

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA APARECIDA BELARMINO DOS SANTOS

**CARACTERÍSTICAS E CONCEPÇÕES DO ATENDIMENTO HOSPITALAR A
CLIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA APARECIDA BELARMINO DOS SANTOS

**CARACTERÍSTICAS E CONCEPÇÕES DO ATENDIMENTO HOSPITALAR A
CLIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem ó Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof^ª. MsC. Orientadora: Nanci Aparecida da Silva

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CARACTERÍSTICAS E CONCEPÇÕES DO ATENDIMENTO HOSPITALAR A CLIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO** de autoria da aluna **MARIA APARECIDA BELARMINO DOS SANTOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem ó Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. MsC. Nanci Aparecida da Silva
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
3 MÉTODO.....	11
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
APÊNDICE.....	20

RESUMO

Este trabalho objetiva a elaboração de um plano de ação para o serviço hospitalar público de referência em urgência e emergência do estado de Alagoas, com relação à assistência prestada aos pacientes portadores de HAS e DM, a fim de ocasionar uma transformação na realidade de trabalho de todos os profissionais envolvidos na assistência e, principalmente, oferecer um serviço que resulte positivamente na saúde da população. Contudo, os resultados só poderão ser observados a médio e longo prazos, apesar da precariedade assistencial em todos os níveis de complexidade observada até então. Trata-se de um relato de experiência. A linha de pesquisa utilizada foi a Tecnologia de Concepção, concebida através da vivência laboral da autora na unidade, local do estudo. Percebeu-se durante o processo do cuidar diversas dificuldades enfrentadas por usuários e colaboradores. A partir do diagnóstico situacional, pode-se elaborar um plano de ação norteador para a tomada de decisões. Face à experiência neste serviço, é imprescindível que este seja implantado para subsidiar a assistência, a fim de se evitar maiores complicações de saúde dos usuários e repetidas internações, e caso estas vierem a ocorrer, que a assistência seja prestada em melhores condições e com maior poder de resposta. Constitui-se um instrumento de grande importância para adequar o serviço às necessidades postas e, com isso, fornecer uma assistência de qualidade e um satisfatório ambiente de trabalho. É preciso trabalhar juntamente com os envolvidos responsáveis por sua efetividade, para que as mudanças necessárias aconteçam e, em fim, o objetivo seja alcançado.

Palavras-chave: HAS; DM; autocuidado

1 INTRODUÇÃO

Conforme registros em prontuários, no Hospital Geral de Alagoas (HGE), são diversos os atendimentos diários por complicações de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo esta a primeira causa de internações clínicas, o que corrobora os dados estatísticos do Brasil, dispostos pelo Ministério da Saúde, com referência às citadas patologias.

Assim, compreende-se a necessidade de uma maior mobilização no que diz respeito ao processo de educação em saúde destes usuários em relação às próprias patologias, bem como, a sensibilização de gestores e colaboradores da unidade em referência à assistência de saúde prestada.

No Brasil, a HAS e o DM são responsáveis, de longe, pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa, ainda, 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise. Constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo esta a principal causa de morbimortalidade da população brasileira. É um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde (2002), com a finalidade de reduzir estes agravos, assumiu o compromisso de executar ações para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhorias de atenção aos portadores destas patologias, através do Plano de Reorganização de atenção à Hipertensão e ao Diabetes.

Neste contexto, muitas ações foram desenvolvidas, como a disponibilização de um sistema informatizado, o Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SISHIPERDIA), o qual permitia, entre outros benefícios, o cadastramento para acompanhar a situação de saúde dos portadores de Hipertensão Arterial e/ou de Diabetes Mellitus, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde ó SUS.

Atualmente, o sistema foi descontinuado em decorrência da implantação de uma nova política assistencial e está sendo substituído pelo e-SUS AB (Atenção Básica), capaz de acompanhar não apenas a situação de saúde nas condições crônicas, mas, na

sua integralidade. Como está em fase de implantação, ainda não é possível realizar a consulta de dados atualizados, desconhecendo-se a real situação de tais condições.

Em Alagoas, estado no qual há apenas uma unidade hospitalar de referência para atendimentos emergenciais (HGE), localizada na capital, o último dado estatístico disponível no sistema, data de 2012: 148.574 indivíduos cadastrados no programa federal para acompanhamento da situação de saúde de pacientes crônicos portadores de HAS e DM; destes, 18.790 eram de Maceió, sabendo-se que dos 102 municípios do estado, 09 não eram cadastrados no programa. (BRASIL, 2012).

Maceió possui uma população estimada para 2013 de 996.736 habitantes (IBGE), e para atendê-la na assistência básica à saúde, segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), dispõe de 74 unidades, sendo que, cerca de 40 destas são da Estratégia de Saúde da Família.

O HGE, unidade de caráter emergencial, atende a população de todo o estado em situações de emergência, assim como, em condições que poderiam ser atendidas em unidades de menor complexidade, configurando, na maioria das vezes, estado de superlotação e sobrecarga de trabalho, visto que os recursos humanos são insuficientes para tal demanda, além de uma estrutura física fragilizada e ainda não acabada, devido a uma reforma ao longo de anos, conforme vivência da autora num período de 10 anos.

À análise diária dos prontuários de pacientes internos nos setores de observação, em horário de trabalho da autora, identificou-se que mais de 50% destes eram portadores de alguma complicação advinda da HAS, do DM ou ambas as enfermidades. É provável que tal situação esteja diretamente vinculada à baixa cobertura de equipes de Estratégia de Saúde da Família em alguns municípios, e especialmente na capital, pois, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), Maceió possui uma cobertura estimada de apenas 30,76% (BRASIL, 2014).

Por se tratar de uma questão que deveria ter seu principal foco de atenção na Unidade Básica de Saúde, onde se subtende ser este o local adequado para instituir cuidados preventivos às complicações dos usuários em relação às citadas doenças, na Unidade Hospitalar, na maioria dos casos, o tratamento é destinado quase que integralmente ao problema emergencial que os levou a procurar atendimento, sem aparente preocupação da equipe com o seguimento do tratamento fora deste serviço.

Pretende-se, com as devidas orientações durante a prestação do cuidado no período do internamento, que os pacientes acometidos por HAS e DM despertem para a importância do autocuidado em seus diversos aspectos: alimentação, medicamentos,

realização de atividade física, entre outros, o que ocasionaria redução de maiores complicações e possíveis futuros internamentos, e, conseqüentemente melhor qualidade de vida, bem como, menores custos ao governo e redução das incapacidades na população produtiva.

Apenas a vivência da autora na citada unidade hospitalar possibilitou um olhar crítico de sua realidade de trabalho e da equipe, pelas relações estabelecidas e execução das atividades de rotina, bem como da qualidade da assistência prestada ao grupo alvo da pesquisa, sem maiores impedimentos por parte da gestão e demais categorias.

Este trabalho objetiva a elaboração de um plano de ação para o serviço hospitalar de referência em urgência e emergência do estado de Alagoas, com relação à assistência prestada aos pacientes portadores de HAS e DM, a fim de ocasionar uma transformação na realidade de trabalho de todos os profissionais envolvidos na assistência e, principalmente, oferecer um serviço que resulte positivamente na saúde da população. Contudo, os resultados só poderão ser observados a médio e longo prazo, apesar da precariedade assistencial em todos os níveis de complexidade observada até então.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica atinge cerca de 600 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, aproximadamente 25% da população adulta e mais de 50% dos idosos, segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão são acometidos pela doença. Também, o Diabetes representa sério agravo a saúde, considerando que, segundo a Federação Internacional do Diabetes, atinge 250 milhões de pessoas no mundo todo e 4% delas estão no Brasil. A Sociedade Brasileira de diabetes relata que 33% são idosos de 60 a 79 anos (Oliveira et al, p.102, 2013).

Em consulta ao Serviço de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), confirma-se que 11,7% da população brasileira sofrem de DM e 24,3% está acometida de HAS (DATASUS, 2012), sendo estas patologias responsáveis por elevado número de morbidade, mortalidade e consequentes internações.

Ribeiro, Correia e Carvalho (2013), afirmam que a Hipertensão Arterial Sistêmica, doença crônica e, muitas vezes, sem sinais aparentes, está intensamente associada a problemas cardiovasculares e é uma das maiores causas de complicações de saúde e morte no mundo, o que demanda altos gastos dos recursos públicos. Segundo o MS, atualmente, cerca de 17 milhões de pessoas são hipertensas no Brasil. Portanto, é imprescindível, o tratamento e controle dessa doença.

O Diabetes Mellitus também apresenta elevada taxa de morbimortalidade, com diminuição importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores e cegueira, entre outras. Desencadeia prejuízos físicos e emocionais associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida tanto para os doentes quanto para suas famílias. Representa, ainda, carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (BRASIL, 2006).

De acordo com Oliveira e Milech (2006), o Diabetes Mellitus não insulino dependente pode desencadear Hipertensão Arterial em decorrência da hiperinsulinemia ou da resistência à insulina, o que caracteriza o caráter associativo entre estas patologias.

Sedentarismo e hábitos de vida insalubres, tão comuns nos dias atuais, estão elevando o número de indivíduos acometidos pelas referidas patologias, o que aumenta

significativamente o risco de adoecimento e morte por diversas complicações agregadas (BRASIL, 2010).

A alteração de tais hábitos como: alimentação saudável, prática de atividade física, abandono do tabagismo e etilismo, é primordial para o sucesso do tratamento não medicamentoso, além do acompanhamento do estado de saúde pela equipe multidisciplinar. Deve-se atentar, ainda, para a sensibilização de pacientes e familiares quando a inserção de medicamentos se faz necessária, destacando-se sua importância para melhora da qualidade de vida.

É necessário promover estas mudanças como estratégia de controle das aludidas doenças, além de incentivar a adesão ao tratamento proposto, seja ele medicamentoso ou não, tendo em vista, alcançar os objetivos terapêuticos já relatados, redução das incapacidades e menores custos, entre outros. Para tanto, ressalta-se a importância da participação e comprometimento de todos os envolvidos no processo saúde-doença: pacientes, familiares, equipe multidisciplinar e gestores em todos os níveis da atenção (SMELTZER et al., 2009).

Nesta perspectiva, existem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), com iniciativas voltadas à melhoria do estado de saúde da população com Linhas de Cuidado específicas para cada condição. Neste caso, há a Linha de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, onde há um direcionamento de cuidados a serem realizados desde a atenção básica até serviços de alta complexidade, ou seja, a integralidade da assistência.

De acordo com o MS, as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (Portaria nº 4.279/2010 ó BRASIL, 2010)

Embora, no estado de Alagoas, a RAS ainda esteja em fase de implantação (Cartilha RAS ó Rede de Atenção à Saúde) e as linhas de cuidado iniciadas até o momento não incluem a de DCNT, é necessário que se atente para a tomada de decisões com relação a estas por todos os motivos até então relatados. É indiscutível a necessidade de maior atuação multidisciplinar em todos os níveis da atenção, bem como, a interação dos envolvidos na assistência em sua totalidade, para que efetivamente os acometidos por tais enfermidades tenham um bom prognóstico e melhores condições de saúde.

Falando-se mais especificamente, nota-se a fragilidade de toda a rede na assistência à saúde de seus usuários, contudo, é no ambiente hospitalar que se observou

a precariedade no atendimento desde a atenção básica, visto que, se esta ocorresse de maneira eficiente, não seria necessário o internamento por causas de possível controle na porta de entrada do sistema de saúde, ou seja, nas unidades básicas.

3 MÉTODO

O presente estudo trata-se de um relato de experiência que partiu da realidade de trabalho da autora em um hospital público. A linha de pesquisa aqui utilizada foi a Tecnologia de Concepção, com aplicação a médio e longo prazo, concebida através da vivência na unidade, local do estudo. Percebeu-se durante o processo de cuidar diversas dificuldades enfrentadas por usuários e colaboradores. A partir do diagnóstico situacional, pode-se elaborar um plano de ação norteador para a tomada de decisões.

Foi desenvolvido no setor de Internação da Área Azul do Hospital Geral do Estado de Alagoas, o qual atende pacientes de ambos os sexos acometidos por diversas patologias, de acordo com a aplicação do Protocolo de Manchester, adotado pela instituição no setor Classificação de Riscos. É o único hospital de referência do estado para atendimentos emergenciais, contudo, acolhe clientes com as mais diversas condições de saúde, inclusive, os que depreendem atendimento eletivo. Explicando-se assim, parte do dilema vivenciado por profissionais e usuários com relação à assistência.

O público alvo são os pacientes fragilizados por HAS, DM e complicações advindas do processo de adoecimento. Porém, almeja ainda, atingir a equipe multidisciplinar na rotina de trabalho e assim, ocasionar melhorias mútuas nas assistências recebida e prestada.

Consta das seguintes ações: em horário de trabalho da autora, durante trinta dias consecutivos, respeitando-se a escala oficial da instituição, foram analisados os prontuários dos pacientes internos nas observações (Área Azul), identificados a partir do diagnóstico médico, aqueles portadores de HAS, DM e suas complicações. A partir disto, baseado em conversas informais com usuários e servidores, e observação da realidade durante a rotina laboral percebeu-se a fragilidade da assistência prestada e sua implicação para todos os envolvidos no cuidado, prestadores e receptores.

Como produto de intervenção desenvolveu-se um Plano de Ação (APÊNCICE A), com o propósito de fomentar a tomada de decisões no que tange à assistência, e consequente melhora da atenção hospitalar aos agravos advindos destas patologias de caráter crônico degenerativo. Tem como relevância a emergência de ações que

promovam uma assistência de qualidade às pessoas com diagnósticos de HAS e DM, ponderando todos os prejuízos advindos de suas falhas ou omissão.

Este pode auxiliar na resolutividade dos problemas encontrados e assim, oportunizar um serviço com habilidade de resposta, que visa diminuir gradativamente o número de reincidentes internações devido à inefetividade de ações educativas em saúde, a falta da interação entre atenção básica versus hospitalar e o descumprimento dos princípios básicos do SUS.

O Plano de Ação estará disponível para os gestores e colaboradores analisarem os itens dispostos e se informarem dos aspectos que envolvem a atenção hospitalar aos sujeitos alvo do estudo. As ações a serem implantadas abrangem diversos aspectos, desde a importância da organização do processo de trabalho para melhora da assistência a saúde até a análise dos resultados após sua implantação.

Como se trata de um relato de experiência, onde não houve citação direta dos sujeitos e condições avaliadas em nenhuma das etapas de seu desdobramento, apenas a tecnologia desenvolvida, destaca-se a não necessidade deste estudo ser submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Na unidade hospitalar alvo desta investigação é alta a frequência de casos de DM e HAS e suas complicações oportunistas, inclusive com diagnósticos médicos associados, constatando-se que ambas são responsáveis pelas primeiras causas de internação clínica e dos altos custos da permanência hospitalar.

O Ministério da Saúde (MS) relata nos Cadernos de Atenção Básica que dentre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), HAS e DM são as que ocorrem com maior frequência. Geralmente associadas, constituem um grave problema de saúde pública, pois são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e internamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (BRASIL, 2013).

A equipe de saúde desta instituição em seu cotidiano tem se envolvido principalmente com os cuidados sintomatológicos comuns deste binômio patogênico, a exemplo da farmacoterapia, da higiene e da manipulação das lesões tegumentares decorrentes. Pouco ou nada é abordado em relação à educação em saúde e dos papéis pertinentes a cada ator no processo do cuidar.

Segundo a literatura, é relevante trabalhar com ambas simultaneamente, pois possuem características em comum: etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, necessidade de controle permanente, além da probabilidade de associação de 50%. Isto demanda, na maioria dos casos, o manejo das duas enfermidades num mesmo paciente (BRASIL, 2001 apud ULBRICH, 2010).

É notória a fragilidade que tais pacientes apresentam mediante a doença. Estes necessitam aceitar a condição de saúde que se apresenta e receber estímulos para o autocuidado em seus vários aspectos e a enfermagem, em decorrência de passar mais tempo com os mesmos em virtude da administração de cuidados, tem participação fundamental neste papel, pois, ela é responsável por maior parte da assistência prestada a estes pacientes em todos os níveis da atenção.

A orientação sobre o controle dos fatores de risco para as DCNT, a fim de prevenir complicações, é uma atividade de educação em saúde de grande relevância e deve ser realizada principalmente pelos profissionais de enfermagem, pelo vínculo já estabelecido. Destaca-se que muitas pessoas acometidas, apesar de apresentarem algumas limitações, são capazes de levar uma vida independente, e o prognóstico é

muito melhor quando o atendimento desses pacientes ocorre eficientemente em todos os níveis da atenção (SMELTZER et al., 2009).

Durante o estudo pode-se observar a escassez de materiais básicos para a realização de cuidados prescritos, bem como, a sobrecarga de trabalho devido o dimensionamento insuficiente de pessoal para a assistência a uma clientela acima da capacidade da unidade, situação esta, não rara de ser visualizada. Tais condições dificultam o processo de trabalho na instituição, ocasionando permanente estado de insatisfação tanto por parte de quem presta o cuidado quanto de quem o recebe.

Greco (2011) afirma que os estabelecimentos de saúde se caracterizam como organizações prestadoras de serviço, neste caso, a assistência à saúde de indivíduos e comunidades. É importante que se tenham os recursos materiais necessários e que estes sejam conduzidos de forma apropriada. Portanto, para que não haja falta de material e conseqüente prejuízo à assistência, estes devem ter as suas quantidades e qualidades planejadas e controladas.

Para Morici e Barbosa (2013), a área da saúde se distingue por uma grande demanda de mão de obra qualificada, o que estabelece adoção de políticas e métodos de gestão de recursos humanos adequados para responder a essa situação. Assim, a execução do trabalho pode acontecer de acordo com as premissas do SUS.

Outra circunstância conflituosa experienciada é o desencontro terapêutico entre as propostas de tratamento dos diferentes profissionais. Observou-se mínima ou nenhuma interação entre os membros da equipe com foco para a real necessidade dos usuários: assistência à saúde com resolutividade.

O tratamento adequado e a tomada de decisões por parte dos assistencialistas e gestores, no ambiente familiar e de cuidados em todos os níveis de atenção, podem evitar potenciais complicações de saúde nos indivíduos acometidos por HAS e DM, reduzir o elevado índice de morbimortalidade e o impacto financeiro no orçamento familiar e no sistema público de saúde (SMELTZER et al., 2009).

Um motivo de constantes reclamações por parte dos clientes é o retardamento na realização de exames solicitados à admissão e/ou à reavaliação durante o período de internamento, por vezes, com ocorrência de alta até mesmo antes da análise dos resultados.

O planejamento dos serviços de apoio diagnóstico deve ser orientado pelos princípios e diretrizes do SUS. Desta forma, no que diz respeito aos serviços laboratoriais, deve-se garantir: a universalidade e oportunidade de acesso dos cidadãos a

todas as ações e serviços necessários, a integralidade da atenção, a equidade na alocação de recursos e no acesso e a subordinação das diretrizes às políticas para essa área. Tais exames auxiliam a investigação clínica e epidemiológica, são base de apoio diagnóstico, de avaliação pré-operatória, terapêutica e de acompanhamento clínico (SMS, 2006).

A alta dependência pelos cuidados de enfermagem destes pacientes é uma realidade em praticamente todas as unidades deste hospital, desde a de menor complexidade aquela de maior, ou seja, nas áreas azul, verde, amarela e vermelha. Faz-se necessário estabelecer melhor comunicação terapêutica, tendo em vista, aceitação da doença e cumprimento do tratamento proposto.

A enfermagem deve utilizar a comunicação como instrumento para humanizar o cuidado, discorrendo com o paciente para elucidar dúvidas quanto ao seu tratamento, análises diagnósticas ou processos clínicos, diminuindo a ansiedade ocasionada pela condição estabelecida pela enfermidade e hospitalização (MORAIS et al. apud NEGREIROS et al., 2010).

A falha na assistência continua quando se observa a descontinuidade do tratamento e a não interação dos serviços básicos com os de média e alta complexidade: durante a assistência aqui prestada, diversos pacientes relataram que não têm acompanhamento em qualquer unidade de saúde, não realizam consultas de saúde regulares e só procuram atendimento emergencial, configurando uma falha nuclear no processo do cuidar: serviço de referência e contrarreferência não efetivo.

Referência representa o maior nível de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento em serviços especializados, de acordo com a necessidade. Já a contrarreferência está relacionada ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário exige cuidados mais simplificados, como, por exemplo, acompanhamento da condição de saúde e avaliação de resposta ao tratamento, o que pode ser realizado na unidade básica de saúde mais próxima de sua residência (FRATINI, SAUPE e MASSAROLI, 2008).

À alta, foram diversos os relatos de pacientes que se dirigiram às suas residências sem qualquer orientação quanto à continuidade do tratamento ou vinculação entre os serviços para que isto se desse e, conseqüentemente, as chances de futuros internamentos ocorressem pelos mesmos motivos que os levaram à unidade hospitalar.

Face à experiência vivida neste serviço, é imprescindível que se implante o plano de ação proposto para subsidiar a assistência, a fim de se evitar maiores complicações de saúde dos usuários e repetidas internações, e em caso de necessidade,

se estas vierem a ocorrer, que a assistência seja prestada em melhores condições e com maior poder de resposta. Constitui-se um instrumento de grande importância para adequar o serviço às necessidades postas e, com isso, fornecer uma assistência de qualidade e um satisfatório ambiente de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise em tela desencadeou a consciência de quão difícil é obter assistência à saúde, mesmo sendo esta um direito garantido em Constituição a todo e qualquer indivíduo que dela necessite, inclusive com leis próprias que a regimentam em todos os níveis da atenção, bem como, da importância do planejamento das ações e sua implantação em prol de resultados benéficos à instituição e aos usuários.

Desta maneira, permitiu um olhar diferenciado para a condição do serviço oferecido aos acometidos por DCNT, em especial os fragilizados por HAS e DM. É preciso rever o processo de trabalho da equipe em conjunto com os gestores, com vistas à implementação de medidas assistenciais eficientes, além de desenvolver possibilidades de satisfação dos colaboradores no desenvolvimento das atividades de rotina.

É preciso considerar todas as dificuldades deparadas no processo da assistência e trabalhar juntamente com os envolvidos responsáveis por sua efetividade, para que as mudanças necessárias aconteçam e, em fim, seja oferecida uma assistência de qualidade, trazendo benefícios mútuos.

Sugere-se que para implantação do Plano de Ação proposto, este seja apresentado aos gestores e demais servidores com poderes para tal, e a partir daí, avaliação continuada de sua implementação e resultados.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria do Estado da Saúde. **Cartilha RAS- ALAGOAS**. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/files/download/CARTILHA_RAS_148X210.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica 36- Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica- Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 20 p.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2014.

_____. _____. **Diabetes Mellitus - Cadernos de Atenção Básica - n.º 16**. p. 9.

Brasília: 2006. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 11 de abr. 2014

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão**

arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2014.

_____. _____. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.

Sistema de Planejamento do SUS : Uma construção coletiva : Plano Nacional de

Saúde (PNS) 2008/2009-2011 - Brasília : 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v1_3ed.pdf>.

Acesso em 24 mai. 2014

_____. _____. **SISHIPERDIA-** Apresentação. Sistema de Gestão Clínica de

Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde.

Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://hiperdia.datasus.gov.br/> >.

Acesso em: 02 abr. 2014.

_____. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica ó DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Unidade Geográfica: Município - MACEIÓ/AL. Competência: Janeiro de 2013 a Abril de 2014. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 03 mai. 2014

CNES - Estabelecimentos por Tipo ó Alagoas. Quantidade por Tipo de Estabelecimento segundo Município: Maceió. Período: Abr/2014. **Disponível em:**

<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=27&VMun=270430&VTerc=00&VServico=00&VClassificacao=00&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSUS=>>. Acesso em: 15 mai. 2014

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e Contra Referência: Contribuição Para a Integralidade em Saúde. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 7, n. 1, 2008. 67 p. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/3211>>. Acesso em: 20 mai. 2014

GRECO, R. M. **Gerenciamento de recursos materiais em enfermagem**. Disciplina Administração em Enfermagem I. Universidade Federal de Juiz de Fora - Faculdade de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/admenf/files/2009/08/GERENCIAMENTO-DE-RECURSOS-MATERIAIS-EM-ENFERMAGEM12.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2014

IBGE. **Estimativas da População Residente nos Municípios Brasileiros com Data de Referência em 1º de Julho de 2013**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/populacoes_estimativas_municipios_TCU_31_10_2013.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2014

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, feb. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai. 2014.

NEGREIROS, P. L. et al. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, 121 p., abr. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9529/6598>>. Acesso em: 25 Mai. 2014

OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. **Diabetes Mellitus- Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. 331 p.

OLIVEIRA, F. F. et al. Fatores que interferem a adesão terapêutica em grupos de diabetes e hipertensão em unidade básica. XXI Congresso Brasileiro de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Rev. Hipertensão ó Resumos**. São Paulo, v. 1, 102 p., 2013. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/mobile/pdf/Revista_SBH_2013.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014

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)**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 11 abr. 2014

RIBEIRO, D. F.; CORREIA, B. R.; CARVALHO, Q. G. S. A importância do tratamento não farmacológico no controle da hipertensão arterial sistêmica. XXI Congresso Brasileiro de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Rev.**

Hipertensão ó Resumos. São Paulo, v. 1, 46 p., 2013. Disponível em:
<http://www.sbh.org.br/mobile/pdf/Revista_SBH_2013.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. **Assistência Laboratorial - Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais**, 2006. 2, 6 e 120 p. Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistencialaboratorial/Coleta_Laboratorial.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2014

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de enfermagem medico-cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 138,139 p.

ULBRICH, E. M. **Repercussões da intervenção educativa do enfermeiro no cuidado pessoal do doente crônico.** Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba: 2010. Disponível em:
<<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oElisUlbrich.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2014

**APÊNDICE A 6 PLANO DE AÇÃO DESTINADO À MELHORIA DA
ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES ACOMETIDOS POR HAS E DM EM
UNIDADE DE INTERNAÇÃO - 2014**

<p align="center">PLANO DE AÇÃO - UNIDADE DE INTERNAÇÃO Pacientes fragilizados por Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus</p>			
<p align="center">SITUAÇÃO DETECTADA</p>	<p align="center">AÇÕES PROPOSTAS</p>	<p align="center">ESTRATÉGIAS DE SOLUÇÃO</p>	<p align="center">RESULTADOS ESPERADOS</p>
<p>1. Recursos materiais e humanos insuficientes.</p>	<p>Aquisição de recursos materiais; Contratação de recursos humanos.</p>	<p>Elaborar documento de solicitação de materiais necessários; Iniciar trâmites legais de ampliação do quadro de pessoal.</p>	<p>Melhores condições de trabalho; Assistência prestada com qualidade.</p>
<p>2. Interação entre gestores/equipe multidisciplinar diminuída.</p>	<p>Trazer a juízo possíveis prejuízos ocasionados em decorrência de condutas isoladas durante a assistência.</p>	<p>Planejar reunião com a equipe para explicar sobre a importância da assistência ao paciente em caráter multidisciplinar.</p>	<p>Assistência à saúde prestada com resolutividade; Melhor comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar.</p>
<p>3. Processo de comunicação terapêutica deficiente.</p>	<p>Realizar ações educativas com os profissionais de saúde.</p>	<p>Apresentar as técnicas de comunicação terapêutica por meio de rodas de conversa.</p>	<p>Facilidade de comunicação equipe/paciente com vistas à melhor adesão do tratamento e aceitação do problema de saúde.</p>
<p>4. Serviço de referência e contrarreferência com baixa efetividade.</p>	<p>Sugerir adequação da unidade à proposta de integralidade do atendimento .</p>	<p>Agendar reunião com gestores responsáveis por sua implementação.</p>	<p>Devido acompanhamento da condição de saúde dos pacientes; Garantia de acesso aos serviços de saúde necessários à assistência integral.</p>
<p>5. Retardamento para realização de exames e procedimentos no período de permanência na unidade.</p>	<p>Sensibilizar gestores e colaboradores quanto à otimização do atendimento e os benefícios provenientes.</p>	<p>Dialogar com gestores e profissionais responsáveis em reunião para este propósito.</p>	<p>Ocorrência de possíveis danos à saúde dos pacientes e desnecessários períodos de permanência na unidade a um nível diminuído; Risco diminuído para complicações comuns às DCNT.</p>
<p>6. Processo de educação em saúde prejudicado.</p>	<p>Capacitar a equipe; Conscientizar o usuário quanto à sua patologia durante a prestação de cuidados de rotina.</p>	<p>Elaborar oficinas de treinamento para os colaboradores; Realizar atividade diária de educação em saúde com os usuários (diálogo, distribuição de literatura, entre outros).</p>	<p>Usuários conscientes de sua condição de saúde e com autonomia para o autocuidado.</p>

