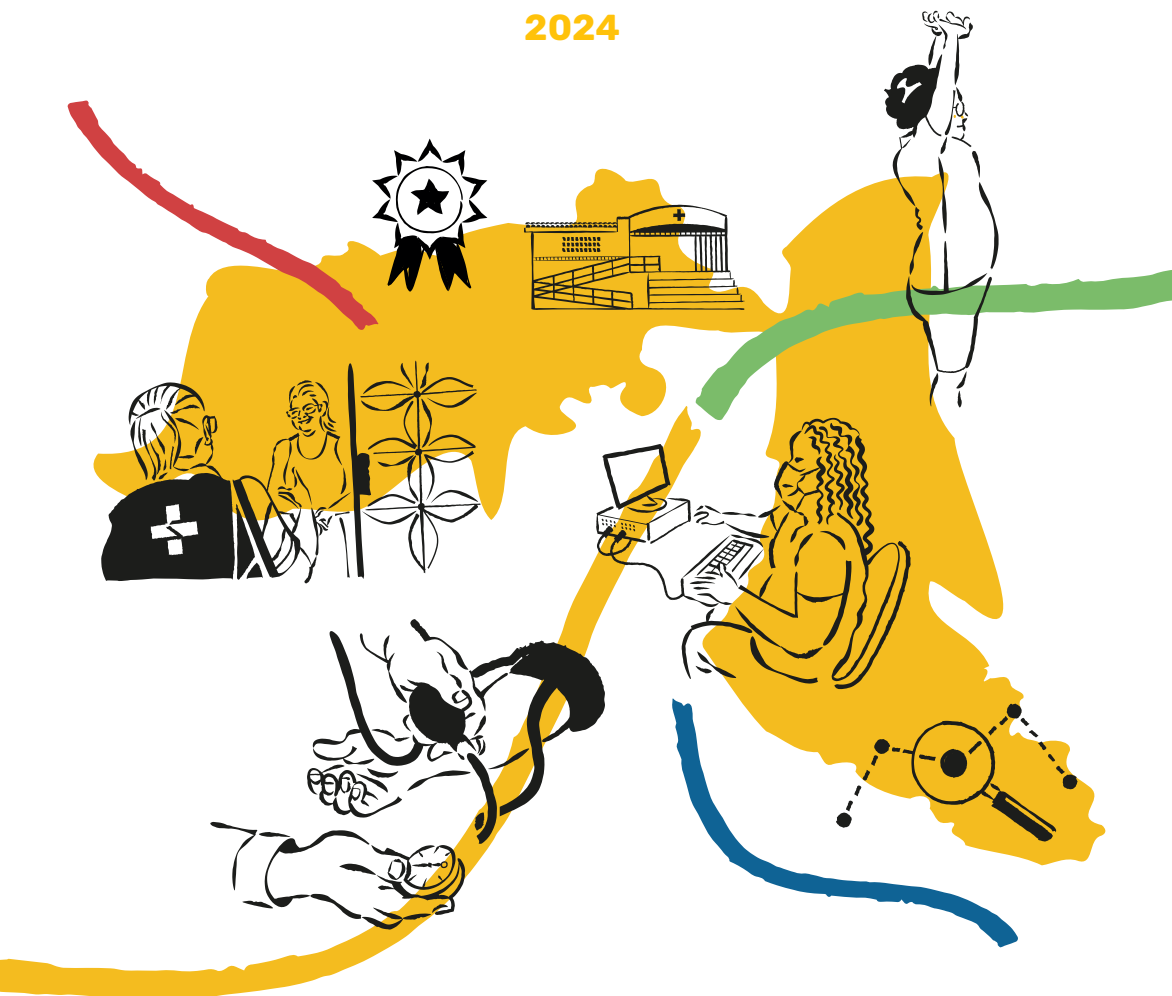


GUIA DE
POLÍTICAS
DE SAÚDE

Rastreando fatores de risco na Atenção Primária

VOLUME 2

2024



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

inovAPS

FICHA TÉCNICA

Junto a governos, o IEPS compreende os principais problemas do SUS, cria soluções inovadoras e apoia a sua implementação a partir da melhor evidência disponível. O **Guia de Políticas de Saúde** traz uma visão detalhada de contexto e trajetória e fornece orientações práticas, codificando intervenções testadas e políticas de saúde implementadas por governos que apoiamos. O objetivo do guia é catalisar a criação de políticas de saúde efetivas e promover escala, inspirando governos a fortalecer o SUS em todo o Brasil.

Realização:

Instituto de Estudos para
Políticas de Saúde (IEPS)
Umane

Revisão Técnica:

Arthur Aguillar
Maria Letícia Machado

Ideação do projeto:

Arthur Aguillar
Caio Rabelo
Jéssica Remédios

Revisão estilística e normatização:

Helena Ciorra
Natasha Mastrangelo

Elaboração do Guia:

Caio Rabelo
Jéssica Remédios

Projeto Gráfico e Diagramação:

Estúdio Massa

Agradecimentos

O IEPS e a Umane agradecem a Prefeitura de Sobral pela parceria, que originou um modelo de inovação em saúde que beneficia não apenas a comunidade local, mas também serve de inspiração para outras iniciativas brasileiras.

Creative Commons

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) como instituição responsável: **ieps.org.br**

SUMÁRIO

Sumário Executivo	4
O desafio	6
O IEPS testou	9
A experiência do InovAPS em Sobral	10
Conceitos, lições e referenciais teóricos: rastreamento de fatores de risco	12
Codificando a estratégia	16
Elementos-chave	16
Ações para implementação e qualificação do rastreamento de Fatores de Risco	19
Referências	27



SUMÁRIO EXECUTIVO

O Guia de Políticas de Saúde - Rastreamento de fatores de risco na Atenção Primária oferece orientações abrangentes para gestores, profissionais de saúde, acadêmicos e demais atores interessados em qualificar o cuidado através do olhar ampliado para fatores de risco, tanto na clínica quanto no território.

Neste guia, você vai encontrar:

O DESAFIO

Estimativas atribuem às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), cerca de 74% do total de óbitos no mundo (WHO, 2023). Reduzir a prevalência dos Fatores de Risco (FR) para essas doenças a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) é garantir vidas e comunidades mais saudáveis, além de um sistema de saúde eficiente desde a porta de entrada. Contudo, dimensionar a população que apresenta fatores de risco para DM e HAS é um problema para a maior parte das equipes de saúde no Brasil, já que muitos usuários com fatores de risco não frequentam os serviços de saúde. Mesmo aqueles que frequentam, tendem a não reportar essas condições em consultas, seja pelo estigma ou pela falta de conhecimento sobre a importância que esses fatores possuem no desenvolvimento de condições de saúde mais graves. As equipes de saúde, por sua vez, não costumam focar no rastreamento e identificação dos fatores de risco de toda a população, dificultando a sua identificação e acompanhamento.

O IEPS TESTOU

Nesta 2ª edição do Guia de Políticas de Saúde compartilhamos a experiência de implementação do projeto InovAPS no município de Sobral, no Ceará. O projeto é uma iniciativa do IEPS, em parceria com a Umane, e é desenvolvido em três etapas: o Inova Rastreio, o Inova Manejo e o Inova Prevenção. O foco deste guia será na primeira etapa, dedicada ao rastreio e identificação dos usuários do SUS com fatores de risco para as DCNT.



Sobral foi o primeiro município brasileiro a receber o InovAPS e, desde 2023, o IEPS desenvolve, em colaboração com as equipes de saúde sobralenses, uma metodologia para melhorar o rastreio e o acompanhamento de fatores de risco, envolvendo processos formativos e melhorias no registro realizado pelos profissionais de nível superior. A metodologia envolve fornecer empurrões comportamentais (*nudges*) para os profissionais de saúde, utilizando um desafio simples e lúdico para aumentar a quantidade de pessoas rastreadas para fatores de risco. O IEPS também apoiou a construção de capacidades do município para acompanhar o aumento na busca ativa de fatores de risco.

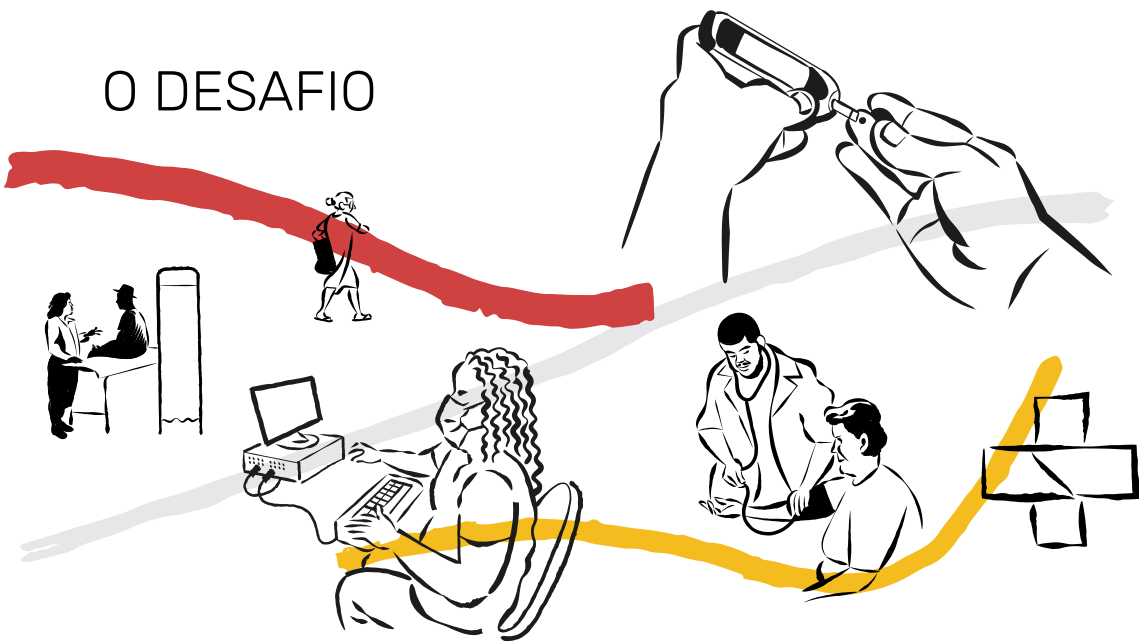
A iniciativa foi responsável por aumentar em 1000% o rastreamento de fatores de risco na primeira Unidade Básica de Saúde (UBS) que recebeu o projeto. Em agosto de 2024, apenas 15 das 38 UBS Sobral aderidas ao projeto foram responsáveis por cerca de 64% dos atendimentos relacionados a fatores de risco no município.

Nesta seção, apresentamos um relato de experiência com as lições aprendidas no primeiro ano do projeto e os referenciais teóricos que embasaram as intervenções da primeira etapa do projeto, o Inova Rastreio.

CODIFICANDO A ESTRATÉGIA

Nesta seção, apresentamos elementos-chaves e um conjunto detalhado de ações para que profissionais, equipes e gestores de todo o país interessados em melhorar o acompanhamento de fatores de risco no território possam planejar e implementar ações com esta finalidade. Também apresentamos alguns desafios que podem ser enfrentados, considerando as singularidades de cada território.

O DESAFIO



A prevenção de fatores de risco incentiva estilos de vida saudáveis, transformando fatores de risco em fatores de proteção

Fatores de Risco (FR) são condições que aumentam a probabilidade de uma pessoa desenvolver Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), ou outros problemas de saúde. Além disso, os Fatores de Risco (FR) estão relacionados a diversos aspectos e contextos e podem ser comportamentais, biológicos, ambientais ou socioeconômicos (BUDREVICIUTE et al., 2020). Exemplos comuns incluem má alimentação, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool, predisposição genética, idade, sexo e condições ambientais desfavoráveis. Há também um importante componente da Determinação Social da Saúde (DSS) e questões como baixa renda, falta de acesso à educação e condições de vida precárias também são determinantes na prevalência de FR que levam às doenças crônicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que as DCNT são responsáveis por cerca de 74% das mortes em todo o mundo e 77% delas ocorrem em países de renda baixa e média, como o Brasil. Embora nas últimas duas décadas o país tenha visto uma queda no número de óbitos por DCNT, as doenças crônicas permanecem como a principal causa da morbimortalidade dos brasileiros, seja prematura (entre 30 e 69 anos), seja após o envelhecimento, representando 738.371 óbitos em 2019.

O plano de ações estratégicas para enfrentamento das DCNT do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) ressalta que atuar sobre os fatores de risco é uma estratégia que beneficia toda a pirâmide etária brasileira, uma vez que a prevenção desses fatores passa por incentivar estilos de vida saudáveis, transformando **fatores de risco em fatores de proteção**. Trata-se de uma estratégia social e economicamente vantajosa para os sistemas de saúde porque:

- » Resulta em menor número de consultas médicas, exames diagnósticos e alivia a sobrecarga do sistema;
- » Melhora a qualidade de vida das pessoas, promovendo bem-estar geral e reduzindo a demanda da população por serviços de saúde de maior complexidade;
- » Reduz a necessidade de uso de medicamentos e intervenções médicas de alto custo (procedimentos e hospitalizações) ao prevenir a ocorrência de DCNTs;
- » Quando incorporada às políticas públicas, implica em estratégias de baixo custo, o que as torna eficientes e eficazes na alocação de recursos de saúde.

O primeiro passo para implementar uma estratégia de rastreamento dos fatores de risco é desenvolver um diagnóstico epidemiológico preciso nos territórios da atenção primária. Isso pode ser feito a partir de ferramentas já disponíveis na maior parte das Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras, como a Ficha de Cadastro Individual no aplicativo e-SUS Território, que contém perguntas sobre FR. Além da Ficha de Cadastro Individual, existe o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), onde os profissionais de nível superior podem registrar os FR como condições de saúde. Todavia, existe uma subnotificação significativa dos FR nos Relatórios de Cadastros Individuais e nos prontuários dos cidadãos, que pode ser atribuída às seguintes causas (HASTINGS, 2022; LOTTA, 2012):

» **Estigma** - População não percebe fatores de risco como problemas ou tem receio de reportá-los, o que leva a cadastros incongruentes com a realidade do território

» **Determinação social da saúde** - População não tem literacia ou cultura de saúde para entender FR como problemas a serem reportados



Dificuldades de processo de trabalho – Profissionais não têm tempo ou formação para realizar o registro adequado dos FR no território ou na clínica e para dar as orientações correspondentes durante os atendimentos

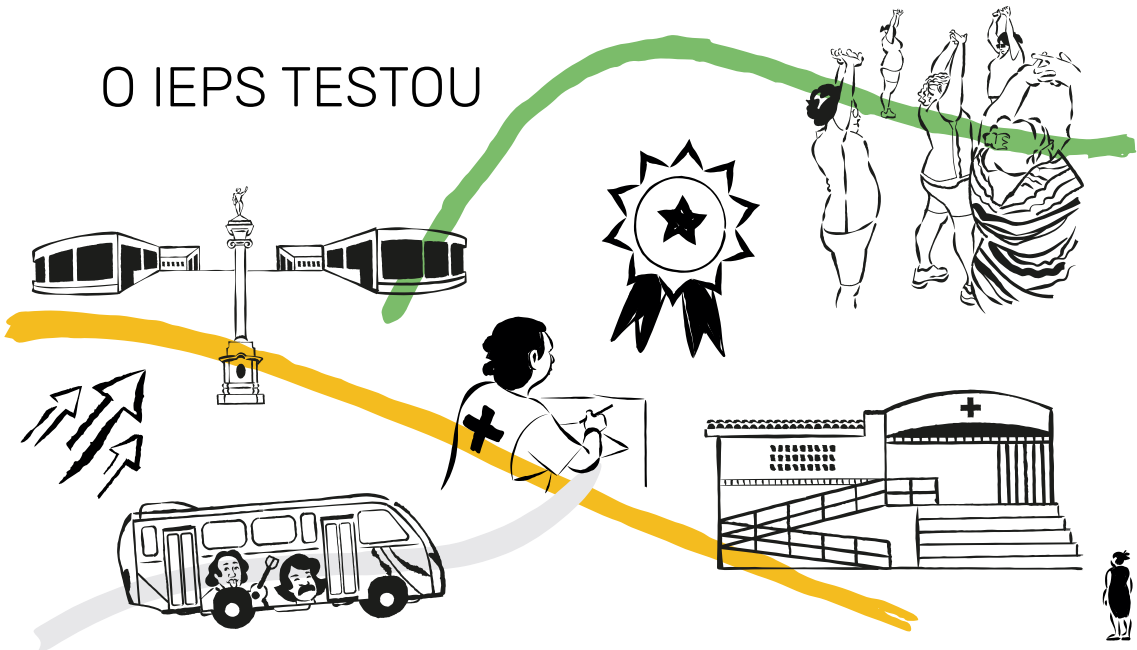
Uma das dificuldades no processo de trabalho advém da estrutura de TI e dados. Em 2021, por exemplo, apenas 38% dos gestores de equipamentos públicos de saúde consideravam que os equipamentos de TI eram novos e atualizados (BR, 2021). Outra dificuldade para sondar FR no território é a ausência de insumos – por vezes os profissionais possuem o olhar ampliado para FR, mas os testes de glicemia capilar não estão disponíveis na UBS. Também há problemas relativos ao treinamento e atualização dos profissionais para o uso dos aplicativos públicos de coleta, registro e atualização de informações, como o PEC e o aplicativo e-SUS Território.

Do ponto de vista cultural e da determinação social da saúde, o estigma associado aos fatores de risco dificulta o reconhecimento pessoal desses comportamentos. Seja dentro dos consultórios, no ato de cadastramento de usuários ou na atualização cadastral, as pessoas usuárias costumam mentir ou omitir informações dos profissionais de saúde (NONG et al., 2022), gerando lacunas no reconhecimento das condições de saúde a nível populacional e agravando iniquidades na provisão de serviços de saúde.

Melhorar o registro de informações é fundamental para que as equipes de atenção primária à saúde possam identificar e monitorar populações em maior risco de desenvolver DCNTs. A disponibilidade de dados precisos e atualizados permite promover ações eficazes de prevenção e promoção da saúde, efetivando todo o caminho das linhas de cuidado.

Para saber mais: As principais causas para a não efetivação das linhas de cuidado para DCNTs foram abordadas no [**Panorama IEPS n. 2**](#) – Linhas de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde, elaborado pelo IEPS em parceria com a Umane.

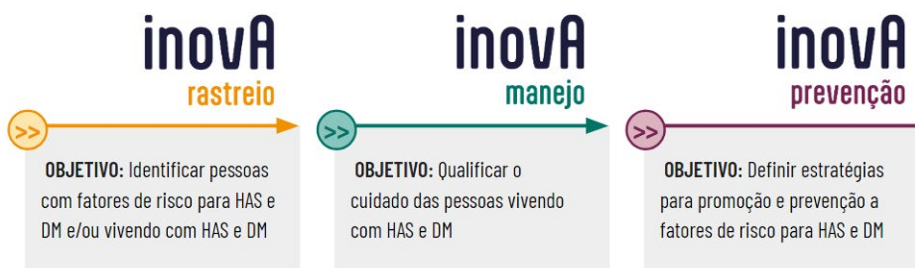
O IEPS TESTOU



Esta 2ª edição do Guia de Políticas de Saúde foi elaborada a partir da experiência de construção do **InovAPS**, um projeto criado pelo IEPS, em parceria com a Umane, para apoiar municípios no desenho e na implementação de políticas que reduzam a prevalência dos fatores de risco, para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), como a obesidade, o sedentarismo e o tabagismo.

O projeto propõe uma jornada de inovação compartilhada com municípios, e tem o objetivo de contribuir com a descoberta e disseminação de novas práticas, capazes de reduzir a prevalência de fatores de risco e que, ao serem bem sucedidas, podem ser adotadas por novos territórios Brasil afora. As três etapas previstas no projeto envolvem o rastreio dos usuários com FR, o manejo dos usuários identificados e diagnosticados e a construção de ações de prevenção (Figura 1).

FIGURA 1 Etapas do InovAPS



O foco deste Guia é o Inova Rastreio, a primeira das três etapas da jornada de inovação compartilhada proposta pelo InovAPS. O primeiro município onde foi estabelecida uma parceria para o desenvolvimento do projeto foi Sobral, o quinto maior município do Ceará, que conta com uma população de 210.711 habitantes e 38 Centros de Saúde da Família (CSF). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é universal no município, atingindo 100% da população de acordo com o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Iniciamos esse processo de cocriação com a equipe do CSF Alto do Cristo, considerada a unidade piloto da parceria, que possui 2 equipes de saúde da família que atende a uma população de 6.680 pessoas. Hoje, o Inova Rastreio está presente em 15 dos 38 CSFs de Sobral, com previsão de ser universalizado em 2025.

A experiência do InovAPS em Sobral



***“A gente quer cuidar
do paciente antes que
ele fique doente”***

Agente Comunitária de Saúde
do CSF Alto do Cristo

A frase acima resume bem o processo do Inova Rastreio em Sobral. O processo de rastreamento de fatores de risco no CSF Alto do Cristo começou com oficinas realizadas pela equipe do IEPS com os trabalhadores da unidade de saúde, buscando mapear os principais desafios enfrentados pelas equipes de saúde na identificação de pessoas com fatores de risco para DCNTs e no acompanhamento de saúde dessa população nos territórios adscritos.

Após as oficinas, as equipes do CSF Alto do Cristo foram **desafiadas** a encontrar 30 pessoas tabagistas e 30 pessoas com excesso de peso no período de 30 dias, uma meta considerada viável pela gerência da unidade de saúde e pelas equipes. Um fator de sensibilização muito importante nesse momento foi apresentar para as equipes do CSF a diferença entre a prevalência estimada de fatores de risco no território e a prevalência encontrada no Relatório de Cadastro Individual (RCI) da unidade. O RCI deveria reportar o número de usuários com

FR, porém o estigma e as dificuldades no processo de trabalho causam uma subestimação deste número.

O rastreamento da população com FR acarretou uma série de mudanças no processo de trabalho das equipes, efetivando inovações assistenciais para melhorar o processo de rastreio. Um exemplo é o reposicionamento da balança para avaliações antropométricas na sala de espera do CSF Alto do Cristo, que serve como incentivo e lembrança para os usuários e profissionais de saúde sobre a importância da avaliação antropométrica, permitindo o rastreio do sobrepeso e da obesidade nos usuários que originalmente vão à unidade buscar serviços de saúde para seus filhos e filhas, por exemplo.

Com empenho e engajadas pela lógica do desafio, as equipes **foram capazes de superar a meta**. Apenas no primeiro mês de implementação do Inova Rastreio (setembro de 2023), houve um crescimento de mais de 1000% na identificação de usuários com fatores de risco em relação a janeiro e agosto de 2023, de acordo com os relatórios de atendimento individual do CSF. A título de comparação, o Gráfico 1 traz a diferença entre uma UBS de perfil similar ao CSF Alto do Cristo, com uma população adscrita parecida (entre 6 e 7 mil usuários cadastrados) e mesmo número de equipes:



No primeiro mês houve um crescimento de mais de 1000% na identificação de usuários com fatores de risco

GRÁFICO 1 Diferença entre CSF Alto do Cristo e uma UBS de perfil similar que não aderiu ao Inova Rastreio



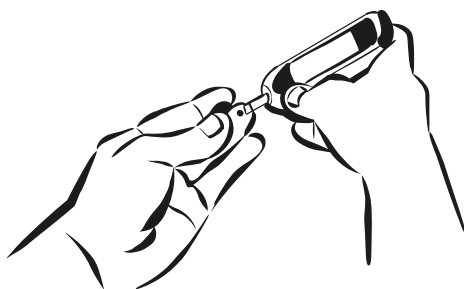
Os resultados expressivos do Inova Rastreio demonstram a capacidade das equipes de saúde da família repensarem os processos de trabalho para, mais do que cuidar das condições crônicas, “cuidar do paciente *antes* que ele fique doente”. Ou seja, antecipar o desenvolvimento de condições crônicas e transformar fatores de risco em fatores de proteção.

CONCEITOS, LIÇÕES E REFERENCIAIS TEÓRICOS: RASTREANDO FATORES DE RISCO

A elaboração e implementação do Inova Rastreio está ancorada em conceitos-chaves para pensar rastreio de fatores de risco, em experiências nacionais e internacionais e importantes referenciais teóricos sobre o tema. Seleccionamos alguns conceitos, lições e estudos que podem contribuir para o rastreio de fatores de risco em todo o Brasil.

Fatores de risco

Fatores de Risco (FR) são condições que aumentam a probabilidade de uma pessoa desenvolver ou ter eventos agudos de saúde por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Os fatores de risco podem ser metabólicos, ligados ao histórico clínico e familiar de cada pessoa, mas também podem ser comportamentais, como a má alimentação, o tabagismo, sedentarismo, consumo de álcool e outras drogas. As DCNT também se retroalimentam como fatores de risco – quadros clínicos que levam ao diabetes também aumentam a chance do desenvolvimento da hipertensão, além de aumentar a probabilidade de um evento corriqueiro de saúde se tornar um evento grave.



Desigualdades na distribuição de fatores de risco

A literatura aponta que a Determinação Social da Saúde (DSS) é um elemento importantíssimo na consideração dos fatores de risco. Estudos demonstram, por exemplo, que a população com baixa escolaridade concentra a maior parte

dos fatores de risco (MELLER et al., 2022). Portanto, rastrear melhor a prevalência de FR na população leva a uma redução nas desigualdades em saúde, promovendo maior cultura de saúde sobre o impacto dos FR na saúde individual e comunitária.

Empurrões comportamentais (*nudges*) para agentes públicos

Há muitos estudos sobre *nudges*, ou empurrões comportamentais, que ajudam a modificar as escolhas de consumidores e cidadãos, com impacto importante na saúde pública. Esses *nudges* influenciam os dois sistemas de cognição humana: o Sistema 1, que é mais instintivo, e o Sistema 2, que é mais analítico. Um exemplo de *nudge* na saúde é mudar a ordem dos produtos em supermercados para incentivar a compra de itens mais saudáveis. Outro exemplo é o uso de rótulos simplificados que destacam componentes prejudiciais à saúde, como gordura saturada e açúcar.

Nudges

Pequenos “empurrões comportamentais” que alteram a arquitetura de decisões de cidadãos e servidores públicos.



No campo das políticas públicas, a forma como os burocratas do nível da rua, como professores, policiais e médicos, interagem com as pessoas pode aumentar ou diminuir as desigualdades. Diferentes estilos de interação e a maneira como as visitas domiciliares são distribuídas, por exemplo, podem impactar a saúde de uma pessoa, família ou comunidade.

Para melhorar os estilos de interação e promover equidade, governos e burocracias podem implementar uma série de ferramentas. Uma delas é usar *nudges* para orientar as ações dos burocratas do nível da rua no dia a dia. Um estudo (VISINTIN et al., 2021) mostrou que *nudges* podem instigar burocratas a refletir mais sobre a situação das pessoas que precisam de auxílio, o que pode tornar a assistência social mais eficaz.

O programa InovAPS usa *nudges* para incentivar as equipes de saúde da família a aumentar o rastreamento de fatores de risco na comunidade, mudando a forma como os burocratas do nível da rua tomam decisões e interagem no cotidiano de trabalho, tanto nas unidades de saúde quanto nas visitas domiciliares.

Vigitel

O **Vigitel** é uma pesquisa telefônica lançada em 2006 pelo Ministério da Saúde para monitorar e estimar a frequência de fatores de risco e proteção para DCNT nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Segundo Silva (2022), entre 2016 e 2021, houve um aumento nos fatores de risco relacionados ao excesso de peso e ao consumo inadequado de frutas e hortaliças, enquanto o consumo excessivo de álcool e a atividade física insuficiente permaneceram estáveis.

Os dados coletados pelo Vigitel permitem estimar a prevalência de fatores de risco na população adulta, fornecendo informações valiosas para as equipes de saúde. Essas informações podem servir como um incentivo para melhorar o processo de rastreamento e implementar ações mais eficazes na prevenção de doenças crônicas.

Sistemas de Informação públicos no Brasil - O e-SUS Território e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

Os sistemas de informação públicos que o Ministério da Saúde oferece aos municípios ajudam a visualizar os fatores de risco nos territórios da atenção primária. Embora existam outras ferramentas de gestão de cadastros e clínicas no Brasil, para este Guia, vamos focar no e-SUS Território e no PEC, devido ao seu caráter público.

Usando o e-SUS Território, o agente comunitário de saúde consegue realizar os cadastros da população do seu território por meio da Ficha de Cadastro Individual, onde podem ser registradas informações sobre fatores de risco relevantes no ato do cadastramento ou da atualização cadastral, como na Figura 2 abaixo:

FIGURA 2 Campos da Ficha de Cadastro Individual relacionados aos FR

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? ☐ Abaixo do Peso ☐ Peso Adequado ☐ Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? ☐ Sim ☐ Não

Usando o PEC, os profissionais da enfermagem e da medicina podem registrar também os fatores de risco a partir de cada consulta ou anamnese, desde que usem os códigos adequados do Cadastro Internacional de Doenças (CID) e Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP).

A partir do registro adequado dessas informações, oriundas tanto do e-SUS Território quanto do PEC, as equipes de saúde conseguem gerar Relatórios de Cadastro Individual e de Atendimento Individual, além de ativar as condições no prontuário eletrônico de cada indivíduo atendido. Essa ação permite que a gestão e as equipes de saúde comparem a prevalência esperada pelos dados de pesquisas como o Vigitel com a prevalência aferida pelos sistemas de informação locais, o que geralmente aponta para uma discrepância significativa entre o que a população reporta e o estimado pela literatura científica.

Antecipação ao desenvolvimento de condições crônicas

O rastreo, manejo e prevenção dos fatores de risco podem contribuir significativamente para a redução da prevalência de DCNT, neoplasias e outras doenças na população. Esse é um espaço rico de experimentação na saúde pública, principalmente à medida que o crescente poder preditivo de algoritmos de inteligência artificial (IA) que consegue antecipar com bastante eficácia (MANDAL; BERA; SAHA, 2020) o desenvolvimento de doenças crônicas, considerando o histórico clínico dos pacientes e os FR.

CODIFICANDO A ESTRATÉGIA



Como podemos melhorar o rastreamento de fatores de risco na atenção primária brasileira?

Para responder essa pergunta, apresentamos os elementos-chave e ações exitosas documentadas em Sobral que podem apoiar gerentes de serviços ou profissionais de saúde interessados em replicar a iniciativa em qualquer município brasileiro.

ELEMENTOS-CHAVE

Empurrões comportamentais, desafios factíveis e competição social

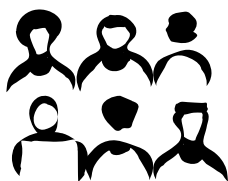
Uma das principais razões para o Inova Rastreio funcionar é a adesão à lógica dos empurrões comportamentais. No ato do cadastramento, por exemplo, é muito comum que Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não registrem respostas para as perguntas sobre os FR (ver Figura 2), ou ainda, que acatem uma resposta 'Não sei' ou 'Não quero responder'. Durante consultas e avaliações, os profissionais de saúde tendem a não registrar os CIDs e CIAPs relativos aos fa-

tores de risco. Incorporar os FR nos processos de trabalho da atenção primária por meio de oficinas e conversas guiadas modifica o comportamento e aprimora a provisão de saúde.

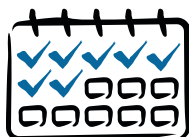
O segundo elemento-chave para o sucesso do Inova Rastreo são os desafios factíveis. Quando o InovAPS desafia uma UBS a rastrear 60 usuários com FR em 30 dias, isso pode incentivar os ACS a serem mais metódicos no cadastramento individual, enfatizando para os cidadãos a importância de fornecer dados precisos para que a UBS possa planejar adequadamente as ações de saúde. Da mesma forma, os profissionais de nível superior aprimoram o registro dos CIDs e CIAPs relacionados aos FR nas consultas, criando um ciclo virtuoso para o cuidado na atenção primária.

DESAFIO “60/30”

**rastrear 60
usuários com
fatores de risco**



em 30 dias



A competição social é um elemento importante para garantir a continuidade das ações. O **Desafio “60/30”** fomenta essa competição saudável entre os profissionais, seja entre equipes ou entre os trabalhadores da mesma equipe. A lógica do desafio e da competição transforma a busca por fatores de risco no território em uma atividade lúdica, instigando a inovação em processos e na interação com usuários. Ao mesmo tempo, a meta de rastrear 60 usuários é simples de alcançar, o que mantém as equipes motivadas a superar as metas e se aproximar da prevalência estimada por pesquisas como o Vigitel. A importância da competição social é apoiada por alguns estudos (ASHRAF; BANDIERA; JACK, 2014).

Equipes de saúde no centro da inovação

O processo de motivação das equipes de saúde deve ser reforçado pela introdução de tecnologias leves de cuidado e protocolos assistenciais que incentivem a identificação dos FR. As próprias equipes de saúde têm muito a contribuir nesse aspecto, pois conhecem as ações que podem ajudar a atingir as metas do desafio.

Um exemplo comum de tecnologia leve na atenção primária são os protocolos comunicativos e dinâmicas realizadas nas salas de espera, onde momentos

educativos são conduzidos por ACS ou outros profissionais que acompanham os usuários enquanto aguardam atendimento. Quando essas dinâmicas são voltadas para o rastreamento de fatores de risco, há uma maior chance de que temas como excesso de peso, sedentarismo, consumo de álcool e tabaco e alimentação saudável sejam abordados com os usuários. Isso desencadeia uma série de ações, como avaliações antropométricas durante as consultas e a redução do estigma ao reportar FR. Além disso, observa-se uma maior integração entre as equipes de saúde da família, saúde bucal e equipe multiprofissional (eMulti) para melhorar o rastreamento. A multiprofissionalidade é uma grande aliada para reduzir estigmas e aumentar o reconhecimento de problemas de saúde tanto individual quanto coletivamente.

Governança e escalabilidade

A melhor maneira de garantir que os empurrões comportamentais fornecidos e as tecnologias leves desenvolvidas pelos profissionais não se percam ao longo do tempo ou com mudanças na gestão é selecionar atores chave para acompanhar o processo. Do ponto de vista da Secretaria Municipal de Saúde, é fundamental envolver o ator ou o conjunto de atores responsáveis pelo prontuário eletrônico do município. Assim, é possível acompanhar as equipes e reconhecer aquelas que atingem ou superam as metas do Desafio “60/30”, bem como atuar nas equipes que demonstram dificuldades para cumprir os desafios.

O processo de disseminação do Inova Rastreio requer poucos atores: um departamento ou apenas uma pessoa pode ficar responsável por capacitar as UBS por meio de oficinas, enquanto os responsáveis pelo prontuário eletrônico geram relatórios mensais para verificar os Relatórios de Atendimento Individual e os RCI de cada UBS. Assim, o município consegue ter a governança do projeto e expandir gradualmente a qualificação do rastreamento

Em Sobral, o IEPS contou com o apoio da Câmara Técnica de DCNT do município, além de duas agentes disseminadoras ligadas à Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia. Após treinamento, esses agentes levaram as oficinas do Inova Rastreio a quinze novos CSF do município. Para acompanhar o progresso do Desafio “60/30”, a coordenação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS) do município produziu mensalmente relatórios com os atendimentos individuais de CIDs e CIAPs relacionados a FR.

AÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO



Ação 1

Defina o público alvo e compare a prevalência esperada com a prevalência encontrada no território

Para realizar o rastreamento de FR de uma determinada população, o ponto de partida deve ser a comparação entre a prevalência esperada e a prevalência encontrada no território, que é referida pela própria população no RCI. Utilizando dados do prontuário eletrônico, é possível fazer uma comparação entre o que a população reporta no RCI e a prevalência estimada para a população adscrita de cada equipe a partir de uma referência como o Vigitel.

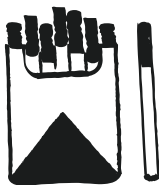
Comparar esses dados fornece o empurrão comportamental para a equipe definir metas factíveis de rastreio na comparação com a estimativa média a nível nacional do Vigitel, pois é muito provável que o número de pessoas referindo FR seja consideravelmente menor do que a estimativa do Vigitel. Para o ano de 2023, por exemplo, os dados do Vigitel demonstram que a prevalência esperada para os principais FR entre adultos (>18 anos) nas capitais brasileiras é:

USO DE ÁLCOOL/ ETILISMO



20,8%
da população

TABAGISMO



9,3%
da população

EXCESSO DE PESO (IMC \geq 25 kg/m²)



61,4%
da população

Usando os dados do Vigitel, podemos fazer uma comparação fictícia em uma UBS brasileira. A Tabela 1 abaixo ilustra o caso de uma UBS com 5.000 usuários acima de 18 anos cadastrados e exibe a diferença entre a prevalência esperada e a prevalência encontrada para esse grupo. Para utilizar o modelo, basta incluir:

- » O público-alvo, ou seja, o número de pessoas na população adscrita para qual se quer calcular a prevalência do FR de interesse – neste caso, os 5.000 usuários adultos cadastrados.
- » O número da prevalência esperada é calculado a partir da prevalência média do FR de interesse, como estimado pelo Vigitel. Para isso, a prevalência média da capital do estado em que a UBS está localizada deve ser dividida por 100 e multiplicada pelo número total da população adscrita. Por exemplo, se a Vigitel indica que 20,8% da população consome álcool e a população adscrita é de 5.000 pessoas, esperamos que existam aproximadamente 1.040 adultos no território que fazem uso habitual ou problemático de álcool ($20,8/100 * 5.000 = 1.040$).
- » Por fim, inserimos a prevalência encontrada no território a partir do RCI e calculamos a diferença. A partir da subtração da prevalência esperada pela prevalência encontrada no RCI, a UBS deve usar o resultado como referencial para definir **metas de rastreo**.

TABELA 1 Comparação fictícia entre uma UBS com 5.000 usuários adultos e os dados do Vigitel

UBS Hipotética					
Fator de Risco	População Adscrita (>18 anos)	Prevalência média das capitais brasileiras - Vigitel (2023)	Prevalência esperada	Prevalência (RCI)	Esforço de rastreo
Uso de álcool/ Etilismo	5000	20,8%	1040	140	900
Tabagismo		9,3%	465	65	400
Acima do peso		61,4%	3070	570	2500

É importante lembrar que a prevalência esperada é uma estimativa para a média das capitais brasileiras, então o número real de pessoas usuárias com FR no território pode ser maior ou menor do que o previsto. Ainda assim, costuma

ser uma estimativa confiável e consistente com a realidade nos territórios, em muito pelas razões mencionadas anteriormente: estigma, determinação social da saúde e dificuldades no processo de trabalho.

Com a diferença das prevalências em mãos, a equipe de saúde da família pode estabelecer metas factíveis de rastreamento para cada FR e alterá-las ao longo do tempo, conforme se aproxime da prevalência esperada. O atingimento das metas e o alcance da prevalência estimada, todavia, não constituem razão para abandonar os processos de trabalho relativos ao Rastreio. Os territórios da atenção primária são vivos e FR, especialmente sociocomportamentais, estão sujeitos a uma variabilidade de processos de determinação social que se alteram cotidianamente.



Ação 2

Garanta o registro adequado dos fatores de risco no ato cadastro e no prontuário eletrônico

O cumprimento das metas estabelecidas pela equipe para rastrear fatores de risco requer o registro adequado das condições relacionadas a esses fatores no PEC a cada consulta ou interação com a pessoa usuária.

Colocar o registro adequado como prioridade é desenvolver a capacidade de monitorar o progresso da equipe no Inova Rastreio por meio da série histórica dos relatórios de atendimento individual. Para isso, é preciso conhecer os CIDs e CIAPs relacionadas aos principais fatores de risco, que estão dispostos na Tabela 2 abaixo:

TABELA 2 CIDs e CIAPs relacionadas aos principais fatores de risco¹

Tabagismo	CIDs	F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
		T65.2: Efeito tóxico do tabaco e da nicotina
		Z72.0: Uso do tabaco
	CIAPs	P17: Abuso do Tabaco

Excesso de peso	CIDs	E66: Obesidade
		R635: Ganho de peso anormal
	CIAPs	T82: Obesidade
		T83: Excesso de peso
Uso de álcool/ Etilismo	CIDs	F100-109: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
	CIAPs	P15: Abuso crônico de álcool
		P16: Abuso agudo de álcool

1. Entendemos que essa listagem não esgota todos os CIDs e CIAPs relacionados a fatores de risco, mas um panorama compreensivo do modelo de intervenção do InovAPS em Sobral.

Uma vez que a UBS começa a registrar esses CIDs e CIAPs no prontuário eletrônico, é possível monitorar a evolução de atendimentos individuais considerando os fatores de risco. Evidentemente, no início do processo haverá sobreposição entre os tabagistas e pessoas acima do peso autorreferidas no RCI e aqueles que vão ter os fatores de risco registrados no prontuário eletrônico pela primeira vez.

Todavia, é de fundamental importância registrar o CID e CIAP mesmo que a pessoa já conste como usuária de álcool, tabagista e/ou acima do peso no RCI. Indo além, é imprescindível **continuar registrando** o CID e CIAP a cada nova consulta ou anamnese, enquanto o usuário apresentar o fator de risco. Realizar essa tarefa faz com que a equipe possa acompanhar a redução de fatores de risco no território, um processo essencial para a manutenção das atividades.



Ação 3

Incorpore novos protocolos e processos de trabalho na rotina

Visando cumprir os objetivos do planejamento de rastreio de fatores de risco, os profissionais de enfermagem, medicina e odontologia devem adotar uma série de protocolos, que vão desde ações comunicativas simples até o remodelamento das agendas. Algumas iniciativas possíveis são:

- » Desenvolver processos de escuta qualificada sobre hábitos e/ comportamentos de risco

Ao indagar o paciente se está fumante ou usuário de álcool, por exemplo, o profissional de saúde deve ter em mente todo o processo de estigma relacionado ao consumo de tabaco e álcool e usar atalhos comunicativos para deixar a pessoa usuária confortável em relatar sua condição atual de tabagista e/ou etilista. A compilação da literatura mais recente (KING; HOPPE, 2013) sobre cuidado centrado na pessoa traz algumas recomendações nesse sentido:

RECOMENDAÇÕES PARA CONSULTAS CENTRADAS NA PESSOA

- Explore as ideias do paciente sobre fatores de risco (pensamentos, preocupações, sentimentos, expectativas) e leve a sério as suas contribuições.
- Tente entender a pessoa como um todo, as influências familiares e como o problema afeta a vida do paciente.
- Explique ao paciente o problema dos fatores de risco em uma linguagem simples.
- Busque um terreno comum e uma parceria: concorde sobre a natureza do problema, as prioridades e os objetivos do diálogo sobre fatores de risco; a partir daí, tome decisões e esclareça os papéis respectivos do profissional de saúde e do paciente.
- Esforce-se para melhorar o relacionamento profissional-paciente: seja acessível e amigável, compartilhe as decisões, mostre cuidado genuíno e seja respeitoso.

» Realizar avaliações antropométricas em todas as consultas

Estudos populacionais têm reportado a subestimação e a superestimação do próprio peso por parte dos indivíduos (HODGE et al., 2020). Por esse motivo, é de suma importância realizar avaliações antropométricas nos serviços de APS; contudo, em decorrência de dificuldades no processo de trabalho, muitas vezes não se reserva espaço do tempo de consulta para fazê-lo. É preciso restabelecer a avaliação antropométrica como forma de criar vínculo com a pessoa usuária e ter a sondagem de excesso de peso como um fator de risco, especialmente em uma perspectiva que retire os stig-

mas e promova a multiprofissionalidade, com uma perspectiva de saúde integral e não apenas de emagrecimento.

- » Garantir espaço na agenda (especialmente em UBS que funcionam em horário estendido) para populações que podem apresentar fatores de risco

É possível que a diferença entre a prevalência esperada e a prevalência autorreferida se dê por conta de populações que estigmatizam o autocuidado ou a frequência do CSF, ou ainda, têm baixo letramento em saúde. A melhor forma de sondar essas populações (por exemplo, homens adultos ou idosos) e garantir o acesso é reservar espaço na agenda, especialmente em horários em que essa população tem maior chance de frequentar o CSF, como os horários estendidos.



O QUE ACONTECEU NO CSF ALTO DO CRISTO?

No CSF Alto do Cristo, houve uma integração maior entre as equipes de saúde da família e a equipe de saúde bucal. Era comum que a equipe de saúde da família soubesse que o paciente era tabagista/usuário de álcool, porém não podia registrar a condição ativa no prontuário eletrônico porque o paciente tinha dificuldade em admiti-la (estigma).

Com o apoio da equipe de saúde bucal, o estigma foi reduzido, uma vez que os pacientes tinham menos dificuldade em admitir o fator de risco durante o exame do profissional da odontologia.



Ação 4

Integre profissionais de saúde para realizar busca ativa

A quarta ação necessária ao rastreamento dos fatores de risco é simultânea à terceira. Para remodelar os processos de trabalho e garantir o acesso das pes-

soas usuárias que não estavam frequentando a unidade ou sendo monitoradas para fatores de risco, é preciso estabelecer processos de busca ativa, tanto dentro quanto fora da unidade. Aqui, as principais iniciativas são:

- » Aproveitar todo novo contato com as pessoas usuárias do serviço para informar da atenção da equipe em relação aos fatores de risco:
 - “Dias D” de vacinação e outros eventos podem ser usados para realizar avaliação antropométrica e perguntar aos usuários sobre os hábitos de risco;
 - Dentro da unidade, as salas de espera podem ser espaços produtivos de sondagem das pessoas usuárias sobre os fatores de risco;
- » Buscar o apoio da intersetorialidade, a exemplo do programa Saúde na Escola e dos CAPS, para realizar as ações de sondagem da população;



O QUE ACONTECEU NO CSF ALTO DO CRISTO?

As equipes do Alto do Cristo buscaram manter diálogo permanente entre os profissionais e estabelecer a multiprofissionalidade das ações para atingir os objetivos do Inova Rastreo. Apoiar-se no conhecimento do território dos agentes comunitários de saúde, por exemplo, é condição imprescindível para que os novos protocolos e processos de trabalho consigam de fato trazer a população vivendo com fatores de risco para o cuidado qualitativo no CSF.

Outra iniciativa importante para a busca ativa é a realização periódica das rodas de bairro, atividades extramuros nas quais profissionais de saúde realizam ações educativas em lugares de ampla circulação no território, como bares, igrejas e praças. As rodas de bairro, segundo os profissionais do CSF Alto do Cristo, foram fundamentais para criar o vínculo necessário e vencer o estigma que impedia a consulta de algumas pessoas usuárias sobre os fatores de risco dentro da unidade.



Ação 5

Monitore o progresso das equipes

Por fim, a última ação referente ao Rastreo é monitorar o progresso e a eficácia das intervenções através das metas estabelecidas, usando uma periodicidade definida.

Por exemplo, se a equipe decidiu que iria rastrear 30 pessoas usuárias acima do peso e 30 tabagistas em 30 dias, é preciso olhar, após os 30 dias, para a série histórica do relatório de atendimento individual, delimitando os CIDs e CIAPs observados na **Ação 2** para comparar o número de pessoas usuárias rastreadas com as competências anteriores.

Verificar a série histórica de atendimentos individuais para fatores de risco auxilia a equipe de saúde em duas frentes: primeiro, demonstra claramente o resultado dos esforços e a qualificação do processo de trabalho através das ações de rastreamento, motivando os profissionais para novos desafios e o rastreamento de outros fatores de risco e de proteção; segundo, serve para calibrar novos indicadores de acompanhamento, à medida em que o número de pessoas rastreadas para fatores de risco começa a se aproximar da prevalência esperada.

REFERÊNCIAS

- ASHRAF, N.; BANDIERA, O.; JACK, B. K. No margin, no mission? A field experiment on incentives for public service delivery. *Journal of Public Economics*, v. 120, p. 1–17, 1 dez. 2014.
- BANERJEE, S.; JOHN, P. Nudge plus: incorporating reflection into behavioral public policy. *Behavioural Public Policy*, v. 8, n. 1, p. 69–84, jan. 2024.
- BR, N. DE I. E C. DO P. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde 2021 (Edição COVID-19 – Metodologia adaptada). São Paulo, SP: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, 2021.
- BRASIL. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021–2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
- BUDREVICIUTE, A. et al. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Frontiers in Public Health*, v. 8, 26 nov. 2020.
- CAROLINA KANG LEE; FABIANA MUSSATO; MONIQUE MOURA. Coletânea Práticas para Comunidades Saudáveis. São Paulo: UMANE, 2023. Disponível em: <<https://umane.org.br/coletanea-praticas-para-comunidades-saudaveis-vol3.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2024.
- CELUPPI, I. C. et al. Aplicativo e-SUS Território: Ferramenta para a gestão do território na Atenção Primária à Saúde do Brasil. Simpósio Brasileiro de Sistemas Multimídia e Web (WebMedia). Anais... Em: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SISTEMAS MULTIMÍDIA E WEB (WEBMEDIA). SBC, 7 nov. 2022. Disponível em: <https://sol.sbc.org.br/index.php/webmedia_estendido/article/view/21997>. Acesso em: 20 maio. 2024
- DE CARVALHO, R. B. N. et al. Risk and protective behaviors for chronic non-communicable diseases among Brazilian adults. *Public Health*, v. 195, p. 7–14, 1 jun. 2021.
- EWERT, B.; LOER, K.; THOMANN, E. Beyond nudge: advancing the state-of-the-art of behavioural public policy and administration. 1 jan. 2021.
- FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, p. 515–529, dez. 2007.
- FORD, E. S.; COOPER, R. S. Risk factors for hypertension in a national cohort study. *Hypertension*, v. 18, n. 5, p. 598–606, nov. 1991.
- GOLDSTEIN, M. G.; WHITLOCK, E. P.; DEPUE, J. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care: Summary of research evidence. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 27, n. 2, Supplement, p. 61–79, 1 ago. 2004.
- HASTINGS, J. Achieving Inclusivity by Design: Social and Contextual Information in Medical Knowledge. *Yearbook of Medical Informatics*, v. 31, p. 228–235, 2 jun. 2022.
- HODGE, J. M. et al. Validation of self-reported height and weight in a large, nationwide cohort of U.S. adults. *PLOS ONE*, v. 15, n. 4, p. e0231229, 13 abr. 2020.

IEPS. Condições de Vida e Saúde: último diagnóstico da Agenda Mais SUS já está disponível para download – IEPS. , 18 dez. 2023. Disponível em: <<https://ieps.org.br/condicoes-vida-saude-diagnostico-agenda-mais-sus-download/>>. Acesso em: 12 ago. 2024

KING, A.; HOPPE, R. B. “Best Practice” for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *Journal of Graduate Medical Education*, v. 5, n. 3, p. 385–393, 1 set. 2013.

KOPITAR, L. et al. Early detection of type 2 diabetes mellitus using machine learning-based prediction models. *Scientific Reports*, v. 10, n. 1, p. 11981, 20 jul. 2020.

LIN, L. et al. Temporal Patterns of Diet and Physical Activity and of Diet Alone Have More Numerous Relationships With Health and Disease Status Indicators Compared to Temporal Patterns of Physical Activity Alone. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, v. 123, n. 12, p. 1729– 1748.e3, 1 dez. 2023.

LOTTA, G. S. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. suppl 1, p. 210–222, maio 2012.

MANDAL, T.; BERA, S.; SAHA, D. A Comparative Study of AI-based Predictive Models for Cardiovascular Disease (CVD) Prevention in Next Generation Primary Healthcare Services. 2020 IEEE International Conference for Innovation in Technology (INOCON). Anais... Em: 2020 IEEE INTERNATIONAL CONFERENCE FOR INNOVATION IN TECHNOLOGY (INOCON). Bangluru, India: IEEE, 6 nov. 2020. Disponível em: <<https://ieeexplore.ieee.org/document/9298299/>>. Acesso em: 27 out. 2023

MELLER, F. DE O. et al. Desigualdades nos comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis: Vigitel, 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, p. e00273520, 27 jun. 2022.

MUNDT, M. P. et al. Cost-Effectiveness of a Comprehensive Primary Care Smoking Treatment Program. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 66, n. 3, p. 435–443, 1 mar. 2024.

NONG, P. et al. Discrimination, trust, and withholding information from providers: Implications for missing data and inequity. *SSM – Population Health*, v. 18, p. 101092, 1 jun. 2022.

PEDERSEN, A. L. W. et al. Health behaviours of forensic mental health service users, in relation to smoking, alcohol consumption, dietary behaviours and physical activity—A mixed methods systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 28, n. 3, p. 444–461, 2021.

Prontuário eletrônico: o que é, benefícios e desafios para implementação. *Futuro da Saúde*, 18 mar. 2024. Disponível em: <<https://futurodasaude.com.br/prontuario-eletronico-o-que-e-beneficios-e-desafios-para-implementacao/>>. Acesso em: 22 jul. 2024

RONDINA, J.; CANÊO, P.; CAMPOS, M. CONHECENDO A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE NO HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, v. 13, 19 jun. 2016.

SANTANA, M. J. et al. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, v. 21, n. 2, p. 429–440, 2018.

SANTOS, E. S. M. DOS et al. Differences in the prevalence of prediabetes, undiagnosed diabetes and diagnosed diabetes and associated factors in cohorts of Brazilian and English older adults. *Public Health Nutrition*, v. 24, n. 13, p. 4187–4194, set. 2021.

SAÚDE, M. DA. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. [s.l.] Ms, 2014.

SCHERER, C. I. et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde em Debate*, v. 42, p. 233–246, out. 2018.

SILVA, L. E. S. DA. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: performance e resultados. 19 dez. 2022.

THALER, R. H. From Cashews to Nudges: The Evolution of Behavioral Economics. *American Economic Review*, v. 108, n. 6, p. 1265–1287, 1 jun. 2018.

THORNDIKE, A. N. Healthy choice architecture in the supermarket: Does it work? *Social Science & Medicine*, v. 266, p. 113459, 1 dez. 2020.

VALENČIČ, E. et al. Changing the default order of food items in an online grocery store may nudge healthier food choices. *Appetite*, v. 192, p. 107072, 1 jan. 2024.

VISINTIN, E. et al. Nudging Street-Level Bureaucrats to Increase Policy Effectiveness? A Field Experiment in Welfare Policy. *Policy & Politics*, v. 49, p. 121–139, 1 jan. 2021a.

VISINTIN, E. P. et al. Can street-level bureaucrats be nudged to increase effectiveness in welfare policy? 1 jan. 2021b.

WHO. Non communicable diseases. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>. Acesso em: 1 ago. 2024.



Já conferiu a 1ª edição do Guia de Políticas de Saúde?

A 1ª edição “**Implementando Sistemas de Melhoria da Qualidade na Atenção Primária em Saúde**” apresenta orientações abrangentes para gestores que desejem criar e implementar Sistemas de Qualidade na Atenção Primária. A edição foi elaborada a partir da experiência de construção do programa Recife Monitora, que integra o projeto Qualifica Atenção Básica, uma parceria do IEPS com a Prefeitura do Recife, que conta com o apoio da Umane.

[Acesse aqui](#)



IEPS

Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

**Quer saber mais sobre
a política ou contar com
o apoio do IEPS?**

contato@ieps.org.br

ieps.org.br



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

inovAPS 