

EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUL VINCULADOS AO PROJETO APSCRONISUL

MICHELE ROHDE KROLOW¹; PAULO VICTOR DE ALBUQUERQUE²; NICOLE RIOS BARROS³; LUIZ AUGUSTO FACCHINI⁴; ELAINE THUMÉ⁵; ELAINE TOMASI⁶.

¹*Universidade Federal de Pelotas— micheleerokr@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas— albuquerque.pvc@gmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas— nicoleborbarios55@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas— luizfacchini@gmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas— elainethume@gmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas— tomasiet@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

De acordo com estimativas globais de saúde, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 7 das 10 principais causas de morte no mundo no período entre os anos 2000 e 2019 (OMS, 2020). O estudo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado nas capitais brasileiras em 2021, encontrou uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de 26,3% e de 9,1% para Diabetes Mellitus (DM) (BRASIL, 2022).

Devido ao impacto na saúde pública, a redução nas mortes prematuras por DCNT principalmente com investimento em prevenção e tratamento, é uma das metas dos objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) até 2030 (OMS, 2020). O monitoramento das DCNT se torna essencial para que as ações sejam efetivas. Nesse contexto, os indicadores em saúde se tornam a principal ferramenta para o acompanhamento de dados, para avaliação da situação de saúde e para a proposta de ações de enfrentamento (PEREIRA; TOMASI, 2016).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011) era o programa do governo federal que realizava o monitoramento dos indicadores em saúde entre 2011 e 2019, quando foi substituído pelo Programa Previne Brasil (PB) (BRASIL, 2019).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi comparar a evolução dos indicadores de HAS e DM do PB em municípios da região sul do Rio Grande do Sul (RS) e relacionar com o desempenho desses municípios no PMAQ-AB.

2. METODOLOGIA

Realizou-se estudo descritivo com base em dados secundários de 38 municípios do sul do estado do RS, pertencentes a três Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) – 3^a, 7^a e 10^a. Estes municípios foram estudados em virtude de serem alvo do "Projeto integrado de pesquisa, ensino e extensão para a formação de gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e a qualificação do cuidado de pessoas com HAS, DM e obesidade na região sul do RS", implementado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio do edital CNPq/MS/SAPS/DEPROS Nº 28/2020.

Dos municípios participantes, 21 fazem parte da 3^aCRS: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do

Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu. A 7ª CRS é composta por: Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul e a 10ª CRS possui 11: Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel e Uruguaiana.

Tomou-se como desfecho a evolução - em pontos percentuais - dos indicadores de DCNT do Programa PB entre o primeiro quadrimestre de 2021 e o terceiro quadrimestre de 2022. Optou-se por excluir o ano de 2020 por ser o primeiro ano destes indicadores e o primeiro ano da pandemia de Covid-19, situação que dificultou a informação dos dados. Os indicadores foram: a) percentual de pessoas hipertensas com a pressão arterial aferida em cada semestre e b) percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. Os dados do PB foram coletados no Painel de Indicadores da APS do Ministério da Saúde (MS).

Como exposições, construiu-se um indicador sintético de qualidade da atenção a pessoas com HAS e DM, com base em variáveis do processo de trabalho das equipes e disponíveis no instrumento do módulo 2 da Avaliação Externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB. Para ambos os indicadores, todas as perguntas tinham as opções de resposta "sim" ou "não", com exceção das perguntas sobre o tempo de espera para a primeira consulta, dicotomizadas em "um dia ou menos" e "dois dias ou mais". Para cada resposta "sim" e "um dia ou menos" foi atribuído o valor "um (1)" e para as demais respostas, o valor "zero (0)".

Os valores das dez respostas que aferiram a qualidade da atenção a pessoas com HAS e das com DM foram somados, formando dois escores de cuidado adequado, um para HAS e outro para DM, variando de 0 a 10. Uma vez que a unidade de análise foi o município, obteve-se, para cada um, a porcentagem de serviços de saúde que atingiram o valor 10 nos escores, gerando novas variáveis. A falta de disponibilidade de dados nos bancos do PMAQ fez com que estas análises ficassem restritas a 32 municípios.

Para investigar associações entre qualidade da atenção com dados do PMAQ e a evolução do desempenho dos municípios junto ao Programa PB, utilizou-se o teste não paramétrico U, de Mann-Whitney. As análises estatísticas foram realizadas com o Stata 15 (Statcorp, College Station, Texas, EUA). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel, e recebeu parecer favorável número 5.171.702 em 16 de dezembro de 2021.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 38 municípios analisados, apenas um teve evolução negativa nas proporções de alcance das metas do indicador de cuidado a pessoas com HAS do PB (3%), enquanto para o indicador de cuidado a pessoas com DM, este número chegou a 17 (45%). A evolução média de todos os municípios no cuidado a HAS, passou de 4,8% no primeiro quadrimestre de 2021 para 18,1% no terceiro quadrimestre de 2022. Para o cuidado em DM, a evolução média foi de 6,1 para 10,5% no mesmo período. Os municípios que alcançaram melhor evolução para o indicador de HAS foram: Aceguá (46pp), Pedras Altas (39pp), Manoel Viana e Quaraí (32pp) e para o indicador de DM foram: Aceguá (59pp), Pedras Altas (41pp), Manoel Viana (39pp) e Cerrito (24pp).

As Figuras 1 e 2 apresentam o número de municípios que responderam afirmativamente cada item dos indicadores de qualidade do PMAQ-AB, para HAS e DM, respectivamente. Os indicadores para DM apresentaram desempenho muito baixo. A prevalência de unidades de saúde que cumpriam todos os indicadores foi inferior a 45% em todos os 32 municípios, entre os quais em 23 nenhum serviço de

saúde cumpria com a totalidade das ações. Na avaliação da qualidade da atenção a pessoas com HAS, em 7 municípios pelo menos metade das unidades de saúde cumpriram com todos os indicadores. O cumprimento da totalidade das ações previstas foi observado em apenas 4 dos 32 municípios, dos quais em 14 desses nenhum serviço de saúde atingiu a totalidade de ações cumpridas.

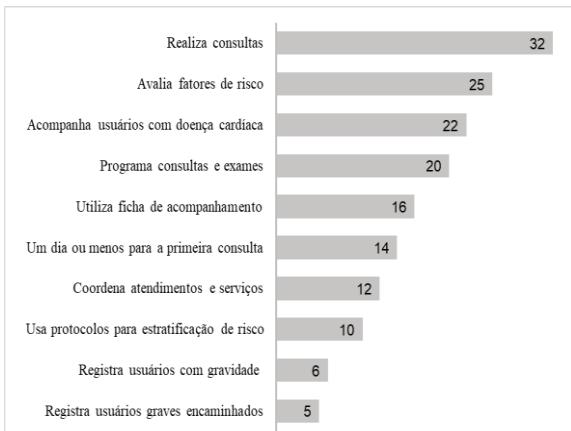


Figura 1 - Municípios onde 100% das equipes responderam afirmativamente aos itens que compuseram o escore de cuidado adequado para pessoas com HAS.

Fonte: PMAQ, 2017/18.

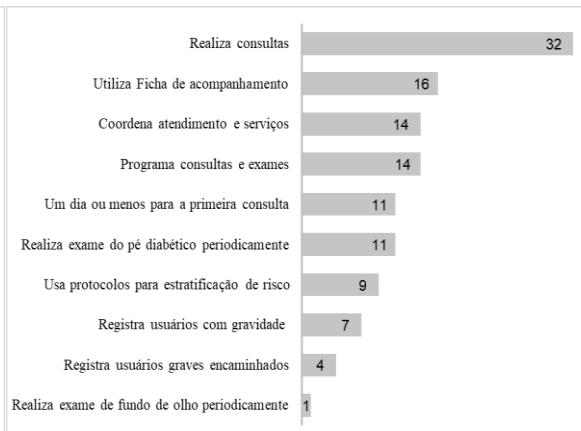


Figura 2 - Municípios onde 100% das equipes responderam afirmativamente aos itens que compuseram o escore de cuidado adequado para pessoas com DM.

Fonte: PMAQ, 2017/18.

Não foram observadas associações entre as exposições e os desfechos. As evoluções dos indicadores do PB não variaram significativamente de acordo com a qualidade do processo de trabalho das equipes no terceiro ciclo do PMAQ-AB.

Em paralelo com a pandemia, as demandas do novo programa trouxeram insegurança a muitos municípios, notadamente aqueles de menor porte e com reduzida capacidade de enfrentamento, com perspectiva de perda de recursos a partir dos critérios estabelecidos. Como apontou Mesquita (2023), o PB dificultou transferências aos municípios e tem responsabilidade na modulação das possibilidades de atuação e investimentos da gestão municipal, que precisa encontrar soluções alternativas, contribuindo para a descaracterização da Estratégia Saúde da Família (ESF). Costa e cols. (2023) apontam que os indicadores não garantem acesso e não refletem a integralidade do cuidado necessário na APS, tendo se transformado em mais uma barreira para o repasse de recursos. Mesmo sabendo que as DCNT são associadas com maior gravidade no acometimento e na mortalidade por Covid-19, elas deixaram de ser prioritárias para que os sistemas de saúde reorganizassem seu processo de trabalho para atender as demandas relacionadas à pandemia. Em alguns lugares, boa parte dos recursos foram redistribuídos para auxiliar no enfrentamento da Covid-19, com interrupção de atendimentos, cirurgias e tratamentos (DUARTE et al., 2022).

Um dos fatores que pode ter afetado os resultados com a falta de associações entre os indicadores do PMAQ e do PB é a diferença na sua própria natureza. Os indicadores do PMAQ foram construídos a partir de um conjunto de variáveis oriundas de protocolos do MS para a qualificação do cuidado a pessoas com HAS e DM. Estas variáveis incluíam desde o acesso até os encaminhamentos necessários, passando por condutas de prática clínica mais específicas como a avaliação de risco cardiovascular para pessoas com HAS e o exame dos pés para pessoas com DM. O PB utilizou apenas uma variável para cada agravo, passando

longe de uma avaliação de qualidade. Verificar a pressão arterial de pessoas com HAS e solicitar exame de hemoglobina glicada para pessoas com DM são atividades que, de forma isolada, não permitem aferir a qualidade da atenção.

4. CONCLUSÕES

A evolução dos indicadores avaliados para DM e HAS, tanto no PMAQ-AB como no PB não obtiveram desempenho satisfatório nos anos avaliados, tendo-se percebido uma piora nesse monitoramento após a implantação do programa PB.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. 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 SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

BRASIL. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

COSTA, N. do R;; SILVA, P.R.F da; JATOBÁ, A.. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 08-20, 2023.

DUARTE, L.S.; SHIRASSU, M.M.; ATOBE, J.H.; DE MORAES, M.C.; BERNAL R.T.I. Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 68-81, 2022.

MESQUITA, E. de F.. **Efeitos do programa previne Brasil na atenção primária à saúde do município de Francisco Morato:** o papel do governo federal na modulação da gestão. 2023, 47p. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização em saúde coletiva) - Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. 2020. Acessado em 20 abr 2023. Online. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>

PEREIRA, B. dos S.; TOMASI, E.. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 411-418, 2016.