RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

ESTRATÉGIA DE SAÚDE CARDIOVASCULAR: DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Raquel Baltar (kellgranjabaltar@gmail.com)

Suzi Da Silva Faria (suzifaria.saps@gmail.com)

Michelli Melo Gama (michellimelog@gmail.com)

Sandra Regina Guimarães Amorim De Lima (dant.saps2024@gmail.com)

Introdução As doenças cardiovasculares (DCV) permanecem como a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo, configurando-se como um dos maiores desafios para os sistemas de saúde. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel estratégico na prevenção, diagnóstico precoce e manejo dessas condições. Com o objetivo de fortalecer a linha de cuidado e qualificar a assistência, o Ministério da Saúde instituiu a Estratégia de Saúde Cardiovascular na APS, vinculando o repasse de recursos financeiros ao cumprimento de metas assistenciais. Esse modelo de financiamento por desempenho, embora indutor de melhorias, pode representar desafios para os municípios, especialmente aqueles com limitações estruturais e operacionais. Nesse cenário, destaca-se o papel do apoio técnico institucional como estratégia para qualificar os processos de trabalho, ampliar o acesso e fortalecer a implementação de políticas públicas em saúde. Objetivo Analisar os resultados das ações de apoio técnico desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde no âmbito da

Estratégia de Saúde Cardiovascular, avaliando sua relação com a ampliação da estratificação do risco cardiovascular e com o alcance das metas pactuadas pelos municípios. Método Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem mista (qualitativa e quantitativa), baseado no relato das ações desenvolvidas pela equipe da área técnica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde, no período de maio a agosto de 2025. As ações incluíram reuniões on-line, visitas técnicas presenciais, apoio institucional e acompanhamento remoto aos municípios. As informações qualitativas foram obtidas a partir dos registros realizados pela equipe durante as reuniões, visitas técnicas e ações de acompanhamento, considerando as situações observadas durante o desenvolvimento das atividades. Para a análise quantitativa, foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), referentes à estratificação do risco cardiovascular em indivíduos de 40 a 74 anos, no período de 2023 a 2026 (primeiro trimestre), estratificados por sexo e número de municípios participantes. Para fins da análise comparativa, considerou-se como período pré-intervenção os anos de 2023 e 2024 e como período posterior à intervenção o ano de 2025 e o primeiro trimestre de 2026. Foram comparados os números de atendimentos de estratificação do risco cardiovascular segundo sexo entre os períodos. Foi utilizado o teste do qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Por se tratar de dados secundários, públicos e sem identificação nominal dos usuários, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Resultados Observou-se expansão expressiva na realização da estratificação do risco cardiovascular ao longo do período analisado. Em 2023, foram registrados 5.291 atendimentos, sendo 3.501 no sexo feminino e 1.790 no masculino, em 23 municípios, dos quais 10 contemplados pela estratégia. Em 2024, houve aumento para 7.940 atendimentos (5.360 mulheres e 2.580 homens), com participação de 23 municípios, sendo 11 contemplados. No ano de 2025, período correspondente à intensificação das ações de apoio técnico, verificou-se crescimento para 22.895 atendimentos, sendo 15.124 no sexo feminino e 7.771 no masculino, abrangendo 29 municípios, dos quais 13 contemplados. Em 2026, considerando dados do primeiro trimestre, foram registrados 9.838 atendimentos (6.486 mulheres e 3.352 homens), em 32 municípios, sendo 14 participantes da estratégia. Na análise comparativa, foram considerados 13.231 atendimentos no período pré-intervenção (2023–2024) e 32.733 atendimentos no período posterior à intervenção (2025 e primeiro trimestre de 2026). Na análise comparativa, foram considerados

13.231 atendimentos no período pré-intervenção (2023–2024) e 32.733 atendimentos no período posterior à intervenção (2025 e primeiro trimestre de 2026). Na comparação da distribuição dos atendimentos segundo sexo entre os períodos, observou-se diferença estatisticamente significativa, segundo o teste do qui-quadrado (p = 0,0414). O aumento observado coincidiu temporalmente com o período de intensificação das ações de apoio técnico, indicando uma associação temporal, sem permitir estabelecer relação causal. No que se refere ao alcance das metas, entre os municípios contemplados, todos atingiram os indicadores relacionados à realização de consultas e aferição de pressão arterial. Em relação aos exames laboratoriais, oito municípios atingiram as metas para hemoglobina glicada e oito para LDL-colesterol. Entretanto, apenas um município alcançou a meta referente à avaliação do risco cardiovascular consolidado, evidenciando maior complexidade na operacionalização desse indicador. Durante as visitas técnicas, foram identificadas fragilidades relacionadas à qualidade dos registros no SISAB, uso inadequado dos códigos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), dificuldades na integração dos dados clínicos e limitações na organização dos fluxos assistenciais. Por outro lado, destacaram-se como potencialidades a boa receptividade das equipes, o apoio das gestões municipais e o interesse na qualificação profissional. Conclusão os resultados evidenciaram ampliação da estratificação do risco cardiovascular e expansão da participação dos municípios no período analisado, coincidindo temporalmente com a intensificação das ações de apoio técnico. A análise estatística demonstrou diferença estatisticamente significativa na distribuição dos atendimentos segundo sexo entre os períodos (p = 0,0414), reforçando a relevância do monitoramento dos indicadores e das ações de apoio institucional. Os achados também reforçam a importância da educação permanente para a qualificação dos processos de trabalho e para a implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde. Apesar dos avanços observados, persistem desafios relacionados à qualificação dos registros, à organização dos fluxos assistenciais e à consolidação da avaliação do risco cardiovascular. O estudo contribui para a compreensão do papel da gestão estadual no apoio à implementação de políticas públicas e no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Referências BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.008, de 4 de novembro de 2021. BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS nº 1.054 e nº 1.056, de 2022. BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS nº 2.105 e

nº 2.110, de 2022. MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e desafios para a saúde pública no Brasil. Revista de Saúde Pública, 2023. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS, 2018.

VERSÃO 2 — ESPANHOL

RESUMEN EXTENDIDO

Título: Estrategia de salud cardiovascular: desafíos en la atención primaria de salud

Introducción Las enfermedades cardiovasculares (ECV) permanecen como una de las principales causas de morbimortalidad en Brasil y en el mundo, constituyendo uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud. En el contexto del Sistema Único de Salud (SUS), la Atención Primaria de Salud (APS) desempeña un papel estratégico en la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo de estas condiciones. Con el objetivo de fortalecer la línea de atención y mejorar la asistencia, el Ministerio de Salud instituyó la Estrategia de Salud Cardiovascular en la APS, vinculando la transferencia de recursos financieros al cumplimiento de metas asistenciales. Este modelo de financiación basada en el desempeño, aunque puede inducir mejoras, también puede representar desafíos para los municipios, especialmente aquellos con limitaciones estructurales y operativas. En este contexto, el apoyo técnico institucional se destaca como una estrategia para cualificar los procesos de trabajo, ampliar el acceso y fortalecer la implementación de políticas públicas de salud. Objetivo Analizar los resultados de las acciones de apoyo técnico desarrolladas por la Secretaría Estatal de Salud en el ámbito de la Estrategia de Salud Cardiovascular, evaluando su relación con la ampliación de la estratificación del riesgo cardiovascular y con el cumplimiento de las metas acordadas por los municipios. Método Se trata de un estudio descriptivo, de enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo), basado en el relato de las acciones desarrolladas por el equipo del área técnica de Enfermedades y Agravios No Transmisibles en la Atención Primaria de Salud, durante el período de mayo a agosto de 2025. Las acciones incluyeron reuniones en línea, visitas técnicas presenciales, apoyo institucional y seguimiento remoto a los municipios. Las informaciones cualitativas se obtuvieron a partir de los registros realizados por el equipo durante las reuniones, visitas técnicas y acciones de seguimiento,

considerando las situaciones observadas durante el desarrollo de las actividades. Para el análisis cuantitativo, se utilizaron datos secundarios del Sistema de Información en Salud para la Atención Básica (SISAB), referentes a la estratificación del riesgo cardiovascular en individuos de 40 a 74 años, durante el período de 2023 a 2026 (primer trimestre), estratificados por sexo y número de municipios participantes. Para fines del análisis comparativo, se consideró como período preintervención los años 2023 y 2024 y como período posterior a la intervención el año 2025 y el primer trimestre de 2026. Se comparó el número de atenciones de estratificación del riesgo cardiovascular según sexo entre los períodos. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado, con un nivel de significación del 5%. Debido a que se utilizaron datos secundarios, públicos y sin identificación nominal de los usuarios, el estudio no requirió evaluación por un Comité de Ética en Investigación, de acuerdo con la Resolución nº 510/2016 del Consejo Nacional de Salud. Resultados Se observó una expansión expresiva en la realización de la estratificación del riesgo cardiovascular durante el período analizado. En 2023 se registraron 5.291 atenciones, de las cuales 3.501 correspondieron al sexo femenino y 1.790 al masculino, en 23 municipios, 10 de ellos contemplados por la estrategia. En 2024, aumentó a 7.940 atenciones (5.360 mujeres y 2.580 hombres), con participación de 23 municipios, 11 de ellos contemplados. En 2025, período correspondiente a la intensificación de las acciones de apoyo técnico, se observó un aumento a 22.895 atenciones, de las cuales 15.124 correspondieron al sexo femenino y 7.771 al masculino, abarcando 29 municipios, 13 de ellos contemplados por la estrategia. En 2026, considerando los datos del primer trimestre, se registraron 9.838 atenciones (6.486 mujeres y 3.352 hombres), en 32 municipios, 14 de ellos participantes de la estrategia. En el análisis comparativo, se consideraron 13.231 atenciones en el período preintervención (2023–2024) y 32.733 atenciones en el período posterior a la intervención (2025 y primer trimestre de 2026). En el análisis comparativo, se consideraron 13.231 atenciones en el período preintervención (2023–2024) y 32.733 atenciones en el período posterior a la intervención (2025 y primer trimestre de 2026). En la comparación de la distribución de las atenciones según sexo entre los períodos, se observó una diferencia estadísticamente significativa, según la prueba de chi-cuadrado ($p = 0,0414$). El aumento observado coincidió temporalmente con el período de intensificación de las acciones de apoyo técnico, indicando una asociación temporal, sin permitir establecer una relación causal. En cuanto al cumplimiento de las metas, entre los municipios contemplados, todos alcanzaron los indicadores relacionados

con la realización de consultas y la medición de la presión arterial. En relación con los exámenes de laboratorio, ocho municipios alcanzaron las metas para hemoglobina glucosilada y ocho para LDL-colesterol. Sin embargo, solamente un municipio alcanzó la meta relacionada con la evaluación integral del riesgo cardiovascular, lo que evidencia una mayor complejidad en la operacionalización de este indicador. Durante las visitas técnicas, se identificaron debilidades relacionadas con la calidad de los registros en el SISAB, el uso inadecuado de los códigos del Sistema de Gestión de la Tabla de Procedimientos, Medicamentos, Órtesis, Prótesis y Materiales Especiales del SUS (SIGTAP), dificultades en la integración de los datos clínicos y limitaciones en la organización de los flujos asistenciales. Por otro lado, se destacaron como fortalezas la buena receptividad de los equipos, el apoyo de las gestiones municipales y el interés en la cualificación profesional. Conclusión Los resultados evidenciaron una ampliación de la estratificación del riesgo cardiovascular y una expansión de la participación de los municipios durante el período analizado, coincidiendo temporalmente con la intensificación de las acciones de apoyo técnico. El análisis estadístico demostró una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de las atenciones según sexo entre los períodos (p = 0,0414), reforzando la relevancia del monitoreo de los indicadores y de las acciones de apoyo institucional. Los hallazgos también refuerzan la importancia de la educación permanente para la cualificación de los procesos de trabajo y para la implementación de la Estrategia de Salud Cardiovascular en la Atención Primaria de Salud. A pesar de los avances observados, persisten desafíos relacionados con la cualificación de los registros, la organización de los flujos asistenciales y la consolidación de la evaluación del riesgo cardiovascular. El estudio contribuye a la comprensión del papel de la gestión estatal en el apoyo a la implementación de políticas públicas y en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud. Referencias BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.008, de 4 de novembro de 2021. BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS nº 1.054 e nº 1.056, de 2022. BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS nº 2.105 e nº 2.110, de 2022. MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e desafios para a saúde pública no Brasil. Revista de Saúde Pública, 2023. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS, 2018.

VERSÃO 3 — INGLÊS

EXTENDED ABSTRACT

Title: Cardiovascular health strategy: challenges in primary health care

Introduction Cardiovascular diseases (CVD) remain among the leading causes of morbidity and mortality in Brazil and worldwide, representing one of the major challenges for health systems. Within the Brazilian Unified Health System (SUS), Primary Health Care (PHC) plays a strategic role in prevention, early diagnosis, and management of these conditions. To strengthen the care pathway and improve healthcare delivery, the Ministry of Health established the Cardiovascular Health Strategy in PHC, linking the transfer of financial resources to the achievement of healthcare targets. Although this performance-based financing model may promote improvements, it may also pose challenges for municipalities, particularly those with structural and operational limitations. In this context, institutional technical support stands out as a strategy to improve work processes, expand access, and strengthen the implementation of public health policies. Objective To analyze the results of technical support actions developed by the State Health Department within the Cardiovascular Health Strategy, assessing their relationship with the expansion of cardiovascular risk stratification and the achievement of targets agreed upon by municipalities. Method This is a descriptive study with a mixed-methods approach (qualitative and quantitative), based on a report of actions developed by the technical team for Noncommunicable Diseases in Primary Health Care between May and August 2025. The actions included online meetings, on-site technical visits, institutional support, and remote follow-up with municipalities. Qualitative information was obtained from records produced by the team during meetings, technical visits, and follow-up activities, considering situations observed during the development of the activities. For the quantitative analysis, secondary data from the Primary Care Health Information System (SISAB) were used, referring to cardiovascular risk stratification among individuals aged 40 to 74 years from 2023 to 2026 (first quarter), stratified by sex and number of participating municipalities. For the comparative analysis, 2023 and 2024 were considered the pre-intervention period, while 2025 and the first quarter of 2026 were considered the post-intervention period. The number of cardiovascular risk stratification procedures according to sex was compared between the periods. The chi-square test was used, with a 5% significance level. As the study used publicly available secondary data without nominal identification of users, it did not require review by a Research Ethics Committee, in accordance with Resolution No. 510/2016 of the National Health Council. Results A significant

expansion in cardiovascular risk stratification was observed throughout the analyzed period. In 2023, 5,291 procedures were recorded, including 3,501 among females and 1,790 among males, across 23 municipalities, 10 of which were covered by the strategy. In 2024, the number increased to 7,940 procedures (5,360 women and 2,580 men), with participation from 23 municipalities, 11 of which were covered by the strategy. In 2025, corresponding to the period of intensified technical support actions, there was an increase to 22,895 procedures, including 15,124 among females and 7,771 among males, involving 29 municipalities, 13 of which were covered by the strategy. In 2026, considering data from the first quarter, 9,838 procedures were recorded (6,486 women and 3,352 men) across 32 municipalities, 14 of which participated in the strategy. In the comparative analysis, 13,231 procedures were considered for the pre-intervention period (2023–2024) and 32,733 procedures for the post-intervention period (2025 and the first quarter of 2026). In the comparative analysis, 13,231 procedures were considered for the pre-intervention period (2023–2024) and 32,733 procedures for the post-intervention period (2025 and the first quarter of 2026). Comparison of the distribution of procedures by sex between the periods showed a statistically significant difference according to the chi-square test ($p = 0.0414$). The observed increase coincided temporally with the period of intensified technical support actions, indicating a temporal association without allowing a causal relationship to be established. Regarding target achievement, all municipalities covered by the strategy met the indicators related to consultations and blood pressure measurement. Regarding laboratory tests, eight municipalities met the targets for glycated hemoglobin and eight for LDL cholesterol. However, only one municipality achieved the target for comprehensive cardiovascular risk assessment, indicating greater complexity in operationalizing this indicator. During the technical visits, weaknesses were identified regarding the quality of SISAB records, inappropriate use of codes from the SUS Management System for the Table of Procedures, Medicines, Orthoses, Prostheses and Special Materials (SIGTAP), difficulties in integrating clinical data, and limitations in organizing care pathways. Conversely, positive aspects included good team receptiveness, support from municipal management, and interest in professional qualification. Conclusion The results showed an expansion of cardiovascular risk stratification and increased participation of municipalities during the analyzed period, coinciding temporally with the intensification of technical support actions. Statistical analysis demonstrated a statistically significant difference in the distribution of procedures by sex between the periods ($p = 0.0414$), reinforcing the relevance

of indicator monitoring and institutional support actions. The findings also reinforce the importance of continuing education for improving work processes and implementing the Cardiovascular Health Strategy in Primary Health Care. Despite the observed progress, challenges remain regarding the quality of records, organization of care pathways, and consolidation of cardiovascular risk assessment. The study contributes to understanding the role of state-level management in supporting public policy implementation and strengthening Primary Health Care. References BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.008, de 4 de novembro de 2021. BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS nº 1.054 e nº 1.056, de 2022. BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS nº 2.105 e nº 2.110, de 2022. MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e desafios para a saúde pública no Brasil. Revista de Saúde Pública, 2023. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS, 2018.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; doenças cardiovasculares; políticas públicas; avaliação em saúde; gestão em saúde.