

Atenção à saúde às pessoas com doenças crônicas no âmbito da atenção primária: resultados de avaliação do PMAQ-AB no Rio Grande do Norte

Health care for people with chronic diseases in the context of primary care: assessment results of the PMAQ-AB in Rio Grande do Norte

Atención de salud a personas con enfermedades crónicas en el contexto de la atención primaria: resultados de la evaluación de PMAQ-AB en Rio Grande do Norte

Amanda Gabriela Araújo da Silva¹

Ana Carine Arruda Rolim²

Cassia Virgínia de Souza³

Erika Mayra de Almeida Barreto⁴

Ricardo Andrade Bezerra⁵

¹ Nutricionista do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil da Escola Multicampi de Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Endereço postal: Escola Multicampi de Ciências Médicas. Avenida Coronel Martiniano, n. 541, Centro – Caicó – 59300000. E-mail: ag.amandagabriela@gmail.com.

² Doutora em Saúde Coletiva, docente da Escola Multicampi de Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³ Assistente Social do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil da Escola Multicampi de Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

⁴ Nutricionista, mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba.

⁵ Mestre em Educação Física, docente da Escola Multicampi de Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Resumo

O cenário epidemiológico brasileiro aponta que as doenças crônicas não transmissíveis são cada vez mais comuns e a atenção primária à saúde é o nível de atenção considerado alicerce para o sistema de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar as ações desenvolvidas na atenção primária para as pessoas com doenças crônicas no estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa, produzido a partir de dados secundários de acesso público do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2015-2017). Os dados foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* e foram determinadas as frequências. Encontrou-se que apenas 36,3% das equipes de atenção básica realizam o exame do fundo de olho em pessoas com diabetes e que a ação mais executada pelas equipes após identificar usuários com obesidade é o encaminhamento para o serviço especializado (89,0%). A principal estratégia realizada pelo núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica para pessoas com doenças crônicas é a motivação e orientação para o autocuidado (98,2%). As ações analisadas mostraram-se satisfatórias, sobretudo uma melhora nos resultados quando comparado na literatura com ciclos anteriores.

Palavras-chaves: Atenção básica, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Obesidade.

Abstract

The Brazilian epidemiological scenario points out that chronic non-communicable diseases are increasingly common and primary health care is the level of care considered as the foundation for the health system. The aim of this study was to analyze the actions developed in primary care for people with chronic diseases in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. This is a descriptive, cross-sectional study of a quantitative nature, produced from secondary data of public access from the 3rd cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (2015-2017). The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software and the frequencies were determined. It was found that only 36.3% of the primary care teams perform the fundus examination in people with diabetes and that the action most performed by the teams after identifying users with obesity is referral to the specialized service (89.0%). The main strategy carried out by the expanded family health and primary care center for people with chronic diseases is motivation and guidance for self-care (98.2%). The analyzed actions were shown to be satisfactory, especially an improvement in results when compared in the literature with previous cycles.

Keywords: Basic attention, Hypertension, Diabetes Mellitus, Obesity.

Resumen

El escenario epidemiológico brasileño señala que las enfermedades crónicas no transmisibles son cada vez más comunes y la atención primaria de salud es el nivel de atención considerado como la base del sistema de salud. El objetivo de este estudio fue analizar las acciones desarrolladas en la atención primaria de personas con enfermedades crónicas en el estado de Rio Grande do Norte, Brasil. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, de carácter cuantitativo, elaborado a partir de datos secundarios de acceso público del 3er ciclo del Programa Nacional para la Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (2015-2017). Los datos se analizaron mediante el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) y se determinaron las frecuencias. Se encontró que solo el 36,3% de los equipos de atención primaria realizan el examen de fondo de ojo en personas con diabetes y que la acción más realizada por los equipos tras identificar a los usuarios con obesidad es la derivación a un servicio especializado (89,0%). La principal estrategia llevada a cabo por el centro ampliado de salud familiar y atención primaria para personas con enfermedades crónicas es la motivación y orientación para el autocuidado (98,2%). Las acciones analizadas demostraron ser satisfactorias, especialmente una mejora en los resultados cuando se comparan en la literatura con ciclos anteriores.

Palabras clave: Atención básica, Hipertensión, Diabetes Mellitus, Obesidad.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o perfil de morbidade e mortalidade tem sofrido alterações ao longo dos anos e os processos de transição demográfica e epidemiológica têm resultado na formação de grupos populacionais com características peculiares e específicas, a exemplo dos novos problemas ligados ao processo de envelhecimento¹. Este cenário tem relação com o processo de redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida da população brasileira e hábitos de vida inadequados desde a infância, contribuindo para que o cenário das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) fosse cada vez mais comum, trazendo novos desafios para o sistema de saúde e demandando aprimoramento das ações de prevenção e assistência^{1,2}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que as DCNT sejam responsáveis por 71% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2016³. No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, sendo responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes⁴. É pertinente destacar que a Hipertensão

Arterial Sistêmica (HAS), a Diabetes Mellitus (DM) e a obesidade estão entre as principais causas de morbimortalidade dessas doenças⁴.

Na Região Nordeste há significativos aumentos das taxas de mortalidade referentes a complicações crônicas, que podem estar associados às características epidemiológicas e perfil de acesso e serviços de saúde diferente das outras regiões⁵. Mesmo em locais com alta cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) na região Nordeste, percebe-se a presença de altas concentrações de taxas de mortalidade e internação por HAS e DM⁶.

A APS é considerada porta inicial e preferencial para entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e, quando bem organizada, tem a capacidade de solucionar cerca de 80% dos problemas e necessidades de saúde da população⁷. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) as ações da atenção primária à saúde englobam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo⁸, apresentando nos últimos anos ampliação do escopo de ações ofertadas⁷⁻⁹.

Em virtude do aumento do acesso à APS, em 2011, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) implementou o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que consiste em um programa gerencial que tem em sua proposta a utilização da avaliação como parte do planejamento das ações para a melhoria da qualidade nos serviços da APS⁹. O PMAQ-AB tem sido considerado uma importante fonte de informações do panorama da APS no Brasil e têm orientado muitos estados e municípios quanto às ações de saúde com base na realidade apresentada¹⁰.

Portanto, considerando a importância de avaliar e monitorar as ações de saúde na APS, sendo ela o alicerce para a efetividade de ações e o bom funcionamento do sistema de saúde, este estudo tem como objetivo descrever as ações de atenção à saúde desenvolvidas na Atenção Primária às pessoas com doenças crônicas do estado do Rio Grande do Norte (RN), com base na

avaliação externa do 3º ciclo PMAQ-AB (2015-2017), a partir das entrevistas realizadas com profissionais da equipe de Atenção Básica e do NASF-AB.

2 METODOLOGIA

2.1 Coleta de dados

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa, realizada a partir de dados secundários de acesso público da Avaliação Externa do 3º ciclo do PMAQ-AB (2015-2017) disponíveis no sítio eletrônico do antigo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), atual Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), publicados em junho de 2019. A avaliação externa foi realizada pelo DAB em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) de todo o país, contratadas pelo Ministério da Saúde (MS) para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos.

Foram utilizados os dados das entrevistas realizadas com profissionais de saúde das Equipes de Atenção Básica (eAB) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) do estado do Rio Grande do Norte (RN). As variáveis selecionadas para estudo estão relacionadas à investigação de manejo das doenças crônicas na APS. A avaliação externa do Programa considerou informações e comprovação de documentos referente aos últimos seis meses na coleta de dados, realizada no ano de 2017.

Quanto à avaliação pelos profissionais da equipe de Atenção básica, no contexto da atenção às pessoas com doenças crônicas, este estudo se refere às seguintes dimensões “Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica”; “Atenção à Pessoa com Diabetes Mellitus” e “Atenção à Pessoa com Obesidade”, já em relação à entrevista com o profissional do NASF-AB selecionou-se o segmento referente às “Ações específicas para o cuidado integral – Abordagem de pessoas com doenças crônicas”. Trata-se de questões

objetivas, cujas respostas podiam ser classificadas em “sim”, “não”, ou “não se aplica / não sabe/ não respondeu”.

2.2 Análise dos dados

Após extrair os dados sobre o PMAQ-AB no Portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), foi utilizado o Microsoft Excel para seleção dos dados do estado do Rio Grande do Norte e os referentes às questões sobre doenças crônicas das entrevistas com os profissionais de saúde das equipes AB e NASF-AB. Após a utilização do Excel, os dados foram transferidos para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23, onde foram realizados os cálculos das frequências absolutas e relativas de respostas para as variáveis escolhidas. As variáveis assumem valores de Sim (1), Não (2), e Não Se Aplica (998) e são apresentadas em porcentagem e em números absolutos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No 3º ciclo do PMAQ-AB, no Rio Grande do Norte, responderam referente ao processo de trabalho na Atenção Básica um total de 1.033 profissionais representantes de equipes AB, e 160 profissionais do NASF-AB. O principal profissional respondente das eAB foi o enfermeiro (93,3%) e das equipes de NASF-AB foram nutricionistas (30,1%).

3.1 Atenção à saúde das equipes de Atenção Básica

As tabelas 1 e 2 apresentam os resultados das análises das entrevistas realizadas com os profissionais da eAB sobre atenção às pessoas com HAS e DM, respectivamente, no Rio Grande do Norte, relacionadas ao acesso e a qualidade da atenção às pessoas com doenças crônicas.

Tabela 1. Análise da entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Rio Grande do Norte sobre atenção às pessoas com HAS (n= 1.033).

Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica	Sim %(N)	Não %(N)	Não se aplica %(N)
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão?	100 (1033)	0 (0)	0 (0)
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	96,6 (998)	4,4 (45)	0 (0)
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	99,2 (1025)	0,8 (8)	0 (0)
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica?	98,8 (1021)	1,2 (12)	0 (0)
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca?	97,7 (1009)	2,3 (24)	0 (0)
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	98,4 (1016)	1,6 (17)	0 (0)
A equipe possui documento que comprove registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	85,2 (880)	7,7 (80)	7,1 (73)
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	88,0 (909)	12 (124)	0 (0)
A equipe possui documento que comprove o registro dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	78,3 (809)	8,4 (87)	13,3 (137)

Fonte: Avaliação Externa do 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde.

Tabela 2. Análise da entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Rio Grande do Norte sobre atenção às pessoas com DM (n= 1.033).

Atenção à Pessoa com Diabetes Mellitus	Sim %(N)	Não %(N)	Não se aplica %(N)
A equipe realiza consulta para pessoas com diabetes?	100 (1033)	0 (0)	0 (0)
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com diabetes?	96,4 (996)	3,6 (37)	0 (0)
A equipe possui documento que comprove registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?	85,7 (885)	7,0 (72)	7,3 (76)
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com diabetes mellitus?	98,1 (1013)	1,9 (20)	0 (0)
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com diabetes mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	88,1 (910)	11,9 (123)	0 (0)
A equipe possui documento que comprove o registro dos usuários com diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	78,9 (815)	7,6 (78)	13,5% (140)
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	97,4 (1006)	2,6 (27)	0 (0)
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?	86,0 (888)	14,0 (145)	0 (0)
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?	36,3 (375)	63,7 (658)	0 (0)

Fonte: Avaliação Externa do 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde.

É possível observar que todas as eAB do Rio Grande do Norte avaliadas (100%) realizam consulta para pessoas com hipertensão e com diabetes, e desses 99,2% relataram avaliar a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovasculares dos usuários hipertensos. Entretanto, o registro e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial e com diabetes mellitus são considerados padrões de alcance obrigatório que condicionam a

permanência no Programa⁹, o que justifica a alta frequência observada nesse estudo.

Em virtude da mudança no perfil de morbimortalidade do brasileiro, em 2002 foi criado o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, denominado Hiperdia, o qual constitui um programa que objetiva diminuir os agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde¹¹.

A literatura tem apontado a coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) como atributo relevante na organização de sistemas de saúde, para prover melhorias na prestação do cuidado em termos de acesso, qualidade e continuidade da atenção, seja integrando serviços e ações entre diferentes níveis, seja no interior de um mesmo nível do sistema de saúde⁷. Portanto, verifica-se um papel fundamental das ESF na realização de ações de prevenção e controle de agravos, cabendo-lhe sistematizar a assistência e organizar o atendimento, de modo que o usuário hipertenso e/ou diabético tenha acesso a todos os serviços necessários^{8,11}.

O Nordeste é a região do país em que o acesso às consultas de pessoas com diabetes na atenção primária em qualquer dia a horário durante o funcionamento apresenta menor prevalência (39,2%), enquanto a média no Brasil é 56%¹³. Entretanto, o estado do Rio Grande do Norte é destaque no 3º ciclo do PMAQ, como o que apresenta maior porcentagem de realização de busca ativa dos usuários faltosos nos atendimentos, da região Nordeste do Brasil⁶.

A ordenação do SUS por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), com adoção e ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como um dos objetivos a garantia da universalidade do acesso, entendido como a capacidade multidimensional dos serviços e sistemas de saúde de dar uma resposta resolutiva às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários,

configurando-se assim como um dos pré-requisitos essenciais e parte constituinte de/para construção da atenção à saúde com qualidade¹⁴. No entanto, enfatiza-se que, além da ampliação da cobertura das ações e serviços é necessário também enfrentamento dos desafios relacionados aos modos como as equipes produzem ações de saúde e às questões de gestão de trabalho¹⁴.

A programação da equipe de consultas e exames para pessoas com HAS (98,4%) e para pessoas com DM (97,4%), em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado, apresentaram nesse estudo valores maiores ao observado em dados do PMAQ sobre a região Nordeste do Brasil, em que a programação de consultas para pessoas com hipertensão e diabetes no 1º ciclo do PMAQ (2011-2012) foi de 81,5% e 80,9% respectivamente, e no 2º ciclo (2013-2014) de 85,3% e 84,9% respectivamente⁶.

Verifica-se uma crescente, ao longo dos anos na programação de atendimentos às pessoas com DCNT. O alicerçar da APS nos últimos anos representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. Esse avanço concerne à ampliação na abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), seu principal modelo assistencial, que ultrapassou a marca de 40 mil equipes em todo o território nacional em 2016⁹.

A respeito da coordenação e acompanhamentos dos usuários com HAS e DM que estão na fila de espera e que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção foi referido ser realizado por 88% das equipes, frequência observada superior ao analisado em estudo do 1º ciclo do PMAQ, em que a coordenação de lista de espera de usuários com DM foi relatada ser feita por apenas 51,6% das equipes no Brasil¹³.

Ressalta-se que a Atenção Primária constitui como parte e coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ordenadora do cuidado, nesse sentido é imprescindível que esta ocupe o papel de resolução da maior parte dos problemas de saúde de uma população, bem como o

ordenamento de fluxos e contrafluxos dos usuários no sistema e a responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer pontos da rede de serviços^{8,14}, embora se reconheça existir diversas dificuldades em superar o modelo de atenção primária seletiva em que focava um número limitado de serviços, na qual estruturamos a atenção primária durante muitos anos¹⁴.

Sabe-se que a ampliação do escopo de ações e a organização da agenda da APS precisa considerar as singularidades individuais e coletivas, todavia deve-se também haver cautela, uma vez que o discurso pela ampliação da resolubilidade da APS pode acarretar priorização de práticas curativistas e ampliação da oferta de ações com menor custo e com equipes reduzidas, pode levar à sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores e, conseqüentemente, a prejuízos no cuidado à saúde¹⁵. Ressaltamos, assim, a importância de uma organização dos processos de trabalho em que a APS possa responder as necessidades dos usuários com condições crônicas.

Um estudo desenvolvido em Sobral-Ceará, a respeito da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na APS, observou um interesse e investimento da gestão da atenção em implementar um modelo de atenção que atenda com integralidade às condições crônicas da população, destacando aspectos positivos no desenvolvimento de estratégias de organização e gestão do cuidado, como a instituição de Protocolos com diretrizes para triagem, diagnóstico e tratamento da HAS e DM, a estratificação de Risco da HAS e DM e o desenvolvimento de processos de educação permanente dos trabalhadores do sistema¹⁶.

Ademais, o registro de documentos que comprovem os usuários com HAS e/ou de usuários com DM com maior risco/gravidade é presente em 85,2% das equipes. Sobre o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção, essa frequência é de 78,3% e 78,9% para usuários com hipertensão e para diabetes, respectivamente. Em estudo sobre o registro dos usuários com DM com maior risco no 1º ciclo do PMAQ, essa frequência era aproximadamente em 57%¹³ e baixas frequências sobre presença de registros

também foi observada no estado da Paraíba, em que apenas 25% das equipes possuíam registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção, em estudo do 1º ciclo do PMAQ¹⁷. Ressalta-se que a APS tem o papel de desenvolver a gestão do cuidado, tendo como foco uma unidade bem como a trajetória do usuário/paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que permite delinear objetivos concretos, direcionar as ações de forma eficiente e efetiva, contribuir no desenho da qualidade da organização do sistema de saúde e implicam na continuidade da atenção.

Manter os registros de casos mais graves, agendar consultas e exames por estratificação de casos, coordenar e acompanhar os usuários na rede de saúde está entre os atributos das APS, e essas ações envolvem aspectos administrativos e organizacionais, e são de responsabilidade de toda a equipe, sendo importante apoio e supervisão da gestão municipal^{8,18}, uma vez que as ações da gestão municipal da saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão inter-relacionadas e são fundamentais para que a atenção às pessoas seja resolutiva¹⁸.

Alguns dados quanto à atenção à saúde das pessoas com diabetes podem ser considerados preocupantes, a exemplo o que diz respeito à realização do exame periodicamente do pé diabético nos usuários, referido por 86,0% das equipes. Tomasi e colaboradores¹³ verificaram que no Brasil 60,1% das equipes de atenção primária referiram realizar este exame, e essa baixa prevalência também é relatada por idosos brasileiros¹⁹. Dados de estudo multicêntricos mostram que apenas 58% dos pacientes com DM tipo 2 atendidos em centros especializados e não especializados tiveram registro de exame dos pés efetuado no ano anterior no Brasil²⁰. Pesquisa *on-line* no *site* da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), em 2005, constatou que 65% de 311 internautas nunca haviam tido os pés examinados²¹.

A inquietude quanto ao assunto refere-se ao fato de que o pé diabético está entre as complicações mais frequentes do Diabetes *Mellitus* e suas

consequências podem ser dramática para a vida do indivíduo, desde feridas crônicas e infecções até amputações de membros inferiores²².

O exame periódico dos pés propicia a identificação precoce e o tratamento oportuno das alterações encontradas, possibilitando assim a prevenção de um número expressivo de complicações do pé diabético, sendo a Atenção Primária o local ideal para o acompanhamento integral da pessoa com DM, por ser o nível de atenção mais próximo da população²², além disso, a Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda que a periodicidade dos exames dos pés deva ser no mínimo anual, enquanto houver ausência da perda de sensibilidade protetora, e deve haver treinamento de outros profissionais de saúde, além dos médicos, para a aplicação das técnicas de rastreamento e diagnóstico de Polineuropatia Diabética (PND) e Úlcera de Pé Diabético (UPD), visando à identificação do risco de ulceração²¹.

A realização do exame do fundo de olho periodicamente foi verificado em apenas 36,3% das equipes avaliadas no estado do RN, inferior à média de estudos brasileiros (45,5%) do 1º ciclo do PMAQ-AB¹³, e ao estudo multicêntrico no Brasil, em que 49% dos pacientes com DM2 realizaram o exame de fundoscopia no ano anterior²⁰. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes a retinopatia é uma complicação comum no paciente com diabetes de longa evolução e mais grave naqueles com mau controle da doença, desse modo é importante o rastreio sistemático e precoce dessa complicação podendo evitar a evolução para a cegueira diabética, que é irreversível²¹.

A realização do exame de fundo de olho na Atenção Primária tem apresentado resultados controversos em alguns estudos, todavia, a literatura assegura que quando há o fornecimento de protocolos de triagem e parâmetros de acompanhamento adequados pode-se permitir que os médicos da APS executem de forma confiável o exame em indivíduos com diabetes²³, além disso, defende-se que tal medida permite maior acesso ao serviço para a grande maioria da população e contribui para reduzir a carga de trabalho dos hospitais terciários²³.

O Ministério da Saúde esclarece que os exames de fundoscopia e exame pés estão inseridos em cuidados clínicos que as equipes de saúde devem oferecer, bem como orientação sobre cuidar dos pés para todas as pessoas com diabetes, com o propósito de alcançar o máximo de cobertura, incentivando o autocuidado e educação em saúde^{11,18}. Incluir esses exames na rotina de acompanhamento das pessoas com DM é necessário para prevenção das complicações associadas à doença e à manutenção da qualidade de vida das pessoas com DM. Na impossibilidade do exame fundo de olho ser realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), deve ser encaminhada para que seja realizada em outro nível de atenção¹⁸.

A tabela 3 mostra o resultado das entrevistas realizadas com os profissionais da eAB sobre a atenção às pessoas com obesidade, no Rio Grande do Norte, com ênfase no acesso e qualidade da atenção à saúde.

Tabela 3. Análise da entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Rio Grande do Norte sobre atenção às pessoas com obesidade (n= 1.033).

Atenção à Pessoa com Obesidade	Sim %(N)	Não %(N)	Não se aplica %(N)	
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	99,7 (1030)	0,3 (3)	0 (0)	
Após a identificação de usuários com obesidade IMC(\geq 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	98,2 (1014)	1,5 (16)	0,3 (3)	
Quais dessas ações a equipe realiza?	<input checked="" type="checkbox"/> Oferta ações voltadas à atividade física?	77,3 (798)	20,9 (216)	1,8 (19)
	<input type="checkbox"/> Oferta ações voltadas à alimentação saudável?	85,4 (882)	12,8 (132)	1,8 (19)
	<input type="checkbox"/> Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS?	83,3 (860)	14,9 (154)	1,8 (19)

Encaminha para serviço especializado?	89,0 (919)	9,2 (95)	1,8 (19)
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso?	68,9 (711)	29,3 (303)	1,8 (19)
Nenhuma das anteriores?	0,1 (1)	98,1 (1013)	1,8 (19)

Fonte: Autoria própria

Verifica-se que 99,7% das equipes realizam avaliação antropométrica dos usuários atendidos. O Índice de Massa Corporal (IMC) é o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal, é simples, prático, de baixo custo, sendo considerado um bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal, podendo apresentar diferenças em função do sexo, idade, etnia, presença de edema, além de diferença na composição de indivíduos sedentários quando comparados a atletas²⁴.

Das equipes do RN avaliadas, 98,2% realizam alguma ação a partir do diagnóstico de obesidade dos usuários, e entre as ações analisadas nesse estudo, a mais realizada pela equipe é o encaminhamento para o serviço especializado (89,0%), enquanto 83,3% acionam a equipe de Apoio Matricial para apoiar o acompanhamento deste usuário na Unidade Básica de Saúde (UBS). Este fato pode denotar a uma fragilidade na organização da Atenção Primária à Saúde, pois quando estrutura-se e opera de forma qualificada, a resolutividade tende a ser mais elevada, aliviando as demandas para os serviços especializados, que na maioria das vezes são responsáveis pelo congestionamento do sistema²⁵.

O apoio matricial é um arranjo organizacional que oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, por profissionais com profissões e especialidades diferentes daquelas das equipes apoiadas, e requer compartilhamento dos saberes entre os envolvidos no

processo²⁶. Esse apoio propõe alterar a lógica do encaminhamento realizado de maneira acrítica para uma lógica da responsabilização territorial, assegurando retaguarda especializada, bem como a ampliação da resolutividade²⁶.

Observa-se, ainda, que 85,4% e 77,3% das equipes ofertam, respectivamente, ações voltadas para alimentação saudável e para atividade física. Esses valores são superiores a resultados da média brasileira, em que 71,7% realizam ações sobre alimentação e 61,0% realizavam ações voltadas a atividades físicas²⁷. Entretanto, apenas 68,9% das equipes do RN avaliadas referiram ofertar grupo de educação em saúde para pessoas que desejam perder peso. Tais resultados corroboram com dados do 2º ciclo do PMAQ-AB do Nordeste, no qual a oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionando para prevenção e tratamento das DCNT foi referido por 67,1% das equipes avaliadas⁶ e com estudo de dados do 1º ciclo, em que no Brasil cerca de 70% das equipes referiram realizar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças crônicas²⁷.

Nesse contexto, a Diretriz Brasileira de Obesidade (2016) atesta que o tratamento dietético para obesidade é mais bem sucedido quando aliado a um programa de modificação comportamental que envolva aumento no gasto energético, promovendo um balanço energético negativo, além disso, para o sucesso do tratamento é importante orientações que provoquem mudanças no estilo de vida por toda a vida²⁴.

É fato que a prevenção e o tratamento da obesidade tem sido desafiador para os sistemas de saúde, uma vez que, o sucesso das ações requer qualificação profissional, apoio da gestão, atividades de educação permanente, processos criativos, práticas inovadoras e humanizadas e integração entre os diversos atores, inclusive de outros setores para além da saúde²⁸.

4 ATENÇÃO À SAÚDE DAS EQUIPES DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

A tabela 4 apresenta o resultado das entrevistas realizadas com profissionais do NASF-AB do Rio Grande do Norte sobre atenção às pessoas com doenças crônicas no âmbito da atenção primária à saúde.

Tabela 4. Análise da entrevista com o profissional do NASF do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Rio Grande do Norte sobre atenção às pessoas com doenças crônicas (n= 160).

Ações específicas para o cuidado integral – Abordagem de pessoas com doenças crônicas		Sim %(N)	Não %(N)	Não se aplica %(N)
O NASF apoia e desenvolve com as Equipes de Atenção Básica estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas?		98,8 (158)	1,2 (2)	0 (0)
Tais estratégias envolvem:	Promoção da adesão do usuário ao cuidado longitudinal	85,0 (136)	13,8 (22)	1,2 (2)
	Incentivo para a adesão do usuário ao tratamento farmacoterapêutico	88,8 (142)	10,0 (16)	1,2 (2)
	Suporte aos familiares/ cuidadores de pessoas com doenças crônicas	96,9 (155)	1,9 (3)	1,2 (2)
	Motivação e orientação para o autocuidado	98,2 (157)	0,6 (1)	1,2 (2)
O NASF realiza atendimento de usuários com condições que exijam cuidado intensivo? (Sim/Não)		93,1 (149)	6,9 (11)	0 (0)

Fonte: Autoria própria

Observa-se que nesse estudo 98,8% das equipes de NASF-AB apoiam e desenvolvem com as Equipes de Atenção Básica estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas. As principais estratégias realizadas foram motivação e orientação para o autocuidado (98,2%) e suporte aos familiares e cuidadores de pessoas com doenças crônicas (96,9%). Enquanto que, para ações de promoção de adesão do usuário ao cuidado longitudinal esse valor é reduzido para 85,0%, e incentivo para adesão ao tratamento farmacoterapêutico do usuário para 88,8%.

Um trabalho realizado com dados do 2º ciclo do PMAQ-AB apresenta que 96,4% das equipes de NASF-AB no Rio Grande do Norte relataram realizar tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e

nutrição; 68,9% adotam estratégias para incentivar a adesão ao tratamento farmacoterapêutico e 65,5% realizam monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção²⁹. Dessa forma, é possível identificar melhores resultados das ações das equipes do NASF-AB no estado do RN no 3º ciclo do PMAQ-AB quando comparado aos resultados do 2º ciclo.

A criação, em janeiro de 2008, dos NASF-AB foi uma importante iniciativa, visto que, os referidos núcleos permitem as discussões de casos clínicos por atuarem de forma integrada com as equipes da APS³⁰. Conforme a nova PNAB⁸ o NASF-AB constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na APS. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico⁸.

No contexto da APS, o NASF-AB tem como papel qualificar e complementar o trabalho da equipe de saúde da família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, com a proposta de realizar a clínica ampliada, para não reduzir o usuário a recortes de diagnósticos, mas como uma ferramenta de enxergar além da clínica³¹.

Equipes que receberam apoio matricial têm melhor desempenho no PMAQ-AB, o que evidencia a importância do apoio matricial na qualificação da atenção primária e corroboram com estudos que apontam que o apoiador matricial agrega recursos de saber e potencializa a capacidade resolutiva das equipes, além de propiciar o exercício interdisciplinar no alcance da atenção integral³².

Nessa lógica é necessário refletir sobre a importância equipes de NASF-AB nos municípios, considerado que as DCNT são demandas de saúde crescente na atualidade e que os olhares de profissionais de diversas especialidades colaboram na atenção a saúde integral das pessoas²⁹.

A nova PNAB, publicada em 2017, traz agregações em suas normativas que podem causar prejuízo no processo de trabalho e na assistência plena aos usuários no território, como exemplo a introdução dos conceitos de 'padrão essencial' e 'padrão ampliado' na conformação e classificação das ações e serviços, sem detalhamento; cargas horárias mínimas das equipes de atenção básica de 10 horas dos seus profissionais, sem obrigatoriedade de ACS na sua composição, com indicação de novo financiamento de custeio⁸.

Mesmo com os avanços no cumprimento dos atributos da APS no SUS, a persistência de barreiras, especialmente de acesso (processo de busca e utilização dos serviços de saúde), se coloca como um desafio ainda a ser superado. Neste estudo observa-se resultados satisfatórios em relação ao acesso de pessoas com doenças crônicas aos serviços na APS do Rio Grande do Norte, todavia, a baixa frequência de realização do exame de fundo de olho para pessoas com DM e de oferta de grupos para pessoas que desejam perder peso pode representar barreiras na qualidade da atenção às pessoas com doenças crônicas.

Nesse cenário, o PMAQ-AB é considerado pelo MS como uma das principais estratégias indutoras da qualidade e possui a proposta de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente³³. O Programa é uma das maiores iniciativas mundiais para melhorar o desempenho da atenção primária³⁴ e tem ocupado um lugar estratégico para o monitoramento de ações desenvolvidas e para orientar o processo de trabalho às noções de qualidade nos serviços de saúde, como um resultado a ser alcançado¹⁰. Apesar da sua importância, é importante ressaltar que não está sendo garantida a continuidade do PMAQ-AB, visto que, outros ciclos de avaliações ainda não estão acontecendo no Brasil.

Os municípios e as equipes de saúde aderem voluntariamente ao PMAQ-AB e pode ter havido uma tendência de apresentar os melhores serviços, uma vez que, os profissionais de saúde estavam cientes da avaliação e

tiveram acesso a seus instrumentos de antemão, e isso pode ter influenciado suas respostas, indicando indução de boas práticas. Além disso, deve-se considerar que o incremento no instrumento de avaliação do PMAQ-AB de mais questões sobre atenção às pessoas com doenças crônicas, principalmente que extrapolem simples respostas como “SIM” e “NÃO”, permitiria uma avaliação mais aprofundada sobre o processo de trabalho das equipes. Considera-se, ademais, a importância de realizar estudos que avaliem as equipes que não participaram do PMAQ-AB, de forma a melhor esclarecer sobre o manejo para DCNT na nesse nível de atenção à saúde.

O PMAQ-AB vem contribuindo para maior qualidade no registro de informações, uma vez que as equipes de saúde consideram que o programa as estimulou a registrar as atividades que realizavam e que isto ajudou na qualificação no processo de trabalho da equipe³⁵. Além disso, o PMAQ-AB adotou como estratégia a indução financeira com repasse de recursos vinculados ao desempenho das equipes, conforme as equipes atendem aos padrões especificados no programa⁹. O incentivo financeiro do programa é analisado como fator negativo por alguns autores, por gerar um cenário de disputa entre as equipes e desvio de atenção para o subfinanciamento crônico do SUS^{10,36}.

Os resultados deste trabalho demonstram a partir de análise de dados do PMAQ-AB considerações relevantes sobre o processo de trabalho, das AB e equipes NASF-AB, voltado para o enfrentamento de DCNT no Rio Grande do Norte, provocando reflexões sobre como tem se dado a oferta de ações e serviços na Atenção Primária e a necessidade de desenvolver uma atenção à saúde de qualidade, a partir de um trabalho integrado, multiprofissional, interdisciplinar e longitudinal, para a população.

Nessa perspectiva, estudos que realizem diagnóstico sobre atenção à saúde às pessoas com doenças crônicas e sobre o manejo dos fatores de risco associados são considerados relevantes, por envolver políticas de saúde recentes e em aprimoramento, lidar com problemas de saúde pública e levantar

questões reflexivas sobre práticas de saúde na APS. Finalmente, a avaliação dos processos de trabalho das equipes que atuam na APS é fundamental para que se possa avançar na garantia do acesso universal, integral e melhoria do próprio trabalho, de modo a contribuir para uma Atenção Básica mais resolutiva e coordenadora do cuidado, em consoante ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

5 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou uma visão abrangente em relação ao acesso e a qualidade dos serviços ofertados às pessoas com doenças crônicas, considerado análises das entrevistas de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), da eAB bem como do NASF-AB, do Rio Grande do Norte, a partir de dados publicados recentemente do 3º ciclo do PMAQ-AB. As ações na APS analisadas sobre atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no estado do RN mostraram-se satisfatórias, especificamente das condições que trata esse estudo: HAS, DM e obesidade, sobretudo uma melhora nos resultados quando comparado na literatura com dados de ciclos anteriores.

REFERÊNCIAS

1. Pereira RA, Souza RAA, Vale J de S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. Rev Científica da Fac Educ e Meio Ambient. 2015;6(1):99–108.
2. Brasil. Saúde Brasil 2018 Uma análise da situação de saúde das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Saúde M da, editor. Ministério da Saúde. 2019.
3. WHO. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2016. World Heal Organ. 2018.
4. WHO. NONCOMMUNICABLE DISEASES Country profiles 2018. World Heal Organ. 2018.
5. Guimarães RM, Andrade SSC de, Araújo, Machado EL, Bahia CA,

- Oliveira MM De, et al. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil , 1980 a 2012. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(2):83–9.
6. Lopes M da S. Avaliação da morbidade e mortalidade por doenças crônicas: um estudo com foco no PMAQ-AB. Diss Mestr em Saúde Coletiva da Univ Fed do Rio Gd do Norte. 2018;99 f.
 7. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. *Organ Pan-Americana da Saude*. 2012.
 8. Brasil. Portaria nº2436 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). Ministério da Saúde. 2017.
 9. Brasil. Portaria nº 1645, de 2 de outubro de 2015 - Dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Ministério da Saúde. 2015.
 10. Rolim ACA. Acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: considerações sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Tese doutorado - Univ Estadual Campinas, Fac Ciências Médicas. 2018.
 11. BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. 2011;1–160.
 12. Aleluia IRS, Medina MG, De Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação docença primária à saúde: Estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(6):1845–56.
 13. Aleluia IRS, Medina MG, De Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação docença primária à saúde: Estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(6):1845–56.
 14. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. Organ Pan-Americana da Saude. 2º edição. 2011.

15. de Menezes ELC, Verdi MIM, Scherer MDDA, Finkler M. Modes of care production and universal access – an analysis of federal guidance on the work of primary healthcare teams in Brazil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(5):1751–64.
16. Ribeiro MA, Napoleão Albuquerque IM, Cunha ICKO, Mayorga FD de O, Ximenes Neto FRG, Silveira NC. Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. *Aps Em Rev*. 2019;1(1):29–38.
17. Protasio APL, Silva PB da, Lima EC de, Gomes LB, Machado L dos S, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2014;38(special):209–20.
18. Borges D de B, Lacerda JT de. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. *Saúde em Debate*. 2018;42(116):162–78.
19. CONASS. CONASS DEBATE: A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde brasileiros. CONASS - Cons Nac Secretários Saúde. 1º edição. 2014.
20. Gomes M de B, Gianella D, Faria M, Tambascia M, Fonseca RM, Réa R, et al. Prevalence of Type 2 Diabetic Patients Within the Targets of Care Guidelines in Daily Clinical Practice: A Multi-Center Study in Brazil. *Rev Diabet Stud*. 2006;3(2):82–7.
21. Brasil. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018. Clannad, editor. Soc Bras Diabetes. 2017.
22. Brasil. Manual do Pé Diabético: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde. 1º edição. 2016.
23. Verma L, Prakash G, Tewari HK, Gupta SK, Murthy GVS, Sharma N. Screening for diabetic retinopathy by non-ophthalmologists: An effective public health tool. *Acta Ophthalmol Scand*. 2003;81(4):373–7.
24. Brasil. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. ABESO - Assoc Bras para o Estud da Obesidade e da Síndrome Metbólica. 4º Edição. 2016.
25. Soder R, Oliveira IC, Da Silva LAA, Santos JLG, Peiter CC, Erdmann AL. Desafios Da Gestão Do Cuidado Na Atenção Básica: Perspectiva Da Equipe De Enfermagem. *Enferm em Foco*. 2018;9(3):76–80.

26. Oliveira MM de, Campos GW de S. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. *Rev Saúde Coletiva*. 2017;27(2):187–206.
27. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Júnior EP, Luz LA Da, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? *Saúde em Debate*. 2014;38(especial):69–82.
28. Brasil. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Saúde M da, Saúde OP-A da, editors. Ministério da Saúde 1º edição. 2014.
29. Seus TLC, Silveira DS da, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Núcleo de Apoio à Saúde da Família : promoção da saúde , atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2019;28(2):1–14.
30. Brasil. Portaria GM N° 154, de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Ministério da Saúde. 2008.
31. Nascimento DDG, Oliveira MA de C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(1):92–6.
32. Chaves LA, Jorge ADO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MADC, Santos ADF, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: Análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad Saude Publica*. 2018;34(2):1–16.
33. Brasil. Portaria N° 1654, de 19 de julho de 2011. Ministério da Saúde. 2011.
34. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Foreword introduction to the special edition on the brazilian national program to improve primary care access and quality (PMAQ). *J Ambul Care Manage*. 2017;40(2):S1–3.
35. Bertusso FR, Rizzotto MLF. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. *Saúde em Debate*. 2018;42:408–19.
36. Mota RR de A, David HMSL. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: Questões a problematizar. *Rev Enferm*.