

Qualifica Hiperdia: uma estratégia para o alcance dos indicadores em saúde

Qualifica Hiperdia: a strategy for achieving health indicators

Qualifica Hiperdia: una estrategia para alcanzar indicadores de salud

Recebido: 08/08/2022 | Revisado: 22/08/2022 | Aceito: 24/08/2022 | Publicado: 01/09/2022

Fernanda Gomes da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9919-8544>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: fernanda.gomes1@outlook.com

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1539-4412>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: patriciabarreto36@gmail.com

Sabrina Gomes da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4984-1903>
Faculdade Nova Esperança de Mossoró, Brasil
E-mail: binagomes144@hotmail.com

Lívia Maria e Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6068-7727>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: liviamaria_23@hotmail.com

Raira Kirly Cavalcante Bezerra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9176-4537>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: rairakirly29@gmail.com

Victória D'awylla Ferreira Rocha Delfino

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4517-2634>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: vitoria_rocha12@hotmail.com

Edineide Gomes da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1573-3341>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: dineide.gomes-silva@hotmail.com

Julyana Rodrigues Maciel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3060-234X>
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil
E-mail: julyana23rodrigues@hotmail.com

Resumo

O Programa Previne Brasil vem como uma proposta de modificação do financiamento do sistema de saúde e traz grandes desafios ao serviço público, uma vez que condiciona o repasse de verbas ao alcance máximo de determinados indicadores de saúde. É com base nessa nova realidade que atinge a Atenção Primária a Saúde, que esse estudo traz uma possibilidade estratégica de atuação para que as equipes possam se articular e buscar meios de alcance das metas estabelecidas pelo Governo Federal. Trata-se de um relato de experiência, vivenciado por residentes durante a elaboração e implementação do Projeto intitulado Qualifica HiperDia. Tem como objetivo relatar a construção e implementação de uma linha de cuidado a pessoas com condições crônicas, priorizando-se especialmente, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus. O projeto surge como uma alternativa para diminuir as dificuldades no processo de trabalho da equipe em rastrear, acompanhar e monitorar as necessidades de saúde da comunidade relativas às Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Palavras-chave: Indicadores em saúde; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

Abstract

The Previne Brasil Program comes as a proposal to modify the financing of the health system and brings great challenges to the public service, since it conditions the transfer of funds to the maximum reach of certain health indicators. It is based on this new reality that affects Primary Health Care, that this study brings a strategic possibility of action so that the teams can articulate and seek ways to achieve the goals established by the Federal Government. This is an experience report, lived by residents during the elaboration and implementation of the Project entitled Qualifica HiperDia. It aims to report the construction and implementation of a line of care for people with chronic conditions, with particular emphasis on Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus. The project emerges as

an alternative to reduce the difficulties in the team's work process in tracking, monitoring and monitoring the health needs of the community related to Chronic non-Communicable Diseases.

Keywords: Health status indicators; Hypertension; Diabetes Mellitus.

Resumen

El Programa Previne Brasil surge como una propuesta para modificar el financiamiento del sistema de salud y trae grandes desafíos para el servicio público, ya que condiciona la transferencia de fondos al alcance máximo de ciertos indicadores de salud. Es a partir de esta nueva realidad que afecta a la Atención Primaria de Salud, que este estudio trae una posibilidad estratégica de acción para que los equipos puedan articularse y buscar caminos para alcanzar las metas establecidas por el Gobierno Federal. Este es un relato de experiencia, vivido por los vecinos durante la elaboración e implementación del Proyecto Califica HiperDia. Tiene como objetivo informar la construcción e implementación de una línea de atención as personas con condiciones crónicas, con especial énfasis en Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus. El proyecto surge como una alternativa para reducir las dificultades en el proceso de trabajo del equipo en el seguimiento, acompañamiento y seguimiento de las necesidades de salud de la comunidad relacionadas con las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Palabras clave: Indicadores de salud; Hipertensión; Diabetes Mellitus.

1. Introdução

Use Segundo a Organização Pam-Americana de Saúde (OPAS) as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países do continente, incluindo o Brasil. Anteriormente, no início do século passado, as doenças infecciosas eram as que mais levavam ao óbito, cerca de 50% das causas de morte, enquanto que hoje, com as melhorias de condições sócio-econômico-culturais, a mortalidade é preponderantemente consequência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (OPAS Brasil, 2021). Dentre as DCNT, destacam-se: Doenças Cardiovasculares, Câncer especialmente o de colo de útero e mama em mulheres e, estômago e pulmão em homens, Diabetes Mellitus e as Doenças Respiratórias Crônicas (Brasil, 2013).

A Atenção Primária a Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para o serviço de saúde público e que deve servir como eixo articulador para garantia de acesso facilitado dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse interim, busca-se enquanto APS desenvolver e criar ações considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários nos mais diversos contextos territoriais do Brasil, em especial, na assistência as pessoas com DNCT (Brasil, 2017).

Para que ocorram ações à nível de APS, o sistema precisa ser financiado e organizado em prol das atividades previamente elaboradas e daquelas que por ventura, tornem-se de grande relevância, considerando o contexto epidemiológico de cada região, pautados na Lei 8.080/1990 que apresenta à conceitua como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Brasil, 1990).

Este trabalho baseia-se no Programa Previne Brasil, que foi instituído pela Portaria Ministerial nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Trata-se de um novo modelo de financiamento que altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Brasil, 2019).

O primeiro critério considera a quantidade de usuários cadastrados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e vinculados à uma Unidade Básica de Saúde (UBS), de modo que o financiamento passa a ser por avaliação per capita, diferentemente do valor fixo por equipe, como ocorria no modelo anterior. Desse modo, são elencados valores de peso para usuários que se encaixem no perfil de vulnerabilidade social, como é o caso de pessoas com menos de 5 anos ou mais de 65, e aquelas que necessitam de auxílio dos programas do governo como o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (Brasil, 2019).

O segundo critério, não trouxe pontos específicos, porém será definido a partir dos dados analisados conforme o

monitoramento e avaliação dos indicadores de 2020 de maneira que contemplem as ações estratégicas, dentre as quais, destacam-se, as ações multiprofissionais no âmbito da Atenção Primária a Saúde (Brasil, 2019).

O terceiro e último critério que baseia o financiamento, diz respeito ao incentivo para ações estratégicas que contempla o custeio de diversas ações, programas e estratégias, dentre elas: o Programa Saúde na Hora; Programas de apoio à informatização da APS; Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros (Brasil, 2019).

A proposta do Programa tem como princípio, a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária à Saúde e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem (Brasil, 2021).

O Programa recomenda a monitorização de 21 indicadores da saúde da população, no contexto da APS, que precisam ser informados regularmente para que os municípios possam receber os recursos federais. A proposta previa que, em 2020, fossem monitorados 7 indicadores, mais 7 em 2021 e os outros 7 em 2022, de modo que o monitoramento de indicadores deveria ocorrer a cada quatro meses, a partir de setembro de 2020 (Brasil, 2019).

Tais indicadores foram estabelecidos para atenderem às ações estratégicas voltadas a linhas de cuidados prioritárias, sendo elas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas. A escolha dessas áreas considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde vinculadas e critérios como disponibilidade, simplicidade, granularidade, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade dos dados utilizados no cálculo (Brasil, 2022a).

Devido ao estado de pandemia ocasionado pela infecção do novo Coronavírus iniciado em dezembro de 2019, o biênio 2020-2021 contou somente com os primeiros 7 indicadores a serem regularmente monitorados e avaliados trimestralmente, porém, no que tange ao repasse, decidiu-se que estes, somente sofrerão as modificações, no início da análise, que foi prorrogada para o primeiro trimestre de 2022.

Desse modo, no primeiro biênio, não se considerou um valor real de alcance dos indicadores, de modo que o repasse foi feito a todos os municípios brasileiros sem restrições, tendo em vista a realidade do momento pandêmico que reflete na qualidade dos serviços de saúde em todo o país (Brasil, 2019).

Tal realidade resultou em “atraso no avanço da APS, acumulando para os próximos anos a necessidade de mensurar e pagar de acordo com o resultado uma ampla agenda de cuidados, principalmente para condições crônicas em saúde e saúde materno-infantil” (Harrzheim et al, 2022, p. 613).

Pautados nas normas do referido Programa e no entendimento de que o início do processo de adaptação seria desafiador, elencou-se dois indicadores para serem trabalhados por meio da realização de ações que se direcionassem ao alcance das metas estipuladas. Os indicadores escolhidos foram: 1. Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre e 2. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada, ambos se encontram no eixo de Doenças Crônicas, constantes nas notas técnicas 06 e 07 de 2022, publicadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022).

Nesse interim, a proposta deste trabalho parte da definição de linha de cuidado como um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida (Brasil, 2013b).

Trata-se de uma estratégia que facilita o manejo da pessoa com diagnóstico de HAS e DM e/ou àquela que apresenta predisposição a partir dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Esta estratégia tem, portanto, em sua estrutura, sete pontos principais que implicam em sua implementação, sendo eles: 1. Busca ativa; 2. Estratificação de risco; 3. Detecção precoce; 4. Fluxo de assistência; 5. Acompanhamento multiprofissional; 6. Controle de ações e 7. Monitoramento/Avaliação.

Tendo como um dos principais escopos da Atenção Primária à Saúde, a atenção integral à população hipertensa e

diabética e a partir da atuação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, programa vinculado à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, foi possível realizar um diagnóstico situacional que apontou um número total de 349 hipertensos, 157 diabéticos e 81 usuários acometidos com ambas as comorbidades, totalizando 587 indivíduos dentro do público alvo da pesquisa. Vale destacar que esse quantitativo foi encontrado a partir dos dados no SISAB (do primeiro quadrimestre de 2021) e por encontros com os Agentes Comunitários de Saúde, que mantêm seus próprios registros.

Diante dos dados brutos acima apresentados e observando a dinâmica de trabalho da Unidade Básica na qual os pesquisadores se inseriram, considerou-se que apesar das buscas, estes números eram ainda inconsistentes, dadas algumas problemáticas identificadas, sendo elas: subdiagnóstico/subnotificação e dificuldades na atuação da equipe de saúde no processo de trabalho (cadastros desatualizados, dificuldade de manuseio com a tecnologia, baixa compreensão da importância da atualização dos sistemas de informação, déficit de registros de atendimentos, acompanhamento descontinuado, vínculos fragilizados com a UBS).

O objetivo do trabalho é relatar a construção e implementação de uma linha de cuidado a pessoas com condições crônicas, priorizando-se especialmente, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus.

2. Metodologia

Este estudo se configura como descritivo, escrito na modalidade de relato de experiência, que conforme a descrição de Gil (2010) define-se como um estudo metodológico com a intenção de descrever experiências pelos autores. O relato parte da vivência durante a elaboração e implementação do Projeto Qualifica HiperDia, pensado pela equipe de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade e, que ocorreu no período de abril a outubro de 2021, de modo que representa um semestre de atividades executadas.

A Equipe de Estratégia de Saúde da Família, alvo desse estudo, está vinculada à Unidade Básica de Saúde Antônio Camilo, localizada na Rua Francisco Rebouças Sobrinho, S/N, Ilha de Santa Luzia, Mossoró-RN, inscrita no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde sob o nº 2503603, sendo composta por 30 funcionários efetivos, além de um residente médico e uma equipe de residência multiprofissional (assistente social, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, odontóloga e psicóloga).

As atividades foram realizadas dentro e fora dos muros da UBS Antônio Camilo, por ser essa, o campo de prática da equipe de residências multiprofissional e médica, vinculadas à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, se configurando como espaço formativo tanto para os residentes, quanto para os demais funcionários já presentes na unidade.

Após o diagnóstico situacional do território, que foi realizado primeiramente com os dados oficiais e depois com cada Agente Comunitário de Saúde (para comparação e posterior atualização), estratificou-se o grupo alvo do estudo e elaborou-se o planejamento das ações a serem executadas, mediante o eixo denominado Qualifica HiperDia, que possui problemática, estratégias e resultados esperados específicos e que são elucidados no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1: Caracterização da demanda pertinente à intervenção, Mossoró, 2022.

PROBLEMÁTICA	ESTRATÉGIAS	RESULTADOS ESPERADOS
Dificuldade no processo de trabalho da equipe em rastrear, acompanhar e monitorar as necessidades de saúde da comunidade relativas às DCNT.	Construção coletiva do fluxograma de atendimento, solicitação de exames, retorno e renovação de receitas;	Melhoria da qualidade da assistência ofertando atenção integral;
	Encontro com os ACS para estimular e reforçar a necessidade da realização da visita domiciliar de identificação, cadastro e acompanhamento das pessoas da comunidade;	
	Criação de cartões de monitoramento do acompanhamento;	Atualização dos cadastros individuais no SISAB, deixando os dados compatíveis com a realidade do território;
	Estruturação de um instrumento que direcione o acolhimento e as estratégias de resolutividade das demandas	Realização de todos os registros de atendimentos, procedimentos, solicitação e avaliação de exames, como ferramenta de monitoramento dos indicadores;
	Estabelecimento de dia D mensal para atendimentos compartilhados ao público de hipertensos e diabéticos; com triagem de necessidades, monitoramento do risco cardiovascular e de complicações;	
	Criação do cartão de aprazamento com as datas do dia D;	
	Captação de pelo menos 05 usuários de cada micro área dos ACS para o momento do dia D	Fortalecimento da equidade no cuidado prestado.

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Este estudo é um recorte da pesquisa “ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: desafios e caminhos para a integralidade do cuidado”, que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte com o nº CAEE: 47212121.5.0000.5294, em 21 de agosto de 2021.

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

3. Resultados e Discussão

Após traçada a problemática juntamente com a equipe da unidade, iniciou-se, paralelamente, os estudos em grupo do módulo teórico do programa de residência, denominado Gestão e Planejamento em Saúde, que faz parte do componente teórico do curso de pós-graduação, no qual se fez necessária a construção de um Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS), para tanto, a equipe se organizou e foram designadas inicialmente, as formas de conduzir todo o processo de estudo, que em seguida, seria base para a elaboração desse trabalho.

O segundo momento, após a leitura das fontes e referências escolhidas, foi uma reunião para a discussão sobre o fluxograma de atendimento vigente na UBS e construção de uma alternativa que levasse ao usuário, mais do que um espaço para renovação de receitas, mas sim, um espaço de produção de cuidado.

Assim, definiu-se que todos os hipertensos e diabéticos da área e àqueles no grupo de risco, receberiam um atendimento multi e interprofissional, momento no qual a ficha de coleta de dados, construída no decorrer do processo de reuniões seria preenchida, para triagem conforme o risco cardiovascular que apresentassem.

Para que essa etapa ocorresse, foi preciso, dois momentos com os ACS, conversas e debates sobre a necessidade e importância da visita domiciliar e do acompanhamento dos comunitários, sendo estabelecida uma periodicidade nas visitas e consequentemente, na atualização dos dados cadastrais. Nesses encontros, foi acordado que cada ACS convidaria, ao menos, 5 comunitários de suas respectivas micro-áreas, para participarem do Dia D.

Para que houvesse controle dos atendimentos, uma ferramenta foi desenvolvida para o acompanhamento, que deveria ser anexado aos prontuários, contendo informações pertinentes ao seu processo de saúde/doença como condição clínica atual, fatores de risco presentes e valores de pressão arterial (PA), glicemia de jejum, hemoglobina glicada, além de antropometria, aferidos em cada encontro.

Após essa fase de explanação e pactuação do *modus operandi* de toda a equipe, elaborou-se assim, um calendário, contendo as prováveis datas em que ocorreriam os encontros, denominados de “Dia D”, com periodicidade mensal. Contando com o apoio de toda a equipe, desenvolveu-se um circuito, pelo qual o usuário perpassaria, sendo atendido por profissionais de diversas categorias.

O circuito inicia com o acolhimento e a realização do preenchimento da ficha de coleta, dando ênfase à queixa base que o mesmo apresenta no dia do atendimento, mas coletando também outros dados pertinentes ao seu processo saúde/doença. Em seguida, ocorre a triagem com aferição dos sinais vitais, especialmente a PA, além do valor do hemoglicoteste (HGT) e dados antropométricos.

Todos os participantes passam pela consulta de enfermagem, momento no qual, algumas demandas já podem ser atendidas, sem a necessidade obrigatória de consulta médica, como realização de certos procedimentos, solicitação e avaliação de exames e orientações gerais.

Outro ponto do circuito, conta com o profissional nutricionista que recebe os usuários que apresentam alterações em exames laboratoriais, mudanças no padrão alimentar e intestinal, distúrbios alimentares ou àqueles que buscam orientações. Em sua maioria, são encaminhados após a consulta de enfermagem e médica.

Há a presença de uma cirurgiã-dentista que faz rodas de conversa sobre prevenção e cuidados com a saúde bucal, mas que também atende no consultório nos casos necessários. Por fim, tem-se o espaço para consulta médica, no qual é possível realizar a solicitação de exames, retorno, renovação de receitas e encaminhamento para os demais serviços da RAS.

3.1 Situação do território

Antes da estratégia Qualifica HiperDia, a quantidade de usuários cadastrados era de 3078 indivíduos, com 1602 domicílios registrados e após as ações de intensificação de busca ativa e atualização de dados cadastrais, tem-se atualmente, 3245 usuários, dispostos em 1686 domicílios na área de abrangência da unidade (SISAB 1 quadrimestre de 2022).

A comunidade é formada em sua maioria por adultos e idosos, dos quais 18,67% (606) afirmam diagnóstico de HAS e 8,25% (268) de Diabetes Mellitus. Um dado relevante é que 22,89% da população (743) se considera acima do peso e 3,00% é portador de pelo menos uma das três condições de saúde descritas a seguir: doença no aparelho respiratório/pulmonar, doença cardíaca e doença renal.

3.2 Perfil dos atendimentos

No que tange ao perfil dos usuários atendidos, destaca-se que no mês de abril, o primeiro mês de efetivação da estratégia, obteve-se um quantitativo de 36 pessoas, contando a posteriori, com 59 no mês de maio, 46 em junho, 23 em agosto, 30 em setembro e 33 em outubro (TABELA 1). A ação do mês de julho não ocorreu, devido ao período de férias dos residentes, dificultando o seguimento do circuito, do modo como o mesmo foi pensando inicialmente.

Tabela 1. Descrição do público atendido, Mossoró, 2022.

Descrição do público atendido no período de 6 meses								
MÊS	MULHER	HOMEM	HAS	DM	HAS/DM	FGA	RETORNOS	TOTAL
Abril	28	8	12	7	2	15	-	36
Maió	36	15	23	4	8	16	8	59
Junho	24	5	5	2	12	10	17	46
Agosto	6	8	4	1	2	7	9	23
Setembro	3	3	0	0	4	2	24	30
Outubro	4	5	5	1	1	2	24	33

Legenda: HAS (hipertensão arterial sistêmica), DM (diabetes mellitus), HAS/DM (aqueles que possuem ambas as comorbidades), FGA (fora do grupo alvo). Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Houve oscilações no que diz respeito a participação dos usuários, porém é perceptível que a tendência desses, foi retornar pelo menos uma vez ao atendimento da estratégia, durante o período de 6 meses de avaliação, o que demonstra a possibilidade de que a mesma possa se configurar como uma importante ferramenta de acompanhamento, além de funcionar como espaço de manutenção de vínculo, com encontros mensais, independentemente da existência de queixas atuais.

Essa realidade reflete, a necessidade da população em receber assistência à saúde que fuja dos moldes padronizados, pautando-se então, pelos ideais da Clínica Ampliada, focada no sujeito, família e coletividade, com efetivação dos princípios do SUS que visam uma assistência integral.

A Tabela 2 traz que dentre os 154 usuários atendidos, 52 deles possuem HAS, 15 possuem DM e 30 vivem com ambas as comorbidades. Os outros 57 são pessoas que ainda não possuem diagnóstico fechado, mas que apresentam fatores de risco associados e, portanto, necessitam serem avaliados periodicamente, seja para prevenção, seja para o diagnóstico precoce.

Tabela 2. Perfil de condição clínica com fatores de risco associados, Mossoró, 2022.

Perfil de condição clínica com fatores de risco associados		
CONDIÇÃO	VALOR	PORCENTAGEM
Hipertensão	52	33,76%
Diabetes	15	9,74%
HAS e DM	30	19,48%

FATOR DE RISCO	VALOR	PORCENTAGEM
Histórico familiar de doença cardiovascular	48	31,16%
Tabagismo	26	16,88%
Alcoolismo	7	4,54%
Obesidade	25	16,23%
Sedentarismo	49	31,81%
Dislipidemia	25	16,23%
Pré- Diabetes*	9	5,84%

Legenda: *Condição autoafirmada pelos usuários, na qual considera-se os valores de HGT ou Glicose de jejum entre 100-125mg/dL. Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Um dado preocupante, se refere à quantidade de usuários com Diabetes Mellitus, representando 9,74% do público pesquisado e 19,48%, daqueles com associação de HAS e DM. Pois segundo os estudos de Reis, Silva e Brito (2022) existe uma correlação entre o diagnóstico de DM e uma elevação da morbimortalidade associada à doença, além de maiores chances de adesão ao tratamento, e consequentemente, maior risco de complicações, dentre elas, destacam-se aquelas envolvendo o sistema cardiovascular.

Para tanto, após a finalização de cada dia de atendimento, realizou-se a estratificação de risco cardiovascular, com base nos fatores de risco individuais de cada usuário, essa avaliação foi alicerçada na classificação presente nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, conforme a tabela 3, disponível abaixo. Vale destacar, que tal classificação serve de referência para traçar um plano de cuidados mais direcionado às necessidades e quadro clínico do usuário, considerando os condicionantes e determinantes de saúde que influenciam no processo saúde-doença dos indivíduos, família e comunidade.

Tabela 3. Classificação dos estágios de HAS de acordo com o nível de fator de risco cardiovascular, lesão de órgão alvo ou comorbidades.

FR, presença de LOA ou doença	PA (mmHg)			
	Pré-hipertensão PAS 130-139 PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS > 180 PAD > 110
Sem FR	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1 ou 2 FR	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
≥ 3 FR	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
LOA, DRC estágio 3, DM, DCV	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

Legenda: FR: fator de risco; LOA: lesão de órgão alvo PAS: pressão arterial sistólica, PAD: pressão arterial diastólica; DCR: doença renal crônica; DM: diabetes mellitus; DCV: doença cardiovascular. Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

Os usuários que apresentassem Lesão de Órgão Alvo foram classificados como portadores de Alto Risco Cardiovascular, ainda que seus níveis pressóricos fossem considerados dentro da normalidade, assim como aqueles enquadrados no estágio 3 da hipertensão. Para os demais, se fez necessária uma avaliação quanto a presença de fatores de risco e a existência de um quadro associado à Doença Renal Crônica, Diabetes Mellitus e/ou Doença Cardiovascular, partindo das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial publicadas em 2020.

Além desses, destacam-se também, a predisposição ao Diabetes Mellitus por meio da resistência à insulina, na presença de glicemia plasmática de jejum entre 100 e 125 mg/dl (comumente chamada de pré-diabetes), Hemoglobina glicada entre 5,70 e 6,40% e Teste oral de tolerância à glicose entre 140 e 199 mg/dl em 2 horas (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020).

A Tabela 4 exemplifica como ficou a classificação total dos usuários atendidos durante as ações de HiperDia, nela, encontram-se a estratificação quanto ao risco cardiovascular que se subdivide nas categorias: Sem risco, Risco Baixo, Risco Moderado e Risco Alto, conforme os critérios anteriormente destacados.

Tabela 4. Classificação de risco cardiovascular dos usuários atendidos, Mossoró, 2022.

Classificação de risco cardiovascular dos usuários atendidos					
SEXO	SEM RISCO	BAIXO	MODERADO	ALTO	TOTAL
Feminino	2	11	20	36	69
Masculino	2	4	3	16	25
Geral	4	15	23	52	94

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A tabela reflete quantidade total de atendimentos que foi de 94 usuários, pertencentes à população adscrita na unidade e assistidos pela equipe de saúde da família. Destes, 69 (73,00%) eram mulheres, das quais 81,00% possuíam moderado/alto risco cardiovascular, já no que tange aos usuários do sexo masculino, 76,00% possuíam moderado/alto risco cardiovascular, o que reforça a importância de alcance desse público. Vale destacar também, que alguns dos participantes, desconheciam o diagnóstico de HAS e/ou DM, e boa parte dos que tinham conhecimento, não realizam o controle dessas comorbidades com qualidade e eficiência.

Santos (2022) defende ser essencial que a população com risco para desenvolvimento de DNCT seja acompanhada de modo contínuo avaliando seus hábitos de vida e elementos da epidemiologia. Dessa maneira, será possível melhor rastrear a incidência e prevalência de casos e correlacionar os dados para construção de medidas eficazes de prevenção, de modo a reduzir o aparecimento de novos casos e prever as possíveis complicações nos usuários acometidos.

Outro destaque relevante, diz respeito ao quantitativo de homens que foram acompanhados durante a realização da pesquisa, representando 27,00% da amostra total, mas compondo 30,77 % dos participantes com alto risco cardiovascular. Isso reflete uma situação historicamente conhecida, na qual, o homem não acessa o serviço de atenção primária à saúde, seja por questões relativas aos horários de funcionamento, pela dificuldade de sair do trabalho, ou pelo preconceito que coloca no masculino na posição de mais forte, viril e com menos chance de adoecer. Seja qual for a razão, é imprescindível que se realizem ações pautadas na visão interseccional, considerando as pluralidades e as diferentes necessidades apresentadas, a partir dos marcadores de raça, classe, identidade de gênero, orientação sexual, local de moradia, geração, entre outros (Rodrigues et al, 2022).

Considerando esse cenário de dificuldade ida à unidade, uma estratégia encontrada e adotada pela equipe foi a realização de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), que se caracteriza pelo método de registro dos valores de Pressão Arterial fora do ambiente de consultório, pelo próprio paciente ou pessoa capacitada para tal, obedecendo a um protocolo previamente estabelecido e normatizado, conforme consta nas Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (2011).

Essa estratégia corrobora com os estudos que destacam as vantagens do método como baixo custo, rastreamento de complicações, melhor controle da PA, melhor manejo de pacientes com risco cardiovascular, redução do número de consultas médicas e desenvolvimento de corresponsabilidade e coparticipação do usuário no seu processo de cuidado (Soghikian et al, 1992; MCmanus et al, 2005). Além disso, o controle glicêmico também foi incentivado, com aferições periódicas, antes e após as refeições, em horários pré-determinados pela equipe em conjunto com o paciente/cuidador/familiar.

É comum associar o surgimento de DCNT em pessoas idosas, o que incube uma missão à Atenção Primária, de zelar o idoso de maneira mais efetiva, com oferta de um cuidado que visibilize a assistência integral, resolutiva e universal, além de colocar o idoso em posição de destaque no sistema de saúde para que desfrutem do bem-estar, autonomia e da possibilidade de um envelhecimento ativo (Silva & Taveira, 2022).

4. Conclusão

O perfil de pessoas atendidas nos grupos de HiperDia na referida unidade de saúde, é formado por adultos e idosos, com diagnóstico conhecido ou suspeito, e que normalmente procuram o serviço em situações de renovação de receitas e urgências, dessa forma, a estratégia apresentada, se coloca como ferramenta para melhorar e fortalecer o vínculo entre usuário e equipe de saúde, destacando a importância do atendimento multiprofissional e rotineiro e a oferta de informações claras e concisas sobre o processo saúde-doença.

Reitera-se que a residência fornece um campo de formação para intervir nas diversas realidades do território, usando como ferramenta primordial, a Educação Popular em Saúde. Na Atenção Básica dispõe-se de um espaço privilegiado de atuação, para aplicação dos preceitos da clínica ampliada buscando ofertar saúde nos moldes dos determinantes sociais, através de um processo contínuo de construção e desconstrução de saberes e práticas com a possibilidade de ações resolutivas e humanizadas. Somente a experiência do território pode garantir que haja a elaboração de intervenções capazes de responder às reais necessidades da pessoa, família e comunidade.

O presente relato diz respeito a uma experiência local, iniciada no período pandêmico, em uma comunidade com vulnerabilidades socioeconômicas e barreiras de acesso, o que pode ter influenciado nos dados encontrados, porém, traz um perfil da população que se encontra dentro do público alvo de 2 dos 7 indicadores de saúde do Programa Previne Brasil, o que configura uma grande parcela dos cadastrados no SISAB.

As intervenções realizadas podem ou não ser replicadas em outros locais, a depender da estrutura e organização da equipe de saúde, desde que partam da realidade dos territórios e de seus comunitários, considerando as particularidades de cada

região. No entanto, apresenta o modo de atuação e as reflexões feitas a partir do cenário em questão e se mostra possível em outros contextos.

Apesar de serem realizadas há pouco menos de um ano, é perceptível que as ações do Dia D, implantadas pela equipe de residentes, foram bem aceitas pela comunidade e mostram resultados, a curto prazo, que são satisfatórios, porém, com sua continuidade, os resultados poderão crescer e trazer melhor qualidade de vida para a população atendida.

Diante dos dados apresentados e discutidos acima, vale destacar que o Brasil possui um grande e desafiador objetivo no tange as metas voltadas à Atenção Primária à Saúde, pois a quantidade de usuários que se enquadram nesses indicadores e que recebem (rão) assistência tende a aumentar e suas necessidades somente podem ser sanadas à médio e longo prazo.

É sabido que o trabalho em saúde coletiva se dá através da criação de vínculo, da constante avaliação e correção de rota para que este dê conta da realidade dinâmica das áreas de abrangência e necessidades de saúde da população atendida. A linha de pesquisa criada necessita de avaliação constante, fortalecimento dos seus pontos fortes e correção dos pontos fracos.

Por fim, sugere-se novas e maiores pesquisas sobre a temática, que abordem a população que vive com DM e HAS, além daquelas com fatores de risco rastreáveis, incluindo também a família e coletividade. Acredita-se que com mais estudos, o perfil epidemiológico será melhor traçado e, por conseguinte, poder-se-á prever mais especificadamente quais as possíveis necessidades de saúde do público-alvo e em quais situações deve-se intervir de forma mais direcionada, o que implica diretamente no planejamento em saúde.

Sugere-se que essas pesquisas sejam também realizadas à nível de municípios e estados região nordeste, pois compreende-se que essa população possui condicionantes e determinantes distintos das demais regiões do país, historicamente falando, e que por isso, podem sofrer influência de fatores não descritos corriqueiramente nos estudos.

Agradecimentos

Agradecemos ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela oportunidade de vivenciar momentos de aprendizagem e compartilhamento de saberes e práticas durante todo o percurso de formação em serviço, tanto à coordenação, professores e preceptores, quanto aos demais residentes da turma por sua contribuição.

À toda a equipe da Unidade Básica de Saúde Antônio Camilo, pelo espaço ofertado e pela acolhida nos dois anos em que executamos atividades, em especial, à Maria de Jesus Segundo Barbosa que foi preceptora, colega de trabalho e amiga. Seu modo de fazer saúde na atenção básica é admirável, um exemplo de profissional.

Obrigada também a cada usuário, familiar e comunidade em geral, pela confiança em nosso trabalho, pela receptividade e pelo vínculo criado. Vocês são a rela motivação para melhorarmos sempre.

Referências

- Barroso, W. K. S. et al. (2021). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 116(3), 516-658. <http://hdl.handle.net/11449/207940>.
- Brasil. (2011). V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). *Rev Bras Hipertens*. vol.18 (1) :18-25.
- Brasil. (1990). *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre a organização do SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Brasil. (2013) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 28 p.
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota Técnica nº 11/2022-SAPS/MS*. Trata da apresentação do conjunto dos 07 (sete) indicadores que compõem o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) revisados para o ano de 2022, no âmbito do Programa Previne Brasil. SEI/MS – 0025123398.
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota Técnica nº 6/2022-SAPS/MS*. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. SEI/MS – 0025109683.

- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota Técnica nº 7/2022-SAPS/MS*. Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. SEI/MS – 0025109717.
- Brasil. (2017). *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.
- Brasil. (2019). *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.
- Brasil. (2013). *Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.
- Brasil. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília/DF.
- Gil, A. C. (2010). Como Elaborar Projetos de Pesquisa. (5a ed.): Atlas.
- Harzheim, E. et al. (2022). Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27 (2), 609-617.
- OPAS. (2021). Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis. Conceito.
- Reis, L. O., Silva, A. K dos S., & Brito, M. dos R. M de. (2022). Avaliação da qualidade de vida em pacientes com Diabetes Mellitus e suas complicações. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11 (9), e15311931800. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31800>
- Rodrigues, C., Côrrea, N. I. S., Wendt, L. de B., & López, L. C. (2022). A política do cuidado (não) masculino: aplicações teóricas e práticas para a saúde em contexto comunitário. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11 (9), e53611932207. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.32207>.
- Santos, W. T. dos. (2022). Relação entre comportamentos de risco entre adultos no Brasil. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 11 (10), e341111032913. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32913>.
- Silva, K. H. D., & Taveira, L. de M. (2022). Elderly health care in Primary Care: a literature review. *Research, Society and Development*, 11(8), e23811830589. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30589>.
- Soghikian, K. et al. (1992). Home blood pressure monitoring: effect on use of medical services and medical care costs. *Med Care*. 30, 855-65.
- Mcmanus, R. J. et al. (2005). Targets and self monitoring in hypertension: randomised controlled trial and cost effectiveness analysis. *BMJ*. 331 (7515):493. 10.1136/bmj.38558.393669.E0.