

Caracterização da atenção ao paciente com diabetes na atenção primária a partir do PMAQ-AB

Characterization of primary health care for patients with diabetes based on the PMAQ-AB

Jéssica Muzy (<https://orcid.org/0000-0003-2526-2317>)¹

Mônica Campos (<https://orcid.org/0000-0002-7443-5977>)¹

Isabel Emmerick (<https://orcid.org/0000-0002-0383-2465>)²

Fernando Genovez de Avelar (<https://orcid.org/0000-0002-5411-3970>)³

Abstract *This article aims to present a proposal for making the instruments used in the three cycles of the PMAQ-AB compatible and to analyze the information on access, coverage, structure, organization and provision of services in PHC related to care for DM in Brazil, according to regions, from the perspective of family health professionals and users. We performed an analysis of the degree of compatibility of the PMAQ-AB questions (2012, 2014 and 2017). To analyze the temporal evolution of the components, we performed a proportion difference test. We calculated the percentage difference between the perspective of professionals and users, per year analyzed, for Brazil. In general, there was an improvement in the quality of care and examinations, except for the diabetic foot. Worse results were found for the North region in relation to the other regions. Despite the structural improvement and the quality of care reported by professionals, there are significant gaps in the quality of care for patients with DM in the SUS. In the scenario of scarce investment added to the growing prevalence of DM, obstacles become progressively more challenging. Therefore, monitoring and evaluating the quality of services provided are essential tasks of the Brazilian Health System.*

Key words *Type 2 Diabetes Mellitus, Diabetes Complications, Primary Health Care, Medical Examination, Quality of Health Care*

Resumo *Este artigo tem o objetivo de apresentar uma proposta de compatibilização dos instrumentos utilizados nos três ciclos do PMAQ-AB e analisar as informações de acesso, cobertura, estrutura, organização e oferta de serviços na APS relacionadas ao cuidado para DM no Brasil, segundo regiões, a partir da perspectiva das equipes de saúde da família e dos usuários. Foi realizada uma análise do grau de compatibilidade das questões do PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017). Para análise da evolução temporal dos componentes realizou-se teste de diferença de proporção. Calculou-se a diferença percentual entre a perspectiva das Equipes e dos Usuários, por ano analisado, para Brasil. Em geral, houve melhora da qualidade do cuidado e realização de exames, com exceção do pé diabético. Foram encontrados resultados piores para o Norte em relação às demais regiões. Apesar da melhora estrutural e na qualidade da atenção reportada pelas equipes, foram evidenciadas lacunas significativas na qualidade do cuidado ao paciente com DM no SUS. No cenário de investimento escasso e crescente prevalência de DM, os obstáculos tornam-se cada vez mais desafiadores e, por isso, o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços prestados são tarefas precípuas do SUS.*

Palavras-chave *Diabetes Mellitus Tipo 2, Complicações do Diabetes, Atenção Primária à Saúde, Exames Médicos, Qualidade da Assistência à Saúde*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. jessica.muzy@icict.fiocruz.br

² UMass Chan Medical School. Worcester MA USA.

³ Escola Nacional Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa Portugal

Introdução

A prevalência de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 no Brasil era de 9,2% em 2013, variando de 6,3% na região Norte a 12,8% no Sudeste¹. Destes, estima-se que aproximadamente metade desconheça ter a doença^{1,2}. O crescimento progressivo de pacientes com DM tipo 2 se deve a fatores como envelhecimento, transição nutricional e urbanização. Estudo da *International Diabetes Federation* estimou que o Brasil tinha a quinta maior população com diabetes (16,8 milhões) em 2019, atrás apenas da China, Índia, Estados Unidos e Paquistão³. Além disso, o DM está entre as doenças que mais causam perda de anos de vida saudável⁴.

Com acesso a serviços de saúde, tratamento adequado, adesão terapêutica e acompanhamento contínuo, pessoas com DM podem ter boa qualidade de vida. Entretanto, quando negligenciada, essa doença pode ocasionar graves complicações transitórias e/ou permanentes, tais como, neuropatia, retinopatia, cegueira, nefropatia, pé diabético e amputações¹. Diante disso, o Ministério da saúde estabeleceu em 2013 um protocolo para rastreio e cuidado da pessoa com DM na Atenção Primária à Saúde (APS)⁵. Nesse protocolo, elencou-se uma relação de exames clínicos e rotinas assistenciais que, quando adequadamente executadas, permitem a identificação precoce da doença, bem como seu tratamento⁵.

É importante ressaltar que, além do ganho em qualidade de vida da população, a adequação da assistência à saúde ao paciente com DM pode evitar custos desnecessários para o Sistema Único de Saúde (SUS)^{6,7}.

O monitoramento e avaliação da adequação da atenção ao paciente com diabetes são essenciais para evitar o agravamento da doença e óbitos. Sabe-se que, assim como a prevalência, o cuidado ao paciente com diabetes apresenta ampla variação no território nacional¹. Conhecer as lacunas no sistema de saúde permite a avaliação e reformulação de políticas públicas e estratégias para enfrentamento do problema do DM, especialmente num país de dimensões continentais como o Brasil. No entanto, é fundamental a manutenção deste monitoramento, uma vez que identifica pontos de otimização na política de assistência à saúde.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído em 2011 com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da APS, garantindo um padrão de qualidade no país e maior

transparência e efetividade das ações governamentais⁸. Os três ciclos disponíveis (2012, 2014 e 2017) apresentam importantes informações relacionadas ao DM. Apesar de sua relevância, ressalta-se que ao longo dos ciclos algumas questões foram modificadas, dificultando a continuidade do monitoramento.

Destaca-se que no contexto brasileiro ainda se utiliza a expressão “atenção básica” em iniciativas adotadas pelo governo, na composição de abreviaturas de ampla utilização, tais como PMAQ-AB, PNAB, SIAB, que de outra forma ficariam incompreensíveis. Entretanto, adotamos o termo “Atenção Primária à Saúde”, que aquele vigente na literatura internacional⁹.

Este artigo tem o objetivo de apresentar uma proposta de compatibilização dos instrumentos utilizados nos três ciclos do PMAQ-AB e analisar as informações de acesso, cobertura, estrutura, organização e oferta de serviços na APS relacionadas ao cuidado para DM no Brasil, segundo regiões, a partir da perspectiva das equipes de saúde da família e dos usuários.

Materiais e métodos

Foram utilizados como fonte dos dados os instrumentos de avaliação externa do PMAQ-AB dos ciclos de 2012, 2014 e 2017. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2012 foram contabilizadas 43.947 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, entretanto, o banco de dados do ciclo 1 contou com 38.812 UBS, 88,3% do previsto¹⁰. Nos ciclos 2 e 3 foram aferidas 24.055 UBS (62% do quantitativo de 2012) e 30.346 (78,2%), respectivamente. Foram utilizados os Módulos II, dirigido às equipes de saúde da família, e Módulo III aos usuários das UBS.

Compatibilização de Questões

Os instrumentos do PMAQ-AB sofreram alterações no período analisado. Ao comparar o ciclo 1 (2012) com os ciclos 2 (2014) e 3 (2017) nota-se que algumas perguntas foram acrescidas, suprimidas ou modificadas, tornando necessária à sua compatibilização, com uma detalhada descrição dos critérios adotados.

Foram utilizados alguns recursos de compatibilização entre os anos para garantir a maior comparabilidade possível, com o mínimo de perda de informações, conforme descrito a seguir: (a) Uso de perguntas com sinônimos ou pergun-

tas similares, sem alteração de sentido, ou com pequenas mudanças; (b) Uso de perguntas com tipo de resposta diferente (mudança de resposta única para resposta múltipla, ou de resposta categórica para contínua); (c) Uso de categorias de resposta complementares (quando em um ano a pergunta é feita no sentido positivo e em outros, no negativo); e, (d) Uso de perguntas *proxy* do constructo aferido (quando as perguntas se referiam ao mesmo conceito ou a um conceito similar, mesmo que a população alvo seja diferente).

Na análise das perguntas compatibilizadas, realizou-se uma classificação quanto ao grau de comparabilidade das mesmas, sendo eles: (1) Total: Quando a formulação da pergunta é exatamente a mesma; (2) Alto: Quando há pequenas alterações na forma de perguntar, mas não alterando seu sentido (como quando se utiliza sinônimos ou compatibiliza categorias de resposta similares/complementares); e, (3) Médio: Quando há alterações significativas na forma de perguntar, mas ainda é possível comparar (quando os termos utilizados não são sinônimos, mas se referem a um mesmo conceito/objeto de análise, ou quando se refere a um grupo populacional diferente). Perguntas com comparabilidade baixa, que exigem maior esforço para aproximação de conceitos ou objeto investigado foram excluídas da análise. Algumas perguntas foram mantidas mesmo estando disponíveis para apenas um ou dois anos, dada a sua relevância para o tema.

As compatibilizações realizadas no Módulo II (equipes) foram descritas no Quadro 1 e as referentes ao Módulo III (usuários), encontram-se no Quadro 2. Nestes quadros pode-se observar a identificação da pergunta no presente artigo, caracterizada por “QE” (Questão Equipe) ou “QU” (Questão Usuário), seguida da variável original utilizada na compatibilização, a categoria ou categorias de resposta utilizadas e o grau de comparabilidade, segundo critérios definidos anteriormente.

Análise

A partir da compatibilização foram estimados os respectivos percentuais de resposta para cada questão, tanto do Módulo II - Equipe (Tabela 1) como para o Módulo III - Usuário (Tabela 2). Para ambos, realizou-se testes de diferença de proporção entre os anos de 2012, 2014 e 2017 para Brasil, com nível de significância de 5%.

As perguntas passíveis de pareamento e comparação entre os módulos de Equipe e Usuários encontram-se apresentadas na Tabela 3, de modo

a facilitar a análise. Adicionalmente, para esta última tabela, calculou-se a diferença percentual entre a perspectiva das Equipes e dos Usuários, para cada ano analisado, somente para Brasil.

As análises foram realizadas no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.

Resultados

No Módulo 2 (Equipes) das 28 questões selecionadas, apenas 4 mantiveram-se sem alterações ao longo dos ciclos. A maioria das questões (17) tiveram alta compatibilidade e as 6 questões encontradas alterações significativas, mas ainda foi possível compará-las utilizando-se uma aproximação conceitual ou *proxy*. A pergunta QE16 sobre a oferta de ações educativas e de promoção da saúde para prevenção e tratamento de DM foi descontinuada após 2012. Outras questões desse módulo, como QE05, QU06, QE11, QE17, QE19, QE20, QE27 e QE28, estavam indisponíveis para um dos anos (Quadro 1).

No Módulo 3 (Usuários), das 26 perguntas selecionadas, metade não sofreu alterações entre os ciclos, 11 tiveram pequenas modificações, mantendo a alta comparabilidade e duas questões foram descontinuadas a partir de 2012 (QU16 e QU17). Diversas questões desse módulo também foram excluídas em um dos ciclos, sendo elas QU04, QU08, QU09, QU10, QU11, QU12, QU14, QU15, QU24 e QU26 (Quadro 2).

Na Tabela 1 apresenta-se a caracterização da cobertura, estrutura, organização e oferta de serviços na APS segundo as equipes. Quanto à cobertura (QE01), verificou-se que o percentual de equipes que apontaram ter população descoberta pela AB no entorno do território de abrangência pouco mudou entre 2012 e 2017, chegando a 34,4% no último ano. Regiões como Norte (52%) e Centro-Oeste (55%) apresentaram percentuais mais elevados. Observou-se grande avanço na implementação de prontuário eletrônico (QE02), especialmente no Norte e Nordeste que passaram de 3,5% e 1,3% das unidades com prontuário em 2012 para 12,0% e 8,5% em 2017.

Ainda em relação à estrutura das unidades, quase todas as equipes reportaram em todos os anos que os usuários que chegam à UBS espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas (QE03). A proporção de equipes que diz realizar atendimento de urgência e emergência (QE04) aumentou no período em todas as regiões.

Quadro 1. Compatibilização das perguntas do módulo 2 (Equipes de Saúde da Família) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre os anos 2012, 2014 e 2017.

Id.	2012		2014		2017		Comparabilidade entre os anos
	Variável	Categoria	Variável	Categoria	Variável	Categoria	
QE01	II.13.7	Sim	II.10.5	Sim	II.6.3	Sim	Total
QE02	II.14.5	Sim	II.11.3	Sim	II.12.3.1.4	Prontuário eletrônico - Sim	Alta
QE03	II.15.4	Sim	II.12.1	Sim	II.10.1	Sim	Alta
QE04	II.15.8	Sim	II.12.8.9	Não	II.10.5.1	Atendimento de urgência	Alta
QE05	II.18.2.2	Marcação de exames	Não disponível		II.12.8.2	Marcação de exames	Total
QE06	II.15.14	Sim	II.12.6	Sim	Não disponível		Alta
QE07	II.16.6	Sim	II.13.1.4	Consultas para cuidado continuado	II.9.2	(01) A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior; (02) A consulta é marcada pela equipe e depois comunicada ao usuário	Média
QE08	II.16.7.8	Usuários com DM - Sim	II.14.3.3	DM - Sim	II.18.8	Sim	Alta
QE09	II.16.8	Sim	II.13.3	Sim	II.10.5.2	Renovação de receitas de medicamentos (Geral) - Sim	Média
QE10	II.17.3	Sim	II.14.4.13	Não utiliza protocolos - Não	II.12.9.6	Todas as categorias, exceto "Não há percurso definido"	Média
QE11	II.17.4.6	DM - Sim	Não disponível		II.10.6	Sim	Média
QE12	II.26.3	Sim	II.14.2.6	Das pessoas com diabetes - Sim	II.18.5	Sim	Alta
QE13	II.26.4	Sim	II.14.4.6	DM - Sim	II.18.4	Sim	Alta
QE14	II.26.5	Sim	II.14.5.3	DM - Sim	II.18.3	Sim	Média
QE15	II.26.6	Sim	II.14.6.2	Diabetes - Sim	II.18.6	Sim	Alta
QE16	II.31.1.8	Prevenção e tratamento de DM - Sim	Não disponível		Não disponível		-
QE17	II.31.1.9	Realiza grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas - Sim	II.26.1.9	Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas	Não disponível		Alta
QE18	II.32.4	Sim	II.28.3	Sim	II.25.4	Sim	Alta
QE19	II.32.5.4	Diabéticos faltosos - Sim	II.14.7.11	DM - Sim	Não disponível		Alta
QE20	II.26.1	Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário	II.12.12	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	Não disponível		Média
QE21	II.17.5.1	Creatinina - Sim	II.15.1.1	Creatinina - Sim	II.12.2.4	Creatinina - Sim	Alta
QE22	II.17.5.2	Perfil lipídico - Sim	II.15.1.2	Perfil lipídico - Sim	II.12.2.9	Perfil lipídico - Sim	Alta
QE23	II.17.5.3	Eletrocardiograma - Sim	II.15.1.3	Eletrocardiograma - Sim	II.12.2.6	Eletrocardiograma - Sim	Alta
QE24	II.17.6.1	Hemoglobina glicosilada - Sim	II.15.1.5	Hemoglobina glicosilada - Sim	II.12.2.7	Hemoglobina glicosilada - Sim	Alta

continua

Quadro 1. Compatibilização das perguntas do módulo 2 (Equipes de Saúde da Família) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre os anos 2012, 2014 e 2017.

Id.	2012		2014		2017		Comparabilidade entre os anos
	Variável	Categoria	Variável	Categoria	Variável	Categoria	
QE25	II.17.10.1	Glicemia de jejum - Sim	II.15.2.1	Glicemia de jejum - Sim	II.12.2.3	Glicemia de jejum - Sim	Alta
QE26	II.17.10.5	Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I) - Sim	II.15.2.10	Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I) - Sim	II.12.1.11 + II.12.1.12	Sumário de urina (urina tipo I) - Sim + Urocultura - Sim	Alta
QE27	II.26.7	Sim	Não disponível		II.18.9	Sim	Total
QE28	II.26.8	Sim	Não disponível		II.18.10	Sim	Total

Nota: QE01: II.13.7, II.10.5, II.6.3 (Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?); QE02: II.14.5, II.11.3, (Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?); II.12.3.1.4 (Qual é o fluxo institucional de comunicação? Prontuário eletrônico?); QE03: II.15.4 (Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?); II.12.1, II.10.1 (A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?); QE04: II.15.8 (A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde?); II.12.8.9 (Não realiza atendimento a urgências e a emergências); II.10.5.1 (No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza: Atendimento de urgência); QE05: II.18.2.2; II.12.8.2 (Quais centrais de marcação disponíveis? - Marcação de exames); QE06: II.15.14 (Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia?); II.12.6 (Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?); QE07: II.16.6 (A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado?); II.13.1.4 (A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações? - Consultas para cuidado continuado); II.9.2 (Em relação à demanda de cuidado continuado, como é realizada a marcação de consulta? - 01. A próxima consulta é marcada no final da consulta anterior e 02. A consulta é marcada pela equipe e depois comunicada ao usuário); QE08: II.16.7.8 (Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas? - Usuários com DM); II.14.3.3 (A equipe programa oferta de consultas para quais situações? - DM); II.18.8 (A equipe programa as consultas e exames de pessoas com DM em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?); QE09: II.16.8, II.13.3 (A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?); II.10.5.2 (No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza: - Renovação de receitas de medicamentos); QE10: II.17.3 (Existem na unidade de saúde protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento?); II.14.4.1.3 (A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? - Não utiliza protocolos - Não); II.12.9.6 (Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?); QE11: II.17.4.6 (A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para: DM); II.10.6 (A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?); QE12: II.16.3, II.18.5 (A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com DM?); II.14.2.6 (A equipe possui o registro do seu território: Das pessoas com DM); QE13: II.26.4 (A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com DM com maior risco/gravidade?); II.14.5.3 (A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? - DM); II.18.4 (A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?); QE14: II.26.5 (A equipe programa as consultas e exames de pessoas com DM em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?); II.14.5.3 (A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado, para quais situações? - DM); II.18.3 (A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com diabetes?); QE15: II.26.6, II.18.6 (A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com DM que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?); II.14.6.2 (A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção? - Diabetes); QE16: II.31.1.8 (A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Prevenção e tratamento de DM); QE17: II.31.1.9 (A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Realiza grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas); II.26.1.9 (A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas); QE18: II.32.4, II.28.3 (Os agentes comunitários de saúde têm a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?); II.25.4 (As famílias da área de abrangência da equipe são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?); QE19: II.32.5.4 (Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada busca ativa no território de: Diabéticos fáltosos); II.14.7.1.1 (A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: DM); QE20: II.26.1, II.12.12 (Como são agendadas as consultas para pessoas com DM?); QE21: II.17.5.1 (Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica: Para hipertensão arterial sistêmica? - Creatinina); II.15.1.1 (Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde? - Creatinina); II.12.2.4 (Geral - Quais desses exames são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? - Creatinina); QE22: II.17.5.2 (Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica: Para hipertensão arterial sistêmica? - Perfil Lipídico); II.15.1.2 (Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde? - Perfil Lipídico); II.12.2.9 (Geral - Quais desses exames são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? - Perfil Lipídico); QE23: II.17.5.3 (Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica: Para hipertensão arterial sistêmica? - Eletrocardiograma); II.15.1.3 (Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde? - Eletrocardiograma); II.12.2.6 (Geral - Quais desses exames são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? - Eletrocardiograma); QE24: II.17.6.1 (Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica: Para DM? - Hemoglobina glicosilada); II.15.1.5 (Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde? - Hemoglobina Glicosilada); II.12.2.7 (Geral - Quais desses exames são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? - Hemoglobina Glicosilada); QE25: II.17.10.1 (Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica: Para o pré-natal? - Glicemia de jejum); II.15.2.1 (Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal? - Glicemia de jejum); II.12.2.3 (Geral - Quais desses exames são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? - Glicemia de jejum); QE26: II.17.10.5, II.15.2.10, II.12.2.11 e .12 (Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica: Para o pré-natal? - Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)); QE27: II.26.7, II.18.9 (A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente?); QE28: II.26.8, II.18.10 (A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?).

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2012, 2014 e 2017.

Quadro 2. Compatibilização das perguntas do módulo 3 (usuários) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre os anos 2012, 2014 e 2017.

Id.	Questão	2012		2014		2017		Comparabilidade entre os anos
		Variável	Categoria	Variável	Categoria	Variável	Categoria	
QU01	Sexo: (1) Masculino / (2) Feminino	III.4.6	Masculino/ Feminino	III.3.1	Masculino/ Feminino	III.3.1	Masculino/ Feminino	Total
QU02	Idosos (60 anos e mais)	III.4.7	60 anos ou mais	III.3.2	60 anos ou mais	III.3.2	60 anos ou mais	Total
QU03	Sabe ler e escrever	III.4.11	Sim	III.3.4	Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)	III.3.5	Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)	Alta
QU04	Possui trabalho remunerado atualmente	III.4.14	Sim	III.3.5.0	Sim	Não disponível		Alta
QU05	Família é cadastrada no Programa Bolsa-Família	III.4.16	Sim	III.4.1	Sim	III.5.4	Participa do programa	Alta
QU06	Reside perto da unidade de saúde	III.5.2	(1) Perto + (2) Razoável	III.5.1	Até 20 minutos (Categorias 1 e 2)	III.4.1	Até 20 minutos	Alta
QU07	Normalmente consegue marcar consulta para o mesmo dia	III.6.3	Sim	III.6.3	Sim	III.6.4	Sim	Total
QU08	Na maioria das vezes que vem à unidade de saúde sem marcar consegue ser escutado	III.7.1	Sim	Não disponível		III.6.9	Sim	Alta
QU09	As orientações que os profissionais dão na unidade sempre atendem às suas necessidades	III.7.5	Sim, sempre	Não disponível		III.8.16	Sim, sempre	Total
QU10	Acha que a equipe busca resolver suas necessidades na própria unidade	III.8.1	(1) Sim, sempre + (2) Sim, algumas vezes	III.8.1	(1) Sempre + (2) Na maioria das vezes	Não disponível		Total
QU11	Procurou atendimento na última vez que teve problema de saúde que considerou de urgência	III.7.7	Sim	Não disponível		III.7.1	Sim	Alta
QU12	O consultório para o atendimento é um lugar reservado com privacidade	III.8.2	Sim	III.8.2	Sim	Não disponível		Total
QU13	Nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico tocando no corpo para examinar	III.8.3	(1) Sempre + (2) Na maioria das vezes	III.8.3	(1) Sempre + (2) Na maioria das vezes	III.8.2.1	Sim	Alta

continua

Em 2017 apenas a região Norte (86,1%) ainda não estava próxima dos 100%. Desde 2012, quase todas as equipes diziam que suas respectivas unidades contavam com uma central de marcação de exames (QE05). Em relação à proporção de equipes que reportam ter reserva de vagas quando necessário (QE06), programação de consultas

e ações para usuários de programas ou grupos prioritários que necessitem de cuidado contínuo (QE07) e para usuários com diabetes (QE08), estas ficaram em torno de 90% em todos os anos.

Em relação atenção, a proporção de equipes que diz renovar receitas para os usuários de cuidado contínuo/de programas como hiperten-

Quadro 2. Compatibilização das perguntas do módulo 3 (usuários) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre os anos 2012, 2014 e 2017.

Id.	Questão	2012		2014		2017		Comparabilidade entre os anos
		Variável	Categoria	Variável	Categoria	Variável	Categoria	
QU14	Sempre é orientado pelos profissionais desta equipe sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, tais como: a necessidade de repouso, alimentação adequada e outros	III.8.4	Sempre	III.8.4	Sempre	Não disponível		Alta
QU15	Sempre é orientado pelos profissionais desta equipe sobre os sinais que indicam melhora ou piora	III.8.5	Sempre	III.8.5	Sempre	Não disponível		Alta
QU16	Nas consultas, o(s) profissional(is) fazem anotações no prontuário ou ficha	III.8.6	Sim	Não disponível		Não disponível		-
QU17	Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas suas últimas consultas	III.9.13	Sim	Não disponível		Não disponível		-
QU18	Sempre precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que o atenderam	III.9.14	Sempre	III.9.7	Sempre	III.8.15	Sempre	Total
QU19	Quando interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento	III.9.16	Sim	III.9.9	Sempre	III.8.8	Sempre	Total
QU20	Algum médico lhe disse que você tem diabetes	III.16.1	Sim	III.21.1	Sim	III.17.1	Sim	Total
QU21	Consultou com médico por causa da diabetes nos últimos seis meses	III.16.2	Sim	III.21.2	Sim	III.17.2	Sim	Alta
QU22	Fez exame de sangue em jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses	III.16.4	Sim	III.21.3	Sim	III.17.4	Sim	Total

continua

são e diabetes, sem a necessidade de marcação (QE09) aumentou em todas as regiões no período analisado, chegando a 94,3% em 2017. Em 2012, entre 32,5% (Centro-Oeste) e 56,2% (Sudeste) das equipes relataram que as unidades dispunham de protocolos para a priorização dos casos que precisavam de encaminhamento (QE10). Em 2014 esse percentual quase dobra na maioria das regiões e em 2017, praticamente atinge a totalidade.

Quanto à existência de protocolos específicos para pacientes com diabetes (QE11), em 2012 aproximadamente 70% das unidades do país o tinham. Em 2017, 90%, com exceção da região Norte (75%). Em 2012 já se fazia uso de ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com DM (QE12), em praticamente todas as unidades (92,8% no Brasil). Em 2014 este indicador fica abaixo de 90% para todas as regiões, e retorna ao patamar inicial em 2017.

Quadro 2. Compatibilização das perguntas do módulo 3 (usuários) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre os anos 2012, 2014 e 2017.

Id.	Questão	2012		2014		2017		Comparabilidade entre os anos
		Variável	Categoria	Variável	Categoria	Variável	Categoria	
QU23	Algum profissional da equipe de saúde fez exame dos pés nos últimos seis meses	III.16.5	Sim	III.21.4	Sim	III.17.5	Sim	Total
QU24	Algum profissional da equipe de saúde o orientou sobre o cuidado com os pés nos últimos seis meses	III.16.6	Sim	Não disponível		III.17.6	Sim	Alta
QU25	Já sai da consulta com a próxima consulta marcada	III.16.7	Sim	III.21.5	Sim	III.17.7	Sim	Total
QU26	Usa remédio por causa da diabetes	III.16.8	Sim	III.21.6	Sim	Não disponível		Total

Nota: QU01: III.4.6, III.3.1 (Sexo); QU02: III.4.7, III.3.2 (Qual a Idade do(a) senhor(a)?); QU03: III.4.11 (O(a) senhor(a) sabe ler e escrever?), III.3.4 (Até quando o(a) senhor(a) estudou?), III.3.5 (Até que série o(a) senhor(a) estudou?); QU04: III.4.14 (O(a) senhor(a) tem trabalho remunerado atualmente?), III.3.5.0 (O senhor trabalha?); QU05: III.1.16 (A sua família é cadastrada no programa Bolsa-Família?), III.4.1 (O senhor é beneficiário do Bolsa Família?), III.5.4 (Em relação ao Programa Bolsa Família, sua família: Participa do programa); QU06: III.5.2 (O que o(a) senhor(a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?), III.5.1 (Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde?), III.4.1 (Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade básica de saúde/posto de saúde?); QU07: III.6.3, III.6.4 (Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?); QU08: III.7.1 (Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à US sem ter hora marcada, consegue ser escutado(a)?), III.6.9 (Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)?); QU09: III.7.5, III.8.16 (As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?); QU10: III.8.1 (Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?); QU11: III.7.7 (Na última vez que teve problema de saúde de urgência, procurou atendimento?), III.7.1 (Da última vez em que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?); QU12: III.8.2 (O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?); QU13: III.8.3a (Nas consultas, a equipe faz o exame físico em você, toca no seu corpo para examinar?), III.8.3b (Nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico, examinam o seu corpo, sua garganta, a sua barriga?), III.8.2.1 (Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe: Examinam seu corpo (ex: perna, barriga, garganta, etc)?); QU14: III.8.4a (Nas consultas, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais desta equipe sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, tais como: a necessidade de repouso, alimentação adequada e outros?), III.8.4b (Para ajudar na sua recuperação, os profissionais orientam o senhor(a) em relação a necessidade de repouso, alimentação adequada e como tomar os remédios?); QU15: III.8.5a (Nas consultas, o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais desta equipe sobre os sinais que indicam que o(a) senhor(a) está melhorando ou piorando?), III.8.5b (Os profissionais de saúde orientam o senhor(a) sobre o que fazer quando os seus sintomas estão piorando?); QU16: III.8.6 (Nas consultas, o(s) profissional(ais) fazem anotações no prontuário ou ficha do(a) senhor(a)?); QU17: III.9.13 (Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do(a) senhor(a)?); QU18: III.9.4, III.9.7, III.8.15 (Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?); QU19: III.9.16, III.9.9, III.8.8 (Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?); QU20: III.16.1, III.21.1, III.17.1 (Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)?); QU21: III.16.2, III.17.2 (O(a) senhor(a) consultou com médico por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?), III.21.2 (O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?); QU22: III.16.4, III.21.3, III.17.4 (O(a) senhor(a) fez exame de sangue em jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses?); QU23: III.16.5, III.21.4, III.17.5 (Algum profissional da equipe de saúde examinou os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?); QU24: III.16.6 (Algum profissional orientou sobre o cuidado com os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?), III.17.6 (Algum profissional da equipe de saúde orientou sobre o cuidado com os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?); QU25: III.16.7, III.21.5, III.17.7 (O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada); QU26: III.16.8, III.21.6 (O(a) senhor(a) usa remédio por causa da diabetes?).

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), módulo III, 2012, 2014 e 2017.

O percentual de equipes que possui registro de pessoas com DM com maior risco/gravidade (QE13) no país passou de 52% em 2012 para 80% em 2017. Apesar de ter aumentado, a região Norte (69,4%) destaca-se negativamente, reportando cerca de 10 pontos percentuais a menos em relação ao observado no nível nacional. A programação de consultas e exames de pessoas com DM (QE14) apresentou crescimento gradual entre os anos para todas as regiões, atingindo 89,1%

no país em 2017. A coordenação de fila de espera e acompanhamento dos usuários com DM (QE15) era feita por cerca de metade das equipes em 2012, valor que praticamente dobra no país em 2017, chegando a 80,9%.

Quanto ao suporte e rastreamento das pessoas com diabetes, o percentual de equipes que ofertava ações educativas, de promoção, prevenção e tratamento de DM (QE16) era de 89,5% em 2012 no país. A proporção de realização de

Tabela 1. Cobertura, estrutura e organização e oferta de serviços na Atenção Primária à Saúde, relacionados ao cuidado para Diabetes Mellitus, segundo regiões. Brasil, 2012, 2014 e 2017.

	Questão	Ano	N	NE	SE	S	CO	BR*
Cobertura e estrutura da unidade	QE01. Há população descoberta pela Atenção Básica no entorno do território de abrangência da equipe	2012	46,3	34,1	28,9	29,9	56,2	33,6
		2014	54,6	37,7	29,8	30,1	56,0	36,1
		2017	52,0	34,9	26,7	30,3	55,0	34,3
	QE02. Existe prontuário eletrônico implantado na equipe	2012	3,5	1,3	18,0	30,3	20,9	14,0
		2014	2,9	1,3	20,1	32,9	18,4	13,9
		2017	12,0	8,5	21,0	52,9	33,7	21,5
	QE03. Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas	2012	91,5	96,5	98,6	98,1	94,4	97,2
		2014	93,1	95,4	98,8	98,5	96,5	96,9
		2017	98,2	98,7	99,6	99,3	99,5	99,1
	QE04. Equipe realiza atendimento de urgência e emergência na unidade de saúde	2012	60,1	68,2	75,7	81,6	67,1	72,8
		2014	86,1	92,6	96,6	95,8	92,5	94,0
		2017	85,7	96,4	94,8	97,0	94,7	95,0
	QE05. Há central de marcação de exames disponível na unidade de saúde	2012	92,1	97,1	96,3	92,7	92,0	95,4
		2014	-	-	-	-	-	-
		2017	95,6	98,2	98,1	96,6	97,3	97,7
	QE06. Há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia caso algum usuário precise	2012	89,5	92,9	93,1	90,5	90,4	92,2
		2014	81,8	86,3	90,6	88,9	84,5	87,7
		2017	-	-	-	-	-	-
	QE07. Há programação de consultas e ações para usuários de programas ou grupos prioritários que necessitem de cuidado continuado	2012	90,6	92,5	91,4	89,2	86,4	91,0
		2014	83,5	92,2	90,3	85,8	84,1	89,3
		2017	93,1	95,2	95,1	91,6	89,1	94,0

continua

grupos de apoio (QE17) aumentou significativamente entre os anos em todas as regiões, chegando a 71,5% no país. Apesar disso, mesmo no último ano a região Norte apresentou 60% de realização, abaixo da medida nacional. A programação de visitas dos ACS (QE18) foi reportada pelas equipes para grande parte das unidades em 2012 e aumenta progressivamente, chegando a quase 100% em 2017. Já a programação de visitas dos ACS para pacientes com diabetes faltosos (QE19) que ocorria em 88% das equipes, diminuiu para 73% em 2014, sendo menos acentuada nas regiões Norte e Centro-Oeste. Apesar do crescimento, a proporção de equipes que realizam o agendamento das consultas para pessoas com DM em qualquer dia da semana e horário (QE20) permanece baixa, 60% no Brasil. Nas regiões Norte (49%) e Nordeste (51,4%) esse valor é ainda inferior.

Em relação aos exames indicados para pessoas com diabetes, as equipes em quase sua totalidade reportaram que solicitam e realizam os exames de creatinina (QE21), perfil lipídico

(QE22), eletrocardiograma (QE23), hemoglobina glicosilada (QE24), glicemia de jejum (QE25) e urina (QE26), em todos os anos investigados. A proporção de equipes que reportaram realizar exame do pé diabético cresceu significativamente entre os anos, em todas as regiões, passando em média de 57,8% para 80,1%. A proporção de realização de exame de fundo de olho (QE28), apesar de continuar baixa, cresceu nas regiões Norte e Nordeste, chegando a 29% e 38,6% em 2017, enquanto as demais regiões apresentaram diminuição nesse percentual. Em 2017 a realização de exame de fundo de olho segundo as equipes era de 32,9% no país.

A Tabela 2 descreve aspectos demográficos, socioeconômicos dos usuários e informações de acesso, estrutura e adequação de serviços na APS relacionados ao cuidado para Diabetes Mellitus. Verificou-se que cerca de 80% dos usuários respondentes são do sexo feminino (QU01). Os idosos (QU02) somam aproximadamente 22% dos respondentes, variando de 15% nas regiões Norte e Nordeste a quase 30% no Sul e Sudeste.

Tabela 1. Cobertura, estrutura e organização e oferta de serviços na Atenção Primária à Saúde, relacionados ao cuidado para Diabetes Mellitus, segundo regiões. Brasil, 2012, 2014 e 2017.

	Questão	Ano	N	NE	SE	S	CO	BR*
Organização da atenção ao paciente com diabetes	QE08. Há programação consultas e ações para usuários com DM	2012	88,0	90,1	87,1	84,9	83,9	87,6
		2014	96,1	98,0	92,3	81,9	92,4	93,1
		2017	89,7	95,2	91,6	88,7	91,4	92,4
	QE09. É realizada renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas	2012	84,2	82,9	84,3	75,8	70,4	81,5
		2014	87,1	88,0	85,5	79,8	83,9	85,5
		2017	96,7	97,7	90,8	92,2	95,1	94,3
	QE10. Existem na unidade de saúde protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento	2012	33,4	32,5	56,2	39,2	32,2	42,7
		2014	60,5	79,4	87,6	78,0	63,9	79,4
		2017	99,6	99,8	99,9	99,8	99,8	99,8
	QE11. Existem na unidade de saúde protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento para DM	2012	66,6	60,5	80,3	67,0	60,4	69,5
		2014	-	-	-	-	-	-
		2017	75,0	89,9	91,6	88,8	86,5	88,9
	QE12. A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com DM	2012	97,0	95,3	92,3	88,0	91,7	92,8
		2014	87,1	89,7	90,5	88,3	85,8	89,3
		2017	91,1	94,0	91,0	90,1	91,3	92,0
	QE13. A equipe possui registro de pessoas com DM com maior risco/ gravidade	2012	51,4	46,6	59,8	49,0	41,7	52,0
		2014	46,9	57,3	77,1	64,5	52,6	64,0
		2017	69,4	83,1	80,3	79,9	80,2	80,4
	QE14. A equipe programa as consultas e exames de pessoas com DM em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado	2012	73,6	80,9	78,9	66,7	67,6	76,5
		2014	69,4	84,9	79,1	70,9	69,1	78,5
2017		82,4	91,3	89,1	87,7	87,6	89,1	
QE15. A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com DM que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção	2012	44,5	47,9	50,5	47,1	51,9	48,8	
	2014	46,3	53,2	59,4	53,0	49,4	54,5	
	2017	73,9	85,5	83,6	71,6	72,0	80,9	
QE16. A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para a prevenção e tratamento de DM	2012	92,1	90,1	88,2	89,6	92,0	89,5	
	2014	-	-	-	-	-	-	
	2017	-	-	-	-	-	-	
QE17. Realiza grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas	2012	47,8	47,7	56,7	61,7	51,1	53,7	
	2014	60,0	69,1	76,0	74,1	69,4	71,5	
	2017	-	-	-	-	-	-	
QE18. Os ACS têm a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe	2012	88,7	93,6	90,7	89,5	87,8	91,1	
	2014	89,4	96,1	93,7	92,4	91,6	93,9	
	2017	96,9	99,2	98,1	97,8	97,8	98,4	
QE19. Os ACS têm a programação das visitas para Diabéticos faltosos	2012	92,2	89,5	90,2	80,0	87,5	88,2	
	2014	80,7	73,5	72,8	66,7	77,6	73,1	
	2017	-	-	-	-	-	-	
QE20. O agendamento das consultas para pessoas com Diabetes mellitus é realizado em qualquer dia da semana, em qualquer horário?	2012	45,3	37,5	61,4	53,7	51,3	50,7	
	2014	49,0	51,4	69,3	65,0	59,7	60,0	
	2017	-	-	-	-	-	-	

continua

Tabela 1. Cobertura, estrutura e organização e oferta de serviços na Atenção Primária à Saúde, relacionados ao cuidado para Diabetes Mellitus, segundo regiões. Brasil, 2012, 2014 e 2017.

	Questão	Ano	N	NE	SE	S	CO	BR*	
Exames realizados na unidade	Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde:								
		QE21. Creatinina	2012	95,7	96,5	98,4	97,5	95,8	97,3
			2014	93,8	97,1	98,7	98,7	95,4	97,5
			2017	96,9	98,8	98,0	99,5	98,7	98,5
		QE22. Perfil lipídico	2012	85,2	89,3	95,0	94,7	94,4	92,5
			2014	82,0	88,8	96,7	96,1	91,5	92,3
			2017	89,3	95,2	97,2	98,6	96,8	96,0
		QE23. Eletrocardiograma	2012	87,0	91,7	96,6	94,3	92,1	93,7
			2014	86,7	94,0	98,6	97,6	95,7	95,7
			2017	93,5	97,5	98,1	99,2	98,2	97,7
		QE24. Hemoglobina glicosilada	2012	81,9	89,4	97,4	95,0	86,8	92,8
			2014	80,2	90,2	96,6	95,7	84,9	92,1
			2017	85,5	94,2	96,4	99,0	93,2	94,9
		QE25. Glicemia de jejum	2012	99,6	99,4	97,5	97,5	98,6	98,3
			2014	98,7	99,2	98,4	97,9	98,4	98,6
			2017	98,7	99,3	98,2	99,6	99,1	98,9
		QE26. Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)	2012	93,0	98,6	96,2	96,8	95,1	96,8
			2014	88,2	97,3	96,6	96,6	88,8	95,7
			2017	97,9	99,5	97,1	98,2	98,5	98,3
		QE27. A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente?	2012	54,7	58,1	59,5	55,3	56,2	57,8
			2014	-	-	-	-	-	-
			2017	74,9	83,6	80,3	74,5	78,3	80,1
		QE28. A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?	2012	24,6	33,7	52,1	34,0	34,6	40,3
			2014	-	-	-	-	-	-
			2017	29,0	38,6	31,3	25,4	30,1	32,9

*P-valor do teste de diferença de proporções <5% para todas as variáveis.

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), módulo II, 2012, 2014 e 2017.

A proporção de entrevistados que sabem ler e escrever (QU03) aumentou gradualmente no período analisado, passando de 84,8% para 94,6% no Brasil. Até 2014, 1/3 dos respondentes possuíam trabalho remunerado (QU04) no país, sendo este percentual mais alto no Sul (44,1%). Em 2012, a proporção de entrevistados que era beneficiária do Programa Bolsa-Família (QU05) caiu para todas as regiões em 2014 (31,6% no Brasil) e se manteve em 2017.

Ao analisar o acesso ao serviço de saúde, verificou-se que entre 2012 e 2017, no Brasil, mais de 80% dos entrevistados reportava residir próximo à unidade de saúde (QU06). Em todos os anos investigados, aproximadamente metade dos entrevistados disse que normalmente consegue marcar consulta para o mesmo dia (QU07), com exceção da região Sudeste (28,4% em 2017). A proporção de usuários que dizia conseguir ser

escutado quando vai à unidade de saúde mesmo sem marcar (QU08) era de 66,5% em 2012 e passou para 74,3% em 2017.

Em 2012, o percentual de usuários que relatou que as orientações recebidas pelos profissionais sempre atendem às suas necessidades (QU09) era de 52% no país, sendo inferior nas regiões Norte (42,5%) e Centro-Oeste (45,9%). Esse percentual aumentou em 2014, ficando acima de 80% em todas as regiões exceto no Norte (75,3%). Em 2014, mais de 87% dos usuários achavam que a equipe buscava resolver suas necessidades na própria unidade (QU10). No país, 63% procuraram atendimento na última vez que tiveram problema de saúde que consideraram de urgência (QU11). Na região Norte esse percentual foi inferior, sendo 56% em 2017 e na região Sul foi superior (70%).

Em relação à estrutura e adequação da atenção, quase todos os respondentes acharam que

Tabela 2. Aspectos demográficos e socioeconômicos dos usuários e informações de acesso, estrutura e adequação de serviços na Atenção Primária à Saúde relacionados ao cuidado para Diabetes Mellitus, segundo regiões. Brasil, 2012, 2014 e 2017.

	Questão	Ano	N	NE	SE	S	CO	BR*
Aspectos demográficos e socioeconômicos	QU01. Masculino	2012	20,9	16,1	23,3	33,1	23,1	22,3
		2014	20,7	15,6	22,0	26,5	23,2	20,4
		2017	21,8	18,3	22,6	26,5	23,4	21,6
	QU01. Feminino	2012	79,1	83,9	76,7	66,9	76,9	77,7
		2014	79,3	84,4	78,0	73,5	76,8	79,6
		2017	78,2	81,7	77,4	73,5	76,6	78,4
	QU02. Idosos (60 anos e mais)	2012	15,6	16,6	30,7	22,6	32,3	24,0
		2014	15,1	16,4	29,8	25,7	28,9	23,3
		2017	15,9	15,5	29,1	27,5	20,9	22,2
	QU03- Sabe ler e escrever	2012	84,5	79,1	87,3	91,6	82,2	84,8
		2014	94,0	89,3	93,6	96,3	92,1	92,4
		2017	94,9	92,5	95,4	97,5	95,6	94,6
	QU04. Possui trabalho remunerado atualmente	2012	28,6	24,4	32,8	44,2	30,2	31,4
		2014	34,7	28,8	31,7	44,1	35,5	33,1
		2017	-	-	-	-	-	-
QU05. Família é cadastrada no Programa Bolsa-Família	2012	53,6	62,2	26,5	21,0	27,5	39,0	
	2014	40,8	50,4	20,2	14,3	22,2	31,6	
	2017	44,2	49,4	19,8	13,7	21,1	31,9	
Acesso	QU06. Reside perto da unidade de saúde	2012	82,2	86,0	87,9	87,4	85,8	86,7
		2014	78,3	80,9	84,7	83,7	80,6	82,4
		2017	78,6	82,0	85,4	85,2	83,1	83,4
	QU07. Normalmente consegue marcar consulta para o mesmo dia	2012	51,6	57,6	35,9	57,8	55,6	48,7
		2014	48,4	54,5	31,3	47,2	51,3	44,7
		2017	41,2	52,4	28,4	42,6	48,7	41,7
	QU08. Na maioria das vezes que vem à unidade de saúde sem marcar consegue ser escutado	2012	57,4	64,0	68,2	73,8	58,2	66,5
		2014	-	-	-	-	-	-
		2017	66,8	72,1	76,1	79,5	75,1	74,3
	QU09. As orientações que os profissionais dão na unidade sempre atendem às suas necessidades	2012	42,5	50,2	55,4	58,5	45,9	52,8
		2014	-	-	-	-	-	-
2017		75,3	81,7	81,5	82,2	81,5	81,2	
QU10. Acha que a equipe busca resolver suas necessidades na própria unidade	2012	90,7	93,6	93,3	96,0	92,3	93,6	
	2014	87,4	88,7	88,2	90,7	88,4	88,7	
	2017	-	-	-	-	-	-	
QU11. Procurou atendimento na última vez que teve problema de saúde que considerou de urgência	2012	64,7	58,7	63,5	71,1	61,0	63,0	
	2014	-	-	-	-	-	-	
	2017	56,1	65,7	60,2	70,0	58,2	63,0	

continua

o consultório para o atendimento é um lugar reservado com privacidade (QU12) (94,6%). A proporção de usuários que relatou que os profissionais faziam exame físico nas consultas (QU13) passou de 74% em 2012 para 69,2% no país. A maior diminuição aconteceu nas regiões Sudeste e Sul que passaram de 78,9% e 76,4% em 2012 para 69,9% e 70% em 2017, respectivamente. Sobre o recebimento de orientações sobre os cuida-

dos para sua recuperação (QU14), foi reportado por 73% dos entrevistados em 2014. O percentual dos que apontaram sempre terem recebido orientações da equipe sobre os sinais que indicam melhora ou piora (QU15) foi similar (67,7% em 2014).

Quase todos os entrevistados (95,3%) declararam que nas consultas os profissionais fazem anotações em seus prontuários ou fichas (QU16).

Tabela 2. Aspectos demográficos e socioeconômicos dos usuários e informações de acesso, estrutura e adequação de serviços na Atenção Primária à Saúde relacionados ao cuidado para Diabetes Mellitus, segundo regiões. Brasil, 2012, 2014 e 2017.

Questão		Ano	N	NE	SE	S	CO	BR*	
Estrutura e adequação da atenção	QU12. O consultório para o atendimento é um lugar reservado com privacidade	2012	91,5	93,3	95,6	96,0	94,6	94,6	
		2014	93,0	93,5	94,9	96,6	95,6	94,6	
		2017	-	-	-	-	-	-	
	QU13. Nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico tocando no corpo para examinar	2012	59,7	70,7	78,9	76,4	67,7	74,0	
		2014	59,4	66,6	70,4	73,8	65,5	68,4	
		2017	60,9	70,1	69,9	70,0	68,3	69,2	
	QU14. Sempre é orientado pelos profissionais desta equipe sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, tais como: a necessidade de repouso, alimentação adequada e outros	2012	61,2	66,4	71,2	68,7	63,0	68,1	
		2014	68,5	72,0	73,0	79,8	69,8	73,1	
		2017	-	-	-	-	-	-	
	QU15. Sempre é orientado pelos profissionais desta equipe sobre os sinais que indicam melhora ou piora	2012	53,7	60,4	66,3	66,1	60,4	63,2	
		2014	62,2	65,5	68,7	75,0	64,3	67,7	
		2017	-	-	-	-	-	-	
	QU16. Nas consultas, o(s) profissional(ais) fazem anotações no prontuário ou ficha	2012	95,4	95,2	95,8	95,3	92,4	95,3	
		2014	-	-	-	-	-	-	
		2017	-	-	-	-	-	-	
	QU17. Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas suas últimas consultas	2012	44,2	47,5	54,3	50,2	46,4	50,3	
		2014	-	-	-	-	-	-	
		2017	-	-	-	-	-	-	
QU18. Sempre precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que o atenderam	2012	38,0	46,4	48,0	46,5	38,9	46,1		
	2014	38,4	42,4	44,1	49,2	44,7	43,9		
	2017	48,8	56,0	52,5	56,3	56,6	54,3		
QU19. Quando interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento	2012	25,8	24,5	27,7	22,1	20,0	25,1		
	2014	21,6	18,7	22,8	19,8	18,2	20,4		
	2017	57,5	51,0	52,7	47,7	50,7	51,6		
Atenção especial ao paciente com diabetes	QU20. Algum médico lhe disse que você tem diabetes	2012	8,9	8,1	16,5	11,4	15,4	12,4	
		2014	9,4	9,7	17,9	13,8	17,3	13,7	
		2017	9,4	9,4	16,5	14,0	11,9	12,6	
	Avaliação apenas para pacientes com diabetes	QU21. Consultou com médico por causa da diabetes nos últimos seis meses	2012	87,3	87,8	90,6	86,1	87,9	89,0
			2014	87,0	84,6	82,9	80,4	81,5	83,0
			2017	86,9	88,0	85,4	85,6	87,9	86,4
	QU22. Fez exame de sangue em jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses	2012	91,8	89,4	89,8	90,3	90,4	89,9	
		2014	91,1	88,5	87,5	88,3	89,9	88,3	
		2017	89,7	89,0	86,8	89,4	89,6	88,2	
	QU23. Algum profissional da equipe de saúde fez exame dos pés nos últimos seis meses	2012	21,2	24,4	34,7	27,1	30,5	30,5	
		2014	21,5	25,2	35,2	28,9	28,3	30,4	
		2017	25,3	36,5	36,5	31,3	32,1	34,7	
	QU24. Algum profissional da equipe de saúde o orientou sobre o cuidado com os pés nos últimos seis meses	2012	37,6	41,9	49,8	40,5	46,0	45,9	
		2014	-	-	-	-	-	-	
		2017	43,0	51,3	47,1	40,9	44,0	46,8	
	QU25. Já sai da consulta com a próxima consulta marcada	2012	39,4	37,3	35,1	28,0	33,7	34,6	
		2014	32,9	30,7	28,4	24,6	25,4	28,3	
		2017	39,6	46,7	37,3	31,2	36,0	39,0	
QU26. Usa remédio por causa da diabetes	2012	86,1	87,4	92,1	85,6	88,6	89,6		
	2014	84,8	88,6	92,9	86,7	89,9	90,2		
	2017	-	-	-	-	-	-		

*P-valor do teste de diferença de proporções <5% para todas as variáveis.

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), módulo III, 2012, 2014 e 2017.

Tabela 3. Comparação entre questões compatíveis do Módulo II (Equipes) e Módulo III (usuários), nos ciclos 1, 2 e 3 do PMAQAB, segundo regiões. Brasil, 2012, 2014 e 2017.

	Ano	Equipe (QE)						Usuários (QU)						Dif. %	
		N	NE	SE	S	CO	BR	N	NE	SE	S	CO	BR	BR	BR
QE03. Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas X	2012	91,5	96,5	98,6	98,1	94,4	97,2	42,5	50,2	55,4	58,5	45,9	52,8	-45,6	
	2014	93,1	95,4	98,8	98,5	96,5	96,9	-	-	-	-	-	-	-	
QU09. As orientações que os profissionais dão na unidade sempre atendem às suas necessidades	2017	98,2	98,7	99,6	99,3	99,5	99,1	75,3	81,7	81,5	82,2	81,5	81,2	-18,0	
QE04. Equipe realiza atendimento de urgência e emergência na unidade de saúde X	2012	60,1	68,2	75,7	81,6	67,1	72,8	64,7	58,7	63,5	71,1	61,0	63,0	-13,4	
	2014	86,1	92,6	96,6	95,8	92,5	94,0	-	-	-	-	-	-	-	
QU11. Procurou atendimento na última vez que teve problema de saúde que considerou de urgência	2017	85,7	96,4	94,8	97,0	94,7	95,0	56,1	65,7	60,2	70,0	58,2	63,0	-33,7	
QE08. Há programação consultas e ações para usuários com DM X	2012	88,0	90,1	87,1	84,9	83,9	87,6	39,4	37,3	35,1	28,0	33,7	34,6	-60,5	
	2014	96,1	98,0	92,3	81,9	92,4	93,1	32,9	30,7	28,4	24,6	25,4	28,3	-69,6	
QU25. Já sai da consulta com a próxima consulta marcada	2017	89,7	95,2	91,6	91,6	91,6	92,4	39,6	46,7	37,3	31,2	36,0	39,0	-57,8	
QE19. Os ACS têm a programação das visitas para Diabéticos faltosos X	2012	92,2	89,5	90,2	80,0	87,5	88,2	25,8	24,5	27,7	22,1	20,0	25,1	-71,5	
	2014	80,7	73,5	72,8	66,7	77,6	73,1	21,6	18,7	22,8	19,8	18,2	20,4	-72,0	
QU19. Quando interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais o procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento	2017	-	-	-	-	-	-	57,5	51,0	52,7	47,7	50,7	51,6	-	
QE25. Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde: Glicemia de Jejum X	2012	9,6	99,4	97,5	97,5	98,6	98,3	91,8	89,4	89,8	90,3	90,4	89,9	-8,6	
	2014	98,7	99,2	98,4	97,9	98,4	98,6	91,1	88,5	87,5	88,3	89,9	88,3	-10,5	
QU22. Fez exame de sangue em jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses	2017	98,7	99,3	98,2	99,6	99,1	98,9	89,7	89,0	86,8	89,4	89,6	88,2	-10,9	
QE27. A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente? X	2012	54,7	58,1	59,5	55,3	56,2	57,8	21,2	24,4	34,7	27,1	30,5	30,5	-47,3	
	2014	-	-	-	-	-	-	21,5	25,2	35,2	28,9	28,3	30,4	-	
QU23. Algum profissional da equipe de saúde fez exame dos pés nos últimos seis meses	2017	74,9	83,6	80,3	74,5	78,3	80,1	25,3	36,5	36,5	31,3	32,1	34,7	-56,6	

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), módulos II e III, 2012, 2014 e 2017.

Apenas metade (50,3%) deles disse que os profissionais se lembravam do que aconteceu nas suas últimas consultas (QU17) em 2012.

Apesar de continuar baixo, o percentual que disse ter facilidade para falar com os profissionais que o atenderam (QU18) aumentou, passando de 46,1% em 2012 para 54,3% em 2017. Em 2012, apenas 25% dos usuários disseram que os profissionais os procuraram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento, quando estes interromperam o tratamento ou faltaram consultas (QU19). Em 2014 há uma leve queda em todas as regiões, mas em 2017 o valor praticamente dobra, chegando a 51,6% no país.

Foi constatado que a proporção de pacientes com DM (QU20) variou de 9,4% (Norte e Nordeste) a 16,5% (Sudeste) em 2017, sem grande variação em relação aos anos anteriores. Quanto aos aspectos específicos da atenção ao paciente com diabetes, verificou-se em 2012 quase 90% dos usuários disseram ter se consultado com médico por causa da diabetes nos últimos seis meses (QU21). Em 2014 há um pequeno decréscimo nessa proporção, passando para 83% no Brasil e voltando a crescer em 2017 (86,4%).

A proporção de pessoas com diabetes que fizeram exame de sangue nos últimos seis meses (QU22) foi de aproximadamente 90% em todo o período. Apesar de ter aumentado, a realização do exame dos pés nos últimos seis meses (QU23) foi de menos de 35% no país em 2017. A região Norte destaca-se negativamente com apenas 25,3% de realização deste exame mesmo no último ano. Menos da metade dos usuários relatou ter recebido orientações dos profissionais sobre o cuidado com os pés nos últimos seis meses (QU24). O percentual de usuários que relatou já sair do atendimento com a próxima consulta marcada foi de 34,6% em 2012, caindo para 28,3% em 2014 e subindo para 39% em 2017. Entre as regiões, o Sul apresentou percentual mais baixo nesse último ano, com 31,2% e Norte e Nordeste os mais altos, 39,6% e 46,7%, respectivamente. O uso de medicamento para diabetes ficou em torno de 90% para todo o período.

A análise comparativa entre a perspectiva das equipes e usuários aponta que a percepção dos usuários e das equipes em relação à escuta e prestação de orientações melhorou entre 2012 e 2017, reduzindo consideravelmente a diferença entre eles. A perspectiva das equipes sobre a prestação de atendimento de urgência melhorou entre 2012 e 2017, porém não há variação na percepção dos usuários, o que faz com que a diferença entre eles aumente (Tabela 3).

Quanto à programação de consultas e ações para usuários com DM, não se observou importante variação entre os grupos e a diferença entre as perspectivas se mantém alta, sendo superior a 50%. Sobre a busca ativa dos usuários quando há interrupção do tratamento ou falta da consulta, encontrou-se a maior diferença entre as perspectivas, a despeito da diminuição do reportado pela equipe de 2012 para 2014 e do relato dos usuários ter praticamente dobrado entre 2012 e 2017 em todas as regiões.

A pergunta que teve menor variação entre equipe e usuário e em todos os anos foi sobre a realização de exame de glicemia em jejum. Há uma variação de cerca de 10% entre as equipes e usuários na realização do exame de glicemia, embora todos os valores encontrados sejam altos (acima de 87%). Quanto ao exame do pé diabético, a perspectiva das equipes sobre a sua realização melhorou entre 2012 e 2017, porém não houve variação na percepção dos usuários, o que faz com que a diferença entre ambos aumente

Discussão

A APS constitui uma relevante ferramenta de organização do acesso aos serviços no sistema de saúde. O monitoramento e avaliação do processo de implantação da APS tem sido a aposta para a melhoria do cuidado de saúde prestado em todo o mundo. As ações de prevenção e promoção da saúde são as premissas responsáveis por sua efetividade na orientação do fluxo de cuidado⁹. Neste estudo, não foram encontradas variações consideráveis para a cobertura da APS nos três ciclos do PMAQ. Entretanto, como apontado por Kovacs *et al.*¹¹, com o passar dos ciclos, há uma melhoria do score do PMAQ nas áreas geográficas com menor nível econômico, apontando para a relevância da implementação do programa para diminuição da desigualdade na saúde. Na perspectiva dos usuários, em geral, verificou-se melhora na estrutura das unidades de saúde e na adequação da atenção aos pacientes.

Os achados desse artigo vão ao encontro do observado em estudos que apontam maior número de equipes nas regiões Nordeste e Sudeste, e menor na Norte¹². De modo geral, a região Norte destacou-se negativamente em relação às demais quanto ao acesso, estrutura e adequação da atenção à saúde.

Frente à importância da APS e as diferenças regionais, torna-se fundamental a priorização do cuidado em saúde no que concerne a promoção e

prevenção, em especial, ao paciente com DM, em virtude da alta prevalência e das conseqüentes complicações em detrimento a ausência ou inadequado cuidado. Apesar disso, observou-se que somente 50% dos usuários que disseram que os profissionais os procuraram quando estes interromperam o tratamento ou faltaram consultas.

É importante a orientação adequada, os fluxos assistenciais bem delimitados. Assim, a organização do fluxo de cuidado por intermédio da APS permite poupar os finitos recursos na área da saúde, uma vez que o custo de prevenção é bem menor frente ao tratamento e ocasionalmente as complicações provocadas pela doença e conseqüentes necessidade de re-internações⁶. Ressalta-se que os custos não se limitam ao financeiro, estes refletem também um impacto social considerável, bem como denota uma percepção por parte do usuário de baixa qualidade de serviço prestado.

No cuidado dos pacientes com diabetes, a realização de exames periódicos é fundamental na prevenção de agravos decorrentes da enfermidade. O acompanhamento do paciente, assim como preconizado no protocolo de DM no país, constitui-se uma estratégia financeiramente mais sustentável, pois espera-se um custo mais elevado do tratamento para os indivíduos que vivem há mais tempo com a doença ou que desenvolveram complicações, pela maior demanda por medicamentos e frequência da realização de exames¹³⁻¹⁵. Assim como observado por Muzy *et al.*¹, verificou-se para exames preconizados para o paciente com diabetes, uma demanda superior à oferta.

A realização do exame do pé diabético cresceu consideravelmente entre os anos, segundo as equipes. Entretanto, esse resultado não se confirma na perspectiva dos usuários, que reportaram a realização do exame em apenas 1/3 da população em 2017. Menos da metade dos usuários relatou sequer terem recebido orientações dos profissionais sobre o cuidado com os pés. A baixa realização do exame dos pés também foi reportada em outros estudos, nos quais apontou-se para a possível associação com a maior incidência de feridas nos pés e amputações¹⁶. Com isso, torna-se ainda mais grave a falta de ferramentas de monitoramento contínuo da realização do exame, diante da sua relevância e do baixo custo de execução.

A realização de exame de fundo de olho pelas equipes continuou baixa, chegando a 32,9% no país em 2017. A literatura aponta que há uma demanda maior que a oferta de serviços de acompanhamento para os pacientes com diabetes, tal como a insuficiente realização de exame de fun-

do de olho (40%), com ampla variação regional (Norte 25% - Sudeste 52%), refletindo-se em uma alta prevalência de retinopatia¹⁷. Destaca-se ainda o baixo ou nenhum conhecimento sobre essa complicação entre os usuários do SUS¹⁸.

Ainda que o exame de hemoglobina glicada seja um dos exames essenciais para pessoas com diabetes¹⁹, somente 70% dos indivíduos relataram que o fizeram no último ano. Nota-se que, mais da metade dos pacientes diagnosticados com diabetes apresentou alterações nos exames, indicando que a doença não estava controlada¹ e evidenciando problemas no rastreio e monitoramento. As deficiências na atenção à saúde do paciente com diabetes levam à maior morbidade, internações (15%) e idas a emergências (27% - PMAQ). A realização dos exames de monitoramento do cuidado ao paciente com DM é atividade precípua da APS, e fundamentais para reduzir a carga do DM e suas complicações crônicas.

A busca de atendimento em emergência e urgência constitui um importante indicador de qualidade de serviço, bem como de acesso a medicamentos e adesão a terapia medicamentosa. Os achados apontam um aumento da busca por serviços de urgência e emergência, indicando potenciais problemas no processo de cuidado. Neste sentido, o aumento da busca por atendimento emergencial pode ser utilizado como um evento sentinela e viabilizar a inferência sobre outros indicadores importantes a serem monitorizados, visando compreender os entraves no fluxo do cuidado que tenham impacto sobre a qualidade da APS²⁰.

A consulta médica é um momento de encontro com o profissional de saúde e abrange as atividades de aferição de parâmetros clínicos de baixa complexidade, acompanhamento nutricional, orientação e verificação a adesão terapêutica e avaliação do tratamento medicamentoso e ajustes de prescrição. Apesar do aumento no período investigado, o percentual de usuários que relatou já sair do atendimento com a próxima consulta ainda era baixo em 2017 (39%). Ressalta-se que a boa organização da atenção e a continuidade do cuidado podem refletir uma melhoria do acesso a medicamentos e tratamento²¹ e no controle glicêmico²², principalmente no contexto de doenças crônicas. Destaca-se que a renovação de receitas não necessariamente reflete otimização do cuidado, outrossim pode indicar que há uma fragilidade do sistema de saúde, apontando para um acompanhamento não adequado.

De modo geral, este estudo evidencia o descompasso entre o aumento da prevalência de

DM, e a rede serviços necessários ao acompanhamento do paciente com DM. Não foi observada uma melhora tão considerável nos indicadores dos usuários, quando comparamos às equipes. Ao analisar as perguntas compatíveis entre os grupos, vê-se que a diferença entre a perspectiva da equipe e do usuário é mantida, se reduz muito pouco ou até aumenta. Apesar de uma melhora no acesso e estrutura aos serviços de saúde, isso pouco se refletiu na atenção específica ao paciente com diabetes. Em geral os indicadores que melhoraram para esse grupo são os que já estavam em níveis aceitáveis. O menor acesso a serviços e estrutura nas regiões Norte e Nordeste podem ser refletidos na baixa proporção de pacientes com DM, o que evidencia falhas no rastreio e consequentemente, na adequação da atenção.

No cenário retratado a situação já era preocupante, mas espera-se ainda uma piora com o iminente aumento da prevalência de pessoas com diabetes e com a amplificação das lacunas na assistência à saúde, potencializadas pelo desfinanciamento do SUS. Há ainda o agravante da pandemia de COVID-19 a partir de 2019²³, que pode ter levado ao abandono do tratamento, à menor frequência de exames e consultas médicas²⁴ e mudanças no estilo de vida²⁵ entre pessoas com doenças crônicas.

No contexto da pandemia de COVID-19, com o número avassalador de casos e a crise no sistema de Saúde, a APS tem papel fundamental no controle da curva de crescimento da pandemia e para a garantia de suficiência de leitos de UTI e um caminho alternativo mais seguro e eficiente para o enfrentamento da pandemia, visando prevenir o colapso do sistema de saúde²⁶. Quanto mais tempo demorar a transmissão pessoa a pessoa, mais administrável será a situação pelo SUS²⁷. Considerando os pacientes com DM, esse acompanhamento faz-se ainda mais relevante visto que há características bioquímicas e o risco adicional que esta doença pode determinar para a progressão de COVID-19²⁸. Pacientes com COVID-19 que têm diabetes têm risco duas vezes maior de desenvolver doença grave. Da mesma forma, esses pacientes também apresentam risco quase duas vezes maior de mortalidade devido à doença COVID-19²⁹.

O escopo desse artigo não abarca a saúde suplementar, ou ainda os indivíduos que não estão sendo acompanhados por nenhum serviço de saúde. Os dados aqui apresentados refletem a atenção à pessoa com diabetes já inserida no serviço público. Destaca-se que mesmo tratando-se apenas de pessoas que já tiveram acesso ao diag-

nóstico as condições do acompanhamento não são ideais, especialmente quando comparadas as perspectivas do usuário e as equipes da APS.

Considerando os três ciclos do PMAQ-AB, é importante ressaltar que em 2012, pode ter havido um viés de participação voluntária, pois apenas as unidades que se consideraram melhor avaliadas aderiram ao processo de avaliação externa, culminando em melhores resultados na perspectiva das equipes. No segundo ciclo, em 2014, houve uma reformulação importante na construção do instrumento, com a exclusão dos módulos específicos sobre doenças crônicas, o que acarretou uma perda de continuidade das pesquisas. Já em 2017 houve um resgate do instrumento de 2012 referente a esses módulos específicos, bem como uma ampliação de cobertura das equipes, se aproximado da totalidade do cadastro.

Por fim, é lamentável a perda do PMAQ-AB, que até então era a única ferramenta do SUS de monitoramento de alguns serviços preconizados no protocolo de atenção ao paciente com diabetes, como o caso do exame do pé diabético. Vale ressaltar ainda que a perda de perguntas essenciais em alguns anos ou mesmo a incompatibilidade devido a alterações nos instrumentos reduzem a longitudinalidade das comparações. Apesar disso, a partir dos dados do PMAQ-AB, este estudo evidenciou diferenças regionais entre as perspectivas de equipes e usuários e entre os anos, o que reforça as potencialidades e a relevância da produção contínua dessas informações.

Considerações finais

Apesar da melhora estrutural e na qualidade da atenção reportada pelas equipes, há uma distância importante entre esta perspectiva e a dos usuários. É possível que o usuário não perceba ou compreenda tão claramente a prestação do serviço pela equipe ou que a equipe reporte prestar um atendimento melhor do que o foi entregue de fato. Apesar disso, as divergências aqui apresentadas mostram-se importantes e merecem atenção, pois evidenciam lacunas significativas na qualidade do cuidado ao paciente com DM no SUS.

O cenário atual da saúde no Brasil é desafiador, o evento da pandemia de COVID-19 que se iniciou em 2019, apresenta-se como mais um fator complicador neste contexto de investimento cada vez mais restrito no campo da saúde. Frente a todos os desafios já relatados pela APS no que concerne ao tratamento ao paciente que vive com DM, a atual situação sanitária nos defronta par-

tualmente com obstáculos cada vez mais desafiadores.

Sob esta perspectiva de crise e constrangimentos na saúde é importante ressaltar que a atual situação pandêmica que o mundo atravessa nos permite identificar pontos de sujeições em que o sistema de saúde e outras estruturas de apoio a ele vinculadas terão que se deparar para o seu efetivo enfrentamento.

Vale lembrar que, os problemas, outrora já existentes, não deixam de se manifestar e nem o impedimento de novos surgirem, de maneira que se faz fundamental a ideia de reconhecimento de fragilidades e ações de suporte ao sistema vigen-

te, de maneira a tentar dar resposta aos problemas antigos e novos.

O cenário apresentado em 2012, apesar de não ser ideal, deu-se num contexto de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a crescente prevalência de DM e redução no investimento em saúde pública, é precípuo refletir sobre o cuidado da pessoa com diabetes nos próximos anos. Assim, o atual cenário pandêmico exacerba condições de saúde antes já fragilizadas e conseqüentemente causa maiores discrepâncias a resolução de problemas e garantia de acesso e qualidade de serviços de saúde.

Colaboradores

J Muzy foi responsável pela concepção e desenho do estudo, da análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. M Campos foi responsável pela concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados. I Emmerick foi responsável pela análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. FG Avelar foi responsável pela análise e interpretação dos dados e revisão do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (PPGSP/ENSP/Fiocruz) pelo apoio financeiro para a publicação deste artigo.

Referências

- Muzy J, Campos MR, Emmerick I, Silva RS, Schramm JMA. Prevalência de Diabetes Mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cad Saude Publica* 2021; 37:e00076120.
- Guariguata L, Whiting D, Weil C, Unwin N. The International Diabetes Federation diabetes atlas methodology for estimating global and national prevalence of diabetes in adults. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 94:322-332.
- International Diabetes Federation (IDF). *IDF Diabetes Atlas 2019. 9th edition*. IDF; 2019.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 385:117-171.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Estratégias para o Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica: Diabetes Mellitus*. Brasília: MS; 2013.
- Rosa R, Nita ME, Rached R, Donato B, Rahal E. Estimated hospitalizations attributable to Diabetes Mellitus within the public healthcare system in Brazil from 2008 to 2010: study DIAPS 79. *Rev Assoc Med Bras* 2014; 60:222-230.
- Saraiva JFK, Hissa MN, Felício JS, Cavalcanti CAJ, Saraiva GL, Piha T, Chacra AR. Diabetes mellitus no Brasil: características clínicas, padrão de tratamento e custos associados ao cuidado da doença. *J Bras Econ Saude* 2016; 8:80-90.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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 (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União* 2011; 20 jul.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Paris: UNESCO; 2002.
- Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas OS, Costa KS, Luiza VL. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saude Debate* 2014; 38(n. esp.):109-123.
- Kovacs R, Kristensen SR, Costa DRT, Gomes LB, Gurgel Junior GD, Sampaio J, Powell-Jackson T. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob Health* 2021; 9(3):e331-e339.
- Salazar BA, Campos MR, Luiza VL. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):783-796.
- Rosa MQM, Rosa RDS, Correia MG, Araujo DV, Bahia LR, Toscano CM. Disease and Economic Burden of Hospitalizations Attributable to Diabetes Mellitus and Its Complications: A Nationwide Study in Brazil. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(2):294.
- Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Interações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saude* 2014; 23:45-56.
- Saraiva JFK, Hissa MN, Felício JS, Cavalcanti CAJ, Saraiva GL, Piha T, Chacra AR. Diabetes mellitus no Brasil: características clínicas, padrão de tratamento e custos associados ao cuidado da doença. *J Bras Econ Saude* 2016; 8:80-90.
- Fernandes FCGM, Santos EGO, Morais JFG, Medeiros LMF, Barbosa IR. O cuidado com os pés e a prevenção da úlcera em pacientes diabéticos no Brasil. *Cad Saude Colet* 2020; 28(2):302-310.
- Galvão FM, Silva YP, Resende MIL, Barbosa FR, Martins TA, Carneiro LB. Prevalência e fatores de risco para retinopatia diabética em pacientes diabéticos atendidos por demanda espontânea: um estudo transversal. *Rev Bras Oftalmol* 2021; 80(3):e0006.
- Hirakawa TH, Costa WC, Nakahima F, Ferreira AIC, Ribeiro LB, Ticianeli JG, Sequeira BJ. Knowledge of diabetic patients users of the Health Unic System about diabetic retinopathy. *Rev Bras Oftalmol* 2019; 78(2):107-111.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde* [Internet]. 2021 [acessado 18 mar 2020]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/11777>.
- Chaves LA, Santos DMSS, Campos MR, Luiza VL. Use of health outcome and health service utilization indicators as an outcome of access to medicines in Brazil: perspectives from a literature review. *Public Health Rev* 2019; 40:5.
- Ferreira MSM. *Assistência ao idoso na atenção básica: um estudo do programa academia da saúde, com evidências do PMAQ-AB 2012 e 2014* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2018.
- Maeyama MA, Pollheim LCF, Wippel M, Machado C, Veiga MV. Aspectos relacionados à dificuldade do controle glicêmico em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Básica. *Braz J Dev* 2020; 6(7):47352-47369.
- Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad Saude Publica* 2020; 36:e00068820.
- Malta DC, Gomes CS, Silva AGD, Cardoso LSM, Barros MBA, Lima MG, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. *Cien Saude Colet* 2021; 26(7):2833-2842.
- Malta DC, Gomes CS, Barros MBA, Lima MG, Almeida WDS, Sá ACMGN, Prates EJS, Machado ÍE, Silva DRPD, Werneck AO, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Azevedo LO, Montilla DER, Szwarcwald CL. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24:e210009.
- Avelar FG, Emmerick ICM, Muzy J, Campos MR. Complicações da COVID-19: desdobramentos para o Sistema Único de Saúde. *Physis* 2021; 31(01):e310133.

27. Campos MR, Schramm JMA, Emmerick ICM, Rodrigues JM, Avelar FG, Pimentel TG. Burden of disease from COVID-19 and its acute and chronic complications: reflections on measurement (DALYs) and prospects for the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saude Publica* 2020; 36(11):e00148920.
28. Maddaloni E, Buzzetti R. Covid-19 and diabetes mellitus: unveiling the interaction of two pandemics. *Diabetes Metab Res Rev* 2020; 36(7):e33213321.
29. Kumar A, Arora A, Sharma P, Anikhindi SA, Bansal N, Singla V, Khare S, Srivastava A. Is diabetes mellitus associated with mortality and severity of COVID-19? A meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr* 2020; 14(4):535-545.

Artigo apresentado em 31/08/2021

Aprovado em 11/05/2022

Versão final apresentada em 13/05/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva