



ciência plural

PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

Work process in Primary Care in the care of chronic diseases

*Proceso de trabajo en Atención Primaria en la asistencia de
enfermedades crónicas*

Monique da Silva Lopes • Enfermeira Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Rio Grande do Norte-UFRN-Brasil •
E-mail: moniqueslopes@msn.com

Dayane Caroliny Pereira Justino • Enfermeira Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN-Brasil • E-mail: daycaroliny@hotmail.com

Ketyllem Tayanne da Silva Costa • Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN • Bolsista de PIBIC - CNPq •
E-mail: ketyllemcosta@gmail.com

Thiffany Nayara Bento de Moraes • Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN • Bolsista de PIBIC - CNPq • E-mail: thiffanynb@ufrn.edu.br

Fábia Barbosa de Andrade • Professora Doutora • Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN • E-mail: fabiabarbosabr@gmail.com

Autora correspondente:

Ketyllem Tayanne da Silva Costa • E-mail: ketyllemcosta@gmail.com

RESUMO

Introdução: O processo de trabalho em saúde tem sido cada vez mais estudado, pois possui uma dimensão subjetiva capaz de interferir na saúde da população. **Objetivo:** avaliar o processo de trabalho desenvolvido na Atenção Básica da região nordeste brasileira voltado para as doenças crônicas, através do resultado apresentado nos dois primeiros ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo. Para tal, foram utilizados dados secundários provenientes do módulo II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica sobre o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica especificamente da região nordeste brasileira. **Resultados:** Houve melhor adesão dos participantes quantitativamente falando, todavia, menos médicos participaram do segundo ciclo quando comparado com o primeiro. Outro ponto a ser destacado foi a mudança do cenário das taxas de internação e mortalidade por hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus quando comparado entre os anos estudados. **Conclusões:** Concluiu-se que há necessidade de uma maior atenção às ações realizadas com os portadores de doenças crônicas na região estudada, pois nota-se que a força de trabalho, quando estimulada e incentivada, pode mudar a realidade local e, conseqüentemente, os indicadores de saúde.

Palavras-Chave: Avaliação em Saúde. Saúde Pública. Doenças não Transmissíveis.

ABSTRACT

Introduction: The health work process has been increasingly studied, as it has a subjective dimension capable of interfering in the population's health. **Objective:** to evaluate the work process developed in Primary Care in the northeast region of Brazil focused on chronic diseases, through the result presented in the first two cycles of the National Program to Improve Access and Quality of Primary Care. **Methodology:** Texto do método em inglês. **Results:** This is an exploratory and descriptive study. For this purpose, secondary data from the National Program to Improve Access and Quality of Primary Care module II are used on the work process of the Primary Care teams specifically from the Northeast of Brazil. **Conclusions:** It was concluded that there is a need for greater attention to actions taken with patients with chronic diseases in the region studied, as it was found that the workforce, when stimulated and encouraged, can change the local reality and, consequently, the health indicators.

Keywords: Health Evaluation. Public Health. Noncommunicable Diseases.

RESUMEN

Introducción: El proceso de trabajo en salud se ha estudiado cada vez más, ya que tiene una dimensión subjetiva capaz de interferir en la salud de la población. **Objetivo:** evaluar el proceso de trabajo desarrollado en Atención Primaria en el Nordeste de Brasil con enfoque en enfermedades crónicas, a través del resultado presentado en los dos primeros ciclos del Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria. **Metodología:** Este es uno estudio exploratorio e descriptivo. Para

tanto, são utilizados dados secundários do módulo II do Programa Nacional para Melhorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria sobre o processo de trabalho das equipes da Atenção Básica especificamente da região Nordeste do Brasil. **Resultados:** Texto dos resultados em espanhol. **Conclusiones:** Se concluyó que existe la necesidad de una mayor atención a las acciones que se realicen con los pacientes con enfermedades crónicas en la región estudiada, ya que se encontró que la fuerza laboral, cuando se estimula y estimula, puede cambiar la realidad local y, en consecuencia, los indicadores de salud.

Palabras clave: Evaluación en Salud. Salud Pública. Enfermedades no Transmisibles.

Introdução

O processo de trabalho tem sido muito discutido, com a finalidade de melhorar cada vez mais a assistência prestada. Nesse sentido, Santos, Mishima e Merhy (2018)¹, trazem em seu estudo que o processo de trabalho tem dimensão subjetiva e possui uma força capaz de mobilizar e configurar o modo de produção. Além disso, a forma de organizar o processo de trabalho contribui ou não para transformar e potencializar o serviço.

Assim, é importante que a organização do processo de trabalho, mais especificamente o processo de trabalho em saúde, atenda ao princípio da integralidade para suprir as necessidades da população. O que torna necessário o profissional de saúde e o gestor se apropriarem das necessidades de saúde existentes na sua área adstrita, buscando estratégias que tenham como objetivo atender a demanda existente².

Isso faz com que o processo de trabalho precise conter os eixos centrais estabelecidos na reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), através das Redes de Atenção à Saúde. Nessa perspectiva, é imprescindível discutir o processo de trabalho em saúde e a sua aplicação prática, ressaltando os desafios enfrentados pelos gestores e profissionais, haja vista que diversos fatores internos e externos podem interferir diretamente na atenção prestada à população³.

O Ministério da Saúde (2011)⁴ propôs uma iniciativa para averiguar a qualidade do acesso na Atenção Básica, conhecido como Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que teve o objetivo de incentivar os gestores e profissionais de saúde a melhorarem a qualidade da assistência. Até o presente momento, já foram realizados três ciclos desse programa com uma duração média de 2 anos.

O PMAQ-AB possui dimensões referentes ao processo de trabalho para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), além de conter indicadores e compromissos pactuados sobre o acompanhamento dos usuários portadores de doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

A mortalidade por DCNT, em especial, as doenças cardiovasculares, foi a principal causa de mortalidade, tanto para homens quanto para mulheres, no período de 2010 a 2014, sendo um percentual de 45,03%. Já o DM foi responsável por 4% de mortes no mesmo período. Considerando mortes prematuras, 37% são por doenças cardiovasculares e 4% por DM⁵.

Nesse sentido, o estudo partiu do questionamento sobre como tem sido desenvolvido o processo de trabalho da Atenção Básica com foco na HAS e DM, na Região Nordeste brasileira, cuja escolha da temática está relacionada à necessidade de seguimento e vigilância desses dois agravos, por constituírem uma importante prevalência e mortalidade na população brasileira.

Desse modo, esse estudo teve como objetivo avaliar o processo de trabalho desenvolvido, na Atenção Básica da Região Nordeste brasileira, voltado para as doenças crônicas com foco nos ciclos do PMAQ-AB.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, realizado na Região Nordeste do Brasil. Esta região é composta por 09 (nove) Estados, a saber: Alagoas (AL), Ceará (CE), Bahia (BA), Maranhão (MA), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio Grande do Norte (RN) e Sergipe (SE).

O período estudado foram os anos de 2012 e 2014. O motivo de escolha dos anos corresponde ao período de coleta de dados “*in loco*” por meio da Avaliação Externa realizada pelos entrevistadores do PMAQ-AB. Os dados secundários para realização do presente estudo foram coletados em março de 2018.

Foram utilizados dados provenientes do módulo II do PMAQ-AB que avalia o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, referentes a dois ciclos: I - período 2011-2012 e ciclo II - período 2013-2014. O PMAQ-AB é um programa de cunho nacional, no qual há a fase de Avaliação Externa cujo questionário contém questões fechadas. Os dados secundários foram extraídos no portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, onde estão disponíveis para domínio público⁶.

No ciclo I, 5.559 equipes participaram da Avaliação Externa e 10.678 participaram no ciclo II. As variáveis selecionadas consideraram apenas aquelas comuns a ambos os ciclos, que foram dispostas em todos os 09 (nove) Estados que compõem a Região Nordeste.

O instrumento de coleta de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB é organizado em módulos que contém padrões de qualidade. O módulo I refere-se à estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS); o módulo II, do qual foram extraídas as variáveis para esse estudo, corresponde a entrevistas com profissionais das equipes de Atenção Básica sobre o processo de trabalho; o módulo III é destinado à entrevistas com usuários sobre a satisfação referente à atenção e assistência recebidas pelas equipes; o módulo IV refere-se ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que somente iniciou a participação no PMAQ-AB a partir do ciclo II; o módulo V corresponde à estrutura dos consultórios de Saúde Bucal; e o módulo VI refere-se à entrevista com profissionais da equipe de Saúde Bucal sobre o processo de trabalho desenvolvido⁶.

Dos bancos de dados do PMAQ-AB foram utilizadas como variáveis a Formação profissional, a Programação da oferta de ações aos portadores de HAS e DM, a Programação de atendimento em formato de organização da agenda, a Solicitação de exames para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, as Ações destinadas a prevenção e tratamento das doenças crônicas.

Além disso, foi realizada coleta de dados sobre internação e mortalidade por HAS e DM, nos anos de 2012 e 2014. Tais dados foram coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)^{7,8}, além da população residente, proveniente do último Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), para cálculo das taxas de Internação e Mortalidade⁹.

Os dados coletados foram armazenados no Microsoft Excel®, para limpeza e organização do banco. Em seguida, foram transferidos para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão nº 22, número de série 10101141047. No SPSS, foram realizados cálculos de frequência absoluta e relativa, test t student, cálculo de taxa de internação e de mortalidade por 10.000 habitantes.

Os dados das taxas foram transferidos para software Terra View 4.2.2 para construção de mapas temáticos da formação de clusters da taxa de internação hospitalar e taxa de mortalidade dos agravos estudados, além da estatística espacial para obtenção do Índice Moran e significância. Na realização da autocorrelação espacial, para verificação de dependência espacial foi utilizado o Índice de Moran global, que pode apresentar valores positivos, indicando uma correlação direta e valores semelhantes que tendem a existir entre os vizinhos, e os valores negativos, indicando uma correlação inversa, em que os valores altos estarão cercados de vizinhos com valores baixos ou o inverso¹⁰.

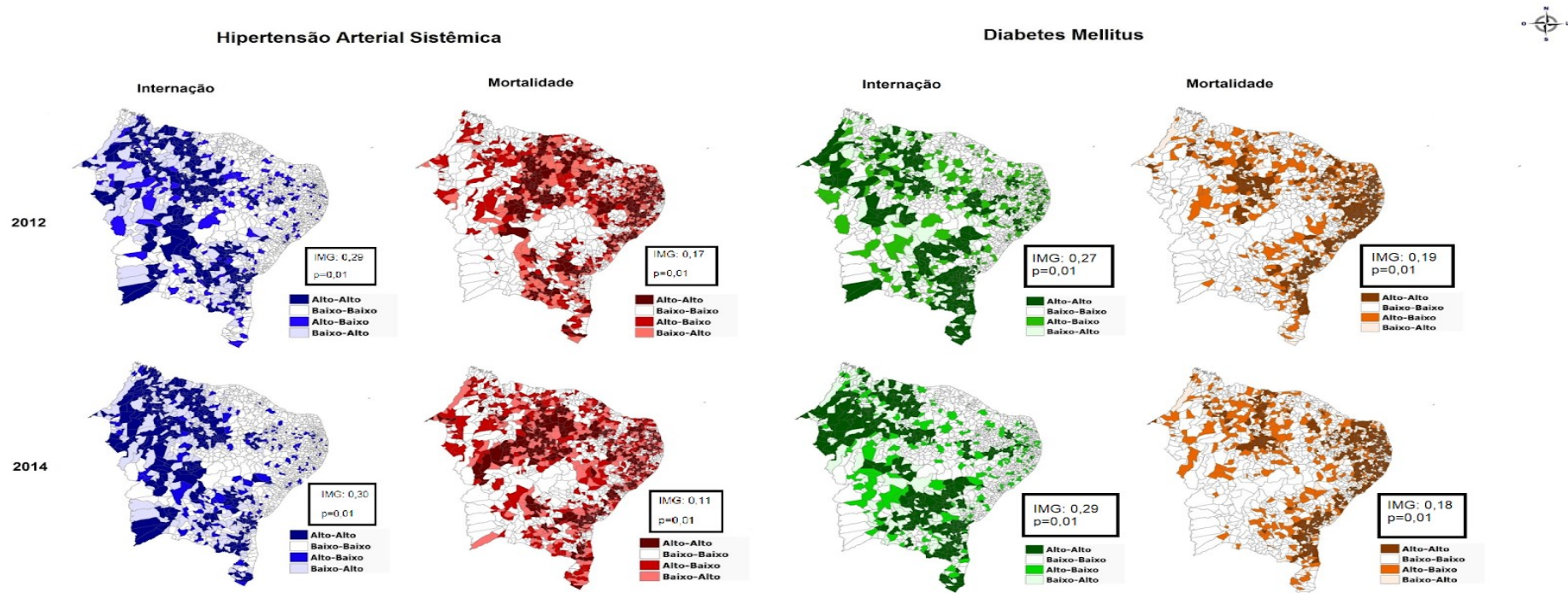
A presente pesquisa não necessitou de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa, pois trata-se de utilização de base de dados secundários de domínio público, disponibilizados no Portal digital do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Resultados

No ciclo I do PMAQ-AB, houve a participação de 1.204 municípios da Região Nordeste e 5.559 equipes. Já no ciclo II, participaram 1.592 municípios e 10.678 equipes de Atenção Básica. Além disso, no primeiro ciclo, 93% (5.170) eram enfermeiros, 4,4% (245) eram médicos e 2,6% (144) outros profissionais de nível superior. No segundo ciclo, 96,1%(10.350) participantes foram enfermeiros, 3,3% médicos e 0,6% de outros profissionais de nível superior.

Ao avaliar o ano em que cada ciclo foi implementado, observa-se o avanço dos agravos no Nordeste, que pode ser observado na figura 1. Nesta, é possível visualizar que houve redução tanto de internação quanto de mortalidade quando comparado entre os anos. Ainda é possível visualizar que não há semelhança espacial entre internação e morte, tendo em vista que o espalhamento tem distribuição diferente.

Figura 1: Espacialização da taxa de internação e mortalidade por HAS e DM nos anos de 2012 e 2014 no Nordeste do Brasil. Natal-RN, 2020



Em relação às variáveis sobre o processo de trabalho para as DCNT, a tabela 1 apresenta a programação de ofertas para HAS e DM, onde se observa que houve uma melhoria na oferta de atenção à saúde dos portadores de HAS e DM nos valores do segundo ciclo quando comparado aos valores do primeiro. Na tabela 2, que se refere à solicitação de exames para avaliação e prevenção de consequências à saúde dessa população, observa-se uma redução na solicitação do perfil lipídico em 0,5%, os demais exames apresentam aumento no percentual de solicitação.

Tabela 1 - A equipe programa ofertas para usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Natal-RN, 2020.

AGRAVO		CICLO I n (%)	CICLO II n (%)
HAS	Sim	5003 (90,0)	10.398 (96,6)
	Não	138 (2,5)	370 (3,4)
	Não sabe/Não respondeu	418 (7,5)	0 (0,0)
DM	Sim	5007 (90,1)	10.350 (96,1)
	Não	134 (2,4)	418 (3,9)
	Não sabe/Não respondeu	418 (7,5)	0 (0,0)
Total		5.559 (100,0)	10.678 (100,0)

Fonte: banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012 e 2014.

Tabela 2 - Percentual de equipes que referiram solicitar exames para HAS e DM. Natal-RN, 2020.

SOLICITAÇÕES DE EXAMES		CICLO I n (%)	CICLO II n (%)
Creatinina	Sim	5.366 (96,5)	10456 (97,1)
	Não	193 (3,5)	312 (2,9)
Perfil lipídico	Sim	4.962 (89,3)	9566 (88,8)
	Não	597 (10,7)	1202 (11,2)
Eletrocardiograma	Sim	5.096 (91,7)	10122 (94,0)
	Não	463 (8,3)	646 (6,0)
Hemoglobina glicosilada	Sim	4.970 (89,4)	9712 (90,2)
	Não	589 (10,6)	1056 (9,8)

Fonte: banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012 e 2014.

Na tabela 3, tem-se o percentual referente a realização de acompanhamento da população em questão, onde pode ser observada uma redução no controle de quantas pessoas precisam de acompanhamento para a HAS e DM no segundo ciclo, e quanto

a disponibilidade e organização do serviço para programar consultas e atender a necessidade dessa população, observa-se um aumento percentual tanto para HAS quanto para DM. Já na tabela 4, é possível observar que nas ações de prevenção para DCNT, houve uma redução de 23,1% entre o primeiro e segundo ciclo. É importante destacar que no Ciclo II houve uma modificação na elaboração das perguntas de forma que as ações de saúde não fossem efetuadas apenas para portadores de HAS e DM, mas sim para qualquer portador de DCNT.

Tabela 3 - Realização de acompanhamento de usuários portadores de HAS e DM. Natal-RN, 2020.

ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE DM E HAS		CICLO I n (%)	CICLO II n (%)
Utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica	Sim	5.317 (95,6)	9.694 (90,0)
	Não	241 (4,3)	1.074 (10,0)
Programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados na gestão do cuidado	Sim	4.533 (81,5)	9.186 (85,3)
	Não	1.025 (18,4)	1.582 (14,7)
Utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes Mellitus	Sim	5.296 (95,3)	9.655 (89,7)
	Não	262 (4,7)	1.113 (10,3)
Programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados na gestão do cuidado	Sim	4.500 (80,9)	9.144 (84,9)
	Não	1.058 (19,0)	1.694 (15,1)

Fonte: banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012 e 2014.

Tabela 04 - Oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para prevenção e tratamento das DCNT. Natal-RN, 2020.

AÇÕES EDUCATIVAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE		n (%)
CICLO I		
Prevenção e tratamento HAS	Sim	5.028 (90,4)
	Não	530 (9,5)
Prevenção e tratamento DM	Sim	5.008 (90,1)
	Não	550 (9,9)
CICLO II		
Ações educativas para prevenção e tratamento de DCNT	Sim	7.223 (67,1)
	Não	3.233 (30,9)
	Outros	312 (2,9)

Fonte: banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012 e 2014.

Discussão

Os resultados apresentados na figura 1 mostram uma melhoria nos indicadores de morbimortalidade em áreas centrais e interioranas da Região Nordeste. A espacialização dos indicadores de morbimortalidade permitiu realizar o diagnóstico do impacto ocasionado pelos dois primeiros Ciclos do PMAQ-AB. Ainda nessa figura, é possível identificar uma relação e impacto positivo quando comparados locais com adesão ao PMAQ-AB e indicadores apresentados, tendo em vista que houve uma redução significativa e expressiva na morbimortalidade por HAS e DM na região estudada. Importante destacar que isso pode revelar melhoria no acesso e na qualidade assistencial prestada pela porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, que é a Atenção Primária à Saúde, na Região do estudo.

Além disso, observa-se que houve a duplicação no quantitativo de equipes participantes no segundo ciclo, sendo expressivo o número de profissionais enfermeiros que responderam ao módulo II da Avaliação Externa sobre o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, revelando que o enfermeiro se permite conhecer novas vertentes e contribuir com a melhoria do serviço de saúde que ele tem prestado. Esse aumento no número de respondentes apresenta um dado positivo pelo fato do programa possuir adesão voluntária das equipes de Atenção Básica, o que implicará diretamente no protagonismo das equipes para o cumprimento sobre padrões de qualidade e indicadores de saúde que são pactuados nas fases de contratualização e recontratualização do programa⁶.

Isso pode revelar a cultura avaliativa presente nesses profissionais, bem como sua atuação como participação de equipe, conforme estudo realizado por Vicenzi, Girardi e Lucas (2010)¹¹, os cargos de gerência/coordenação das equipes são atribuídos ao profissional enfermeiro que, além de coordenar o processo de trabalho da enfermagem e participar da supervisão dos agentes comunitários de saúde tem se mostrado muito atuante nas atividades de gestão de serviços de saúde. Estudo de Galavote et al. (2016)¹² sobre o processo de trabalho da enfermagem, também com foco nos dados do PMAQ-AB, mostrou que esses profissionais apresentaram destaque sobre desenvolver atividades administrativo-burocráticas.

Estudo realizado por Cavalli, Rizzotto e Guimarães (2016)¹⁰ sobre a representação médica no processo de avaliação externa do PMAQ-AB concluiu que a formação política deve fazer parte da formação desses profissionais para favorecer uma participação mais ativa nos processos decisórios e de trabalho das equipes de Atenção básica.

Assim, a Atenção Básica e os profissionais atuantes neste nível de atenção à saúde são de extrema importância no processo saúde-doença da população. É sabido que a Atenção Básica, é tida como a ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, uma vez que a população primeiro perpassa por esse nível de atenção à saúde e, caso necessário, são referenciados para uma atenção especializada¹⁴.

Quanto aos resultados do processo de trabalho avaliado, observa-se, na tabela 1, que houve uma melhoria na oferta de serviço, aos usuários portadores de HAS e DM, de 6,1% entre os ciclos após a implantação do PMAQ-AB.

Além disso, tem-se que região Nordeste é considerada uma região caracterizada por iniquidades sociais que interferem diretamente nas condições de saúde da população¹⁵. Todavia, um programa de melhoria de qualidade da assistência pode aumentar a oferta de atendimento à população de forma que possa contribuir diretamente nos indicadores de saúde, como observado na figura 1.

Isso faz pensar sobre o processo de trabalho na saúde e sobre como tem se revelado o trabalho em equipe desenvolvido na AB e a necessidade de trabalho integrado, multiprofissional, interdisciplinar e não fragmentado que deve ser dispensado a essas doenças por apresentarem múltiplos fatores de risco associados e necessitar, também, de articulação com outros setores que extrapolem o setor saúde. Contudo, já são perceptíveis melhoras alcançadas, ainda que se tenha um longo caminho a ser percorrido¹².

Nesse contexto, a organização da AB e dos processos de trabalho das equipes é fundamental para que se possa avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integralidade da atenção e da melhoria do próprio trabalho, além de caminhar para uma AB resolutiva e coordenadora do cuidado conforme tem sido preconizado pelas políticas de Atenção Básica no Brasil¹⁴.

A tabela 2 apresenta resultados voltados para vigilância da saúde dos portadores de HAS e DM para prevenir os agravos à saúde, conseguindo, assim, melhoria dos indicadores em saúde. O perfil epidemiológico desta população necessita de estratégias de enfrentamento e o trabalho em equipe apresenta-se como uma proposta estratégica em resposta ao processo de especialização na área da saúde, caracterizado por não contemplar a articulação das ações e saberes de modo simultâneo e por apresentar aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde¹⁶.

Dentre as variáveis apresentadas na tabela 2, tem-se menor percentual de solicitação para a hemoglobina glicosilada e perfil lipídico, nos dois ciclos de avaliação, porém, foram para todos os outros exames considerados, o percentual de respostas positivas esteve acima de 90%.

É relevante salientar que o manejo dessas doenças é dado de modo medicamentoso e não medicamentoso. Assim, conhecer os parâmetros, por meio dos exames, é essencial para traçar condutas e evitar complicações graves. O DM pode apresentar alterações nos níveis glicêmicos de forma assintomática, associar-se a hipertensão arterial e dislipidemias¹⁷.

Os resultados da tabela 3, referentes a atividades direcionadas à população estudada, mostram que a maioria das variáveis apresentou respostas positivas, porém, observa-se a necessidade das questões do PMAQ-AB serem mais detalhadas, pois alguns itens são generalizados, amplos e não identificam quais ações são realizadas de fato, como é o caso da variável sobre programação de ofertas para HAS e DM que apresentou satisfatório o resultado, porém não apresenta quais são as ofertas.

Carvalho Filha (2014)¹⁸ mostra, em estudo realizado em um Estado do Nordeste, que as atribuições elencadas pelo Ministério da Saúde para os profissionais da AB, ao que se refere ao programa de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), têm demonstrado deficiências sobre as ações realizadas.

A programação da agenda e acompanhamento dos usuários portadores de HAS e DM tem sido apenas para renovar receitas sem a necessidade de marcação de consulta e ficha de cadastro de usuários portadores dessas doenças crônicas, embora,

no território de trabalho da equipe, as fichas de cadastro sejam itens importantes para o planejamento, tendo em vista que revelam para qual público presente no território de atuação as ações devem ser programadas e direcionadas.

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de investigar se o alto percentual de renovação de receitas apresentado está condizente com a adesão dos usuários ao tratamento que deve ser orientado para a patologia de acordo com sua necessidade, além da importância de uma avaliação prévia à renovação dessas receitas¹⁹.

Dessa forma, embora existam iniciativas importantes do Ministério da Saúde desenvolvidas no sentido que a AB que contemple importantes funções como o apoio ao autocuidado, apoio a decisões clínicas, desenho de linhas de cuidado e os sistemas de informação clínica como o prontuário eletrônico do paciente, ainda existe a necessidade de complementação através de capacitação da força de trabalho atuante⁶.

Há que considerar que o PMAQ-AB possui um conjunto de iniciativas, além da fase que contempla a avaliação externa. As etapas como autoavaliação e monitoramento de indicadores também revelam a realidade das equipes participantes do Programa, pois os resultados publicados pelo Departamento de Atenção Básica mostram que, conforme resultados apresentados na região Nordeste, as equipes avaliadas em todo o Brasil apresentaram uma alta porcentagem sobre a oferta de ações para os doentes crônicos no geral e direcionadas, principalmente, para HAS e DM. Porém, quanto ao uso de protocolos, diretrizes clínicas e estratificação de risco, os resultados mostram-se incipientes²⁰.

Em relação ao instrumento utilizado para coleta de dados do PMAQ-AB, cabe ressaltar que usar uma questão generalizada para avaliar o desempenho dos profissionais frente aos portadores de doenças crônicas tornou-se limitante à avaliação referente as patologias aqui estudadas, tendo em vista que cada patologia tem um direcionamento de tratamento diferente sendo ele farmacológico ou não farmacológico.

Ao que se refere à promoção da saúde, na tabela 4 pode ser observado que, no ciclo I, ocorreu mais firmeza em relação as ações desenvolvidas pelos profissionais, no contexto da promoção à saúde, das ações de prevenção e tratamento para as doenças

crônicas. Medina et al.(2014)²¹ apresenta em estudo realizado sobre o processo de trabalho das equipes que a promoção da saúde se mostrou incipiente quando autorreferida positivamente pelas equipes de Atenção Básica e que o conjunto de variáveis não permitiu operacionalizar todos os aspectos de uma concepção ampliada de promoção da saúde.

Diante do exposto, nota-se que o Brasil, além de possuir iniciativas para enfrentamento das DCNT, possui também um modelo de atenção às condições crônicas associando os níveis de riscos que os usuários apresentam sobre essas doenças com os Determinantes Sociais da Saúde.

Nesse íterim, torna-se fundamental que as equipes possam realizar análise crítica sobre a eficácia e efetividade das ações que são realizadas, as quais se mostram de extrema importância pelo fato dessas doenças surgirem, também, através de fatores de risco que podem ser evitáveis ou amenizados.

Nesse sentido, é importante identificar pontos críticos que dificultam a qualidade da assistência e a melhoria de vida de diversas pessoas com DCNTs no Brasil²² e que as iniciativas de avaliação sobre essa temática possam incluir, no instrumento de coleta de dados, variáveis capazes de caracterizar os elementos essenciais de um modelo de atenção voltado às doenças crônicas, conforme também recomendado por estudos para futuras avaliações do PMAQ-AB²³.

Contudo, ainda que seja perceptível observar que o PMAQ esteja atingindo o seu objetivo em aumentar o acesso e a qualidade da AB, conforme também demonstrou o estudo realizado sobre efeitos do PMAQ nas internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica²⁴, é importante destacar os múltiplos fatores e desafios apresentados pela AB para o enfrentamento das DCNT, uma vez que os indicadores de morbimortalidade apresentam taxas significativas por todo Brasil²⁵.

Nesse íterim, o presente estudo contribui com um relevante tema, apresentando a espacialização das taxas de morbimortalidade por DM e HAS, sendo comparadas nos territórios com equipes de saúde que realizaram adesão ao PMAQ-AB. Dessa forma, apresenta novas possibilidades de realizar análise crítica dos dados fornecidos pelo programa.

Ainda, há que considerar as limitações apresentadas no estudo em relação a comparação dos ciclos de melhoria ao considerar que há variáveis que são distintas entre os ciclos sobre as dimensões do cuidado e isso afeta diretamente o processo de análise. Ao mesmo tempo, essa mudança nas variáveis pode refletir a necessidade do programa em modificar ou incrementar mais questões de pesquisa que busquem identificar a realidade das equipes.

Conclusões

O PMAQ-AB é um programa de melhoria de grandes proporções em todo o Brasil, conta também com a certificação por meio de incentivos financeiros que podem ser bem expressivos, considerando o desempenho desenvolvido pelas equipes, nesse sentido, tem se mostrado importante que as ações sejam de fato efetivas e impactos desse programa sejam avaliados. Além disso, tem se revelado uma importante fonte de dados sobre a realidade da Atenção Básica brasileira, e se constituiu em um programa que busca a melhoria da qualidade e acesso dos serviços de saúde nesse nível de densidade tecnológica.

As ações pontuadas no estudo e que fazem parte do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica mostraram-se satisfatórias, mesmo que apresentando respostas diferentes entre os estados da região Nordeste, o que pode refletir na necessidade de estudos sobre realidades locais que expliquem de fato a realidade na qual essas equipes estão inseridas.

Por fim, ressalta-se a importância e necessidade de processos avaliativos sobre equipes de Atenção Básica que não participam do PMAQ-AB no sentido de analisar a realidade dos processos de trabalho realizados, qual a realidade sobre o manejo para as DCNT, que é um problema considerado de grande magnitude e encontra na Atenção Básica mecanismos que pode esclarecer sobre os fatores de risco associados, ter um diagnóstico e acompanhamento em tempo oportuno no sentido de evitar internações ou óbitos por complicações decorrentes dessas doenças.

Referências

1. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acesso em 3 nov 2020];23(3):861-870. doi:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>>.
2. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em Saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2008 [acesso em 3 nov 2020];427-432. Disponível em:<<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/Trabalho-em-Saude-Merhy--Franco.pdf&ved=2ahUKEwjCrZiKrOfsAhUgILkGHWlaDs8QFjACegQIChAB&usg=AOvVaw0hqOsWakqo7sAxNffdWqpg>>.
3. Alves EAB, Silva MT. Processo de trabalho em saúde: estudo da relação entre recursos imateriais e resolutividade. *Espacios*. 2015 [acesso em 3 nov 2020];36(16):12. Disponível em:<<https://www.revistaespacios.com/a15v36n16/15361612.html>>.
4. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 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) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-BA, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. 2011 [acesso em 3 nov 2020]. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>.
5. Istilli PT, Teixeira CRS, Zanetti ML, Lima RAD, Pereira MCA, Ricci WZ. Avaliação da mortalidade prematura por doença crônica não transmissível. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2020 [acesso em 3 nov 2020];73(2):e20180440. doi:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0440>>.
6. Ministério da Saúde (BR). Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília. 2014 [acesso em 3 nov 2020]. Disponível em:<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf&ved=2ahUKEwiSq-e7s-fsAhUPGLkGHYOsAwsQFjAAegQIARAB&usg=AOvVaw2LlsP6ku-zAwZkZr5ujjBK>.
7. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS (BR). Sistema de Internação Hospitalar. Dados de 2012 e de 2014. 2018 [acesso em 3 nov 2020]. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>>.
8. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS (BR). Sistema de Informações Sobre Mortalidade. Dados de 2012 e de 2014. 2018 [acesso em

3 nov 2020]. Disponível em:<

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE. Censo populacional. 2010 [acesso em 3 nov 2020]. Disponível em:< <https://censo2010.ibge.gov.br/>>.

10. Instituto Nacional de Pesquisa Espacial - INEP. TerraView 4.2.2. São José dos Campos. 2010 [acesso em 3 nov 2020].

11. Vicenzi RB, Girardi MW, Lucas ACS. Liderança em Saúde da Família: um olhar sob a perspectiva das relações de poder. *Sau & Transf Soc.* 2010 [acesso em 3 nov 2020]1(1):82-87. Disponível em:<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/download/412/454>>.

12. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contrato PC, Andrade MAC, Lima RCD. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery.* 2016 [acesso em 3 nov 2020]20(1):90-98. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>.

13. Cavalli LO, Rizzotto MLF, Guimarães ATB. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. *Saúde Debate.* 2016 [acesso em 3 nov 2020]40(111):87-100. doi:<https://doi.org/10.1590/0103-1104201611107>.

14. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010 [acesso em 3 nov 2020]. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

15. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012 [acesso em 3 nov 2020]17(1):123-133. doi:<<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>>.

16. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2009 [acesso em 3 nov 2020]62(2):265-271. doi:<<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200015>>.

17. Santos W, Freitas FBD, Nascimento LC, Leite TMUS, Sousa MM, Gouveia BLA. Repercussões das Amputações por Complicações do Pé Diabético. *Revista Enfermagem Atual In Derme.* 2019 [acesso em 3 nov 2020]88(26). doi:<<https://doi.org/10.31011/raid-2019-v.88-n.26-art.36>>.

18. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Medina MG. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde debate [Internet].* 2014 [acesso em 3 nov 2020]38(esp):265-278. doi:<<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S020>>.

19. Angonesi D, Rennó MUP. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 [acesso em 3 nov 2020]16(9), 3883-3891. doi:<<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000024>>.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Maceió. 2017.
21. Medina GM, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Junior EP, Luz LA, Anjos DSO, Matos IC. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. *Saúde Debate*. 2014 [acesso em 3 nov 2020]38(esp.):69-82. doi:<<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>>.
22. Silocchi C; Junges JR. Equipes de Atenção Primária: Dificuldades no Cuidado de Pessoas Com Doenças Crônicas não Transmissíveis. *Trab. educ. saúde*. 2017 [acesso em 23 Abr. 2021] 15(2), 599-615. doi:<<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>>.
23. Oliveira JH, Souza MR, Moraes Neto OL. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2021], 29(5): e2020121, 2020. doi:<<https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500016>>.
24. Soares C, Ramos M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. *Saúde debate* [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2021] ; 44(126): 708-724. doi:<<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012609>>.
25. Leite IC, Valente JG, Schramm JMA, Daumas RP, Rodrigues RN, Santos MF, Oliveira AF, Silva RS, Campos MR, Mota JC. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015 [acesso em 3 nov 2020]31(7), 1551-1564. doi:<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00111614>>.

Submetido em 03/11/20
Aprovado em 30/07/21