

## Síntese da avaliação de impacto do Cuidando de Todos em Itaquera e Penha no período 2018-2021

### O PROJETO

O Cuidando de Todos é uma iniciativa que visa aprimorar as ações de rastreamento, detecção precoce, tratamento e controle de pacientes com hipertensão, diabetes, obesidade e colesterol alto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Liderado pela área técnica de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), idealizado pela Fundação Novartis e implementado inicialmente pelo Instituto Tellus e atualmente pela Beneficência Portuguesa.

Em 2018, o projeto se inicia em 6 UBS de Itaquera e, em 2019, se expande para as demais unidades básicas de saúde da região, alcançando 24 UBS. Em seguida, em 2020, o projeto passa ser implementado também na região da Penha, incorporando outras 21 UBS.

Atualmente, no Município de São Paulo, o projeto atua com totalidade de suas ações em 237 UBS e conta com o Protocolo “Cuidando de Todos: Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo”, diretriz clínica e de linha de cuidado às DCNT, universalizado em novembro de 2019 com capacitação em todas unidades. Além do Protocolo, o Guia Cuidando de Todos na Escola também é uma solução que está disponível desde abril de 2022 para as todas as equipes de saúde e educação do município responsáveis pela implementação do Programa Saúde na Escola (PSE).

### PRINCIPAIS AÇÕES



Protocolo “Cuidando de Todos”



Modelo de gestão e governança



Painel de gestão



Programa EAD Cuidando de Todos



Formação de Replicadores Estratégicos



Guia Cuidando de Todos na Escola



Estratificação de risco



Cantinho Cuidando de Todos



Plano de Autocuidado Pactuado



Combo Adesão Digital

### PROJETO:

Cuidando de Todos

### IMPLEMENTAÇÃO:

Instituto Tellus (2018 – junho/2024) e BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo (julho/2024 - atualmente)

### AVALIAÇÃO:

Priscilla Bacalhau e Carolina Veronesi

### ENTREGAS, RESULTADOS E EFEITOS DO PROJETO (MATRIZ LÓGICA)



#### EFEITOS

Contribuir para a redução da morbimortalidade associada à hipertensão, diabetes, obesidade e colesterol alto.

#### RESULTADOS FINAIS

Aumento da identificação de pessoas com hipertensão, diabetes, obesidade e colesterol alto. Aumento da adesão ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso) por pacientes diagnosticados. Aumento da adesão a ações preventivas. Aumento do número de pacientes controlados.

#### RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS

Ampliação das ações de rastreio e busca ativa. Aumento do número de pessoas com análise/estratificação de risco realizada. Estabelecimento de fluxo nas UBS para manejo da hipertensão, diabetes, obesidade e colesterol alto. Sensibilização da população para temas relacionados.

#### ENTREGAS DIRETAS DO PROJETO

Cocriação e implementação de um pacote de 10 soluções (descritas abaixo); capacitações dos profissionais de saúde tanto instrucionais, em relação às soluções da iniciativa, quanto em outros temas como gestão e governança, comunicação, e gestão de dados; Suporte contínuo à gestão para garantir transferência de conhecimento e sustentabilidade das ações implementadas.

## LINHA DO TEMPO DA AVALIAÇÃO

Com base no período de início das ações do programa e no conjunto de dados disponíveis para a avaliação, foram escolhidos os seguintes períodos pré e pós-intervenção:



## DESENHO DA AVALIAÇÃO

A avaliação de impacto do Cuidando de Todos buscou compreender os efeitos da iniciativa nas unidades básicas de saúde e nas subprefeituras de Itaquera e Penha. Para isso, foram selecionados 3 grandes grupos de indicadores [produção nas UBS, utilizando dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)\*; indicadores hospitalares, com base nos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e; taxas de mortalidade, utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)] para serem acompanhados ao longo dos anos, e para servirem de métrica para cálculo do efeito da iniciativa.

Para entendermos o efeito do Cuidando de Todos, precisamos mensurar de forma adequada a diferença entre os resultados nos indicadores de interesse após a implementação da iniciativa e o que teria acontecido caso ela não tivesse ocorrido. Contudo, como não é possível observar o que teria ocorrido com estes nos dois cenários, tornou-se necessário definir um grupo de comparação adequado. Além disso, como a escolha das UBS não foi aleatorizada e as unidades foram escolhidas considerando características próprias das regiões de Itaquera e Penha, optou-se por métodos não-experimentais.

Para os indicadores de produção nas UBS foi aplicada a metodologia de Diferenças em Diferenças (DiD) e estudo de evento. Essa abordagem permite comparar os indicadores das UBS do grupo de tratamento (exposto ao programa) com os indicadores das UBS do grupo de comparação (não exposto ao programa) ao longo dos anos. A premissa é que o grupo de comparação reflete o que teria ocorrido com as UBS da Penha e Itaquera tratadas, na ausência do programa.

Para os indicadores hospitalares e taxas de mortalidade foi utilizado o método de Controle Sintético, com a construção de um grupo de comparação (região sintética) a partir da combinação dos indicadores de subprefeituras de São Paulo que não receberam o projeto nos anos iniciais. Neste caso, o efeito do programa foi estimado usando as informações disponíveis, antes e depois do programa, para o grupo de tratamento (subprefeituras beneficiadas) e para o grupo de comparação (subprefeituras não beneficiadas).

## PRINCIPAIS RESULTADOS

### PRODUÇÃO DAS UBS

↑ **33%**

no número de atividades educativas realizadas pelas UBS de Itaquera e Penha, representando um aumento de 224 em atividade educativa/orientação em grupo APS em relação à média de 673 atividades anuais.

↑ **17%**

no número de aferições de pressão arterial realizadas pelas UBS de Itaquera e Penha, representando um aumento de 1.400 por ano em relação à média de 8230 aferições. Limitações, relativas principalmente ao baixo nível de reporte para diversos procedimentos, na fonte de dados do SIA\* impossibilitaram estimações mais robustas dos efeitos para uma série de indicadores com alto potencial de serem impactados pela iniciativa como busca ativa, diagnósticos por teste rápido, consultas, atendimentos e visitas domiciliares.

### INDICADORES HOSPITALARES

↓ **11,79**

internações precoces (30 a 69 anos) nas subprefeituras de Itaquera e Penha por doenças do aparelho circulatório, por 10 mil habitantes, no primeiro ano do programa. Nos 4 anos do programa analisados, foi estimado impacto de redução de 2,37 internações precoces (30 a 69 anos), por 10 mil habitantes. Efeito não significativo para proporção de óbito nas internações por doenças do aparelho circulatório nestas subprefeituras.

Ainda não encontrados efeitos significativos para estes indicadores em casos de diabetes nas subprefeituras de Itaquera e Penha.

### INDICADORES DE LONGO PRAZO

↓ **10,64**

mortes precoces (30 a 69 anos) nas subprefeituras de Itaquera e Penha por doenças do aparelho circulatório, por 100 mil habitantes, nos dois primeiros anos do programa.

Ainda não encontrados efeitos significativos para mortes precoces por diabetes nas subprefeituras de Itaquera e Penha.

\*O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), principal referência para indicadores da APS, divulga majoritariamente dados agregadas à nível municipal, dificultando o uso desta fonte em avaliações de impacto que objetivam trabalhar com abrangências mais desagregadas, como é o caso dos indicadores de produção nas UBS.