxos dos usuários, produtos e informações, ao longo de todos os pontos da atenção à saúde, atuando como o centro de comunicação e a porta prioritária para a organização do cuidado das pessoas⁵.

Com a modificação do perfil epidemiológico no Brasil decorrente da ascensão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), apresentando destaque entre as causas de morbimortalidade, tornou-se necessária a mudança no modelo de cuidado⁶. Neste contexto, foi estabelecida, a partir da RAS, a Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC), a qual constitui-se em uma rede temática voltada para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais.

A RASPDC foi redefinida pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, com o objetivo de organizar as linhas de cuidado (LC) para as pessoas com doenças crônicas, dentre elas, este estudo destaca a da Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM). Sua finalidade é realizar ações e serviços de promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento em todos os pontos de atenção⁷.

A HA caracteriza-se pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, sendo esta uma condição multifatorial e, consequentemente, 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 DM⁸. Esta enfermidade se não controlada, acarreta diversas complicações aos usuários, como doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e problemas renais. Por isso, é necessário o rastreamento para detecção e tratamento precoce para as pessoas com HA⁹.

Além da HA, o DM constitui um problema de saúde pública que consiste em distúrbios metabólicos, resultante da hiperglicemia causada pela deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambas. Suas complicações resultam em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doenças cardiovasculares, podendo contribuir para agravos no sistema musculoesquelético, no sistema digestório, na função cognitiva e na saúde mental, além de ser associado a diversos tipos de câncer¹⁰. Por se tratar de

enfermidade crônica, os pacientes com HA e DM devem receber acompanhamento com a equipe multiprofissional durante toda a vida¹¹.

Assim, os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), referente ao ano de 2023, no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, mostram que a frequência de diagnóstico médico de HA foi de 27,9%, sendo maior entre mulheres (29,3%) do que entre homens (26,4%). Concernente ao DM foi de 10,2%, sendo maior entre as mulheres (11,1%) do que entre os homens (9,1%). No estado do Rio Grande do Norte, dados da HA foi de 28,5% e de DM foi de 11,8%. Em ambos os sexos, a frequência dessas condições aumentou intensamente com a idade e diminuiu com o aumento da escolaridade¹².

Nesse sentido, a HA e o DM provocam elevado impacto na saúde da população, constituindo um desafio para a saúde pública. Os números de pessoas acometidas por essas doenças têm se elevado em populações jovens, porém apresenta-se ainda maior prevalência em idosos¹¹.

Para atender a esse público, é imprescindível a organização da RAS para promover um cuidado contínuo, articulado com outros serviços de saúde, uma vez que devem garantir uma assistência às necessidades dos usuários nos pontos de atenção, como destaca o estudo da implantação da LC em HA e DM em uma Região de Saúde do Estado de São Paulo, em que os pacientes são acompanhados em toda a rede¹³.

Objetivo

Avaliar a Atenção à Saúde das pessoas com HA e DM no município de Mossoró-RN, considerando a

estrutura da RAS, a organização da APS no atendimento a esses pacientes e o levantamento dos cadastrados nesse nível de atenção.

Material e Método

Tratou-se de uma pesquisa tipo avaliativa, com abordagens qualitativa e quantitativa. A pesquisa foi realizada no município de Mossoró, Estado do Rio Grande do Norte e que pertence à mesorregião do Oeste Potiguar. O município possui 46 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 33 corresponde a zona urbana: norte, sul, leste e oeste e 13 localiza-se na zona rural.

A população do estudo foi composta por pessoas envolvidas na gestão municipal da saúde como coordenador da Atenção Básica; representante da gestão estadual da II Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP); gerentes das UBS; bem como médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para este estudo das ESF foram arrolados apenas os médicos e enfermeiros da zona urbana, totalizando 31 profissionais (5 médicos e 26 enfermeiros).

A amostra da pesquisa foi composta por pessoas envolvidas na gestão municipal (1 pessoa) e estadual de saúde (1 pessoa), gerentes das UBS da zona urbana (14 pessoas), médicos e enfermeiros da ESF destas UBS (31 pessoas). Todas as pessoas envolvidas na gestão (municipal e estadual) foram convidadas a participar considerando que estas assumissem cargos e atribuições diferentes.

Os critérios de inclusão foram: trabalhar na gestão da saúde a nível municipal e/ou estadual, trabalhar na gestão da saúde a nível da UBS no cargo de gerente e profissional da saúde Médico e/ou Enfermeiro da ESF da zona urbana do Município de

Mossoró, vinculado a APS há pelo menos seis meses. Foram excluídos os profissionais que se encontravam de férias, licença médica ou em afastamento por qualquer natureza no período da coleta de dados.

Foram utilizados para coleta de dados dois instrumentos: uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas para as pessoas ligadas à gestão municipal e estadual (as quais foram identificadas as falas através dos nomes: entrevistado 1; e entrevistado 2).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa foram realizadas visitas aos locais de trabalhos dos gestores e os mesmos foram esclarecidos sobre os objetivos e etapas da pesquisa e convidados para participar. Ao aceitarem, foram assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e submetidos a entrevista face a face pela pesquisadora. Esta etapa ocorreu em ambiente reservado, calmo, tranquilo e em horário escolhido pelo participante de forma que não atrapalhou as atividades laborais, mantendo a privacidade durante a coleta dos dados.

As entrevistas foram gravadas com aparelho de gravador de voz e posteriormente foram transcritas. Não houve divulgação desse material. Após a transcrição os arquivos foram apagados e as entrevistas foram salvas em formato digital e armazenadas em pen-drive sob guarda da pesquisadora responsável.

Foram utilizados formulários com perguntas fechadas para os gerentes das UBS (dentre outras perguntas eles assinalaram o número de hipertensos e diabéticos cadastrados na sua UBS e esses dados contribuíram para o levantamento dos pacientes com HA e DM cadastrados na APS, médicos e enfermeiros.

Os formulários aplicados com os médicos e enfermeiros possibilitaram compreender a configuração da APS no atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos. Os formulários foram construídos no Google e foram, portanto, preenchidos online pelos participantes. A pesquisadora criou esses formulários vinculados a sua conta de e-mail Gmail e os links foram compartilhados via e-mail para todos os participantes, o qual ficou aberto por um período de 30 dias.

Para obtenção destes e-mails foi realizada uma visita em cada UBS onde foi feito um contato com o(a) gerente e solicitado os endereços. Na ocasião foi feito um esclarecimento sobre a pesquisa e coleta de dados. O TCLE foi obtido de forma digital, antes de preencher o formulário o participante teve acesso aos devidos esclarecimentos, o consentimento para participação se deu pelo próprio aceite, preenchimento e envio do formulário.

Os dados qualitativos foram analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin que foi realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e discussão dos resultados¹⁴.

Os dados quantitativos foram primeiramente digitados em planilha eletrônica e em seguida transferidos para o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23.0 sendo expressos em valores de frequência simples e porcentagem. No presente estudo, diferenças estatísticas entre proporções de respostas “Sim” e “Não” relacionadas as diferentes variáveis estudadas foram obtidas através do teste binomial adotando-se uma proporção esperada de 0,5. O nível de significância estabelecido foi de 5%.

O presente estudo por envolver seres humanos,

procedeu regido pelos princípios éticos preconizados pelas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa apresentou aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-CEP/UERN, sob número do Parecer: 3.392.435.

Resultados e Discussão

A análise dos dados da pesquisa revelou duas categorias: a) Organização da Atenção à Saúde aos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; b) Operacionalização da Rede de Atenção aos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no contexto da Atenção Primária à Saúde, as quais serão descritas a seguir.

Na categoria “Organização da Atenção à Saúde aos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus” foi elencado o levantamento dos pacientes com HA e DM cadastrados na APS, o qual tornou possível identificar que há 23.391 usuários hipertensos e 9.280 diabéticos da zona urbana no Município de Mossoró-RN. Para tanto, isso representa 9,00 % dos usuários com HA e para DM representa 3,57 % das da população total do município de Mossoró-RN.

Ademais, foi possível traçar o perfil dos profissionais, quanto ao sexo evidenciou-se uma amostra majoritariamente feminina (77,8%), principalmente dos enfermeiros que atuam na ESF. Com relação à faixa etária, destaca-se a maioria dos profissionais com idade entre 41 a 50 anos (51,1%) e tempo de atuação entre 11 a 20 anos (35,5%).

A pesquisa também possibilitou entrevistas com dois representantes, um a nível estadual e outra do municipal, sendo representados pelos nomes: entrevistado 1 e entrevistado 2. Com relação a

organização da atenção à saúde aos pacientes com HA e DM, os discursos dos entrevistados expressaram:

A hipertensão e a diabetes seria uma das linhas de cuidado né. A nível de oitava e segunda região de saúde ela não existe ainda a linha de cuidado certo (Entrevistado 1).

Atualmente eu diria que ela pode ser melhorada, essa organização ela pode ser melhorada exatamente devido à ausência hoje dessa linha pronta né. É bem verdade que se nós tivermos uma linha pactuada e funcionando conforme a realidade das necessidades de cada município, ela vai ter um resultado mais eficaz (Entrevistado 1).

[...] se o paciente precisa de um médico especialista aí esse agendamento ele é feito via sistema de regulação, a própria unidade básica de saúde entra no sistema procura vaga e agenda (Entrevistado 2).

A partir da RAS é instituída a RASPCD e suas LC em especial a da HA e DM discutida neste trabalho. Observa-se mediante o discurso acima que não há uma pactuação de linha de cuidado na região de saúde estudada. Porém, existe uma organização da atenção à saúde através de elementos constituintes da RAS no município, como a regulação, assistência terapêutica, sistemas logísticos por exemplo.

Diante do exposto, a implementação de linhas de cuidado é estratégia central para a organização das RAS com vistas à integralidade da atenção e enfrentamento dos riscos e agravos as condições de saúde da população, os quais necessitam articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais¹⁵.

Nesse sentido, a LC promove fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, desenha o itinerário que o usuário faz por dentro de uma RAS, no sentido de atender às suas necessidades de saúde nos diferentes pontos de atenção¹⁶.

Estudos realizados sobre a implementação da LC da HA e DM em uma Região de Saúde do Estado de São Paulo, demonstraram insuficiências quanto a organização da rede de serviços e cuidado pela APS e que há desafios para se alcançar integralidade da atenção uma vez que enfatizam incipiência na prática¹³.

Ademais, é por meio da APS que se inicia o reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, promovendo uma atenção contínua, integral e de qualidade³. Assim, o discurso sobre a atenção aos pacientes com HA e DM apresentam-se:

A atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos no município eles se dão diretamente nas Unidades Básicas de Saúde né (Entrevistado 2)

No município a gente ainda não tem cem por cento de cobertura da Estratégia Saúde da Família né. Então, acaba que alguns pacientes que são hipertensos e diabéticos ficam principalmente de fora de área coberta como a gente costuma chamar. Então, eles têm de buscar o atendimento em outras áreas, em outras unidades e isso acaba ficando um pouco mais que digamos que solto né (Entrevistado 2).

Esse discurso demonstra a fragilidade do acompanhamento aos pacientes com HA e DM, uma vez que os usuários não têm acesso a uma cobertura completa dos serviços de saúde e a ESF não abrange todo o Município. Segundo uma pesquisa realizada no Município de Recife, a ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde proporcionada pela ESF, melhorou o acesso da população aos serviços básicos de saúde, proporcionando vinculação dos hipertensos e diabéticos às UBS para tratamento e acompanhamento, a realização de ações de promoção da saúde e controle de fatores de risco, a garantia de

diagnóstico e disponibilização contínua de medicamentos e a instituição de elencos mínimos de informações sobre a ocorrência desses agravos¹⁷.

Os protocolos também são meios de organização da atenção aos pacientes com HA e DM, uma vez que os protocolos são estratégias para a garantia da qualidade e integralidade da atenção à saúde¹³. Em relação a protocolo para os atendimentos aos pacientes com HA e DH, os discursos apresentaram:

Eu desconheço a nível de Regional. Não existe um protocolo formulado não, certo (Entrevistado 1).

Segue o protocolo do ministério da saúde né, todas as ações das unidades básicas, da estratégia saúde da família segue uns protocolos já vindo do próprio ministério (Entrevistado 2).

Os protocolos são necessários para a orientação da coordenação do cuidado e efetivação da linha de cuidado aos pacientes com HA e DM¹⁸. O estudo realizado no município de Sobral no Ceará, demonstrou a efetividade do cuidado através de dois protocolos instituídos para diagnóstico e tratamento da HA e DM na rede de atenção aos usuários, o qual foi possível ordenar os fluxos de atendimento, identificando os pacientes com doenças crônicas e estratificando os riscos de cada um bem como a realização de encaminhamentos de acordo com as necessidades específicas dos pacientes¹⁹.

Nesse contexto, é fundamental um protocolo clínico no sentido de garantir uma prescrição segura e eficaz para o cuidado aos hipertensos e diabéticos, uma vez que no município de Recife a ausência de protocolo contribuiu para o baixo desempenho apresentado com relação às ações de prevenção e controle¹⁷.

A APS deve atuar como ordenadora e

coordenadora do cuidado para o funcionamento da RAS. Nesse sentido, para que a APS garanta a continuidade da atenção pautada no princípio de integralidade, é necessário que haja articulação e comunicação contínua entre os pontos de atenção à saúde, ou seja, é imprescindível a atuação da APS como o ponto de retorno do usuário após a alta da atenção especializada, uma vez que a contrarreferência é essencial para o exercício da coordenação da atenção pela APS para atender as necessidades apresentadas pelos usuários²⁰. Em relação a isso, os discursos apresentaram:

É uma falha que a gente identifica em todos os municípios, a contrarreferência que não existe e às vezes a referência é mal feita (Entrevistado 1).

A contrarreferência não é formal, o ideal seria que o médico da especialidade ele fizesse as observações que ele encontrou com aquele paciente e mandasse de volta para Unidade Básica de Saúde, mas geralmente isso é feito pelo próprio paciente (Entrevistado 2).

Observa-se pelos discursos dos participantes que não há uma linha de cuidado, mas existe uma organização da atenção à saúde aos pacientes com HA e DM sob a responsabilidade da APS. Todavia, observam-se algumas fragilidades como a contrarreferência, a falta de um protocolo instituído

para as necessidades à nível regional e municipal, a falta de cobertura total da ESF para a população.

Dessa forma, a referência e contrarreferência são considerados eficazes no seguimento do fluxo do usuário no sistema de saúde e também de vinculação. Quando isso não funciona gera problemas que afeta o cuidado prestado ao usuário, pois este fica sem um direcionamento no sistema de saúde, o que impossibilita o acompanhamento de suas necessidades de saúde de forma integral, ou seja, não se observa o acompanhamento do paciente pela APS e nem a longitudinalidade da assistência prestada, dificultando a integralidade do cuidado²¹.

Na categoria “Operacionalização da Rede de Atenção aos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no contexto da Atenção Primária à Saúde”, será apresentada através de 3 tabelas que descrevem: Questionamentos realizados aos Gerentes das UBS sobre o atendimento aos pacientes com HA e DM pela APS (Tabela 1); Questionamentos realizados aos Enfermeiros das UBS sobre o atendimento aos pacientes com HA e DM pela APS (Tabela 2); Questionamentos realizados aos Médicos das UBS sobre o atendimento aos pacientes com HA e DM pela APS (Tabela 3).

Tabela 1. Questionamentos realizados aos Gerentes das UBS sobre o atendimento aos pacientes com HA e DM pela APS. Mossoró-RN. 2021.

Variáveis	Freq.	%	p-valor
É realizado agendamento de consultas para especialistas pela UBS?			
Sim	14	100,0	<0,001*
Não	0	0,0	
É realizado busca ativa de Pacientes HA e DM na comunidade?			
Sim	13	92,9	0,002*
Não	01	7,1	
É realizado atividades educativas em grupo para HA e DM?			
Sim	11	78,6	0,057
Não	03	21,4	
Há entrega de medicamentos para esse grupo na UBS?			
Sim	14	100,0	<0,001*
Não	0	0,0	

* Significância estatística ($p < 0,05$ – Teste binomial).

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

É imprescindível para o desenvolvimento do trabalho nas UBS a atuação dos gerentes, uma vez que estes possuem o conhecimento de toda a unidade, pois tem uma visão mais ampla de tudo que acontece, bem como tem o objetivo de contribuir para organizar os serviços de saúde e de promover a articulação dos trabalhadores para a organização do processo de trabalho em saúde e os usuários dos serviços para proporcionar um atendimento que acolha as necessidades da população²².

Entretanto, evidenciou-se durante o percurso deste trabalho uma transição política em que os gerentes das UBS estudadas estavam finalizando os seus cargos. Esse resultado é semelhante ao estudo realizado em um município da região metropolitana de Belém, o qual demonstra que cargo de gestor de UBS é proveniente de indicação política a cada mudança da gestão municipal, o que gera a descontinuidade de ações em desenvolvimento em função de interesses partidários e não em função de

avaliações ancoradas em necessidades da população²³.

Os gerentes afirmaram que há entrega de medicamentos (100,0%) para os pacientes com HA e DM pela UBS como é preconizado pelo Ministério da Saúde assegurar o acesso aos medicamentos essenciais por meio do Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) configurando-se como os medicamentos disponibilizados para o tratamento de doenças e agravos aos serviços de saúde para toda a população²⁴.

É imprescindível a assistência farmacêutica para adesão ao tratamento medicamentoso para uma melhoria da saúde dos pacientes com HA e DM a fim de evitar complicações e hospitalizações da doença²⁴.

Nesse sentido, o acompanhamento e tratamento dos pacientes HA e DM na APS é de suma importância para que se possa evitar possíveis complicações a esses usuários. Assim, no caso de prevenção ou agravamento do quadro do paciente é necessário

atendimento com especialistas através do agendamento da consulta pela UBS (100,0%) para outros serviços de saúde.

Isso foi evidenciado no estudo realizado no centro especializado de referência do município de Feira de Santana – Bahia, em que foi demonstrado a atuação da equipe multiprofissional no atendimento

especializado aos pacientes hipertensos e diabéticos, o qual proporcionou um cuidado especializado desempenhado por cada profissional de saúde, como o enfermeiro na realização de consultas e curativos para tratamento de lesões decorrentes de complicações da doença e consultas médicas contribuíram para a melhoria da saúde dos usuários²⁵.

Tabela 2. Questionamentos realizados aos Enfermeiros das UBS sobre o atendimento aos pacientes com HA e DM pela APS. Mossoró-RN. 2021.

Variáveis	Freq.	%	p-valor
Realiza consulta de enfermagem aos pacientes hipertensos e diabéticos com base na sistematização da assistência de enfermagem?			
Sim	19	73,1	0,029*
Não	07	26,9	
Realiza visitas domiciliares a esses pacientes?			
Sim	26	100,0	-
Não	0	0,0	
Promove atividades coletivas e individuais de prevenção e controle das condições crônicas HAS e DM?			
Sim	24	92,3	<0,001*
Não	02	7,7	
Orienta quanto à importância das mudanças no estilo de vida, relacionadas à alimentação?			
Sim	26	100,0	-
Não	0	0,0	
Orienta quanto à importância das mudanças no estilo de vida, relacionadas à atividade física?			
Sim	26	100,0	-
Não	0	0,0	
Orienta quanto ao uso dos medicamentos?			
Sim	26	100,0	-
Não	0	0,0	
Envolve o usuário no atendimento, estimulando sua participação no planejamento dos cuidados prescritos?			
Sim	22	84,6	<0,001*
Não	04	15,4	

* Significância estatística ($p < 0,05$ – Teste binomial).

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Dentro da equipe multiprofissional, o enfermeiro desempenha um trabalho importante na atenção à saúde aos pacientes hipertensos e diabéticos, atuando na prevenção de agravos e diminuição dos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, obesidade, sedentarismo, alcoolismo, bem como o diagnóstico e tratamento destes pacientes²⁶.

É por meio da consulta de enfermagem que se deve estratificar os riscos e orientar os usuários com relação às mudanças no estilo de vida, o incentivo à atividade física, à redução do peso corporal quando acima do índice de massa corporal recomendado e o abandono do tabagismo, a fim de promover a prevenção à saúde²⁷.

Além disso, a realização da consulta de enfermagem com base na SAE (73,1%) permite um atendimento mais particularizado, sistematizado, possibilitando a solicitação de exames, prescrição de medicamentos, orientações para o autocuidado dos usuários no intuito de ofertar uma atenção integral à população²⁸.

Nesse sentido, é imprescindível a formação de vínculo entre o usuário e o enfermeiro no intuito de estimular as práticas de autocuidado e na continuidade da assistência através do acolhimento e escuta das necessidades de saúde para promover a criação de laços de confiança para se obter adesão ao tratamento⁵.

Tabela 3. Questionamentos realizados aos Médicos das UBS sobre o atendimento aos pacientes com HA e DM pela APS. Mossoró-RN. 2021.

Variáveis	Freq.	%
É feito ficha de encaminhamento para outros atendimentos especializados?		
Sim	05	100,0
Não	0	0,0
Realiza visitas domiciliares?		
Sim	03	60,0
Não	02	40,0
Promove atividades coletivas e individuais de prevenção e controle das condições crônicas HAS e DM?		
Sim	04	80,0
Não	01	20,0
Prescreve tratamento medicamentoso?		
Sim	05	100,0
Não	0	0,0
Orienta quanto ao uso das medicações?		
Sim	05	100,0
Não	0	0,0
Realiza e/ou participa, juntamente com outros profissionais, de atividades educativas grupais?		
Sim	03	60,0
Não	02	40,0

* Significância estatística ($p < 0,05$ – Teste binomial).

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Observou-se neste estudo que a participação dos profissionais médicos foi menor durante a coleta de dados em relação aos dos profissionais de enfermagem. Isso é justificado pela baixa carga horária e pouco tempo de permanência do profissional médico na UBS em virtude de cenário político. Consequentemente, isso dificulta o trabalho multiprofissional, a desarticulação das ações preventivas e curativas, distanciamento do trabalho coletivos referente às práticas de educação em saúde, visita domiciliar e discussão sobre práticas de plano terapêutico singular²⁹.

Estudo realizado em quatro Instituições de Ensino do curso de Medicina da cidade de Fortaleza no Ceará, demonstrou a falta de enfoque de discussão sobre APS na graduação de medicina, o que pode colaborar para esse distanciamento com o cuidado primário e a compreensão abrangente do SUS³⁰. Para que se garanta a longitudinalidade do cuidado, é necessário a compreensão do trabalho da APS para atender e direcionar o cuidado de acordo com as necessidades dos usuários.

Nesse sentido, os participantes médicos relataram que o encaminhamento dos usuários para outros atendimentos especializados (100%), dá-se através da APS, uma vez que esta atua de modo articulado com os demais pontos de atenção da rede e com os demais equipamentos sociais do território como escolas, associações de moradores, igrejas e as lideranças comunitárias por meio da articulação intersetorial, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico³¹.

Portanto, quanto à operacionalização da atenção à saúde aos pacientes com HA e DM na APS, observa-se um acompanhamento a estes pacientes por meio

da ESF através de consultas, educação em saúde, visitas domiciliares e entrega de medicamentos pela UBS.

Considerações Finais

A pesquisa possibilitou uma avaliação da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no município de Mossoró-RN, permitindo o alcance do objetivo proposto. Observou-se que, embora não exista uma linha de cuidado formalmente pactuada para esses pacientes, a Atenção Primária à Saúde mantém uma organização, desenvolvendo ações como consultas realizadas pela Estratégia Saúde da Família, encaminhamentos para outros níveis de atenção e distribuição de medicamentos.

Entretanto, algumas limitações foram identificadas, especialmente devido ao impacto da pandemia de COVID-19, que restringiu a participação de profissionais em razão de afastamentos. Além disso, a escassez de médicos e enfermeiros em determinadas equipes e o contexto de transição política comprometeram a adesão de gerentes e médicos das Unidades Básicas de Saúde ao estudo.

Diante da elevada prevalência de hipertensão e diabetes na população, reforça-se a necessidade de ampliar pesquisas voltadas à avaliação da atenção à saúde desses pacientes. Assim, acredita-se que este estudo contribua para a área das ciências da saúde, fornecendo subsídios para a gestão do cuidado, planejamento estratégico e tomada de decisões voltadas à melhoria da qualidade da atenção prestada a esses usuários.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes

para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 28 nov 2024.

2. Viana ALd'A, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1791-1798.

3. Moll MF, Goulart MB, Caprio AP, Ventura CAA, Ogoshi AACM. Conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. *Rev Enferm UFPE*. 2017; 11(1): 86-93.

4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 26 nov 2024.

5. Veloso CM, Martins MB, Pedreira NP, Santos EP, Azevedo Junior WS, Nascimento VG, et al. Práticas de enfermagem na coordenação do cuidado na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2024; 15(Supl 1):e-202405supl1.

6. Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, Vasconcelos LLC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a atenção primária à saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014; 52:114-124.

7. Brasil. Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em 26 nov 2024.

8. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516-658.

9. Firmo JOA, Peixoto SV, Loyola Filho AI, Souza-Júnior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF, et al. Comportamentos em saúde e o controle da hipertensão arterial: resultados do ELSI-BRASIL. *Cad Saúde Pública* 2019; 35(7):e00091018.

10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2024. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/>>. Acesso em

27 nov 2024.

11. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Machado IE, Silva AG, Bernal RTI, et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2019; 22 (Supl 2):e190006.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em Brasília: Ministério da Saúde. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>>. Acesso em 28 nov 2024.

13. Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2016; 26(1):113-135.

14. Teodoro NR, Oliveira GS. Análise de Conteúdo: um método de qualitativo. *Humanidades e Tecnologia*. 2024; 46(1): 55-62.

15. Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, Vasconcelos LLC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a atenção primária à saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014; 52:114-124.

16. Schultz ALV, Dotta RM, Stock BS, Dias MTG. Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas redes de atenção à saúde. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2020; 30(3):e300325.

17. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(2):623-633.

18. Andrade MV, Noronha K, Oliveira CL, Cardoso CS, Calazans JA, et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. *Rev Bras*

Estudos População. 2019; 36:e0104.

19. Ribeiro MA. Avaliação da atenção às condições crônicas na estratégia saúde da família de Sobral-CE: Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como marcadores. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Sobral. 2018.

20. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(5):1799-1808.

21. Paixão TM, Sousa AI, Souza MHN, Farias SNP. Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado. *Rev Enferm UERJ*. 2019; 27:e42655.

22. Braga ACMS, Rezende M, Silva Junior AG. O gerente de Unidade Básica de Saúde de um município da Região Sudeste do Brasil: um retrato da prática. *Diversitates International Journal*. 2022; 14(1):A1-A18.

23. Barata FS, Silva PHV, Silva RRP, Garcez JCD. Reflexões de enfermeiros gestores e ingerências de seu trabalho na atenção primária em saúde em um município da região metropolitana de Belém. *Research, Society and Development*. 2021; 10(3):e38010313374.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2020. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde. 2020.

25. Nunes IV, Santos RC, Dias YO, Peixoto TM, Pereira ECS, Silva ASJ, et al. Acompanhamento de pacientes adultos com diabetes e hipertensão em Centro Especializado: a experiência do Pet-Saúde Interprofissionalidade. *Rev Divulgação Científica Sena Aires*. 2020; 9(2):304-312.

26. Cerilo-Filho M, Cruz LEL, Marinho JCF, Nascimento BSR, Soares MN, Nascimento WV, et al. Fatores de risco, enfermagem e educação em saúde: as complicações frente a hipertensão arterial sistêmica. *Diversitas Journal*. 2024; 9(1):289- 301.

27. Draeger VM, Andrade SR, Meirelles BHS, Cechinel-Peiter C. Práticas do enfermeiro no monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. *Esc Anna Nery*. 2022; 26:e20210353.

28. Lopes VM, Aragão JMN, Moreira ACA, Gurgel AGSR. Assistência de enfermagem às pessoas idosas com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. *APS em Rev*. 2023; 5(1):3-9.

29. Franco CM, Giovanella L, Bousquat A. Atuação dos médicos na atenção primária à saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023; 28(03):821-836.

30. Márcia GMC, Maria FASM, Olivia AACB, Sharmênia ASN. Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2020; 24:e190740.

31. Bandeira D, Damaceno AN, Weiller TH, Lopes LFD. Avaliação da coordenação da atenção por usuários dos serviços de atenção primária à saúde. *Rev Mineira Enferm*. 2020; 24:e1278.