

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE - RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE**

**INDICADORES DE CONTROLE DE DIABETES
MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA: INSTRUMENTO PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

MONOGRAFIA

Cláudia Marchesan Pozzatti

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**INDICADORES DE CONTROLE DE DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: INSTRUMENTO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Cláudia Marchesan Pozzatti

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação Gestão de Organização Pública em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientador: Prof^a Dr^a Suzinara Beatriz Soares de Lima

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação Superior Norte – RS
Programa de Pós-Graduação Gestão de Organização Pública em Saúde**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia**

**INDICADORES DE CONTROLE DE DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: INSTRUMENTO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

elaborada por
Cláudia Marchesan Pozzatti

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO ORGANIZADORA:

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dr.
(Orientador)

Fernanda Sarturi, Msc.

Neida Luiza Pellenz, Msc.

Santa Maria, 10 de setembro de 2014.

RESUMO

Monografia

Programa de Pós-Graduação Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

**INDICADORES DE CONTROLE DE DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: INSTRUMENTO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

AUTORA: CLÁUDIA MARCHESAN POZZATTI

ORIENTADOR: SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 10 de setembro de 2014

Objetivo: Analisar Indicadores de controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica após adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. **Método:** trata-se de um estudo documental com abordagem quantitativa, cuja análise de dados ocorreu em um município da região central do Rio Grande do Sul - RS, no período de dezembro de 2010 a dezembro de 2013. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação da Atenção Básica e dos resultados das fases de Autoavaliação e de Avaliação Externa do Programa. **Resultados:** Nas fases autoavaliação e avaliação externa os desempenhos foram em sua maioria, satisfatórios ou acima da média. Na avaliação externa, entretanto, as dimensões relacionadas às condições crônicas Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica tiveram desempenhos medianos, o que foi ratificado pelos resultados insatisfatórios obtidos nos indicadores. **Conclusão:** Os resultados obtidos apontam que embora tenha recebido conceito satisfatório na Avaliação Externa, devem-se promover ações para melhorias nos indicadores de controle das doenças crônicas Diabetes e Hipertensão. **Descritores:** Atenção Primária; Avaliação em Saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

ABSTRACT

Objective: To analyze Indicators Control Diabetes Mellitus and Hypertension after adherence National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care. **Method:** This is a documentary study with a quantitative approach, whose analysis of data occurred in a city in

the central region of Rio Grande do Sul - RS, from December 2010 to December 2013 data were obtained from the System information for Primary Care and the results of phases Self Assessment and External Evaluation of Programme. **Results:** In the self-assessment and external evaluation stages the performances were mostly satisfactory or above average. The external evaluation, however, the dimensions related to chronic conditions Diabetes Mellitus and Hypertension had median performance, which was ratified by the unsatisfactory results obtained in the indicators. **Conclusion:** The results suggest that although the concept has received satisfactory External Evaluation, are due to actions to promote improvements in the indicators of control of chronic diseases Diabetes and Hypertension. **Descriptors:** Primary Care; Health Evaluation; Diabetes Mellitus; Hypertension.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los indicadores de control de la diabetes mellitus y la hipertensión después de la adhesión del Programa Nacional para el Mejoramiento del Acceso y Calidad de la Atención Primaria. **Método:** Se trata de un estudio documental con un enfoque cuantitativo, cuyo análisis de los datos ocurrió en una ciudad en la región central de Rio Grande do Sul - RS, a partir de diciembre de 2010 a diciembre de 2013 los datos fueron obtenidos del Sistema Información de Atención Primaria y los resultados de las fases de autoevaluación y evaluación externa del Programa. **Resultados:** En las etapas de la autoevaluación y la evaluación externa de las actuaciones fueron en general satisfactorias o por encima del promedio. La evaluación externa, sin embargo, las dimensiones relacionadas con condiciones crónicas de la diabetes mellitus y la hipertensión tenían un rendimiento medio, que fue ratificado por los resultados insatisfactorios obtenidos en los indicadores. **Conclusión:** Los resultados sugieren que, si bien el concepto ha recibido evaluación externa satisfactoria, se deben a las acciones para promover mejoras en los indicadores de control de las enfermedades crónicas de la diabetes y la hipertensión. **Descriptores:** Atención Primaria; Evaluación de la Salud; Diabetes Mellitus; Hipertensión.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem promoção, proteção e recuperação da saúde, vem alcançando grande espaço de discussão no cenário mundial como importante estratégia para diminuir as iniquidades dos serviços de saúde¹.

A Estratégia Saúde da Família (SF), política de Estado e estratégia institucional priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Primária à Saúde no Brasil, vem se expandindo em grande velocidade desde 1994. Essa importante expansão, no entanto, trouxe consigo, a necessidade de criação de metodologias que impulsionassem melhoria contínua da Qualidade da atenção, garantindo que as ações em saúde estejam de acordo com os princípios e diretrizes da Saúde da Família¹.

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes². A Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros. No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS)².

Com o intuito de avaliar o acesso e a qualidade das equipes da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O projeto PMAQ-AB é composto de várias fases de implementação que culminam com a certificação das equipes de Atenção Básica de acordo com um padrão de qualidade.

O PMAQ se insere em um contexto no qual o Governo Federal, crescentemente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Entre os objetivos específicos do PMAQ estão ampliar o impacto da Atenção Básica sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários e institucionalizar uma cultura de avaliação da Atenção Básica no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados³.

De acordo com a Portaria nº 1654, publicada em 19 de julho de 2011 pelo Gabinete do Ministério da Saúde, o PMAQ constitui-se de quatro fases, sendo:

Adesão e Contratualização: consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores.

Desenvolvimento: consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes e pelas gestões das três esferas governamentais. Esta fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

Avaliação Externa: consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes da Atenção Básica participantes do programa.

Recontratualização: nesta fase ocorre um processo de pactuação das equipes e municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

A avaliação da Atenção Básica está dividida em quatro dimensões, conforme a tabela 1: Gestão Municipal, Gestão da Atenção Básica, Unidade Básica de Saúde e Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde. As dimensões se desdobram em 14 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da Atenção Básica no Município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
		N – Programa Saúde Escola

Tabela 1 – Dimensões de Avaliação da Atenção Básica. Fonte: AMAQ –AB.

No momento de adesão ao programa são contratualizados pelas equipes de atenção básica e pelas gestões municipais, um conjunto de indicadores, monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas. Na área estratégica de Controle de DM e HAS estão os seguintes indicadores: Proporção de diabéticos cadastrados, Proporção de hipertensos cadastrados, Média de atendimentos por diabético, Média de atendimentos por hipertenso, Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio e Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio⁴.

MÉTODO

O estudo teve como foco município localizado na região central do Rio Grande do Sul, que possui cerca de 2.600 habitantes. De acordo com as pirâmides etárias, percebe-se a tendência ao envelhecimento e a predominância da população feminina. No ano de 2010, a pirâmide teve um aumento no seu corpo, havendo uma diminuição da base, indicando aumento da expectativa de vida e esperança de vida ao nascer. A faixa etária predominante é entre 45 e 54 anos.

O município possui três serviços de saúde: Unidade de Saúde da Sede, Unidade de Saúde do Distrito e um Centro Municipal de Saúde. A atenção básica do município conta com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que cobre 100% da população. A adesão desta equipe ao PMAQ deu-se em Outubro do ano de 2011.

Este artigo tem como objetivos analisar os resultados obtidos nas fases de Autoavaliação e Avaliação Externa do Programa, verificar a coerência entre estes resultados e também analisar os Indicadores relacionados ao controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.

População e Período do Estudo

O estudo teve uma abordagem quantitativa descritiva, por meio da análise documental. As informações foram obtidas na base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica

(SIAB) e dos resultados das fases de Autoavaliação e de Avaliação Externa do PMAQ para a Unidade Básica de Saúde do município. Foram estudados os dados dos Relatórios de Produção de Marcadores para Avaliação (PMA2) e da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe (SSA2) relacionados a doenças crônicas, como a DM e a HAS, no período de dezembro de 2010 a dezembro de 2013.

Variáveis de Estudo

A categorização das variáveis obedeceu a já existente nos Relatórios SSA2 e PMA2, que foram: Diabéticos cadastrados, Diabéticos acompanhados, Hipertensos cadastrados, Hipertensos acompanhados e Tipo de Atendimento de Médico e Enfermeiro - Diabetes e Hipertensão Arterial.

A partir das variáveis descritas acima foram calculados os Indicadores de acordo com a Ficha de Qualificação dos Indicadores do PMAQ. Os Indicadores determinados foram Proporção de Diabéticos e de Hipertensos Cadastrados, Média de atendimentos por Diabéticos e por Hipertensos e Proporção de Diabéticos e Hipertensos acompanhados no domicílio.

Das fases de Autoavaliação e de Avaliação Externa do Primeiro do Ciclo do PMAQ foram estudadas algumas dimensões relacionadas à Unidade Básica de Saúde, como Infraestrutura e Equipamentos, Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos; Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica; Organização do Processo de Trabalho; Atenção Integral à Saúde e Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PMAQ-AB trabalha com um sofisticado escopo de parâmetros que, de maneira resumida, consiste dos indicadores de desempenho e de monitoramento, contratualizados com municípios e equipes, e uma gama de padrões de qualidade, utilizados em parte no momento de autoavaliação e no todo, quando da Avaliação Externa³.

1 Autoavaliação - Unidade de análise: Equipe de Atenção Básica

Na fase de autoavaliação, a equipe analisa o processo de trabalho, com identificação dos problemas e formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços. Para o processo autoavaliativo, que teve a participação de todos os atores envolvidos na Atenção Básica, utilizou-se como instrumento orientador o material de apoio do Ministério da Saúde, a AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade).

O método de análise adotado na AMAQ permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados. A classificação para cada dimensão e subdimensão é dada a partir de cinco categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Na dimensão Unidade Básica de Saúde os resultados foram satisfatório para Infraestrutura e Equipamentos e muito satisfatório para Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos. Resultados que variaram de Satisfatório a Muito Satisfatório também foram observados para as subdimensões da Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde.

Em estudo sobre a fase de autoavaliação realizado no município de Sobral - CE predominou o conceito regular entre as equipes com relação à infraestrutura e o conceito satisfatório para insumos, imunobiológicos e medicamentos⁵. Neste mesmo estudo, no tocante à organização do trabalho, atenção integral, participação comunitária, controle social e satisfação predominaram o conceito satisfatório e o conceito muito satisfatório, em concordância com os resultados obtidos neste trabalho.

As unidades e os serviços de saúde precisam de um conjunto de fatores para a gestão acontecer de forma satisfatória para a população. Entre esses fatores, destacam-se infraestrutura física adequada, pessoal e equipamentos para a prestação de serviço ideal e qualificado, disponibilidade de medicamentos, formação continuada dos profissionais, planejamento e organização de ações e estratégias de trabalho^{5,6,7}.

2 Avaliação Externa

Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionado e capacitado aplica instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e

pela gestão⁸. Foram realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes, entrevista com usuários e verificação de documentos e de informações inseridas previamente no módulo eletrônico.

A Avaliação Externa do Primeiro Ciclo do Programa na Unidade Básica de Saúde realizou-se em 25 de junho de 2012, onde foi observado que os pré-requisitos propostos pelo PMAQ foram cumpridos, a equipe foi sensibilizada e capacitada a respeito do programa e mudanças nos processos de trabalho foram implementadas para adequação ao PMAQ. Em relação à Unidade de Análise Equipe de Atenção Básica, os resultados obtidos na Avaliação foram os seguintes, conforme figura abaixo:

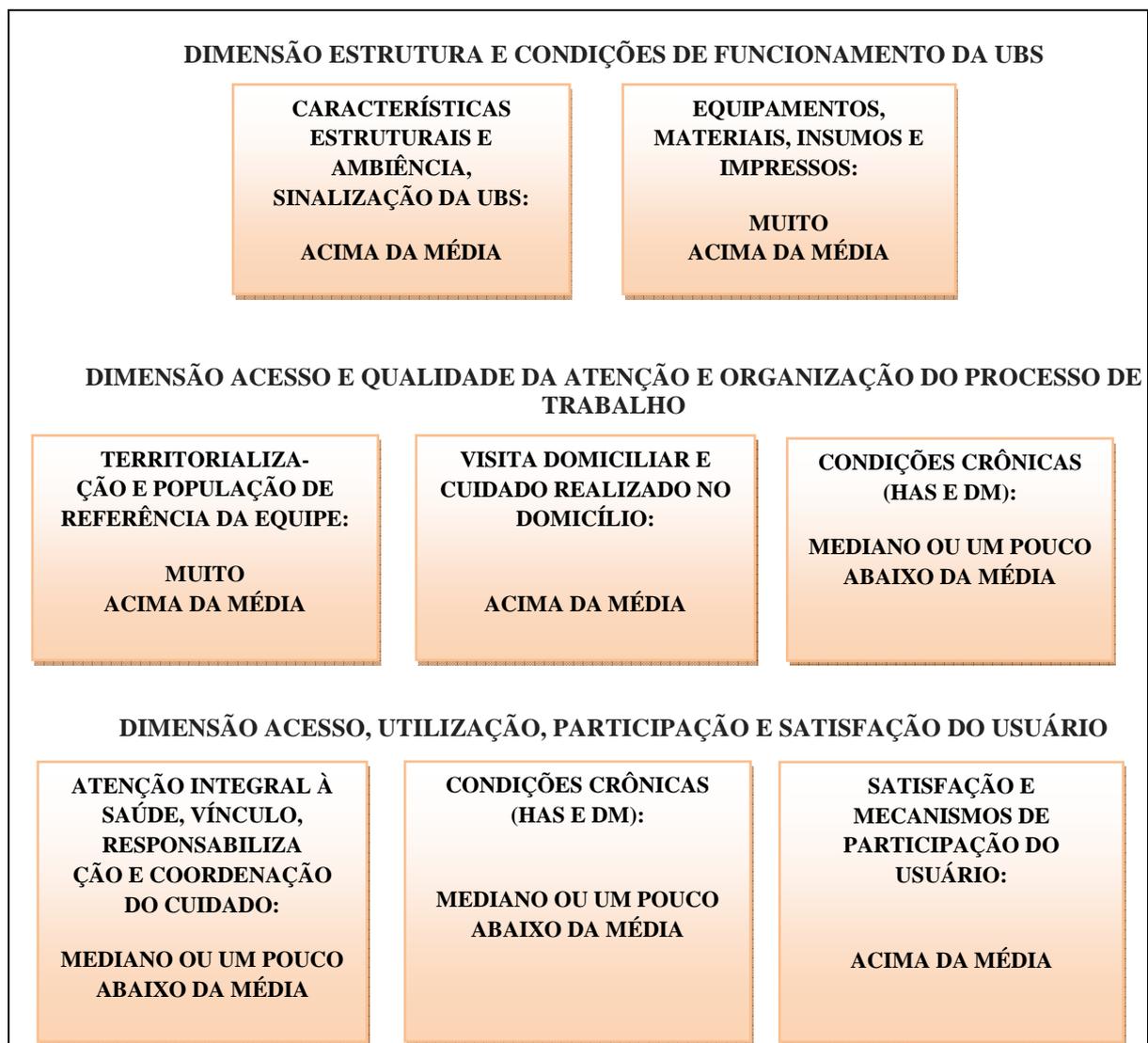


Figura 1 – Demonstrativo da Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ para a unidade de análise Equipe de Atenção Básica. Fonte Secretaria Municipal de Saúde.

Os resultados obtidos na Avaliação Externa estão de acordo com os resultados da Autoavaliação. Resultados satisfatórios na fase de Autoavaliação para Infraestrutura, Equipamentos, Insumos, Medicamentos e para a Dimensão relacionada à Organização do Processo de Trabalho foram também observados na Avaliação Externa.

Em geral, os conceitos obtidos na Avaliação Externa foram Acima da Média ou Muito Acima da Média, para as Subdimensões estudadas. Entretanto, resultados medianos ou abaixo da média foram observados para as dimensões relacionadas às condições crônicas Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.

A equipe da UBS foi certificada com desempenho bom ou acima da média na Avaliação Externa. Um estudo no município de São Sebastião do Paraíso – MG mostrou que das dezesseis equipes escritas no PMAQ, quinze ficaram com desempenho ótimo ou muito acima da média e uma foi certificada com desempenho bom ou acima da média⁹.

3 Indicadores

Proporção de Diabéticos Cadastrados

Esse indicador estima a captação de pessoas com diabetes na população de 15 anos ou mais cadastrada, isto é, em que medida a equipe de Atenção Básica tem conhecimento dos diabéticos da sua área de adscrição. O cadastramento dos diabéticos é o primeiro passo para a programação e organização dos processos de trabalho da equipe voltados ao controle dessa doença, na medida em que a equipe que não conhece os diabéticos da sua área de adscrição, não tem condições de acompanhamento adequado desse grupo de risco.

A figura abaixo apresenta a Proporção de Diabéticos Cadastrados na Unidade Básica de Saúde para o período de Dezembro/2010 a Dezembro/2013:

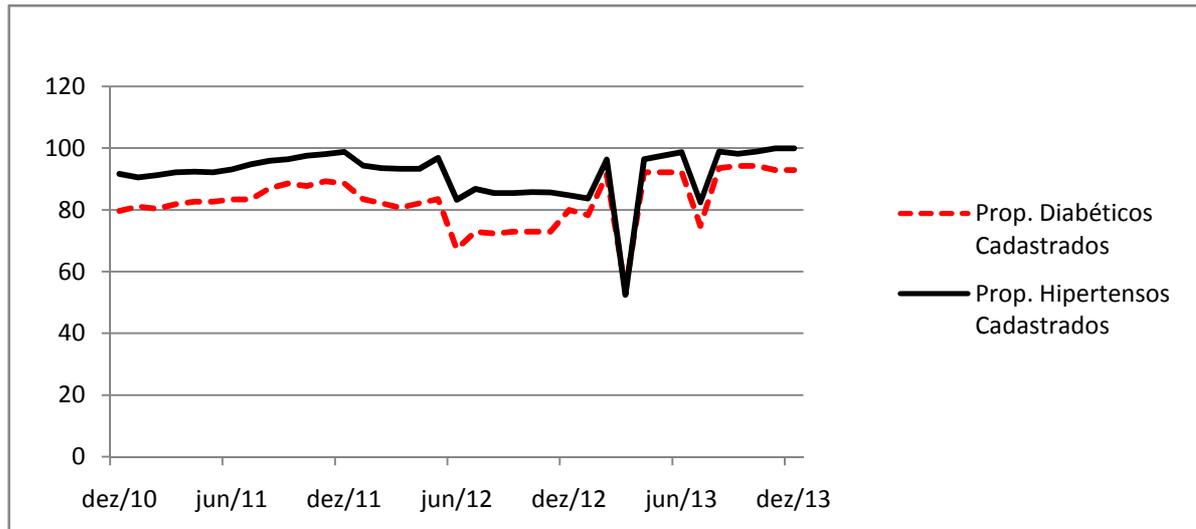


Figura 2 - Proporção de Diabéticos e Hipertensos Cadastrados na Unidade Básica de Saúde para o período de Dezembro/2010 a Dezembro/2013. Fonte Secretaria Municipal de Saúde.

Em dezembro/2010, cerca de 80% dos diabéticos estimados para o município estavam cadastrados na UBS, sendo que no final do período estudado, dezembro/2013 a proporção de diabéticos aumentou para aproximadamente 93%.

Parâmetros de programação preconizados pelo Ministério da Saúde definem que pelo menos 65% dos diabéticos estimados deveriam ser acompanhados pelas equipes de atenção básica. Segundo os resultados obtidos da base de dados do SIAB, 52% dos diabéticos estimados estariam cadastrados pelas equipes da Saúde da Família, variando de 33% (Amapá) a 68% (São Paulo).

Diante do exposto, pode-se observar que a proporção de diabéticos cadastrados na UBS está acima da média nacional de 52%, o que é vantajoso para a Unidade pelo fato deste indicador subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao Diabetes Mellitus e as doenças associadas.

A importância do diagnóstico populacional para controle dessa doença se justifica amplamente, pois além da sua prevalência estar aumentando, o diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal, amputação, além de expor a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares².

Proporção de Hipertensos Cadastrados

Esse indicador estima a captação de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na população de 15 anos ou mais cadastrada, isto é, em que medida a equipe de Atenção Básica tem conhecimento dos hipertensos da sua área de adscrição. O cadastramento dos hipertensos permite que a equipe faça a programação e organização dos processos de trabalho voltados ao controle dessa doença. A equipe precisa conhecer os hipertensos da sua área de adscrição, para acompanhar de forma adequada esse grupo de risco.

A figura 2 apresenta a Proporção de Hipertensos Cadastrados na Unidade Básica de Saúde de para o período de Dezembro/2010 a Dezembro/2013. Em dezembro/2010, cerca de 92% dos hipertensos estimados para o município estavam cadastrados na UBS, sendo que no final do período estudado, dezembro/2013 a proporção de hipertensos aumentou para aproximadamente 100%.

Segundo parâmetros da programação preconizados pelo Ministério da Saúde⁴, pelo menos 80% dos hipertensos estimados deveriam ser acompanhados pelas equipes de atenção básica. De acordo com os dados obtidos da base do SIAB, 63% dos hipertensos estimados estariam cadastrados nas equipes da Saúde da Família, variando de 39% (Pará) a 79% (Minas Gerais). Essas diferenças podem expressar tanto desigualdades de acesso ao diagnóstico como variações na exposição a fatores de risco.

Da mesma forma que para os diabéticos cadastrados, o indicador proporção de hipertensos cadastrados na UBS está acima da média nacional de 63%. No final do período estudado, dezembro/2013, a proporção de hipertensos cadastrados era de 99,93%, representado que praticamente todos os hipertensos estimados para o município estavam cadastrados na Unidade.

A importância do diagnóstico populacional para controle da hipertensão se baseia na sua alta prevalência e vários efeitos adversos à saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral.

Média de Atendimento por Diabético

É o número médio de atendimentos para a população com diabetes mellitus, residente em determinado local e período. O atendimento dos portadores de diabetes mellitus nas unidades básicas de saúde é realizado por médicos e enfermeiros das equipes. Esse indicador permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população diabética cadastrada, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada um dos diabéticos da área da equipe. Portanto, não se trata de um indicador de acesso, mas sim da oferta de atendimentos para pessoas com diabetes.

A média de atendimento por diabético na UBS, para o período de Dezembro/2010 a Dezembro/2013 está representada na figura abaixo:

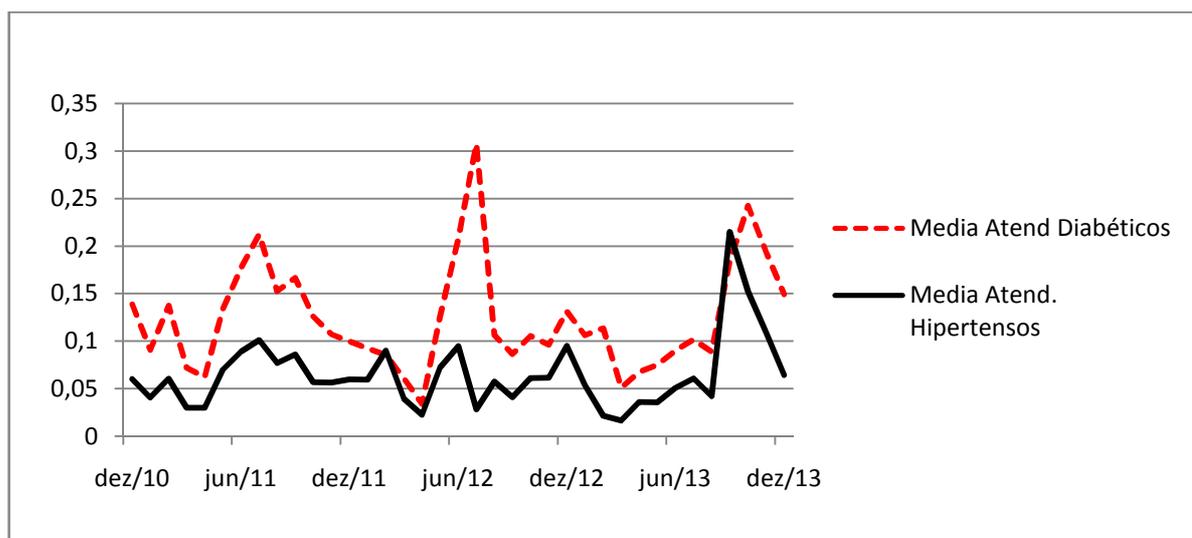


Figura 3 – Média de atendimento por diabético e por hipertenso na Unidade Básica de Saúde para o período de Dezembro/2010 a Dezembro/2013. Fonte Secretaria Municipal de Saúde.

Em todo o período estudado, a média de atendimento por diabético ficou abaixo de 0,5. Em Dezembro/2010, na UBS, ocorreram 15 atendimentos de médico e de enfermeiro para 108 diabéticos cadastrados na Unidade (aproximadamente 0,14 atendimento/diabético cadastrado). No final do período estudado, Dezembro/2013, da mesma forma, a média se manteve baixa, ocorreram 20 atendimentos de médico e de enfermeiro para 134 diabéticos cadastrados na Unidade (aproximadamente 0,15 atendimento/diabético cadastrado).

Segundo os resultados obtidos da base de dados do SIAB, a produção registrada de atendimentos para diabéticos seria suficiente para uma média de 4,5 atendimentos por diabético, variando de 3 (Rio Grande do Sul) a 6 (Ceará).

A média de atendimentos para os pacientes diabéticos na UBS está muito abaixo da registrada no SIAB para o estado do Rio Grande do Sul e também abaixo da média geral de 4,5. Os resultados obtidos para este indicador ratificam os resultados da Avaliação Externa para Doenças Crônicas, onde, conforme anteriormente descrito foram observados conceitos medianos ou um pouco abaixo da média nas dimensões Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho e Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário.

Média de atendimento por Hipertenso

Determina o número médio de atendimentos realizado por médico e enfermeiro, na população hipertensa, residente em determinado local e período, permitindo avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população hipertensa cadastrada.

Esse indicador subsidia a análise da assistência ao hipertenso, permitindo a avaliação de variações geográficas (micro áreas, áreas, etc) e temporais na oferta de atendimentos aos hipertensos que sugiram situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

A figura 3 está representando a média de atendimentos por hipertensos cadastrados na UBS, para o período estudado. O indicador atendimento para hipertensos apresentou o mesmo perfil do atendimento para diabéticos, descrito anteriormente. Em todo período estudado, o indicador apresentou valores abaixo de 0,25. Em Dezembro/2010 e Dezembro/2013, na UBS, a média foi cerca de 0,06 atendimento/hipertenso cadastrado. Ocorreram 30 atendimentos de médico e enfermeiro para um total de 497 hipertensos cadastrados e 37 atendimentos para 577 hipertensos cadastrados, em dezembro/2010 e dezembro/2013, respectivamente.

Segundo os resultados obtidos da base de dados do SIAB, a produção registrada de atendimentos para hipertensos seria suficiente para uma média de 3,5 consultas por hipertenso cadastrado na Saúde da Família, variando de 2 (Rio Grande do Sul) a 5 (Ceará). Comparando

as médias de atendimentos obtidas na Unidade com a produção registrada no SIAB, observa-se que os valores deste indicador para a Unidade estão muito abaixo dos valores registrados no sistema.

Os resultados obtidos para este indicador confirmam o conceito mediano ou um pouco abaixo da média obtido na Avaliação Externa para Doenças Crônicas, nas dimensões Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho e Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário.

Resultados insatisfatórios para as médias de atendimentos significam baixo acompanhamento e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na UBS, o que pode facilitar o surgimento e a progressão, aumento do número de internações hospitalares bem como a mortalidade devido a esses agravos.

De acordo com o Ministério da Saúde⁴, ações que promovem a melhoria destes indicadores são: - Atividades educativas e de promoção à saúde para os pacientes e familiares; - Organização de grupos de ajuda mútua; - Priorização das famílias com diabéticos e hipertensos nas visitas domiciliares; - Busca ativa de diabéticos e hipertensos na comunidade, por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral; - Atualização do cadastramento de todos os usuários, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando à continuidade do cuidado e Agendamento das consultas de controle necessárias e desenvolver estratégias para lembrar os pacientes das consultas (visita do ACS, telefonema, entrega domiciliar de lembrete da consulta).

Proporção de Diabéticos Acompanhados

O acompanhamento do paciente diabético é muito importante para o monitoramento da doença. Este indicador mede o percentual de diabéticos residentes que foram acompanhados por meio de visitas domiciliares dentre os cadastrados pela equipe, em determinado local e período. São considerados diabéticos acompanhados aqueles que receberam pelo menos uma (01) visita domiciliar no mês de referência. Permite avaliar as variações geográficas (micro áreas, áreas etc) e temporais do acompanhamento dos diabéticos cadastrados, identificando principais dificuldades para a realização das visitas domiciliares.

A figura abaixo mostra a Proporção de diabéticos acompanhados na UBS para o período de dezembro/2010 a dezembro/2013:

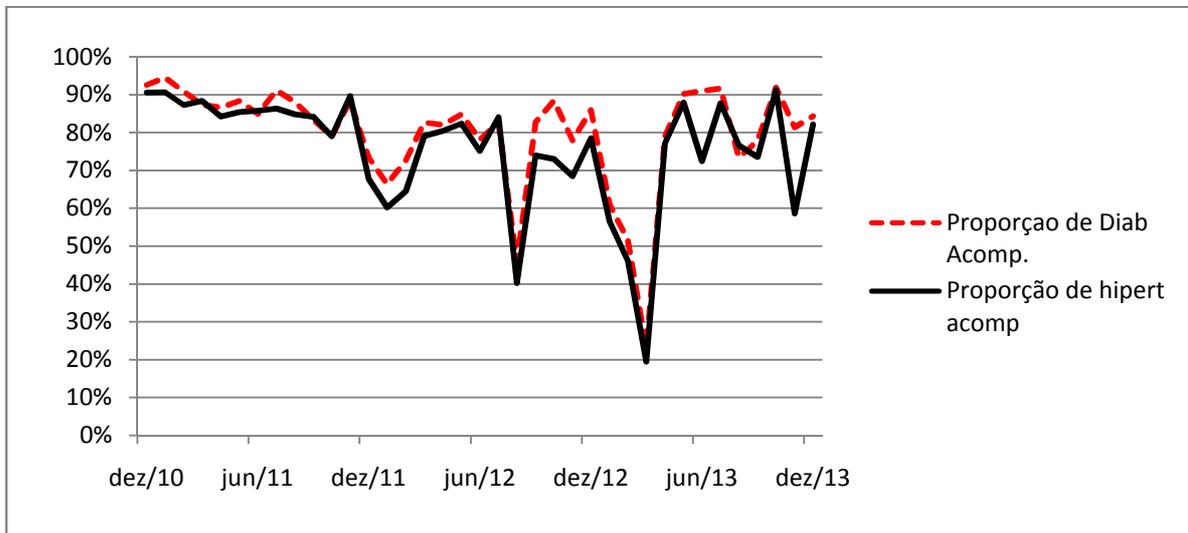


Figura 4 – Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados na Unidade Básica de Saúde no período de Dezembro/2010 a Dezembro/2013. Fonte Secretaria Municipal de Saúde.

A maior proporção de diabéticos acompanhados foi observada no início do período estudado, em janeiro/2011, 95% dos diabéticos cadastrados foram acompanhados através de visitas domiciliares. Conforme a figura pode-se observar que a proporção de diabéticos acompanhados diminuiu no período, sendo que em dezembro/2013, cerca de 84% dos diabéticos cadastrados foram acompanhados.

Alguns meses do período apresentaram proporções muito pequenas de pacientes acompanhados, como por exemplo, nos meses de agosto/2012 e março/2013, nos quais a proporção foi de 46% e 23%, respectivamente. Dados de uma base limpa do SIAB apontam que, em 2010, 92% dos diabéticos cadastrados eram acompanhados pelos ACS, variando de 90% (Sul) e 98% (Norte).

Proporção de Hipertensos Acompanhados

Este indicador mede o percentual de hipertensos residentes na área da equipe que foram acompanhados por meio de visitas domiciliares dentre os cadastrados, em determinado

local e período. Pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a população adulta e para ações de controle da hipertensão arterial.

A figura 4 demonstra a Proporção de hipertensos acompanhados na UBS para o período de dezembro/2010 a dezembro/2013. As proporções de hipertensos acompanhados por visita domiciliar para o período estudado foram semelhantes às proporções de diabéticos acompanhados, referidas anteriormente. Conforme a figura pode-se observar que a proporção de hipertensos acompanhados diminuiu no período, da mesma forma que para os diabéticos.

Alguns meses do período apresentaram proporções muito pequenas de pacientes acompanhados, como por exemplo, nos meses de agosto/2012 e março/2013, nos quais a proporção foi de 40% e 19%, respectivamente. Este comportamento também foi observado para os pacientes diabéticos, conforme referido anteriormente. Dados extraídos de uma base limpa do SIAB apontam que, em 2010, 92% dos hipertensos cadastrados eram acompanhados pelos ACS, variando de 89% (Sul) a 97% (Norte).

As baixas proporções de diabéticos e hipertensos acompanhados observadas em alguns meses podem estar relacionadas ao afastamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por motivo de férias ou licença. Dois ACS estavam afastados do serviço no mês de março/2013, período no qual, apenas cerca de 20% dos pacientes cadastrados foram acompanhados por visitas domiciliares.

Ações podem ser implementadas para melhoria destes indicadores, já que as proporções de pacientes acompanhados diminuíram no período em análise. Estabelecimento de estratégias de acompanhamento de pessoas diabéticas e hipertensas; estabelecimento de metas de acompanhamento das pessoas com diabetes e hipertensão pelos ACS e acompanhamento de resultados e capacitação da equipe para qualificar as ações de acompanhamento dos diabéticos e hipertensos estão entre as ações definidas pelo Ministério da Saúde⁴ para melhoria destes indicadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos serviços de saúde para melhoria do acesso e da qualidade é fundamental, pois permite que os gestores tenham uma visão ampla da atenção, evidenciando

de maneira objetiva as potencialidades e limitações, podendo conduzir as mudanças para a melhoria do processo de trabalho.

Os resultados das fases de Autoavaliação e Avaliação Externa da UBS foram semelhantes, com desempenho satisfatório em ambas. Na Avaliação Externa, o desempenho para as Doenças Crônicas Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica foi mediano, confirmando os resultados insatisfatórios dos Indicadores.

A análise dos Indicadores aponta uma diminuição do controle das doenças para a Unidade de Saúde estudada, uma vez que a média de atendimentos por paciente se manteve muito baixa e a proporção de pacientes acompanhados diminuiu no período estudado.

O estabelecimento de vínculo entre a equipe e os portadores de diabetes e/ou hipertensão pode melhorar o controle destas doenças. Os profissionais da equipe devem estar capacitados nas ações de controle do DM e HAS. A melhoria da qualidade dos atendimentos aos diabéticos e hipertensos promove o aumento da confiança da população na equipe, aumento da utilização da Unidade e maior adesão aos tratamentos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 140 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo do Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 38 p.: il. – Série A. Normas e Manuais Técnicos.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo Anexo – Ficha de Qualificação dos Indicadores. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 80 p.: il. – Série A. Normas e Manuais Técnicos.
5. Portela LR. Dias MSAD. Vasconcelos MIO. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Análise da Autoavaliação em Sobral, Ceará. S A N A R E, Sobral, V.12, n.1, p. 40-45, jan./jun. – 2013.
6. Melo CF. Munari DB. Sussekind ACO. O ambiente como aspecto impulsor e restritivo no trabalho em equipe na Saúde da Família. 63ª Reunião Anual da SBPC; 2011 jul 10-15; Universidade Federal de Goiás. Goiânia: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; 2011.
7. Feitosa LS. Lima MS. Machado MFAS. Costa CCC. Pessoa VM. Caracterização da educação permanente na estratégia Saúde da Família: o caso na Escola de Saúde Pública do Ceará. Revista Eletrônica Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará [periódico na Internet]. 2010; 4(2):25-31. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/37/33>.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Documento síntese da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília: DF, 2012.
9. Machado GAB. Organização do Processo de Trabalho vivenciada pelas equipes de saúde da família no município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Formiga/Minas Gerais 2013.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Diário Oficial da União. 2011 jul 20; seção1.p. 79-80.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ. Brasília: MS; 2012.