



Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia

Strengthening longitudinality of care to subjects participant of the Hiperdia program

Paulo Roberto Lima Falcão do Vale,¹ Diego Rangel dos Anjos Prata,² Maricarla Barbosa Cordeiro,³ Camila Oliveira Araújo,⁴ Rebeca Valentim Leite,⁵ Ângela Cristina Fagundes Goés⁶

RESUMO

O Hiperdia refere-se ao conjunto de ações voltadas para o cuidado integral a sujeitos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito. Este estudo tem como objetivo descrever as estratégias de intervenção com vistas a fortalecer a longitudinalidade do cuidado aos usuários deste Programa em uma Unidade de Saúde da Família do município de Lauro de Freitas, no estado da Bahia, no Brasil. As estratégias foram propostas por residentes em saúde da família e trabalhadores de saúde, no período de outubro a dezembro de 2014. Foram realizadas oficinas com os profissionais das equipes de saúde da família nos espaços das reuniões, com periodicidade quinzenal, a fim de criar um espaço dialógico acerca da relevância das ações direcionadas ao cuidado dos sujeitos. A partir das oficinas, surgiu a necessidade de implementar as seguintes estratégias: a planilha de acompanhamento, o cartão de acompanhamento do Hiperdia e as atividades de educação em saúde. As estratégias para fortalecimento da longitudinalidade do cuidado apresentam potencialidades para contribuir com a reorganização da Rede de Atenção à Saúde através da qualificação da referência e da contrarreferência

¹ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (Uneb). Professor Assistente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E-mail: paulofalcaovale@ufrb.edu.br

² Farmacêutico. Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Uneb. Apoiador Institucional da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/Diretoria de Atenção Básica (Sesab/DAB).

³ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Uneb. Residente em Saúde Coletiva com ênfase em Planejamento e Gestão. Universidade do Estado da Bahia (Uneb).

⁴ Dentista. Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Uneb. Universidade do Estado da Bahia (Uneb).

⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Universidade de Pernambuco (Upe).

⁶ Enfermeira. Mestre em Família na Sociedade Contemporânea. Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia (Uneb).

entre os níveis de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família; Hipertensão; Diabetes melito; Cooperação e adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Hiperdia refers to the set of actions focused on full-time care of subjects with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus. This study aims to describe the intervention strategies centered on strengthening the longitudinality of care to the users of this Program in a Family Health Unit of the municipality of Lauro de Freitas – Bahia, Brazil. Strategies were proposed by residents of family health and health workers from October to December 2014. Workshops were held with Family Health staff in meeting spaces on a fortnightly basis in order to create a dialogical space regarding the relevance of the actions directed to the care of the subjects. From the workshops came the necessity of implementing the following strategies: the follow-up worksheet, the Hiperdia follow-up card and health education activities. The strategies for strengthening the longitudinality of care have potential to contribute to the reorganization of the Health Care Network through the qualification of reference and counter-reference between levels of health care.

KEYWORDS: Family health. Hypertension. Diabetes mellitus. Treatment adherence and compliance.

INTRODUÇÃO

Classificadas como doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes melito (DM) são consideradas morbidades de etiologia multifatorial, compreendidas na contemporaneidade como um dos problemas de saúde de maior magnitude no Brasil.¹ Por se tratar de agravos de grande magnitude e com impactos significativos na situação de saúde dos territórios, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, materializado pelo conjunto de ações voltadas para o cuidado integral a sujeitos que convivem com HAS e DM. Tal estratégia tem como finalidade viabilizar o acompanhamento das pessoas de forma sistemática, inicialmente, por meio do cadastramento de usuários no sistema informatizado disponibilizado pelo Datasus – Hiperdia e considerando os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença. O Hiperdia refere-se ao conjunto de ações voltadas para o cuidado integral a sujeitos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito.

A longitudinalidade do cuidado configura-se no acompanhamento continuado do usuário pelas equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) que tem

relevância por estabelecer o vínculo do usuário com o profissional.^{2,3} Propõe-se, então, a APS, a ordenar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a fim de ampliar a resolubilidade de forma capilarizada, contínua, sistematizada e integrada às necessidades de saúde da comunidade, a partir de ações preventivas e curativas em prol do processo saúde-doença dos sujeitos individuais e coletivos.⁴

Para tal, o MS recomenda a identificação precoce e a estratificação dos diferentes graus de risco/vulnerabilidade, de modo que oriente o acompanhamento das ações de saúde.⁵ Adotar uma classificação de risco é uma estratégia importante para garantir o acesso com equidade, possibilitando identificar os diferentes estratos de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas prioridades.

Existem dois critérios relevantes que torna possível a estratificação de risco: a gravidade da doença crônica, como resultado da complexidade do problema e do risco de ocorrer um evento que cause morbidade ou mortalidade; e a capacidade de autocuidado, que propõem a operacionalização desse aspecto em termos de suficiente e insuficiente, por meio de uma avaliação subjetiva, e dependem do julgamento clínico, realizado por um profissional/equipe.^{6,5} No plano de acompanhamento adotado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF), além das ações clínico-assistenciais, devem estar contemplada nas práticas de cuidado a ampla utilização de tecnologias leves e atividades de Educação em Saúde (ES), as quais apresentam grande potencial para mudança do estilo de vida desses sujeitos.^{7,8} Dessa maneira, pretende-se fortalecer a relação de confiança entre o usuário e o profissional, pois ela aumenta o vínculo do sujeito aos profissionais da equipe de saúde, tornando-o mais envolvido com seu autocuidado e mais disponível para a adoção de hábitos saudáveis.⁹

Com proposta transformadora das práticas de cuidado, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) com ênfase em Saúde da Família, oferecido pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), vem promovendo a integração entre os campos de saberes, composto por enfermeiros, cirurgiões-dentistas e farmacêutico. A partir da inserção dos residentes no campo empírico, verificou-se um baixo número de consultas de Enfermagem em contraposição ao alto número de consultas médicas, além da ausência de um plano de cuidado odontológico, da baixa adesão terapêutica e da inexistência de um grupo de ES voltado para as pessoas que convivem com HAS e DM acompanhadas pelas eSF.

Os dados observados na Unidade Saúde da Família (USF) justificam a importância desse estudo, motivado pelo desejo de compreender melhor os elementos envolvidos nesse cenário a serem superados pela equipe multiprofissional. A relevância social do estudo reside na possibilidade de compartilhar as estratégias bem-sucedidas realizadas, com potencial de fortalecer a longitudinalidade do cuidado, associada à capacidade de promover a práxis nos profissionais residentes e integrantes da eSF e, conseqüentemente, avançar com as diretrizes do Hiperdia em prol da melhoria da situação de saúde das pessoas que convivem com HAS e DM. De modo a compartilhar as experiências e estratégias adotadas no Hiperdia, este estudo tem como objetivo descrever as estratégias de intervenção com vistas a fortalecer a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do Programa Hiperdia, em uma USF do município de Lauro de Freitas - Bahia.

DESENVOLVIMENTO

A experiência dá-se a partir da inserção de profissionais que integram o Núcleo de Saúde da Família do PRMS da UNEB em uma USF do município de Lauro de Freitas - Bahia. A referida USF possui quatro eSF, compostas por enfermeiros, médicos, técnicos de Enfermagem, cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal, farmacêutico e profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf).

O Núcleo de Saúde da Família do PRMS realiza tutoriais mensais que contam com a participação dos tutores, preceptores, residentes e demais profissionais da USF, com vistas a promover o enriquecimento teórico-científico dos sujeitos e contribuir para a qualidade dos serviços prestados. Constitui-se, assim, um espaço importante de construção e compartilhamento do conhecimento, bem como um espaço de educação permanente entre todos os trabalhadores e residentes.

Realizaram-se oficinas com os profissionais das eSF nos espaços das reuniões, com periodicidade quinzenal, no sentido de sensibilizá-los quanto à relevância das ações direcionadas ao acompanhamento das pessoas que convivem com HAS e DM. O primeiro tutorial, realizado em outubro de 2014, foi intitulado “Hiperdia no contexto da Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios”, com ênfase na pouca adesão dos sujeitos ao Programa Hiperdia. A fim de fundamentar a discussão teórica, utilizamos as

palavras-chave Hiperdia, Hipertensão e Diabetes em estratégia de busca realizada nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), Revisões Sistemáticas de Colaboração Cochrane (Cochrane) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

Ao fim, encontramos vários estudos científicos que abordavam diversos aspectos da HAS e da DM. Entretanto, após leitura dos resumos, tratamos de aprofundar apenas naqueles que estavam relacionados com a Estratégia Saúde da Família (ESF), o que resultou em dez estudos, entre teses, dissertações e artigo original, publicados entre os anos de 2009 e 2013.

O segundo tutorial ocorreu em dezembro de 2014 a tratar-se sobre a “Estratificação de risco e acompanhamento de sujeitos cadastrados no Hiperdia”, com ênfase na dificuldade de implementação de ações que assegurem a longitudinalidade do cuidado de sujeitos cadastrados no programa Hiperdia. O levantamento bibliográfico foi realizado considerando as mesmas bases de dados e o período de publicação já citados, ampliando as palavras-chave com o termo “Estratificação de risco”, o que resultou em um estudo sobre a estratificação de risco no programa Hiperdia.

Para a construção da planilha de acompanhamento e do cartão de acompanhamento do Hiperdia, exploramos os recursos do Word e do Excel. Para as estratégias de ES e as oficinas junto aos profissionais, buscamos explorar os recursos do PowerPoint para a apresentação e a condução.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das discussões realizadas nos encontros de tutoria, conforme salientado, foram desenvolvidas estratégias com a finalidade de fortalecer a longitudinalidade do cuidado e, conseqüentemente, promover reflexões junto aos profissionais das eSF, acerca da qualidade e do acompanhamento das ações do Programa Hiperdia. Dessas estratégias, destacam-se: a construção da planilha de acompanhamento dos sujeitos, o cartão de acompanhamento do Hiperdia e as atividades de ES.

Estratégia 1 – planilha de acompanhamento do sujeito

A planilha de acompanhamento foi elaborada com o intuito de identificar os sujeitos que convivem com HAS e/ou DM e construir indicadores para subsidiar as ações de saúde. Tal instrumento permite o acompanhamento da situação de saúde de cada microárea, ao levar em consideração a dinamicidade dos sujeitos, as relações flexíveis dentro do sistema familiar e o movimento migratório das famílias que podem modificar as condições epidemiológicas de cada território.

Entre as informações contidas na planilha, estão o nome, o endereço, o número da família e o convívio com tais morbidades, ilustrados na Figura 1. Constitui-se como uma ferramenta que deve estar em constante atualização e de uso compartilhado com os profissionais da eSF. Orienta-se que esse instrumento deve ser preenchido pelo Agente Comunitário de Saúde, quando das visitas domiciliares.

Figura 1 – Planilha de acompanhamento dos sujeitos

 PREFEITURA MUNICIPAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA							
UNIDADE: _____		EQUIPE: _____			ACS: _____		
PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS							
	NOME	IDADE	ENDEREÇO	Nº FAMÍLIA	TELEFONE	HAS	DIA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Fonte: elaborado pelos autores

É necessário considerar o papel essencial da ESF, ao realizar o levantamento epidemiológico da área e construir parâmetros para a elaboração de estratégias que aumentem a efetividade das ações de prevenção e promoção à saúde e contribuir no controle de tais agravos.⁷ Assim, com o uso dessa planilha, o profissional da ESF pode confrontar o universo dos sujeitos cadastrados no programa com aqueles que realmente frequentam as consultas e os grupos de ES, de modo a facilitar a metodologia da busca ativa. Parte-se do pressuposto que a HAS e a DM, quando não acompanhadas adequadamente e/ou diagnosticadas tardiamente, podem repercutir em sérias

consequências ao usuário, como o internamento por doenças cardiovasculares e o alto custo de seu tratamento.¹⁰ Ressalta-se, ainda, que a implantação dessa planilha busca atender uma recomendação do MS, através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que considera essencial a identificação dos sujeitos que convivem com HAS e/ou DM.¹¹

Estratégia 2 – cartão de acompanhamento do Hiperdia

O cartão de acompanhamento do Hiperdia configura-se como uma estratégia para consolidar a longitudinalidade e a integralidade do cuidado aos sujeitos que convivem com HAS e/ou DM. Isso porque é um instrumento que possibilita o registro do conjunto de informações referentes aos aspectos clínicos, laboratoriais e sociodemográficos dos sujeitos, como idade, sexo, ocupação, número de filhos, estado civil e hábitos de vida. Tais dados permitem conhecer alguns dos determinantes sociais implicados no processo de adoecimento, de modo a compreender a singularidade dos sujeitos e fortalecer a construção de vínculo entre os profissionais de saúde e os sujeitos, buscando estimular a autonomia e a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.⁷

Tal estratégia reforça ainda o papel da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS.³ Para ratificar tal afirmativa, o cartão contém o registro de informações acerca do histórico de saúde dos sujeitos, bem como o desenvolvimento das comorbidades e do acompanhamento do processo saúde-doença. No mais, trata-se de facilitar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção e auxiliar a conduta terapêutica a ser desenvolvida pelos demais profissionais da rede, o que possibilita uma gestão compartilhada e integral.

No que tange ao acompanhamento clínico e laboratorial, o cartão dispõe de dados acerca das medidas pressóricas e glicêmicas, peso, índice de massa corpórea, circunferência abdominal e avaliação de membros inferiores, além da farmacoterapia e dos resultados de exames. Somado a isso, esse instrumento abrange informações referentes a avaliação bucal, o que pode contribuir para novos olhares da Odontologia acerca das pessoas com HAS e/ou DM. Desse modo, tenta reorganizar a assistência odontológica e estimular a integração com outros profissionais das equipes, a fim de proporcionar um cuidado mais direcionado a estes sujeitos.

a doença, considerando as questões subjetivas implicadas no processo de adoecimento.

Para se tornarem efetivos, os grupos de ES devem possibilitar o diálogo horizontal e compartilhado entre os profissionais e sujeitos, estimulando a discussão e a reflexão crítica, bem como a construção de estratégias que possibilitem a melhoria na qualidade de vida desses sujeitos.¹⁴ Portanto, a metodologia de participação utilizada nos encontros baseou-se em roda de conversa que, ao estimular o diálogo aberto, favoreceu a comunicação horizontal sobre o processo saúde-doença e as múltiplas dimensões envolvidas. Nesses espaços, os sujeitos foram estimulados a se tornarem protagonistas de seu próprio cuidado, na medida em que a discussão dos aspectos psicossociais e das experiências compartilhadas permitiram que eles criassem estratégias para con(viver) com a HAS e/ou DM. Para tanto, durante os encontros, enfatizou-se o significado do adoecimento na vida do usuário e o papel da rede familiar e da rede de apoio social. Salienta-se a necessidade de abordar tais aspectos dos sujeitos no contexto da Saúde da Família, a fim de compreender a realidade em que eles estão inseridos, com o intuito de fortalecer o vínculo desses sujeitos com as eSF, sobretudo às outras profissões, não se restringindo à categoria médica, na perspectiva de ampliar o processo de cuidado, e tornando-o mais integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se que o planejamento, a elaboração e a implementação das estratégias propostas contaram com a participação ativa e a visão multiprofissional dos residentes, associadas à participação dos outros atores sociais envolvidos, como os sujeitos, os profissionais e os trabalhadores da saúde e os gestores municipais, o que possibilitou um olhar ampliado sobre a problemática do estudo. Cabe ressaltar a disposição dos sujeitos em participar das atividades coletivas, o que incentivou a busca pelo autocuidado e pela autonomia. No entanto, não foi possível a implementação do cartão de acompanhamento do Hiperdia, por prescindir de recursos orçamentários, envolvendo aspectos burocráticos e de prioridade do governo municipal.

As estratégias apresentadas neste estudo podem qualificar a referência e a contrarreferência entre os demais níveis de atenção à saúde e amenizar a “peregrinação” dos sujeitos por serviços de atenção secundária e terciária. Deseja-se

que as estratégias construídas sejam implementadas com empenho, de forma participativa e continuada, a fim de que as discussões sejam indutoras de processos transformadores em busca do cuidar interdisciplinar, integral, com compartilhamento de saberes e consequente possibilidade de contribuição para o empoderamento de todos os atores envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silveira J, Scherer F, Deitos A, Bosco SMD. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. *Cad Saúde Colet.* 2013; 21(2):129-34.
2. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(Suppl 1):1029-42.
3. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Silva RS, Paixão GPN, Araújo CM, Sena CD, Bitencourt IS. Estratégia de Saúde da Família: intervenções de Enfermagem sobre os fatores de risco cardiovasculares. *Rev APS.* 2015;18(3): 316-24.
5. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 37).
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. 1. ed. Brasília: Opas; 2012.
7. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 35).
8. Santos AM, Nóbrega IKS, Assis MMA, Jesus SR, Kochergin CN, Bispo Júnior JP et al. Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia saúde da família. *Rev APS.* 2015;18(1):39-49.
9. Santos LVB, Borges CJ, Araújo MAS, Souza PR. Principais desafios enfrentados pelos enfermeiros em relação às prescrições de medicamentos no Hiperdia. *Cad Est Pesq.* 2011;15(33):21-8.
10. Malfatti CRM, Assunção AN. Hipertensão arterial e diabetes na estratégia de saúde da família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16 (Suppl 1): 1383-8.
11. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo para as equipes de

atenção básica e Nasf. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

12. Vale PRLF, Prata DRA, Araújo CO, Cordeiro MB, Góes ACF. Estratégias de empoderamento em saúde: dialogando o plano municipal e o relatório da conferência de saúde. *Rev Eletr Gestão Saúde*. 2018; 9(1):78-94.
13. Carvalho AIM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em sujeitos cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(7): 1885-92.
14. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1):224-30.

Submissão: maio de 2016.

Aprovação: fevereiro de 2019.