



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

ANDREISSON DE CARVALHO SOUZA

**MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES EM UMA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA – DF

2016



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

ANDREISSON DE CARVALHO SOUZA

**MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES EM UMA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do  
título de Bacharel em Gestão em Saúde  
Coletiva pela Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Ms. Kátia Crestine Poças

BRASÍLIA – DF

2016

ANDREISSON DE CARVALHO SOUZA

**MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES EM UMA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para  
obtenção do título de Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva pela  
Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Ms. Kátia Crestine Poças

Aprovado em: 05 de Julho de 2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms. Kátia Crestine Poças

Universidade de Brasília – Faculdade de Medicina

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Elza Maria de Souza

Universidade de Brasília – Departamento de Saúde Coletiva

BRASÍLIA – DF

2016

## RESUMO

No contexto atual a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas de caráter multifatorial que evidencia o descontrole da prevalência provocando o aumento de outras patologias ou agravos. O objetivo desse trabalho é descrever as atividades desenvolvidas pelo grupo PET-vigilância em saúde em relação ao monitoramento das ações do programa de hipertensão e diabetes na UBS do Paranoá. Utilizou-se das seguintes técnicas de coleta de dados: observação do processo de trabalho da equipe, aplicação de questionários, análise de prontuários e cadernos de registro além de relatos dos profissionais. O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde do Paranoá no período de julho de 2013 à maio de 2015. Estima-se que no território de atuação da equipe de saúde existam 811 hipertensos segundo a estimativa referente ao número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, sendo que a equipe havia cadastrado até o momento do estudo 423 hipertensos o que corresponde a 52% da cobertura do programa, quanto aos diabéticos possuía 141 cadastrados dos 242 esperados equivalente a 55%. Nesse contexto de vulnerabilidade social e condições epidemiológicas, baixa cobertura de estratégia saúde da família, desestruturação da rede de saúde e isolamento da atenção primária evidencia-se os fatores que dificultam a organização e adequação do trabalho pela equipe considerando as reais necessidades da população. Essa experiência propiciou a inserção dos estudantes na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo como se dão as práticas de saúde, a influência do contexto social, político e econômico na definição da situação de saúde, além de compreender aspectos relativos a gestão desses serviços. Esse projeto foi importante para a mudança organizacional considerando que os profissionais puderam pensar nas suas atribuições e a equipe se dispôs a adotar alguns instrumentos para monitorar suas atividades e organizar seus dados, o que impactará na melhoria do serviço realizado pela equipe, podendo ser considerado um avanço no cuidado dos usuários, que são a principal razão para o desenvolvimento das ações de saúde no SUS.

Palavras-chave: atenção básica, hipertensão, diabetes, estratégias de cuidado.

## ABSTRACT

In the current context, systemic arterial hypertension (SAH) and mellitus diabetes (DM) are chronic multifactorial diseases which highlights the lack of prevalence causing the increase in other diseases or injuries. The aim of this study is to describe the activities developed by PET, a Surveillance Health Group while monitoring activities of the hypertension and diabetes program at a Basic Health Unit (BHU) located in Paranoá. We used the following techniques of data collection: observation of team work process, application of surveys, review of medical records and some reports given by professionals. The study was conducted in Paranoá's BHU from July 2013 to May 2015. It is estimated that in the area reached by the health team's, there are 811 hypertensive patients (aged 20 or more living in the area), and by the time the study was still being developed, the team had registered 423 hypertensive patients, which corresponded to 52% of the program's coverage, and as for the diabetics, the team had registered 141 of the 242 expected equivalent to 55%. In this context of social vulnerability and epidemiological conditions, poor health strategy covering the family, the health network disruption and isolation of primary care, everything leads to highlight the factors that hinder the organization and adaptation of the team work, considering the real needs of the population. This experience led to the integration of students in the Unified Health System (UHS), which enabled them to really understand how health practices are provided, the influence of social, political and economic context in the definition for situation of health, not to mention the fact that they were also able to comprehend some aspects related to the management of such services. This project was important for organizational changes, taking into account that that professionals might mull over their duties and the staff was willing to adopt some tools to monitor their activities and organize data, which will impact on the services performed by the team and may be regarded as an advance in care of patients, which are the main reason for the development of health actions in the UHS.

Keywords: basic care; strategies for caring, Hypertension, Diabetes.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	1
ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	2
O CAMPO DA EXPERIÊNCIA .....	3
O PET VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	4
O ESTÁGIO SUPERVISIONADO.....	5
OBJETIVOS .....	7
MÉTODOS.....	8
RESULTADOS.....	9
REFLETINDO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE .....	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS .....	17

## INTRODUÇÃO

No contexto atual a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas de caráter multifatorial que evidencia o descontrole da prevalência provocando o aumento de outras patologias ou agravos. A HAS e o DM são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, representando agravos que em sua maioria podem ser tratados na atenção básica evitando internações por condições sensíveis (BRASIL, 2002). Estima-se que a prevalência de HAS e DM no Distrito Federal equivale a 24,2% e 6,7% da população respectivamente (BRASIL, 2015).

O diagnóstico, controle e tratamento dessas doenças crônicas podem evitar consequências patológicas de grande impacto na redução das expectativas e da qualidade de vida da população. As equipes de atenção básica desempenham papel importante na mudança dos modos de vida e hábitos sociais além da prevenção de agravos desenvolvidos pelo avanço da doença (BRASIL, 2013a).

O fortalecimento e qualificação da atenção a pessoa com doença crônica, enfatizando a integralidade e longitudinalidade nessa linha de cuidado, são essenciais para que a avaliação de risco e fatores que influenciam no desenvolvimento dessas patologias sejam coerentes com as necessidades dessa população, considerando que a organização do cuidado deve acontecer de maneira holística, não havendo necessidade de se fragmentar a assistência por doença (BRASIL, 2013b).

É perceptível a necessidade de inserção de instrumentos e ferramentas de gestão no processo de trabalho das equipes de saúde da família, objetivando principalmente dar visibilidade e clareza no alcance dos objetivos e melhoria dos resultados. Deve-se enfatizar o foco nessa intervenção sobre os problemas considerando a atenção voltada para as reais necessidades de saúde da população adscrita. Apesar do Ministério da Saúde desenvolver estratégias de monitoramento e avaliação dos programas de hipertensão e diabetes, a exemplo do Hiperdia, esses recursos são pouco utilizados principalmente porque essas ferramentas dificilmente são incorporadas nos processos de gestão. Assim percebe-se o importante papel do

monitoramento e avaliação das ações no reconhecimento desses empecilhos e fatores que dificultam o processo de trabalho das equipes de saúde.

É nesse sentido que observa-se o monitoramento e avaliação como instrumentos essenciais também no processo de tomada de decisão desde que bem articulados com o planejamento das ações abrangendo os processos que configuram a execução das atividades. A utilização desses mecanismos para a mudança organizacional e melhoria da assistência é uma concepção que vai além do modelo tradicional de coleta de dados e encaminhamento para outro nível de gestão sem que haja uma reflexão sobre o que está sendo produzido com a participação ativa dos profissionais e usuários da unidade de saúde (BRASIL, 2004).

## ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Para entendermos o processo de trabalho da equipe de saúde da família é necessário abordar os conceitos de atenção primária e vigilância em saúde compreendendo o contexto da inserção do monitoramento das ações programáticas. É importante caracterizar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica caracterizando não somente as atribuições de cada profissional descrito nas políticas públicas, mas observando como se dá a articulação com os serviços e a gestão nas redes de atenção à saúde.

Segundo Starfield (2002), a atenção primária é a porta de entrada nos serviços de saúde onde a criação de vínculos com os indivíduos favorece o reconhecimento das necessidades básicas da população podendo compreender que a atenção é voltada para o indivíduo e comunidade caracterizando-se pela responsabilização, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação além do trabalho em equipe.

De acordo com a Portaria 1378 do Ministério da Saúde (2013) a vigilância em saúde pode ser entendida como sendo:

Um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a



proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é descrita algumas características do processo de trabalho das equipes de saúde da família, sendo relevante nesse contexto citar o planejamento participativo e monitoramento das ações programáticas enfatizando a importância de se considerar o contexto social, as necessidades da população e os fatores que dificultam e facilitam esse processo (BRASIL, 2012a).

Alguns estudos mostram que o trabalho das equipes de saúde da família podem caracterizar uma estratégia eficaz na busca pela melhoria de indicadores de saúde entendendo as reais necessidades, priorizando e agindo sobre as vulnerabilidades da população adscrita. Essa potencialidade pode não ter êxito em decorrência da baixa cobertura assistencial, estrutura precária e uma rede de atenção à saúde ineficiente. Assim, deve-se caracterizar o acesso aos serviços de saúde de maneira ampla compreendendo não somente ao atendimento de consultas, mas também envolvendo, por exemplo, as ações de promoção da saúde, acesso aos medicamentos e a criação do vínculo por meio das visitas domiciliares (BERSUSA, 2010; SOUZA, 2008, PAIVA, 2006).

## O CAMPO DA EXPERIÊNCIA

A Região administrativa (RA) do Paranoá possui aproximadamente 48 mil habitantes, a maior parte da população é jovem e negra (61% pardo e 11% preta). A RA tem o setor terciário (comércio, serviços gerais e serviços domésticos) como principal atividade econômica. De acordo com os dados considera-se essa população vulnerável pela alta taxa de desemprego (11%), pela alta taxa de analfabetismo (4,5%), baixa escolaridade (42% estudaram até o ensino fundamental) e a classe social mais expressiva possui renda de 2 a 4 salários mínimos (44%) (PDAD,2015). Com relação a saúde, a maioria da população é dependente do SUS, apenas 8,4% possuem planos de saúde (PDAD, 2013). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde a rede de serviços

de saúde é composta por um hospital regional, um centro de saúde e uma única equipe de saúde da família na zona urbana (BRASIL 2016).

A UBS da Quadra 18 do Paranoá, comporta a única equipe de saúde da família da zona urbana, a equipe nº 6, que é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde sendo responsáveis por desenvolver ações de saúde para aproximadamente 3,8 mil pessoas. A equipe conta com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por médico pediatra, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

## O PET VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) instituído pela portaria interministerial nº 421 de 3 de março de 2010 tem por principal finalidade inserir os estudantes de graduação e pós-graduação na realidade dos serviços para produção do conhecimento e estímulo a pesquisa. Com o desenvolver desses projetos é possível incentivar a coordenação da formação profissional, qualificação do ensino, sensibilizar os futuros profissionais além de aprimorar a articulação ensino-serviço. O grupo é formado por tutores, que tem por objetivo supervisionar ou coordenar as atividades do projeto; preceptores, que atuam na supervisão e orientam o trabalho no serviço e por último os monitores que são estudantes de graduação que vivenciam, coletam dados, pesquisam e produzem conhecimento juntamente com a preceptoria e tutoria (BRASIL, 2010).

A Universidade de Brasília articulada com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal visando contribuir para a intervenção sobre as necessidades de saúde e os principais problemas de saúde que afeta a população propõe a construção do projeto “Observatório da Análise da Situação de Saúde do DF e entorno” sendo formado por dois grupos tutoriais: Grupo 1 - Revitalização e Modernização da Sala de Situação em Saúde da Regional de Saúde do Paranoá/SES-DF e Grupo 2 - Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP): Contribuições da Vigilância em Saúde no monitoramento da efetividade da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.

Inicialmente objetivava uma relação entre ambos os projetos, mas percebeu-se uma necessidade de haver uma maior participação na construção de uma intervenção na realidade da Unidade Básica de Saúde contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção prestada pela equipe de saúde. O Grupo 2 desse projeto é formado por uma tutora, dois enfermeiros preceptores (um do centro de saúde do Paranoá e outro da unidade básica de saúde da quadra 18), além de estudantes de graduação da Universidade de Brasília dos cursos de medicina (quatro), farmácia (dois), gestão em saúde coletiva (dois) e enfermagem (um).

O projeto baseou-se em quatro momentos: compreensão dos princípios teóricos da atenção primária à saúde, vigilância em saúde, educação em saúde e controle social; análise situacional envolvendo a estrutura física e as ações desenvolvidas pela equipe; análise e comparação dos indicadores das ações programáticas e plano de intervenção com foco nas ações programáticas com piores indicadores que no caso envolveu a saúde da mulher (câncer de colo do útero e câncer de mama).

As atividades do projeto foram realizadas tanto na Universidade de Brasília quanto na Unidade Básica de Saúde, os encontros eram baseados em oficinas, visitas a UBS, coletas de dados e produção de relatórios em duplas. Foi consolidado um relatório sobre a análise situacional da UBS compreendendo a estrutura física, recursos humanos e a atuação sobre os programas de atenção em todos os ciclos de vida. Em um segundo momento foi construído um relatório contendo os principais indicadores de qualidade das ações programáticas desenvolvidas na unidade: pré-natal, saúde da mulher - câncer de colo uterino e câncer de mama, saúde da criança, saúde do idoso, hipertensão e diabetes. Nesse estudo será apresentado a experiência sob o processo de trabalho e análise dos indicadores de hipertensão e diabetes da equipe de saúde em questão.

## O ESTÁGIO SUPERVISIONADO

O Estágio supervisionado 1 do Curso de Gestão em Saúde Coletiva foi realizado no período de Março a Junho de 2015 na Regional de Saúde do Paranoá. O estágio tinha por objetivos inserir os estudantes no cotidiano dos serviços de

atenção primária, desenvolver habilidades e competências nos eixos de vigilância em saúde, promoção da saúde, ética e gestão em saúde, além de apoiar e contribuir para a qualificação e desenvolvimento institucional. Os estudantes foram distribuídos em grupos nas unidades básicas e centros de saúde dessa regional. Durante o estágio na UBS da Quadra 18 foi realizada a análise situacional da unidade, elencou-se os principais problemas e propôs estratégias de intervenção. O estágio baseou-se na vivência dos estudantes nas unidades de saúde e em reuniões coletivas para apresentação e discussão dos dados coletados além da análise crítica dos principais pontos abordados.

## OBJETIVOS

### Geral

Descrever as atividades relacionadas ao monitoramento das ações do programa de hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Paranoá observados durante o PET-Saúde e o Estágio Supervisionado 1.

### Específicos

Contextualizar os principais indicadores de avaliação dos programas;

Descrever o processo de trabalho da equipe de saúde;

Propor estratégias de mudança no processo de organização das ações e atividades desenvolvidas nos programas.

## MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência no PET-Vigilância em Saúde: Internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) - contribuições da vigilância em saúde no monitoramento da efetividade da atenção primária à saúde no Distrito Federal e do Estágio Supervisionado 1 do Curso de Gestão em Saúde Coletiva. Utilizou-se das seguintes técnicas de coleta de dados: observação do processo de trabalho da equipe, diário de campo, cadernos de registro da UBS e relatos informais dos profissionais. O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) da quadra 18 do Paranoá no período de julho de 2013 à junho de 2015 compreendendo o período das atividades do estágio e do PET.

## RESULTADOS

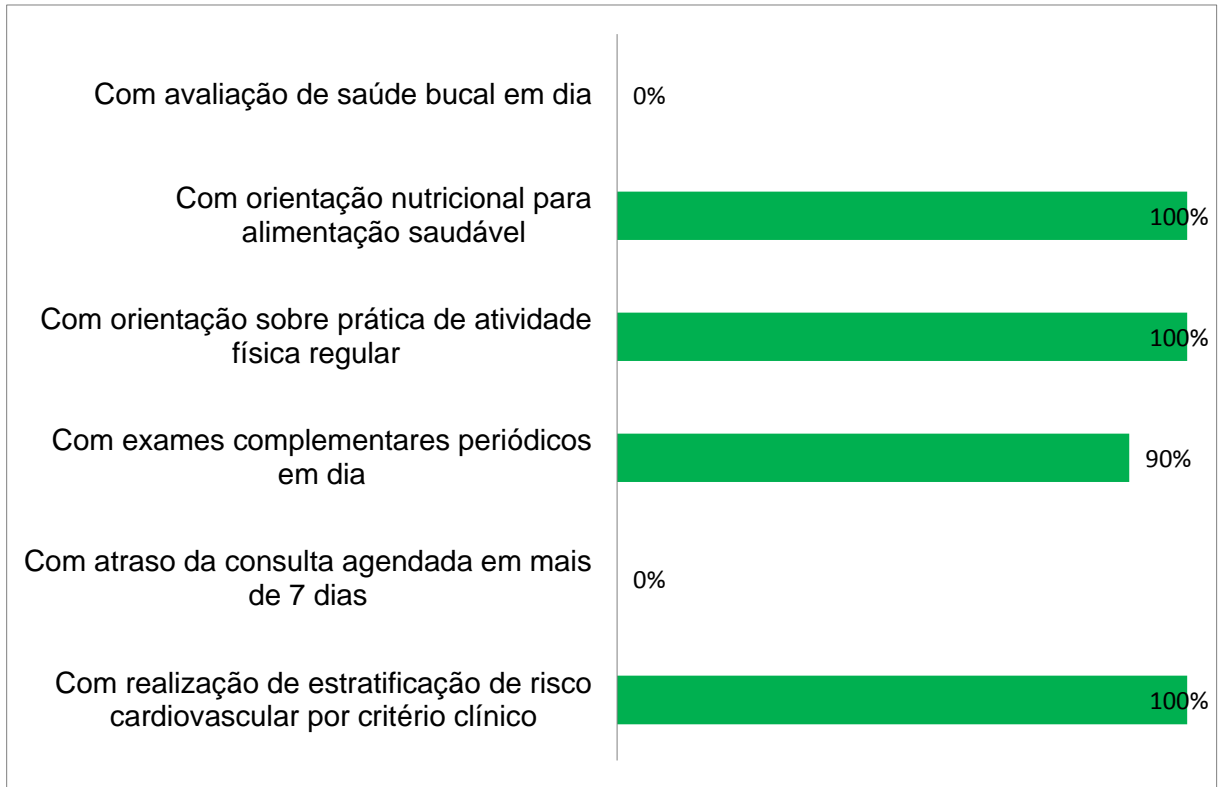
No PET-Saúde, utilizamos uma ferramenta para ajudar na análise situacional da UBS com base nas ações programáticas mais realizadas em atenção primária. Essa ferramenta é uma planilha de Excel já formulada de tal maneira que, inicialmente informa-se a população total da área de abrangência da UBS e, a partir desse número, outros são estimados e fornecem os dados que são utilizados no cálculo dos indicadores das diferentes ações programáticas. Essa ferramenta foi desenvolvida pela Universidade Federal de Pelotas no âmbito da Especialização de Saúde da Família por meio do UnASUS e disponibilizada aos interessados em seu uso.

Estima-se que no território de atuação da equipe de saúde existam 811 hipertensos segundo a estimativa referente ao número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, sendo que a equipe havia cadastrado até o momento do estudo 423 hipertensos o que corresponde a 52% da cobertura do programa. Essa cobertura é baixa, considerando que esse valor está aquém do esperado pelo Ministério da Saúde (2006) onde preconiza que 80% dos hipertensos esperados sejam acompanhados pela equipe (BRASIL, 2012b).

De acordo com a figura 1, a qual foi gerada na ferramenta supra-citada, evidencia-se que a equipe de saúde realiza a estratificação de risco cardiovascular além de orientar sobre a prática de atividades físicas e alimentação saudável para todos os hipertensos cadastrados (423). Deve-se enfatizar que não foi feita uma investigação sobre como é realizado esses procedimentos e assim não podemos inferir sobre a sua eficácia. Observa-se ainda que todos os pacientes cadastrados estão com consultas em dia o que pode demonstrar que os profissionais mesmo diante dos obstáculos e sobrecarga do trabalho conseguem oferecer o mínimo de assistência aos usuários.

Dos cadastrados 390 (90%) estão com exames complementares em dia, podendo ser explicado pela dificuldade do acesso dos usuários a esses procedimentos na referência desse serviço. Até o momento do estudo a unidade não

dispunha de uma equipe de saúde bucal, portanto não há como qualificar esse indicador.

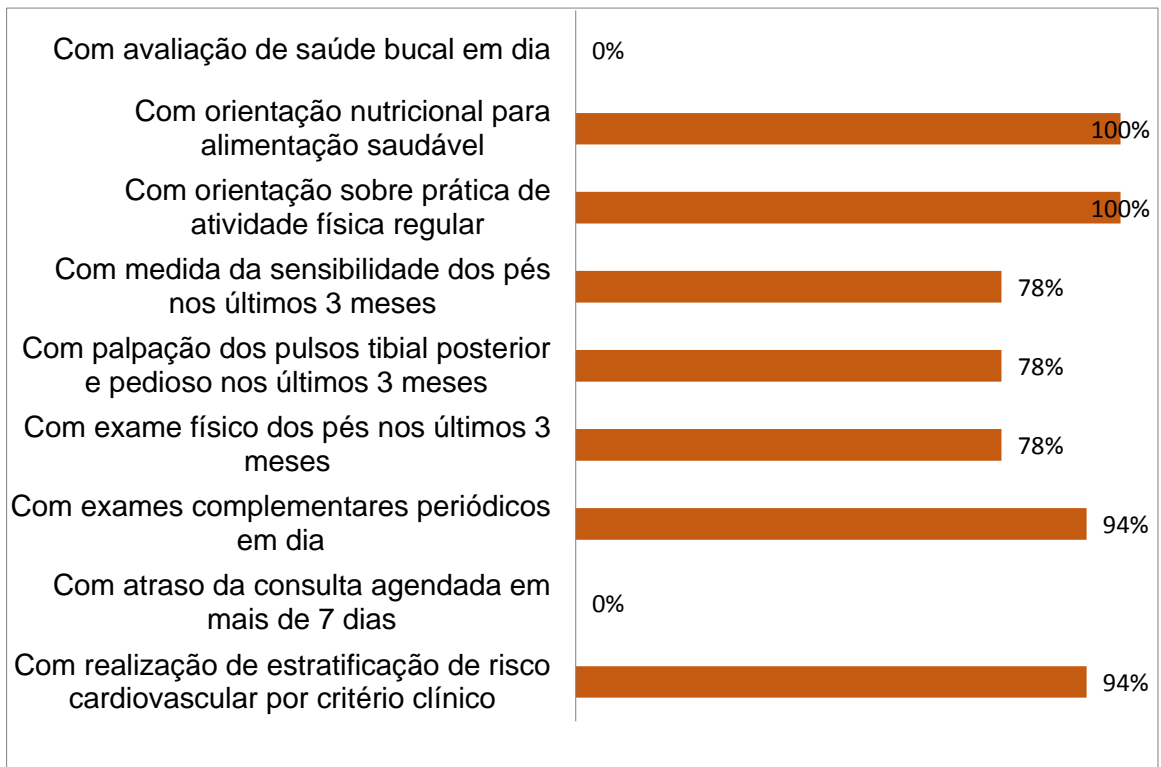


**Figura 1. Indicadores de qualidade do programa de hipertensão (%)**

Com relação aos diabéticos a equipe tinha cadastrado 141 sendo que o esperado era de 232 diabéticos, correspondendo a uma cobertura de 55% do programa. Esse valor está relativamente bom considerando que o Ministério da Saúde (2006) preconiza que sejam acompanhados no mínimo 65% dos diabéticos esperados na área de abrangência da equipe (BRASIL, 2012b).

A figura 2 mostra os indicadores de qualidade do programa de diabetes onde todos os usuários cadastrados no programa possuem orientação quanto a alimentação saudável e a prática de atividade física regular. Foi constatado a realização da estratificação de risco e exames complementares em dia em 120 dos cadastrados (94%), considerando que esses exames são mais simples e de fácil acesso na rede pública. Novamente, não se questionou o processo de desenvolvimento dessas ações assim não podemos concluir sobre sua qualidade.





**Figura 2. Indicadores de qualidade do programa de diabéticos (%)**

Os usuários diabéticos com medida da sensibilidade dos pés, com exame físico dos pés e palpação do pulso tibial posterior e pedioso equivale a 100 (74%) diabéticos cadastrados. Esse valor pode ser considerado baixo visto que é uma ação que pode ser compartilhada entre a médica e a enfermeira e que não demanda o uso de técnicas ou instrumentos que não dispõe na unidade básica. No entanto, acredita-se que o principal empecilho na melhoria desse indicador seja na busca ativa desses usuários.

A organização dos dados da equipe categorizados por ação programática permite aos profissionais a compreenderem sobre os processos de trabalhos contribuindo para um melhor planejamento das ações e estratégias que utilizarão para alcançar metas e melhorar os indicadores necessários. O monitoramento desses indicadores através desses dados pode ser uma ferramenta essencial na elaboração de instrumentos de gestão, na comprovação de sobrecarga de trabalho e na melhoria de aspectos relacionados a gestão do trabalho e educação permanente.

O acompanhamento e controle dos pacientes com doenças crônicas não deve se pautar apenas na procura do usuário a unidade seja por algum problema agravante, pela troca de receita ou recebimento do medicamento. Sendo assim, é

necessário que a equipe tenha ciência e conheça a sua população adscrita com a finalidade de realizar busca ativa e produzir saúde. Para isso o monitoramento e avaliação por meio de indicadores da qualidade da assistência podem subsidiar a equipe nesse processo de categorização das ações programáticas que precisam de intervenção.

Assim, de acordo com as discussões nas oficinas e com os relatórios produzidos pelo grupo do PET propõe-se algumas medidas que poderiam ser utilizadas para melhorar tanto os indicadores de cobertura quanto os de qualidade dos programas. Acredita-se que a instituição de cursos de educação permanente principalmente sobre as atribuições de cada profissional e o desenvolvimento de oficinas abordando a importância da detecção e intervenção sobre os fatores de risco para essas doenças crônicas são estratégias pertinentes no diagnóstico e tratamento, considerando que o controle da hipertensão e diabetes deve estar associado a mudanças comportamentais e criação de mecanismos de intervenção por meio da educação em saúde.

Também deve-se destacar a importância da criação de um mecanismo de monitoramento das ações desenvolvidas nesses usuários cadastrados e busca ativa por meio de visita domiciliares dos usuários que não frequentam a unidade, considerando que embora verifica-se a melhoria no controle da hipertensão ainda é evidente o descontrole nos fatores de risco. Deve-se enfatizar que de acordo com Sala (1996) o controle da pressão arterial pode estar relacionado a presença do usuário portador de hipertensão na unidade de saúde e a adesão a hábitos saudáveis também tem relação com a proximidade do usuário com o serviço.

## REFLETINDO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE

Durante o estágio foi possível realizar uma inserção maior com relação a vivência no cotidiano da equipe de saúde. Assim, pode-se dizer que o processo de trabalho da equipe da UBS estudada envolve tanto ações de prevenção, promoção e reabilitação dos indivíduos pertencentes ao território de abrangência da unidade. Com relação ao programa de hipertensão e diabetes esse processo compreende a aferição de pressão arterial e glicemia, grupo de automassagem realizado pela

agente comunitária de saúde, consulta médica e de enfermagem e visitas domiciliares a diabéticos e hipertensos descompensados.

Os atendimentos são norteados por ações programadas e não programadas, considerando que todo usuário admitido na unidade será acolhido e orientado pela equipe. Deve-se enfatizar que o trabalho desses profissionais são pautados pelos protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A coordenação da equipe e gerenciamento da UBS é compartilhado entre a médica e enfermeira, no entanto todos os profissionais tem um importante papel no processo de tomada de decisão visto que este é realizado através de reuniões coletivas. Até o momento do estudo a unidade não possuía atenção à saúde bucal, os usuários eram encaminhados para o Centro de Saúde do Paranoá.

A aferição da pressão arterial e glicemia são feitas pelas técnicas de enfermagem no anexo da unidade e pela enfermeira quando há uma demanda maior de usuários. Alguns usuários aguardam a consulta que em sua maioria tem por pressuposto a avaliação de risco e troca de receitas dos medicamentos. O grupo de automassagem normalmente acontece pela manhã, sendo formado majoritariamente por mulheres que são orientadas por uma agente comunitária de saúde. As visitas domiciliares foram momentos ricos que concretizaram a ideia de formação do vínculo e continuidade do cuidado percebidos através da boa recepção dos usuários, das orientações realizadas pelos profissionais e também pela preocupação em conseguir instrumentos para que as famílias tenham condições de manter os cuidados básicos.

No início do PET-Saúde observou-se que a equipe dedicava um período pela manhã para a realização das ações de hipertensão e diabetes. Já durante o estágio percebeu-se que houve uma ampliação dessa agenda aumentando o período para dois turnos, pela manhã foca-se nas consultas e atividades de promoção da saúde e a tarde é realizada as visitas domiciliares e atendimentos a demanda espontânea. Logo, pode-se constatar que há uma preocupação por parte da equipe em organizar a agenda de acordo com as necessidades de saúde da população, considerando as mudanças no perfil de morbimortalidade.

Através de relatos dos profissionais, a equipe encontra-se sobrecarregada diante das atribuições que são exigidas e dos fatores que dificultam a agilidade do processo, como as cobranças excessivas do preenchimentos de fichas da condição de saúde dos indivíduos e produção ambulatorial além da inexistência de pessoal responsável pelo setor administrativo, o que acaba sendo realizada também pelos profissionais da assistência.

Talvez não seja pertinente analisar esse processo sob a ótica do trabalho real e prescrito de acordo com os pressupostos do Ministério da Saúde considerando que não houve uma imersão suficiente nessa área programática para se chegar a essas conclusões. No entanto, precisa-se sucintamente descrever como é pensada a atenção à pessoa portadora de hipertensão e diabetes considerando as estratégias para o cuidado propostos nos cadernos de atenção básica.

Assim, o Ministério da Saúde preconiza que os profissionais devam se dedicar ao rastreamento dos indivíduos com sintomatologia e critérios de risco estabelecidos para a avaliação e diagnóstico médico. O tratamento e acompanhamento devem se pautar na mudança dos estilos de vida, na redução dos fatores de risco e no uso racional de medicamentos. Deve-se destacar que a prevenção, desde a primária a terciária, e a promoção da saúde deve envolver ações em todos essas atividades do processo de trabalho (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Considerando os princípios da atenção básica estabelecidos na PNAB (2012) é possível inferir que a fundamentação e validação desse processo não depende tão somente da equipe de saúde podendo ser reflexo da estruturação e eficiência do sistema como um todo. No que diz respeito a acessibilidade observa que é um problema no Distrito Federal onde o funcionamento da atenção básica no período noturno e nos finais de semana é restrito a poucas unidades, o que inviabiliza a atuação desses profissionais adequando a realidade da comunidade que em sua maioria trabalha durante o dia. A universalidade e integralidade são princípios bem presentes no processo de trabalho da equipe considerando a atenção à saúde em todos os ciclos de vida além do acolhimento e assistência a todos os indivíduos em tempo oportuno. A formação do vínculo e continuidade do cuidado é bem expressivo no escopo das ações sendo exemplificada pela coordenação do cuidado e da

cooperação entre profissionais e usuários. A responsabilização sanitária pela comunidade também é algo construído e definido pelos profissionais no desenvolvimento de suas atividades.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é formado por uma equipe multiprofissional que tem por finalidade apoiar a equipe na busca pela integralidade desenvolvendo a ampliação da clínica e a capacidade de intervenção nos problemas de saúde do território (BRASIL, 2012a). A equipe de saúde da família se reúne com o NASF uma vez por mês, esse encontro se caracteriza em dois momentos: inicialmente discute-se a inserção de novos casos que precisam da intervenção conjunta desses profissionais, em seguida apresenta-se a evolução dos pacientes e quais condutas deverão ser seguidas para que os problemas de saúde dessas pessoas sejam sanados. Constatou-se que a atuação do NASF é ampliada, enfatizando não somente a intervenção sobre casos específicos mas auxiliando a equipe na construção de projetos terapêuticos singulares e atuação coletiva na comunidade por meio da educação em saúde.

Nesse contexto de vulnerabilidade social e condições epidemiológicas, baixa cobertura de estratégia saúde da família, desestruturação da rede de saúde e isolamento da atenção primária evidencia-se os fatores que dificultam a organização e adequação do trabalho pela equipe considerando as reais necessidades da população. Para além de organizar a agenda e discutir o processo de trabalho com o olhar sobre o trabalho real e prescrito é necessário que a rede de atenção à saúde seja eficiente fazendo com que a atenção básica consiga cumprir com o seu papel de coordenadora dessa rede, desenvolvendo mais atividades de promoção e prevenção distanciando da atenção voltada para assistência ambulatorial.

É diante dessa realidade que percebe-se o quanto é importante uma rede de atenção à saúde muito bem estruturada para que a atenção básica consiga atingir seus princípios básicos com êxito. Assim, verifica-se que uma atenção primária fortalecida e qualificada contribui para a diminuição de internações por condições sensíveis. Observa-se ainda que os princípios da atenção básica como a continuidade do cuidado, o trabalho multidisciplinar e o vínculo com a comunidade são essenciais na garantia da redução dessas internações (NEDEL, 2010; DIAS-DA-COSTA, 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualificação e expansão da atenção primária nessa região é algo extremamente necessário para a melhoria do desempenho dos serviços de saúde e principal das equipes de saúde da família visando uma atenção maior sobre as necessidades de saúde dessa população além de impactar na saúde dos trabalhadores. Com relação a atenção ao hipertenso e diabético a equipe faz um esforço para compreender todos os aspectos que envolve essa ação programática mas ainda existem muitas pessoas desassistidas e que precisam dessa atenção para evitar possíveis agravos que poderão contribuir para o aumento das internações por condições sensíveis.

Além de ter uma rede de atenção à saúde estruturada é necessário que a equipe consiga colocar na rotina de trabalho instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações que poderão subsidiar a tomada de decisão e a organização da agenda, orientar o processo de trabalho em equipe além de indicar os problemas que dificultam a melhoria dos indicadores de cada ação programática.

Essas experiências foram propícias para a inserção dos estudantes na realidade do SUS compreendendo como se dão as práticas de saúde, a influência do contexto social, político e econômico na definição da situação de saúde, além de compreender aspectos relativos a gestão desses serviços.

As ações desenvolvidas tais como oficinas, visitas, produção de relatórios, reuniões coletivas favoreceram a idealização da importância de um planejamento e do trabalho em equipe. Tanto o estágio quanto o PET foram importantes para a mudança organizacional considerando que os profissionais puderam pensar nas suas atribuições e a equipe se dispôs a adotar alguns instrumentos para monitorar suas atividades e organizar seus dados, o que impactará na melhoria do serviço realizado pela equipe, podendo ser considerado um avanço no cuidado dos usuários, que são a principal razão para o desenvolvimento das ações de saúde no SUS.

## REFERÊNCIAS

- BERSUSA, Ana Aparecida Sanches et. al. Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 513-522, jun. 2010
- BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na Atenção Básica de Saúde – roteiros para reflexão e ação. Brasília, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 421 de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo – ficha de qualificação dos indicadores. Brasília, 2012b.
- BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (Diabetes mellitus). Caderno de Atenção Básica nº 36, 2013a.
- BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (Hipertensão arterial sistêmica). Caderno de Atenção Básica nº 37, 2013b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 1378 de 9 de Julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em <http://cnes2.datasus.gov.br/> Acessado em Junho de 2016.
- COMPANHIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO DISTRITO FEDERAL. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Região Administrativa do Paranoá (2013). Disponível em <http://www.codeplan.df.gov.br/>. Acessado em Maio de 2016.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO DISTRITO FEDERAL. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Região Administrativa do Paranoá (2015). Disponível em <http://www.codeplan.df.gov.br/>. Acessado em Maio de 2016. DIAS-DA-

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et. al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, fev. 2010.

NEDEL, Fúlvio Borges et. al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. Revista de Epidemiologia de Serviços de Saúde. Brasília, v. 19, n. 2, p. 61-75, jan. - mar. 2010.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006.

SALA, Arnaldo; FILHO, Alexandre Nemes; ELUF-NETO, José. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. Rev. Saúde Pública, v. 30, n. 2, p. 161-167, 1996.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; GARNELO, Luíza. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 91-99, 2008.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.