



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

**Análise do Processo de Implantação do Plano de Cuidado:
sistematização da experiência a partir dos Estágios Curriculares em
Saúde Coletiva na Região de Saúde Leste
do Distrito Federal**

ORIENTADORA:
Profa. Dra. DAIS GONÇALVES ROCHA

PRYSILA GABRIG FERREIRA

BRASÍLIA
DEZEMBRO 2018

PRYSCILA GABRIG FERREIRA

**Análise do Processo de Implantação do Plano de Cuidado:
sistematização da experiência a partir dos Estágios Curriculares em
Saúde Coletiva na Região de Saúde Leste
do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação em Saúde Coletiva, do
Departamento de Saúde Coletiva, de 2018/2.

Orientadora:

Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha

**BRASÍLIA
DEZEMBRO 2018**

À Deus por ser meu refúgio e fortaleza.

À Silvania Maria Gabrig Ferreira, pessoa doce, gentil e sábia, que será sempre a minha melhor amiga e o meu maior exemplo de amor e fidelidade.

À minha família por ser fundamental na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus que me iluminou meu caminho e me abençoou com saúde e força para superar os momentos difíceis da minha graduação.

Ao meu núcleo familiar, em especial meu pai Marcos e irmãos Karen e Marcos Felipe, que me guiaram com sabedoria, apoiaram minhas decisões, auxiliaram na caminhada e sempre valorizaram meus pensamentos e sentimentos.

Aos amigos e familiares por todo cuidado espiritual e afetivo durante a graduação e a construção deste TCC: Aline Biazioli, Amanda Biazioli, Ana Flávia Muniz, Çagla Gürses, Cláudia Mergulhão, Daniela Pimenta, Gabriela Rodrigues, Hari Jeon, Ingrid Fernandes, Isabela Pierri, Jessica Luna, José Nascimento, Laís Luna, Luísa Luna, Mayara Nepomuceno, Patrícia Magno, Patrícia Nobre, Paula Drake, Sara Rose, Sarah Rodrigues, Shirley Ferreira, Talita Maria, Thaís Nogueira.

À Universidade de Brasília e Faculdade de Ciências da Saúde pelo suporte acadêmico. À todos os funcionários por proporcionarem um ambiente saudável para aprendizagem.

Ao Departamento de Saúde Coletiva, em especial professores Cláudia Pedrosa, Cláudio Lorenzo, Daphne Rattner, Éverton Pereira e Leonor Pacheco, que tanto me incentivaram e contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal.

À professora Dais Gonçalves Rocha pela orientação deste trabalho com empenho, disposição e sabedoria; por todas as correções e sugestões; pelo diálogo sincero, aberto e construtivo; pela sensibilidade no olhar e delicadeza no cuidar; e pelos incentivos que me fortaleceram e não me deixaram desanimar.

À todos os profissionais do Ambulatório de Atenção Especializada do Hospital da Região Leste, que me receberam com muito carinho, se dispuseram a me ensinar e fizeram parte do meu aprendizado como sanitaria. Agradeço a oportunidade de testemunhar uma equipe multiprofissional integrada, comprometida com o serviço e focada em atender as necessidades de saúde da população.

À psicóloga e preceptora Natália Vodopives Pfeil pela conduta, didática, disponibilidade, atenção e acolhimento, que me auxiliou na construção conjunta de conceitos e pensamentos críticos necessários para meu desenvolvimento.

Ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde que possibilitou a observação, participação e construção coletiva nas oficinas e tutorias de Planificação

com Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada.

À todos os profissionais da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde da Superintendência da Região de Saúde Leste, em especial à psicóloga Cláudia Feres, gerente da Gerência de Áreas Programáticas, que me acolheu, promoveu espaços estratégicos de escuta, auxiliou na construção dos projetos e estabeleceu parcerias para viabilizar processos de trabalho do Ambulatório de Atenção Especializada.

À todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) 1 do Itapoã, em especial gerente Cláudia Nogueira, terapeuta ocupacional Sabrina de Freitas, enfermeira Priscila Souza e dentista Fernanda Verissimo, que auxiliaram a minha inserção como sanitarista no serviço, o reconhecimento das potencialidades e desafios do território e a participação em colegiado gestor para construção coletiva de ferramentas de simplificação e unificação de processos de trabalho. Foi com a experiência de estágio na UBS 1 que eu compreendi os processos da Atenção Primária à Saúde, aprimorando a construção desse trabalho sobre coordenação do cuidado de usuários hipertensos e diabéticos.

À todos que direta ou indiretamente fizeram parte dessa etapa da minha vida e contribuíram para a realização desse projeto.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é um relatório técnico sobre a experiência dos Estágios Curriculares de Saúde Coletiva no Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes (AAE) da Região de Saúde Leste do Distrito Federal. Ao trazer elementos facilitadores e limitantes ao cuidado coordenado, o estudo pretende contribuir com tomada de decisões e desenvolvimento de práticas de saúde que reduzam a fragmentação do cuidado e atendam às necessidades de saúde da população. Objetivou-se sistematizar a experiência do Estágio no AAE priorizando a implantação do Plano de Cuidado, instrumento de trabalho coletivo da equipe. Os procedimentos metodológicos foram análise observacional e documental, a partir de uma abordagem qualitativa utilizando os seguintes eixos de análise: apoio institucional, acesso ao AAE na Rede de Atenção à Saúde (RAS), instrumento de trabalho – Plano de Cuidado, trabalho em equipe, apoio matricial e articulação da RAS com outras redes. A integração das RASs é um desafio para Atenção Primária à Saúde e o AAE. A fragmentação do serviço é confrontada com dispositivos de coordenação assistencial. Ao conhecer o território, as necessidades da população, os processos de trabalho, seus fluxos, desafios e potencialidades, podem ser desenvolvidos mecanismos de articulação e continuidade do cuidado. Dessa forma, a rede é fortalecida e estruturada. Algumas orientações ao AAE: continuidade de ações de Educação Permanente e apoio matricial; incentivo de produções e sistematizações das instituições de saúde e a utilização dessas trocas de experiências; construção de protocolos clínicos de Atenção Especializada; estabelecimento de parcerias e adaptação de ações e práticas às necessidades da população; adequação da linguagem técnica de saúde; favorecer a consolidação o campo de atuação do sanitarista no sistema de saúde; e pactuar parcerias de ensino-serviço para assistência integral à saúde da população.

Palavras-chave: Coordenação do Cuidado. Rede de Atenção à Saúde. Atenção Ambulatorial. Doenças Crônicas.

LISTA DE SIGLAS

7ª DBHA	Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial
AAE	Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes
ACG	Atenção Compartilhada em Grupo
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10ª Edição
COAPS	Coordenação de Atenção Primária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DIRAPS	Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
eSF	equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
GAP	Gerência de Áreas Programáticas
GAPESF	Gerências de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família
GSAP	Gerência de Serviços da Atenção Primária
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HiperDia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

HRL	Hospital da Região Leste
IDF	Federação Internacional de Diabetes
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
NAPESF	Núcleo de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAPS	Planificação da Atenção Primária à Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PIS	Práticas Integrativas em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASs	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SESDF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Relevância Pública das Condições Crônicas de Saúde	13
2.2 Rede de Atenção à Saúde: integralidade do cuidado.....	17
2.3 Cuidado Coordenado.....	21
3. OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo Geral	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
4. METODOLOGIA	24
4.1 Natureza do Estudo	24
4.2 Contexto da Experiência.....	26
4.2.1 Diretrizes do Estágio	26
4.2.2 Cenário: Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes da Região Leste.....	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 Apoio Institucional para o AAE	30
5.2 Acesso ao AAE na Rede de Atenção à Saúde - RAS	34
5.3 Fluxograma de Atendimento do AAE.....	43
5.4 Instrumento de Trabalho: Plano de Cuidado	47
5.5 Trabalho em Equipe.....	52
5.6 Apoio Matricial às Equipes de Saúde da Família/Atenção Básica	55
5.7 Articulação da RAS com outras redes	58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
6.1 Fatores críticos da coordenação do cuidado	60
6.1.1 Facilitadores.....	60
6.1.2 Limitantes.....	62
6.2 Lições aprendidas e recomendações	66
REFERÊNCIAS	75
ANEXO A – PLANO DE CUIDADO	83

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é um relatório técnico sobre a experiência dos Estágios Curriculares de Saúde Coletiva, estruturado mediante a sistematização desse período de atuação junto ao Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes (AAE) da Região de Saúde Leste do Distrito Federal.

Sistematizar experiências é um exercício de aprendizagem que procura uma reflexão crítica de processos vividos, possibilitando identificar, ordenar, interpretar e divulgar elementos teóricos e de prática de trabalho (HOLLIDAY, 2006). É uma tarefa educativa com o compromisso reconstruir práticas e produzir novas possibilidades com a troca de experiências e saberes.

A necessidade de sistematização é evidente, visto que, ao serem registradas e divulgadas, as práticas podem conter aprendizados aplicados à outros serviços, contribuir no aprimoramento do serviço e auxiliar no enfrentamento de desafios. Entretanto, de acordo com Holliday (2006), são três os fatores que tornam a sistematização uma atividade escassa nos serviços.

Primeiro, parece ser uma tarefa complexa. As pessoas tendem a nem começar, tanto pela complexidade de linguagem quanto de procedimentos; ou começam e perdem o ânimo, ou por prolongarem demais algumas fases ou por não terem tempo suficiente para se dedicarem à sistematização; ou pensam em contratar um especialista e desconsideram ao pensar em gastos com remuneração. Segundo, não há uma compreensão exata na literatura sobre o que significa sistematização e quais pessoas têm adequada preparação para realizá-la. Terceiro, não se tem tempo para sistematizar. São separados momentos para planejamento, execução e avaliação, mas não são programados tempos oportunos para a sistematização (HOLLIDAY, 2006).

Levando em consideração a escassez de sistematização dos serviços, principalmente quando se trata da área da saúde, este trabalho buscou refletir as condições do contexto em que foram desenvolvidas as práticas dos Estágios Curriculares.

Deve-se ter cautela com as diferenças entre os procedimentos de sistematizar e avaliar, já que um é comumente confundido com o outro. Para Salazar e Grajales (2004), sistematização é compreender a experiência, buscando sentido, interpretando informações, identificando facilitadores e limitantes e propondo mudanças. Já a avaliação é valorar o que foi realizado, refletindo sobre o alcance de objetivos e metas, a identificação e a superação de obstáculos, os aprendizados e o que ainda falta concretizar. Tanto a sistematização quanto a avaliação oferecem elementos que podem fundamentar decisões a fim de melhorar a aplicabilidade de insumos.

Este relatório se concentra na sistematização da implantação do Plano de Cuidado como instrumento estratégico de coordenação do cuidado para usuários com condições crônicas de hipertensão e diabetes. O intuito é produzir um material que disponibilize ferramentas para melhorar a qualidade de vida dos usuários e garantir a continuidade do cuidado. Para tanto, este trabalho pretende aproximar os profissionais de saúde dos conceitos e dimensões da coordenação do cuidado, fortalecer práticas, organizar informações, aprimorar comunicação e estimular decisões baseadas em evidência.

Starfield (2002) afirma que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem quatro atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Estes atributos são essenciais para que a APS seja fortalecida, estruturada e efetiva na resolutividade das necessidades de saúde da população.

Embora Mendes (2009) concorde com a indispensabilidade dos quatro atributos para a APS, ele destaca a maior importância da coordenação do cuidado no ordenamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O autor explica que sem a coordenação do cuidado os demais atributos não teriam seguimento coeso e perderiam sua aplicabilidade.

Dessa forma, a coordenação do cuidado é uma estrutura que possibilita integrar os serviços de saúde, interrompendo as fragmentações do sistema e permitindo a continuidade da assistência por meio da integração da rede e ordenamento de fluxos. Sua limitação ou ausência provoca a descontinuidade das ações e, conseqüentemente, não responde ao pressuposto constitucional de integralidade da saúde.

A saúde é um campo complexo e dinâmico. As transições demográficas e epidemiológicas, que continuamente remodelam as demandas de saúde da população, requerem variações das ofertas de serviço e adaptações do sistema de saúde. Logo, com articulação de vários setores, gestores e profissionais de saúde procuram adequar o serviço às necessidades da população (MENDES, 2009).

Essas mudanças alteram as práticas de cuidado e estabelecem procedimentos mais contínuos em busca do atendimento integral do usuário de saúde. Aos poucos, são instituídos fluxos que compreendem e articulam todos os níveis de complexidade em saúde. Por conseguinte, a coordenação do cuidado é modificada conforme o nível de integração da assistência.

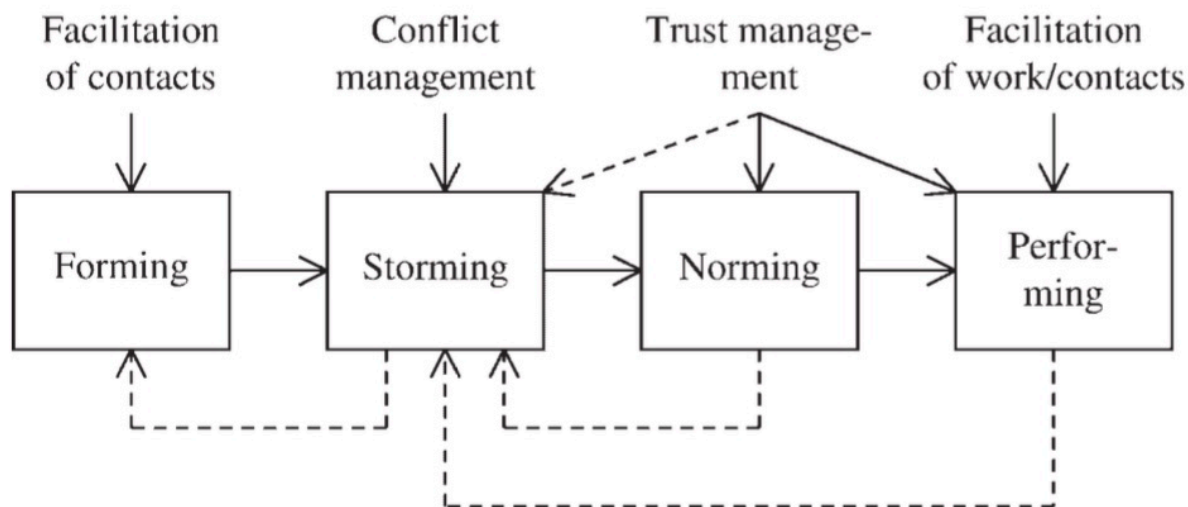
Os serviços de saúde possuem componentes importantes que Donabedian (1996) classifica como estrutura, processo e resultado. Cada componente se adequa ao tempo e espaço em que o serviço está inserido. A estrutura versa sobre as características que possibilitam ou capacitam a oferta de serviços. Os processos compreendem o desempenho de ações dos profissionais de saúde e da população atendida. Esses dois componentes, se devidamente organizados, pressupõem a realização das atividades fundamentais propostas pelo serviço. Por último, os resultados são as implicações e os serviços executados.

Esses componentes precisam ser integrados e, com a variedade de serviços ofertados, há também a necessidade de uma crescente busca de mecanismos para colaboração e organização da assistência. Axelsson (2006) constrói uma estrutura conceitual relacionando diferentes perspectivas teóricas e formas de integração. Para os autores, a integração em saúde pública requer colaboração interorganizacional em diferentes setores da sociedade.

Essa colaboração tem utilizado recursos e conhecimentos de diferentes organizações para melhorar a qualidade e efetividade da saúde pública. Dessa forma, a colaboração inteorganizacional permite que os serviços de saúde identifiquem suas diferenças e construam novas práticas com as trocas das experiências (GRAY, 1989).

Axelsson (2006) identifica equipes multiprofissionais como uma forma de organização colaborativa. Conforme esquematiza a Figura 1, as equipes passam por pelo menos os quatro estágios do processo de construção de desenvolvimento: formação, *storming*, normalização e desempenho (DAFT, 1999).

Figura 1 – Estágios de desenvolvimento de equipes multiprofissionais.



Fonte: AXELSSON, 2006, p. 84.

O primeiro estágio se refere à formação da equipe pelo recrutamento dos seus membros. É o momento de busca de profissionais que possam contribuir em suas atribuições com os valores, objetivos e metas do serviço. O segundo estágio é aquele que normalmente há divergências e conflitos de interesses devido às diferenças culturais, profissionais e organizacionais do grupo. É nessa fase que se desenvolvem estratégias de manejo de conflitos. O estágio de normalização é quando passa essa fase de discordâncias e há confiança entre os membros da equipe. Aqui são desenvolvidos os primeiros passos para metas compartilhadas e conformidade de ações comuns em equipe. Se esse terceiro estágio é desenvolvido, a equipe pode alcançar o desempenho, quando trabalham juntos para atingir seus objetivos, ou um objetivo comum (DAFT, 1999).

O processo de leitura da vivência no Ambulatório compreende o objetivo comum como o cuidado integral de usuários com hipertensão e diabetes. Logo, este trabalho contempla o quarto estágio de desenvolvimento da equipe multiprofissional do AAE, transcorrendo sobre o desempenho da equipe na coordenação do cuidado.

Ao trazer elementos facilitadores e limitantes ao cuidado coordenado, o estudo pretende contribuir com tomada de decisões e desenvolvimento de práticas de saúde que reduzam a fragmentação do cuidado e atendam às necessidades de saúde da população.

Portanto, o relatório procura sistematizar a experiência dos estágios priorizando a implantação do Plano de Cuidado, instrumento de trabalho coletivo da equipe do AAE, de modo que possa recuperar o processo vivido, ordenando e classificando informações para reflexão crítica e comunicado da aprendizagem.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Relevância Pública das Condições Crônicas de Saúde

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica que acontece quando os níveis pressóricos se mantêm elevados, caracterizados pela pressão arterial sistólica (PAS) com contração maior ou igual a 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e pela pressão arterial diastólica (PAD) com dilatação maior ou igual a 90 mmHg (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A condição de saúde de uma pessoa hipertensa frequentemente implica outras morbidades. A obesidade e diabetes *mellitus* (DM), bem como a resistência à insulina, são distúrbios metabólicos que podem ser relacionados à HAS (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (7ª DBHA), coordenada por Marcos Malachias (2016), cita estudos do *The Lancet* e do *Journal of Hypertension*, que associam HAS “a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito” (MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 1).

Com o tempo, a HAS pode provocar o acúmulo de gordura nas paredes arteriais, dificultando o fluxo sanguíneo e aumentando o risco de acidente vascular cerebral (AVC) ou ataques no coração (DELGADO; SILVA, 2011). Além disso, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) afirma que a HAS pode ter associação independente com eventos como morte súbita, doenças arteriais e renais, infarto e AVC.

Segundo Borges *et al.* (2008), uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo tem sido a hipertensão, que é considerada forte fator de risco para doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana.

O “Estudo sobre a Carga Global de Doença” de 2010 considerou que a HAS foi um dos três principais fatores de risco para a distribuição global de carga de doenças em 2010 (LIM *et al.*, 2012). Os autores apontam que 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de acidente vascular encefálico são responsabilidade da hipertensão arterial.

No Brasil, a Nota Técnica do Ministério da Saúde (2012), calcula que 35% da população com mais de 40 anos tem HAS, o que agrava as condições de saúde e provoca 40% de mortes por acidente vascular encefálico e 25% de mortes por doença arterial coronária.

Em 2015, os dados de Scala, Magalhães e Machado (2015) afirmam que a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de pessoas adultas no Brasil, sendo que mais de 60% são idosos.

Analisando a pesquisa “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (VIGITEL), do Ministério da Saúde (MS), verifica-se que, em 2013, no Distrito Federal (DF), 22,3% pessoas disseram ter hipertensão arterial (BRASIL, 2016).

As doenças do aparelho circulatório, uma das complicações da HAS, são a quarta principal causa de internação por classificação CID-10, de 2013 a 2015, no Distrito Federal, com 45.815 internações (8,5%). Em 2014, foram registrados 3.247 óbitos, sendo a principal causa de mortalidade no DF, com 27,1% de óbitos por doenças no aparelho circulatório. No Itapoã, em 2014, o coeficiente de mortalidade de doenças do aparelho circulatório foi de 42,47 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016).

Considerando os dados epidemiológicos e seus impactos na sociedade, considera-se a HAS como relevante problema de Saúde Pública. Uma das dificuldades apontadas como desafio para o serviço de saúde no atendimento aos hipertensos é a dificuldade de adesão ao tratamento, pois além da adoção de medicamentos, o hipertenso deve aderir a hábitos saudáveis de vida (PÉRES, MAGNA & VIANA, 2003).

Outra condição clínica que merece atenção na Saúde Pública é o Diabetes *mellitus* (DM), que não é considerado uma doença, mas sim um conjunto de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Americana de Diabetes (ADA) recomendam a classificação do diabetes em quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (ALBERTI; ZIMMET, 1999 & ADA, 2015).

Com o intuito de prevenir as complicações micro e macrovasculares do diabetes na sociedade, o ADA definiu, com aceitação da OMS e da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), os critérios para o diagnóstico do DM com a utilização da glicemia (Quadro 1) (MILECH *et al.*, 2016).

Quadro 1 – Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes *mellitus* e seus estágios pré-clínicos.

Categoria	Jejum*	2 h após 75 g de glicose	Casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	≥ 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes <i>mellitus</i>	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 h.

**Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos do DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.

Nota: o diagnóstico do DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

Fonte: MILECH *et al.*, 2016, p. 11

Em julho de 2009, foi acrescentada à proposta de diagnóstico para o DM a utilização da hemoglobina glicada (HbA1c), com as seguintes recomendações (IEC, 2009):

- Diabetes: HbA1c ≥ 6,5% a ser confirmada em outra coleta. Dispensável em caso de sintomas ou glicemia ≥ 200 mg%;

- Indivíduos com alto risco para o desenvolvimento de diabetes: HbA1c entre 5,7 e 6,4%.

Em 2014, a Federação Internacional de Diabetes (IDF) estimou que aproximadamente 387 milhões de pessoas apresentam diabetes no mundo. Em 2035, espera-se que esse número chegue a 471 milhões. Calculou-se que cerca de 80% desses diabéticos vivem em países em desenvolvimento e que a proporção de pessoas acometidas está alcançando faixas etárias mais jovens (IDF, 2017).

No Brasil, foram consideradas 11,9 milhões de pessoas diabéticas na faixa etária de 20 a 79 anos em 2014. Esse número poderia alcançar 19,2 milhões em 2035 (IDF, 2017). Malerbi e Franco (1992) confirmaram no estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil que há uma influência da idade na prevalência de DM. Na faixa etária de 30 a 59 anos houve um aumento de 2,7% de pessoas diabéticas e na faixa de 60 a 69 anos um aumento de 6,4 vezes (17,4%) em relação à anterior.

A Nota Técnica do MS (2012) afirma que 5,6% da população tem DM, que podem implicar em complicações cardíacas, vasculares, oculares, renais, dentre outras. Já na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013, 6,2% da população com 18 anos ou mais disseram ser diabéticos (IBGE, 2014).

Em saúde pública, o diabetes *mellitus* requer atenção ao cuidado da saúde. Em 2000, foi responsável por 5,2% dos óbitos no mundo, tornando-o a quinta principal causa de morte (ROGLIC *et al.*, 2005).

O fato de ser crônica, provocar complicações clínicas graves e ser de difícil controle torna o DM uma condição de saúde custosa para o diabético, sua família e o sistema de saúde (WHO, 2002). Foi estimado nos Estados Unidos que uma pessoa com diabetes custa duas ou três vezes mais caro do que alguém sem DM (ADA, 2013).

No estudo da VIGITEL, em 2013, a prevalência de diabetes em adultos foi de 5,3% no Distrito Federal, sendo que mulheres apresentaram maior prevalência (6,0%) que os homens (4,4%). Observa-se que a prevalência cresce com o aumento da faixa etária e que há redução na percentual nas faixas de 25 a 39 anos (BRASIL, 2016).

Em 2014, o DM apresentou a quarta maior causa de mortalidade no DF, com 449 óbitos. No Itapoã, também em 2014, o coeficiente de mortalidade por diabetes *mellitus* foi de 6,07 por 100 mil habitantes (MILECH *et al.*, 2016).

Levando em consideração os dados apresentados, é notável que Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* são condições crônicas de relevância de saúde pública. Caso negligenciadas ou não devidamente tratadas, HAS e DM podem provocar agravos e comorbidades, sendo necessário uma utilização maior da rede de serviço de saúde desde a atenção básica ao nível terciário de complexidade em saúde. Com o intuito de pensar especificamente em tratamento das condições e prevenção desses agravos e comorbidades, foi pensada uma linha de cuidado na Rede de Atenção à Saúde que atendesse as necessidades de usuários com hipertensão e diabetes.

2.2 Rede de Atenção à Saúde: integralidade do cuidado

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a responsável pela oferta de serviço integral e gratuito a todas as pessoas adscritas no território de saúde, conforme suas necessidades e demandas. Ela é a estratégia que melhor se adequa ao sistema de forma equânime para a saúde da população. A APS tem valores de solidariedade, equidade e direito à alto nível de saúde; princípios de intersetorialidade, participação social, sustentabilidade, entre outros; atributos essenciais de acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade; e atributos derivados de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 1992).

É de responsabilidade estadual fortalecer a Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e garantir assessoria aos municípios, de forma a organizar as equipes de Saúde da Família (eSF), monitorar e avaliar indicadores, desenvolver processos de trabalho e atender às necessidades de saúde da população. Por este motivo, a APS tem sido preocupação dos gestores e alvo de políticas públicas de saúde para reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A integralidade da atenção e a resolutividade das demandas, que suprem as necessidades da população, devem ser garantidas pela RAS e conduzidas pela APS. Assim, o conjunto de ações da APS se torna a coordenação do fluxo de usuários dentro de todos os níveis de complexidade das redes de atenção, fortalecendo a legitimidade da estratégia.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017a). A APS, definida de forma equivalente ao termo Atenção Básica na normativa de 2017, será a principal porta de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Região de Saúde, coordenando o cuidado e organizando os serviços disponibilizados. A Portaria nº 2.346 descreve em seu artigo 2º que:

Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a, p. 68).

Os serviços oferecidos a nível de Atenção Básica atendem demandas referenciada e espontânea e se enquadram aos princípios e diretrizes do SUS e da RAS, que foram revisados pela Portaria nº 2.346. São princípios: Universalidade, Equidade e Integralidade; e são diretrizes organizativas: Regionalização e Hierarquização, Territorialização, População Adscrita, Cuidado centrado na pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do cuidado, Coordenação do cuidado, Ordenação da rede e Participação da comunidade (BRASIL, 2017a).

Uma das definições mais disseminadas sobre Redes de Atenção à Saúde é a de Eugênio Vilaça Mendes (2009):

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2009, p. 82).

A APS é a porta de entrada para o princípio de coordenação do cuidado nas redes. Quando se fala em RAS, tem que se pensar em outras redes e pontos de atenção para garantir a integralidade da assistência. Aqui entram pontos de atenção de equipamentos sociais complementares à saúde, como atividades educativas, de lazer, atividade física entre outras.

Quando integrado e orientado pela APS, o sistema planeja, oferta e executa ações que aprimoram o estado de saúde da população, diminuindo custos e aumentando a qualidade da experiência do usuário no serviço. Devido à relevância

de saúde pública de usuários com condições crônicas de saúde, estabeleceu-se uma linha de cuidado coordenado para usuários hipertensos e diabéticos.

Considerando a HAS e o DM condições clínicas de extrema importância para a saúde pública, foi criado em 2003 o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*. O intuito do programa era reorganizar os serviços da APS para controlar e prevenir agravos na Rede de Atenção à Saúde. Também foram criados o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) e o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, que visavam integrar informações e normas de financiamento para melhorar o acesso do usuário ao serviço (BRASIL, 2012).

Entretanto, em 14 de fevereiro de 2017, foram instituídas duas portarias que estabeleceram que todos os serviços deveriam seguir a reorientação do modelo assistencial de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dessa forma, o Plano de Reorganização e seus programas deixarão de existir e passarão a integrar o modelo referido. A este processo se deu o nome de “Converte”.

A Portaria nº 77 (BRASIL, 2017b) estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (APS) e a Portaria nº 78 (BRASIL, 2017c), regulamenta o artigo 51 da Portaria no 77 para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.

Por meio da orientação da ESF, o fluxo de cuidado dos usuários é desenhado nas RASs com a articulação e integração de diferentes níveis de complexidade. Dessa forma, a fragmentação do sistema e das ações de serviço em saúde é um desafio que deve ser constantemente confrontado. Pensando na continuidade da atenção, a Rede estabelece os níveis secundário e terciário como novos pontos de atenção.

Este trabalho focará no nível de atenção secundário. A área de atenção especializada é caracterizada por maior densidade tecnológica, onde o conjunto de práticas e técnicas são marcadas pelo nível de atenção secundária em saúde. Esses serviços especializados são espaços de produção de conhecimento e ações que convergem tecnologias leves e leves-duras, ordenados na infraestrutura de tecnologia dura (MERHY, 1997).

A APS vem redefinindo as funções e os procedimentos dos demais níveis de complexidade. As redes devem ser distribuídas com unidades de pequeno porte o

mais próximo onde os usuários do sistema vivem e trabalham, sendo descentralizadas. Já a atenção especializada é considerada uma intervenção estratégica territorial por ser hierarquizada e regionalizada, de modo que o Estado assegure a qualidade do serviço prestado a um custo reduzido. Dessa forma, garante-se uma escala adequada de aumento da eficiência e simplificação de processos, requerendo aperfeiçoamento dos planejamentos e da instauração das redes (SOLLA; CHIORO, 2018).

A rede básica de saúde é a porta de entrada do sistema e presta o serviço ao usuário, identificando suas demandas e atendendo suas necessidades. A abrangência é a mais extensiva possível, sendo a demarcação do território um processo ainda muito desigual pelos diferentes padrões de funcionamento. Já na atenção especializada, uma parcela da população adscrita, que necessita de cuidados diferenciados e mais intensivos, se desloca para o espaço de prestação de serviço regionalizado.

Dessa forma, se desenha o fluxo do cuidado e se espera uma boa articulação visando a continuidade de ações e integralidade do cuidado. Mendes (2001) e Solberg (2011) garantem que as vantagens da integração são a melhoria da qualidade da assistência, a redução dos custos e o aumento da eficiência do sistema.

2.3 Cuidado Coordenado

Em 2011, Solberg já afirmava que a coordenação do cuidado era provavelmente um dos conceitos mais populares da assistência médica, sendo um dos componentes mais importantes de inovações populares, como as casas médicas nos Estados Unidos – modelo de cuidado de saúde baseado em uma equipe que presta assistência médica abrangente e contínua aos usuários com o objetivo de obter resultados máximos de saúde. Para o autor, formuladores de políticas de todos os setores esperam que a coordenação do cuidado seja o segredo para melhorar a experiência do usuário e a qualidade técnica do serviço, ao mesmo tempo que reduz os custos do sistema de saúde (SOLBERG, 2011).

Schultz e McDonald (2014) consideram que, mesmo sendo uma área de alta prioridade para melhoria nos sistemas de saúde, não há consenso na definição de cuidado coordenado. As autoras realizaram uma revisão identificando 57 definições de cuidado coordenado, que compreenderam cinco grandes áreas: a coordenação do cuidado envolve vários participantes; é necessária pela interdependência entre os participantes e atividades, requer conhecimento de funções e recursos de todos os participantes; depende da troca de informações; e visa facilitar a prestação apropriada de cuidados de saúde. Elas concluem que mesmo sendo um conceito ainda em evolução, essas definições amplas e flexíveis ajudam a orientar processos de desenvolvimento de modelos, gerando evidências sobre o que funciona melhor e aprimorando a qualidade do atendimento.

Para Almeida (2010), a coordenação do cuidado é a sincronização de ações de saúde que, articuladas em diversos serviços, pretendam atingir um objetivo comum.

Uma revisão sistemática de McDonald *et al.* (2007) identificou mais de 40 definições, que foram consideradas muito diferentes e parecem ser ou muito específicas ou muito abrangentes. A partir da análise, os autores conceituaram coordenação do cuidado como a organização deliberada de atividades de atendimento ao usuário entre dois ou mais participantes (incluindo o usuário) envolvidos nos cuidados do usuário para facilitar prestação adequada de serviços de saúde.

De todo o modo, os conceitos elaborados estão relacionados à integração dos cuidados, tanto horizontal quanto verticalmente. Este articulando serviços e ações em diferentes níveis administrativos e de atenção em saúde. Aquele integrando práticas de diversos setores ou serviços de mesmo nível. A coordenação do cuidado é, em consenso, um atributo essencial para sincronizar ações e potencializar resultados do serviço de saúde.

Como já exposto na introdução, Mendes (2009) considera a coordenação do cuidado o atributo mais importante para as Redes de Atenção à Saúde, pois é ela que harmoniza as ações da equipe, ordena os processos de referência e contrarreferência e articula os serviços do sistema de saúde.

A definição de Nuñez, Lorenzo e Navarrete (2006) menciona as ações de integralidade do cuidado totalmente dependentes da estruturação da Redes de Atenção à Saúde. Assim como perspectivas já citadas, esses autores identificam coordenação como o conjunto de ações interligadas entre diversos setores de prestação de serviço de saúde que aspiram a execução de uma tarefa em comum. Quanto mais estruturada a RAS, melhor elaborada a linha de cuidado que se adapta às necessidades de saúde da população; ou seja, melhor seguimento na coordenação do cuidado.

Hofmarcher *et al.* (2007) traz a perspectiva da coordenação com o cuidado individual como uma habilidade fundamental para o cuidado de usuários com doenças crônicas. O usuário evita novas solicitações de exames, previne receitas duplicadas, discute seu tratamento com autonomia e pode diminuir gastos, tanto para o usuário quanto para o sistema de saúde.

Para Starfield (2002), a coordenação é a propensão de reconhecer as dificuldades e os impasses do serviço e trabalhá-los de modo a garantir o cuidado continuado. O acesso às informações do serviço, a apuração de dados de atendimento e identificação de problemas são alguns passos para uma efetiva comunicação e conseqüente coordenação.

A autora ainda define dois componentes básicos para a coordenação do cuidado: transferência ou acesso à informação e reconhecimento de informações para atendimento. Este componente compreende o uso de informações como lista de medicamentos, exames solicitados e classificação de riscos para que o atendimento possa ser continuado. Aquele trata de sistemas de comunicação e de informação, como prontuários (eletrônicos ou não, compartilhados ou não) (STARFIELD, 2002).

Além de definir quais informações são importantes para que o cuidado seja continuado, é necessário também conhecer os fluxos que os usuários podem percorrer no sistema. Dessa forma, Bárbara Starfield (2002) e Mendes (2011) dialogam que a coordenação do cuidado abarca diversos atributos da rede como acesso e responsabilidade pelo cuidado da comunidade para que todos os pontos de atenção que o usuário necessita estejam disponíveis e garantam qualidade do cuidado.

Considerando a incipiência da literatura sobre sistematização de serviços de saúde de atenção especializada no que concerne ao cuidado coordenado, este relatório procurou sistematizar a vivência dos Estágios Curriculares, priorizando o processo de implantação do Plano de Cuidado de usuários em condições crônicas de saúde do Ambulatório de Atenção Especializada.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Sistematizar o processo de implantação do Plano de Cuidado de usuário em condições crônicas de saúde do Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes da Região de Saúde Leste do Distrito Federal, no período de março a novembro de 2018.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar revisão de literatura sobre conceitos e dispositivos de coordenação do cuidado em usuários com doenças crônicas.

- Analisar a sistematização segundo os eixos de análise: apoio institucional, acesso ao AAE na RAS, instrumento de trabalho – Plano de Cuidado, trabalho em equipe, apoio matricial, articulação da RAS com outras redes.
- Descrever o processo de trabalho do AAE.
- Investigar os facilitadores e limitantes do processo de implantação do Plano de Cuidado.

4. METODOLOGIA

4.1 Natureza do Estudo

Este Relatório Técnico foi realizado utilizando delineamento descritivo a partir da sistematização da experiência dos Estágios Curriculares, principalmente o Estágio Supervisionado 2, com a atuação no Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes (AAE) da Região de Saúde Leste do Distrito Federal.

A sistematização conforme CEDETES e FUNDESALUD (2011) é caracterizada como uma metodologia pedagógica associada à política que por meio de relatos dos atores do programa e documentos produzidos são capazes de reconstruir vivências. É um processo contínuo e integrado que propõe monitorar e analisar procedimentos e resultados, bem como comunicar o aprendizado.

Os procedimentos metodológicos utilizados para a sistematização foram análise observacional e documental, a partir de uma abordagem qualitativa.

A análise observacional foi feita por meio do acompanhamento do cotidiano dos profissionais do Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes da Região Leste. No período de estágio, é de praxe o reconhecimento do serviço, dos processos de trabalho e da população do território e suas particularidades socioculturais. A inserção no serviço possibilitou à estagiária acessar documentos do serviço e dialogar com os usuários, acompanhantes, profissionais de saúde, gestores e demais atores envolvidos. Foi possível participar de processos de qualificação e desenvolvimento junto com os profissionais. Por meio da interação entre as práticas e as necessidades de saúde da população, contribuiu-se também para a ampliação do acesso e melhor qualidade do serviço. Toda a observação foi registrada ao longo do semestre.

Outro procedimento foi a análise documental, que é o estudo “[...] de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (OLIVEIRA, 2007, p. 69 apud SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 6). Ainda não há nenhum documento publicado sobre a experiência do AAE da Região Leste. Então, todo o registro da análise observacional foi fundamental para a produção de materiais que subsidiaram a sistematização do estudo. Os corpos de análise documental utilizados foram os portfólios dos Estágios Curriculares; e notas técnicas, portarias, leis, decretos, planos e demais normativas envolvendo a saúde pública nos níveis de atenção primária e secundária do Brasil e específico no Distrito Federal. Foi realizada também uma revisão de literatura utilizando os termos: Coordenação do Cuidado, Integralidade do Cuidado, Rede de Atenção à Saúde, Atenção Ambulatorial, Equipe Multiprofissional, Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus* e Doenças Crônicas a partir das bases de dados SciELO, LILACS e PubMed.

Foram observados fatores estruturais e relacionais entre os profissionais do AAE com o intuito de identificar pontos facilitadores e limitantes para a coordenação do cuidado. Para tal, o estudo discorreu sobre os seguintes eixos de análise: apoio institucional, acesso ao AAE na RAS, instrumento de trabalho – Plano de Cuidado, trabalho em equipe, apoio matricial e articulação da RAS com outras redes.

Por meio dessa flexibilidade de registro e sistematização foi possível uma nova rede de conhecimento que poderá embasar novas pesquisas e evidências científicas. Espera-se que o estudo alcance o objetivo da sistematização de organizar informações, refletir sobre processos vividos e disseminar o conteúdo aprendido, subsidiando tomada de decisões e melhorando a qualidade da coordenação do cuidado.

4.2 Contexto da Experiência

4.2.1 Diretrizes do Estágio

Apesar do trabalho focar no Estágio Supervisionado 2 de Saúde Coletiva, é importante mostrar os seus antecedentes. O aprendizado das experiências e as atividades construídas ao longo do percurso corroboram para a compreensão da escolha do objeto de estudo do trabalho.

O Estágio Supervisionado de Saúde Coletiva é uma disciplina obrigatória que possibilita ao aluno consolidar seus conhecimentos e ter uma vivência intersetorial e interprofissional com diferentes níveis administrativos e de complexidade.

O Estágio Supervisionado 01, desenvolvido de agosto a dezembro de 2017, foi uma experiência em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Itapoã, que permitiu a realização de uma revisão bibliográfica sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM) com uma proposta de intervenção que permitiu monitorar agravos a partir da unificação e simplificação do processo de registro e acompanhamento dos usuários desta linha de cuidado.

A nova ferramenta de processo de trabalho, de construção conjunta entre direção, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), profissionais de saúde, residentes e graduandas de Saúde Coletiva, possibilitou aos profissionais da UBS reconhecer a importância de registrar os dados dos usuários para acompanhar os agravos de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

A análise dos dados, que é atribuição do coordenador de cada equipe de Saúde da Família, favoreceu o planejamento das ações intersetoriais de promoção da saúde com o intuito de diminuir complicações e prevenir comorbidades. Além disso, os indicadores solicitados pela Planificação do CONASS (que será detalhado a seguir) e pelas normativas de saúde puderam ser calculados, conhecidos pelos profissionais de saúde e enviados para a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS).

O processo de sensibilização das equipes da UBS quanto à importância da coleta dos dados possibilitou a unificação das metodologias de registro das equipes. Malachias (2016) afirma que esse processo facilita o conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita para estimular o diagnóstico precoce, o controle da pressão arterial e glicemia dos usuários, o controle dos fatores de risco

associados à essas doenças e os tratamentos contínuos, com uso de medicação regular e mudanças no estilo de vida do usuário.

Conforme estabelece a Portaria nº 2.436 (2017a), todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Com a mesma perspectiva instrutiva, o Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes da Região Leste (AAE) se posicionou como um potencial espaço para aprendizado e desenvolvimento do serviço de saúde, acolhendo estudantes de graduação de instituições superiores vinculadas à Região Leste do Distrito Federal.

Pensando na linha de cuidado dessas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Secundária, o Estágio Supervisionado 02 permitiu apoiar o processo de implantação do AAE na perspectiva do fortalecimento do trabalho em equipe e da integralidade da atenção.

Para tanto, objetivou-se disponibilizar em formato online o Plano de Cuidados dos usuários do Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) a partir da Intranet, favorecendo a comunicação entre as diferentes categorias profissionais do AAE e entre profissionais de diferentes níveis de complexidade; acompanhar processo de Atenção Compartilhada em Grupo (ACG), mediante a realização de relatoria e reflexões sobre o processo de trabalho; atualizar os dados de adscrição da clientela do AAE junto ao Ponto de Apoio; mapear equipamentos sociais disponíveis para garantia da educação integral dos usuários do AAE (análise documental e identificação de novos recursos); e consolidar e analisar os resultados do instrumento do CONASS de satisfação do usuário.

A proposta foi levada em consideração pela orientadora da Universidade de Brasília (UnB) e pelos profissionais do AAE, que a adaptaram conforme as demandas locais e ferramentas de trabalho em utilização. Portanto, em coletivo, foram discutidas e definidas as linhas de ação para o Plano de Ação do Estágio.

O presente estudo é a apresentação da experiência no campo de atuação dos Estágios Curriculares descritos acima, com enfoque na implantação do Plano de Cuidado como instrumento de coordenação do cuidado. Foi realizada uma análise observacional de março a julho de 2018, no AAE, localizado no Hospital da Região Leste (HRL), no Paranoá.

Os registros observacionais foram estruturados em Portfólio, que é uma

estratégia didática que consiste na reflexão crítica para combinar conhecimentos teóricos aprendidos com a prática de campo de Estágio. O estudante tem a oportunidade de assimilar o conteúdo material e formalizar um pensamento sobre o que foi trabalhado, permitindo assim a consolidação do aprendizado. O aluno passa a atuar de forma direta e ativa na construção do conhecimento, desenvolvendo habilidades para pensar criticamente, se posicionar e atuar diante de determinada situação. Além disso, é um ótimo instrumento para organização de ideias ao contextualizar a vivência com do estágio com assuntos discutidos atualmente e com aplicação das políticas de saúde na sociedade.

De acordo com Paulson e Meyer (1991), o portfólio tem o objetivo de exibir o esforço, desenvolvimento e conquistas do estudante em uma ou mais áreas. É um mecanismo que consegue enxergar a mente do estudante, sua linha de raciocínio e o processo de aprendizagem no nível de cada indivíduo.

Portanto, o portfólio possibilita uma avaliação mais abrangente do que testes com pontuações. Ele observa o progresso do estudante nas tomadas de decisões, assumindo riscos, desenvolvendo soluções criativas e aprendendo a fazer julgamentos sobre seu próprio desenvolvimento (PAULSON; MEYER, 1991).

Devido à natureza de análise observacional do trabalho, conforme a Resolução CNS nº 466/12, este projeto não precisou passar por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP). Em consonância com esta, garantiu-se o anonimato dos envolvidos.

4.2.2 Cenário: Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes da Região Leste

A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. O seu artigo 14 institui o subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada, que é um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado.

As competências do Ambulatório de Atenção Especializada (AEE), conforme a Portaria, são: atuar de forma territorial; prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a sua população

adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento; prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica; realizar contrarreferência em casos de alta; orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica; e encaminhar para subcomponente hospitalar os casos de complicações decorrentes (BRASIL, 2014).

O AAE de Hipertensão e Diabetes do Hospital da Região Leste foi implementado em agosto de 2017 e conta com uma equipe multiprofissional com endocrinologistas, cardiologistas, oftalmologista, psicólogas, nutricionistas, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem, enfermeiros e suporte pontual da equipe de saúde bucal do ambulatório tradicional do hospital.

Os serviços realizados no AAE são consultas individuais com cada profissional do Ambulatório, registro e acompanhamento dos atendimentos no Plano de Cuidado, grupo educativo de Atenção Compartilhada em Grupo, incentivo à participação dos usuários em outras redes de cuidado, pesquisa de satisfação, recebimento de apoio institucional, prestação de apoio matricial, referência e contrarreferência na Rede de Atenção à Saúde.

O foco do AAE é atender as necessidades de saúde da população de hipertensos e diabéticos da Região Leste do Distrito Federal com o intuito de controlar pressão e glicemia e promover a saúde enfatizando: alimentação (diminuir quantidade e aumentar variedade de alimentos); fatores de alteração da pressão e glicemia (ansiedade e violência no bairro, evitar com atividades que tragam prazer); incentivo à atividade física (tarefas domésticas, Práticas Integrativas em Saúde (PIS), caminhada - começar aos poucos); e adesão ao tratamento (medicações e horários corretos, seguir o que os profissionais indicam).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Apoio Institucional para o AAE

Com a finalidade de prestar assessoramento técnico e apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal em assuntos ligados à gestão do sistema de saúde e promover a capacitação e a pesquisa científica para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), criou desde 2007 o projeto de Planificação da Atenção Primária à Saúde – PAPS (CONASS, 2011).

A PAPS é uma proposta de orientação e capacitação de profissionais da saúde que tem um projeto de intervenção direcionado ao aprimoramento dos serviços de saúde já ofertados e à implementação de serviços ainda inexistentes nas unidades (CONASS, 2011).

A proposta é de construção coletiva de conhecimentos, propiciando a apropriação de conceitos e ferramentas que instrumentalizam a sua aplicação, adequados às características da realidade dos participantes. Deste ponto de vista, pressupõe-se a relação do binômio facilitador/participante da oficina de forma horizontalizada, prevalecendo a troca de informações e a construção coletiva de propostas (CONASS, 2011, p.17).

Como estratégia para que a APS forneça uma rede de cuidado que desenvolva o território e o fluxo de atenção na RAS, foi concretizada a integração entre a Planificação e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) (MENDES, 2015).

O processo de planificação da atenção à saúde trabalha com a atenção primária e secundária, interferindo diretamente na atenção terciária. É o momento de reflexão para estabelecer qual a atual conjectura da atenção à saúde e quais as metas que precisam ser alcançadas. Através da construção coletiva, são estabelecidas as competências e atribuições, matriciando os conceitos, os processos de trabalho e os fluxos de usuários, para organizar a Rede de Atenção (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

A fase preparatória da Planificação tem a tomada de decisão da gestão, a formalização do apoio do CONASS, a definição da linha de cuidado, a customização dos conteúdos que serão apresentados em cada oficina e a mobilização e envolvimento dos profissionais de saúde, atores sociais e controles sociais. A

planificação se inicia com a Oficina-mãe.

A planificação adotou a metodologia de oficinas e tutorias intercaladas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para trabalhar o Plano de Ação com a linha de cuidado eleita. Na Região Leste, a linha de cuidado escolhida foi de Hipertensão e Diabetes devido à alta incidência e relevância de saúde pública já esmiuçada no referencial teórico.

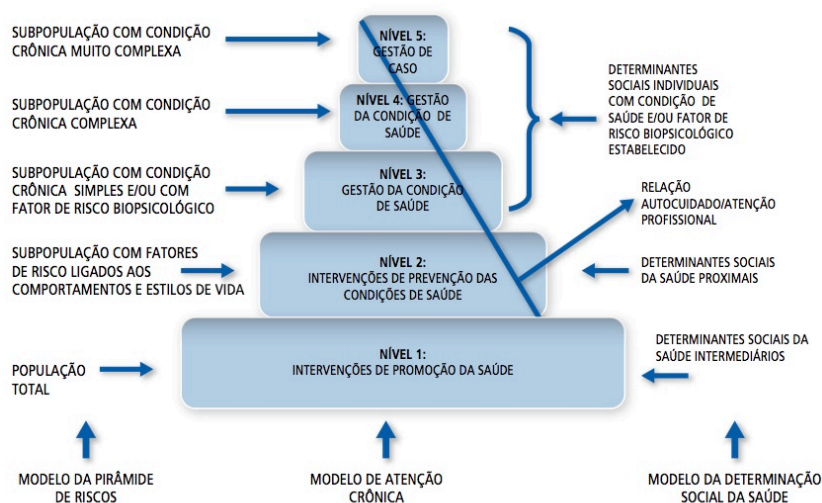
O objetivo das tutorias do CONASS é apoiar o corpo técnico-gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde na organização do acesso e de macroprocessos da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

A tutoria é o trabalho do compartilhamento do saber, não é um monólogo autoritário. Certifica-se que todos tenham um alinhamento conceitual, ou seja, discute-se como se entende do conteúdo e como ele é inserido na prática. A supervisão não é um processo gerencial, é um processo de ajuda para identificar o que pode ser reconstruído, modificado e avaliado em cima do Plano de Ação.

Os livros “Redes de Atenção à Saúde” e “Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde”, de Eugênio Vilaça Mendes (2012), são as bases fundamentais de revisão bibliográfica para as tutorias do CONASS.

Ao estudar modelos implementados em outros países, Mendes (2012) desenvolveu um modelo que se encaixasse às particularidades do SUS e às demandas da população brasileira quanto às condições crônicas de saúde, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC):

Figura 2 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



Fonte: Mendes (21)

Fonte: MENDES, 2012, p.169.

Foram também explicados os âmbitos macro (políticas), meso (organização de saúde e comunidade) e micro (relação equipe de saúde/pessoa usuária) do MACC para enfatizar a importância da interdisciplinaridade, intersetorialidade e articulação entre diferentes níveis de complexidade.

Portanto, para se potencializar os resultados de cuidado coordenado da Rede de Atenção à Saúde, é necessária não somente a participação das equipes de saúde, mas também da população bem informada, conforme mostra o Modelo de Atenção Crônica de Wagner (1998):

Figura 3 – Modelo de Atenção Crônica.



Fonte: Wagner ⁽³⁾

Fonte: WAGNER, 1998.

O apoio institucional do CONASS envolve também o componente estrutural de Donabedian (1996) que pondera capacitações e treinamentos necessários para que o serviço do AAE seja devidamente ofertado. As tutorias do CONASS possibilitam a aprendizagem do modelo vigente de saúde, reiterando conceitos fundamentais, fortalecendo boas práticas e revisando ações ineficazes ou inadequadas. O objetivo é atingir a efetividade de ações cotidianas para oferta do serviço do AAE.

As oficinas foram essenciais para que todos os profissionais compreendessem o funcionamento do Ambulatório e as especificidades de cada área de atuação. Foram alinhados conceitos, metodologias de trabalho, funções de supervisão e educação permanente, gestão do ponto de atenção, conhecimento sobre as equipes da APS e seus territórios de abrangência, fluxos internos no AAE, identificação da população a ser atendida com entendimento da estratificação de risco e atenção contínua pelo Plano de Cuidado.

Todas essas ponderações das oficinas e das tutorias do CONASS, por constituírem dispositivos de Educação Permanente, refinaram o entendimento e os

processos de trabalho da equipe multiprofissional do AAE. Axelsson (2002) afirma que uma equipe multiprofissional precisa de apoio de gerenciamento para sobreviver, pois é muito frágil e inconsistente no sistema de saúde.

Ceccim e Ferla (2009) descrevem a Educação Permanente em Saúde como um processo político-pedagógico, ou seja, uma política de educação na saúde e ao mesmo tempo uma prática de ensino-aprendizagem. Esta perspectiva representa a produção de conhecimento nas instituições de saúde, enfrentando problemas cotidianos para embasar pensamentos críticos, questionamentos e mudanças. É um conceito que versa sobre a conexão entre educação e trabalho em saúde. Já a política de educação é a contribuição normativa para inovar e buscar articulações entre ensino, trabalho e cidadania (CECCIM; FERLA, 2009).

Conforme a Portaria n° 198, de 13 de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS, propõe mudanças em processos e práticas pedagógicas do gerenciamento de saúde, buscando integrar diversos serviços. Ela oferece dispositivos que promovem reflexão crítica dos profissionais sobre os processos de trabalho, incitando mudanças para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, da integralidade e da implicação com os usuários.

A condição fundamental na Educação Permanente para que alguém incorpore novas práticas e conceitos é o desconforto com a realidade. Ao identificar fatores falhos na integralidade do cuidado, a necessidade de mudança ou crescimento se torna fundamental para o enfrentamento dos desafios do trabalho em saúde. Portanto, é preciso colocar o trabalho e as práticas cotidianas em análise e problematizá-las para construir novos elementos que aproximem o SUS da atenção integral à saúde. Por isso, ressalta-se a importância da Educação Permanente para problematização das condições e processos de trabalho em saúde do AAE.

Considera-se que o apoio do CONASS fortaleceu a equipe para trabalhar de forma integrada em busca do objetivo comum de atender às necessidades da população. O processo de implantação do Plano de Cuidado, que é a ênfase do estudo, evidencia o avanço no desempenho e consolidação da equipe. Uma equipe estável, com mesmos interesses, trabalhando com ações sincronizadas para garantir a continuidade da assistência, reforça o conceito de coordenação do cuidado de Mendes (2009).

5.2 Acesso ao AAE na Rede de Atenção à Saúde - RAS

O texto de Gondim e Monken (2009) objetivou definir o termo “territorialização em saúde”. Para isso, os autores estruturaram uma revisão bibliográfica sobre a história dos conceitos de território, territorialidade e territorialização e, posteriormente, vincularam os conceitos à perspectiva da rede de serviços de saúde pública e saúde coletiva.

“Território” é original do latim *territorium*, que apresenta duas conotações: material e simbólica. Território pode ser o que entendido como o pedaço de terra pertencente a alguém, identificação daquele que a apropria. Além da superfície terrestre, o termo pode ser entendido no âmbito jurídico e político como dominação.

Para Ciências Sociais, território é entendido na esfera sociopolítica por ser resultado das delimitações por relações sociais, trazendo noção da organização do poder. De acordo com Gondim e Monken (2009, p.1), “quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder dá-se o nome de ‘territorialidades’, de modo que uma área que abriga várias territorialidades pode ser considerada vários territórios”. Para Robert Sack (1986), a territorialidade é resultado das relações culturais, econômicas e políticas que disseminam em determinado território.

Os territórios estão em constante movimento de construção, desconstrução e reconstrução (SAQUET, 2003). É esse fluxo dinâmico, determinado pelo desenvolvimento histórico da produção econômica e aspectos culturais, que caracteriza o processo de territorialização.

Segundo Santos (1996), os territórios podem ser constituídos com base em movimentos horizontais, com continuidade territorial, ou verticais, com processo de hierarquização. No setor da saúde, a Rede de Atenção à Saúde é estruturada de forma horizontal e organizada conforme marcos regulatórios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o movimento da Reforma Sanitária e a reestruturação dos serviços para assegurar os princípios do SUS, a territorialização em saúde possibilitou modificar o modelo assistencial com o intuito de prover o acesso integral ao cuidado da saúde do usuário. Dessa forma, os processos de territorialização agregaram territórios conforme suas relações de ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 1998).

O território da saúde vai além do espaço físico, é também o trabalho em saúde. De acordo com Ceccim (2005), essa territorialização não se limita a desconstruir os valores das práticas médicas de modelos hospitalocêntricos. Ela se encaixa em orientar o processo de trabalho visando a humanização e qualidade da atenção à saúde.

O produto do trabalho na saúde é a necessidade do usuário. Para que esse produto esteja em evidência e motive a transformação do modelo biomédico para modelo de Saúde da Família, deve-se compreender a população assistida. A territorialidade possibilita estabelecer relações sociais, culturais, políticas e econômicas que identificam demandas, comportamentos e necessidades de saúde da sociedade.

Portanto, diante dos conceitos expostos pelos autores, percebe-se a importância de conhecer o território e o processo de territorialização da saúde para que o cuidado ao usuário seja coordenado pela Atenção Primária à Saúde, que é a porta de entrada do sistema. É preciso observar a cultura do território e de seus moradores a fim de constituir um planejamento de ações que articulem com o sistema de saúde.

A divisão dos territórios do Distrito Federal em Superintendências e Regiões de Saúde pode constituir processos de territorialização de saúde. A história da ocupação das regiões influencia no nível de escolaridade, na distribuição de renda, no tipo de moradia predominante, nos determinantes de saúde da população. Conseqüentemente, o acesso à informação para controle e prevenção da saúde deve ser manejado de acordo com a população alvo, traduzindo o conhecimento e conduzindo o serviço para atender às necessidades de saúde do local.

O Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018 (BRASIL, 2018), que altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESEDF) e dá outras providências, estabelece que as Superintendências coordenam as ações das Regiões de Saúde. A Região Leste de Saúde compreende as cidades do Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião, contendo, respectivamente, 7, 3, 0 e 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Além da territorialização em saúde, há outro campo de atuação relevante e imprescindível para conhecer as necessidades da população e organizar o fluxo de atendimento de saúde: a epidemiologia. Paim (2003) ressalta a importância de “sistematizar os esforços para a utilização da epidemiologia nos serviços de saúde,

descrever algumas propostas construídas no Brasil e discutir obstáculos e possibilidades de recomposição das práticas epidemiológicas no Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2003, p. 558). O autor expõe a perspectiva histórica da epidemiologia aplicada na gestão dos serviços de saúde e na organização social. A lógica de mercado que conduzia as práticas de saúde não possibilitava enxergar a epidemiologia como uma ferramenta necessária para o desenvolvimento das necessidades de saúde do serviço.

Países como Canadá e Reino Unido foram pioneiros ao empregar as práticas epidemiológicas na organização e planejamento dos serviços de saúde, não limitando o uso ao controle de doenças transmissíveis e vigilância epidemiológica (PAIM, 2002). A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) apoiaram as tecnologias disponíveis para relacionar saberes e integrar ações, reafirmando o princípio de integralidade preconizado no capítulo Saúde da Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2003).

Tigre *et al.* (1990) destacam o papel da epidemiologia “na produção de conhecimentos para a tomada de decisões no que se refere à formulação de políticas de saúde, à organização do sistema e às intervenções destinadas a dar solução a problemas específicos” (PAIM, 2003, p. 558). Para os serviços de saúde, Tigre *et al.* (1990) falam sobre os campos de ação da epidemiologia: situação de saúde, vigilância epidemiológica, investigação de problemas prioritários, avaliação do impacto em saúde dos serviços e tecnologias. Já Dussault (1995) refere-se à utilização em políticas públicas de saúde, configuração dos serviços, práticas dos profissionais, prática da gestão e nas prioridades de investigação.

Na visão de Teixeira (1999), a epidemiologia é fundamental para o sistema de serviço de saúde, no âmbito coletivo, por ser utilizada para processo de formulação de políticas, definição de critérios para a repartição de recursos, elaboração de diagnósticos e análises de situação de saúde, elaboração de planos e programas, organização de ações e serviços e avaliação de sistemas, políticas, programas e serviços de saúde.

Diante da epidemiologia como ferramenta para os serviços de saúde, Paim falou sobre a redefinição da gestão, as tendências contemporâneas e desafios da epidemiologia no serviço. Para a OPAS/OMS (1992), a gestão se aproxima da administração estratégica.

Paim também expos o conceito de práticas de saúde elaborado por

Donnangelo (1976) e Mendes-Gonçalves (1994), que combinam os objetos-meio (recursos financeiros, materiais, informação) com objetos-fim (intervenções, acolhimento, assistência). Assim, foi possível refletir sobre o objeto de trabalho, meios, atividades e agentes através da teoria do processo de trabalho em saúde.

Paim (1999) afirma que a gestão pode ser resposta a necessidades humanas e pode ser considerada como ação estratégica, consenso entre dirigentes e dirigidos; e ação comunicativa, entendimento e trocas para novos sujeitos das práticas de saúde. O autor também conceitua planejamento como meio de auxiliar integração, além de ser uma tecnologia de poder e técnica para organizar e dirigir processos de trabalho. Além disso, ele assegura que a epidemiologia contribui no estudo das desigualdades, na planificação, gestão e avaliação das intervenções em saúde. A epidemiologia pode ser tecnologia se for pensada como meio de trabalho e utilizada como ferramenta para ações, organização de processos de trabalho e serviços (PAIM, 1999).

De acordo com Drumond Jr. (2001), a epidemiologia hegemônica estabelece objetivos essenciais pela vida. Ela se fundamenta na saúde coletiva e em processos democráticos, garante o conhecimento do processo saúde-doença, busca a interdisciplinaridade para orientar intervenções e contribui para redução das iniquidades. Paim (2003) conclui que o processo de construção contra-hegemônico pode auxiliar a construção de agentes influentes para que as práticas epidemiológicas e de gestão sejam conduzidas pelos princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, a epidemiologia é fundamental para estabelecer ações de planejamento estratégico de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que é responsável pelo acompanhamento e monitoramento de saúde da sua população adscrita.

No campo do Estágio 1 do Itapoã, pôde-se observar desafios quanto ao registro de dados epidemiológicos dos usuários. Cada eSF tinha uma metodologia diferente para atendimento dos usuários e registro dos dados (planilhas, cadernos, folhas avulsas), o que contradiz o processo de trabalho do Projeto de Planificação das Unidades de Saúde, que já estava sendo tutorado pelo CONASS há 11 meses.

Além disso, as eSF não obtinham registro suficiente para garantir o acompanhamento dos usuários, não tendo ferramentas suficientes para coordenar o cuidado do usuário. Algumas anotações continham apenas o nome, data de nascimento e morbidade do usuário. Foram identificados também profissionais que

apenas anotavam o número de procedimentos realizados por dia; por exemplo, quantas aferições de pressão arterial foram realizadas. Por outro lado, algumas equipes se sobressaíram com a organização e entendimento de suas atribuições, mostrando registro simples, porém completo, de acompanhamento do usuário na rede.

O desconhecimento da maioria dos profissionais sobre a importância do registro dos dados afeta diretamente o processo de trabalho do profissional de saúde. Uma vez que não são apresentados dados, não é possível enxergar o panorama de produtividade da equipe e da unidade, podendo levar o profissional a atuar de forma mecânica no serviço. Os dados são fundamentais para estabelecer metas e planejar ações, além de aproximar os profissionais do processo de tomada de decisão e sensibilizá-los ao cuidado integral da saúde dos usuários.

Para alterar esse quadro, seria oportuno que gestão e gerências evidenciassem a importância e aplicabilidade dos dados preenchidos oferecendo periodicamente *feedback* para os profissionais de saúde. O retorno dessas informações pode ter influência no cotidiano dos profissionais de saúde por apresentar como tem sido o desenvolvimento das equipes, quais seus pontos fortes e fracos e quão próximos ou distantes estão dos objetivos almejados. A periodicidade permite detectar lacunas do serviço, propor soluções para os obstáculos e fornecer ajustes necessários durante processo de trabalho. Dessa forma, o *feedback* atua como ferramenta complementar de otimização da produtividade que visa conhecer e garantir melhores resultados.

Enquanto a epidemiologia não foi utilizada como ferramenta para tomada de decisão, os profissionais de saúde não compreenderam o processo de trabalho e sua relevância para o atendimento integral do usuário do SUS. Além disso, conhecer o perfil epidemiológico da sua população e acompanhar o usuário na Rede de Saúde são fatores que favorecem o vínculo e a longitudinalidade, princípios da APS que são fundamentais para a consolidação da coordenação do cuidado (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017).

As tutorias do CONASS já haviam trabalhado a territorialização na Unidade, mostrando a importância do preenchimento completo pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das fichas de cadastro dos usuários e famílias de cada equipe. Entretanto, essas fichas continuavam incompletas por algumas razões apontadas: grande rotatividade de residentes no território, não compreensão da importância da

ficha preenchida, não capacitação para preenchimento, ou não compromisso do ACS com seu trabalho e com a Unidade.

Com a limitação do cadastro de usuários por microárea, as eSF desconheciam o número exato de pré-natais, consultas de crescimento e desenvolvimento, hipertensos e diabéticos atendidos por equipe. Conseqüentemente, a Unidade não tinha instrumentos e registros para organizar e calcular indicadores demandados pelo CONASS e pelas Portarias nº 77 e 78, de 2017.

Com o intuito de calcular indicadores para reconhecimento da população adscrita com HAS e/ou DM, o CONASS solicitou os seguintes dados: número de usuários estimados no território, número de usuários que são acompanhados, número de usuários por busca ativa, faixa etária dos hipertensos e diabéticos, número de usuários acompanhados e estratificados na classificação de risco, número de usuários em cada estrato de risco, quantas horas separadas pela equipe de saúde para atendimento desses usuários, número de usuários referenciados à alta complexidade, número de internações sensíveis à atenção básica por HAS e DM na Região de Saúde, número de usuários encaminhados que retornam à UBS, número de consultas para troca de receitas e número de procedimentos de aferição da PA e/ou hemoglobina glicada.

Portanto, o projeto de ação do Estágio 1 objetivou elaborar proposta para monitorar Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde 01 do Itapoã conforme dados preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) através das Portarias nº 77 e 78/2017 e do Programa de Planificação da Atenção Primária à Saúde do CONASS.

Em coletivo, foram discutidas e definidas as linhas de ação para Projeto, que direcionou o objeto de estudo aos registros de hipertensos e diabéticos. A coleta de dados ocorreu por meio do acesso a dados locais disponíveis, anotações dos profissionais, revisão de documentos, receituários e consultas ao sistema TrakCare, delimitando o período de busca dos registros aos meses de setembro e outubro de 2017.

Com a análise dos dados e o auxílio dos profissionais de saúde, foi possível disponibilizar uma Planilha Excel de registro online como uma nova estratégia de coleta de dados de HAS e DM de forma fácil e coletiva, unificando os processos de trabalho da UBS e possibilitando a elaboração de indicadores.

Dessa forma, cada equipe de Saúde da Família obteve ferramentas para conhecer quantos hipertensos e diabéticos acompanham e quais são suas classificações de risco. Para monitorar agravos de HAS e DM na Atenção Básica, a Portaria nº 77 estabeleceu o acompanhamento do usuário por meio da coleta de indicadores de percentual de hipertensos cadastrados que tiveram sua pressão arterial aferida nos últimos seis meses e de percentual de diabéticos cadastrados que tiveram pelo menos um exame de hemoglobina glicada realizado nos últimos seis meses (BRASIL, 2017b). Esses indicadores são alguns dos elementos utilizados para a estratificação de risco realizada pelos profissionais das equipes de Saúde da Família da Atenção Básica.

A classificação de risco dos hipertensos (Quadro 2) e diabéticos (Quadro 3) seguiu regulamentação da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) da Região Leste, normatizada pelo Formulário de Encaminhamento da APS para a AAE e pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Quadro 2 – Estratificação de risco no usuário hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal.

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.

Fonte: MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 18

Quadro 3 – Estratificação de risco no usuário diabético de acordo com fatores de risco: controle pressórico, internação nos últimos 12 meses, complicações crônicas, autocuidado e hemoglobina glicada.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE LESTE DIRETORIA REGIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO – APS PARA AAE PRIMEIRA CONSULTA

SUS

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Estratificação de risco do paciente DIABÉTICO

	1 Controle pressórico	2 Intern. nos últimos 12 meses	3 Complicações Crônicas	4 Autocuidado	5 HbA1c *Avaliar tabela no final da página	RISCO
1ª linha	<input type="checkbox"/> Adequado	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> < 7,5%	BAIXO RISCO Se todos os 5 critérios dessa 1ª linha tiverem sido checados
2ª linha				<input type="checkbox"/> Insuficiente		MÉDIO RISCO Se a capacidade de autocuidado for insuficiente e os demais 4 critérios da 1ª linha tiverem sido checados
3ª linha					<input type="checkbox"/> < 7,5% a 9,0%	MÉDIO RISCO Se a HbA1c estiver entre 7,5% e 9,0% e os demais 4 critérios da 1ª ou 2ª linha tiverem sido checados
4ª linha				<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> > 9,0%	ALTO RISCO Se a HbA1c estiver maior que 9,0% a capacidade de autocuidado for suficiente , independente dos outros critérios
5ª linha	<input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Suficiente		ALTO RISCO Se a capacidade de autocuidado for suficiente e um ou mais dos 3 primeiros critérios da 5ª linha tiverem sido checados
6ª linha	<input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Insuficiente		MUITO ALTO RISCO Se a capacidade de autocuidado for insuficiente e um ou mais dos 3 primeiros campos da 6ª linha tiverem sido checados

Fonte: Formulário de Encaminhamento – APS para AAE.

Aqueles usuários classificados como alto e muito alto risco são encaminhados para o AAE, onde serão acompanhados pela equipe multiprofissional com o objetivo de controlar a glicemia e pressão. Essa ficha de estratificação, preenchida pelo médico ou enfermeiro da equipe de Saúde da Família, é enviada em malotes para o centro de marcação de consultas do AAE, que entra em contato com o usuário marcando dia e horário de atendimento.

Uma das dificuldades de comunicação é que, diferente da consulta na UBS, o atendimento no AAE percorre diversos profissionais, requerendo do usuário um tempo maior de permanência no serviço. Portanto, a coordenação do cuidado segue não só com o encaminhamento do usuário. Ela perpassa os cuidados formais da saúde e atua em orientações dos profissionais da UBS sobre o atendimento no AAE, visando o bem-estar dos usuários hipertensos e diabéticos (Quadro 4).

Quadro 4 – Orientação de encaminhamento ao AAE.**ORIENTAÇÕES**

É com muito prazer que o recebemos no Ambulatório de Atenção Especializada (AAE). Venha preparado para passar o período inteiro conosco (manhã inteira ou tarde inteira). Traga sua garrafinha de água, seu lanchinho e venha com roupa confortável.

Seja bem vindo! Equipe AAE.

Fonte: Elaboração da Equipe do AAE.

O usuário permanece nos cuidados do AAE para o manejo do alto ou muito alto risco na fase de estabilização, atendendo as metas estabelecidas pela equipe multiprofissional para sua condição de saúde. Entretanto, o usuário encaminhado não perde seu vínculo com a sua equipe de referência da UBS. Ele é simultaneamente assistido pelas duas equipes de saúde, de forma coordenada pela Rede de Atenção à Saúde, para que a sua necessidade de saúde seja atendida integralmente.

Entretanto, este fluxo integrado não tão está claro para alguns usuários do AAE. A experiência do Estágio 2 permitiu a aproximação com esses usuários para sondar se eles estavam compreendendo o fluxo de atendimento, se era a primeira vez deles ali, se tinham dúvidas, se estavam satisfeitos com o atendimento, se entendiam a importância do autocuidado, se estavam retornando para suas UBS de referência etc.

Os usuários se mostraram abertos à conversa. Algumas pessoas até falaram de assuntos muito pessoais, como se estivessem muito tempo retraídas e encontrassem ali uma oportunidade para compartilhar. Foram detectadas diversas perspectivas sobre o que era o Ambulatório. Alguns achavam que estavam no AAE porque o estado de saúde era tão grave que já iriam morrer. Outros pensavam que o atendimento era tão bom que não voltariam para a UBS, pois além de terem conseguido atendimento, ainda tinham médicos que pediam exames.

Esses momentos de abertura com os usuários foram oportunos para reforçar pontos já trabalhados pelos profissionais de saúde: como o que é o Ambulatório; o que são as condições de saúde de hipertensão e diabetes; qual a importância da alimentação saudável e prática de atividades físicas; e como e por qual motivo os usuários são encaminhados para o AAE.

Foram ainda identificadas algumas possíveis barreiras para a compreensão dos usuários e seus acompanhantes sobre o fluxo do atendimento na Rede de Atenção à Saúde. Como exemplo estão as sequelas neurológicas provenientes de complicações e agravos das doenças crônicas e a linguagem técnica por parte dos profissionais da saúde e não adaptada à população alvo.

Uma estratégia pontual para facilitar essa compreensão e ajudar na coordenação do cuidado desses usuários foi utilizar mapas da Região Leste. O usuário pode então participar da construção do saber, apontando onde reside, onde está localizada a sua Unidade Básica de Saúde de referência e onde está o AAE. Esse recurso visual favoreceu o entendimento da territorialização em saúde e do fluxo da RAS. Foi possível mostrar a importância de retornar à UBS para a continuidade do cuidado.

Essa experiência estratégica proporcionou ações do Estágio 2 de atualização dos mapas que o AAE já tinha e a disponibilização dos demais da Região Leste, inclusive distribuindo impressos pelo Ambulatório. Essa estratégia também foi importante porque os usuários que chegam na Ponto de Apoio (descrita no próximo item) não sabiam nem de qual UBS tinham sido encaminhados e nem para onde retornariam. Portanto, o mapa foi um processo que auxiliou a passagem de informações aos usuários sobre o fluxo de atendimento e favoreceu a coordenação do cuidado na RAS.

5.3 Fluxograma de Atendimento do AAE

A organização do fluxograma do atendimento do Ambulatório de Atenção Especializada de Hipertensão e Diabetes é essencial para a coordenação do cuidado do usuário. É por meio do fluxo que o usuário compreende o processo de construção coletiva que implica no tratamento da condição de saúde e promoção de agravos e complicações. Além de trazer sentido ao usuário, a organização do serviço colabora para a integração de ações para complementar o atendimento. Para começar, ao serem encaminhados pelas equipes de Saúde da Família de suas UBS de referência, os usuários recebem as orientações dispostas no Quadro 4.

No AAE, ao início de cada turno de atendimento, os profissionais do Ambulatório se reúnem com todos os usuários marcados no que chama de Boas-

vindas. Como o funcionamento do AAE é das 7h às 12h e das 13h às 18h, as Boas Vindas estão marcadas para 7h e 13h. Todos os profissionais se apresentam, explicam suas especialidades e mostram que o usuário passará por um rodízio de atendimento para construir um plano de cuidado multiprofissional. É também enfatizada a importância de o usuário retornar à UBS de referência com o Plano de Cuidado em mãos para ser entregue ao médico ou enfermeiro da equipe.

No HRL funcionam dois tipos de ambulatórios: o AAE e o Ambulatório Tradicional. Este é composto por diversas especialidades: Acupuntura, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Ginecológica, Climatério, Dermatologia, Endocrinologia, Endocrinologia Pediátrica, Gastropediatria, Geriatria, Gerontologia, Infante Puberal, Infectologia, Mastologia, Neurologia, Neurologia Pediátrica, Obesidade Pediátrica, Odontologia, Oftalmologia, Oncologia Ginecológica, Ortopedia, Ostomizados, Pequena Cirurgia, Planejamento Familiar, Pneumopediatria, Psicologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia (SESDF, 2018). O que os diferencia é que o AAE tem uma linha de cuidado especializada para usuários com condições crônicas de hipertensão e diabetes.

Ao chegar no HRL, o usuário tem uma pequena confusão que precisa ser esclarecida e sempre lembrada aos profissionais das Unidades ao encaminhar os usuários. O hospital tem três corredores de Ambulatórios. Muitas vezes, os profissionais do AAE estão aguardando o usuário chegar na sala de espera para que seja atendido. Então, as técnicas de enfermagem fazem uma busca ativa e encontram o usuário do AAE nas filas de espera do Ambulatório Tradicional. Para que essa confusão seja evitada, é preciso que a comunicação seja reforçada na UBS ao encaminhar o usuário para o corredor correto do AAE, já que a ergonomia do hospital é falha, no que diz respeito à sinalização.

A primeira etapa do atendimento é passar pela Sala da Triagem, onde as técnicas de enfermagem confirmam a estratificação do risco, aferem glicemia, pressão arterial, peso, estatura, IMC, circunferências e saturação. Depois, os usuários aguardam na sala de espera para que sejam chamados pelo Ponto de Apoio, que organiza todo o fluxo de atendimentos do turno. Toda vez que o usuário termina uma consulta, ele retorna ao Ponto de Apoio para ser encaminhado ao próximo atendimento conforme a disponibilidade dos demais profissionais.

Há também o Espaço Saúde, que é sala do AAE utilizada para reuniões dos profissionais do Ambulatório e atendimentos em grupo para prevenção, promoção e

recuperação da saúde. Com abordagem educativa, cada profissional ficou responsável por criar painéis, murais ou algum produto visual que pudesse ser trabalhado no Espaço Saúde para contribuir com o aprendizado do usuário sobre sua condição de saúde.

Na Atenção Básica, o foco da prevenção é evitar o agravamento da doença. Na Atenção Secundária, o agravamento já aconteceu e a ação preventiva consiste em inibir complicações. Na Atenção Terciária, é evitar maiores complicações de acometimentos crônicos existentes, como lesões e infartos. E, por último, a prevenção na Atenção Quaternária se fundamenta em reduzir os danos que podem ser provocados no usuário, como uma prescrição volumosa para usuário idoso que não sabe manejar os medicamentos (MENDES, 2012). Portanto, além do dispositivo do Plano de Cuidado, o AAE utiliza a estrutura física do Espaço Saúde para atender a necessidade de prevenção dos usuários hipertensos e diabéticos na Atenção Especializada.

Por mais que o Ambulatório seja beneficiado com salas espaçosas e equipadas para a maioria das especialidades, a disposição das salas e não favorece o cuidado de usuários hipertensos e diabéticos que podem apresentar limitações de mobilidade. O consultório de oftalmologia está localizado em um container no estacionamento do Ambulatório, com ausência de calçada apropriada. Além de dificultar o acesso dos usuários ao consultório de oftalmologia e gerar riscos por causa da distância e do caminho irregular, o contato da médica com os demais profissionais do AAE acaba sendo restrito. Em reunião do AAE, a profissional comentou que às vezes não se sente parte da equipe, pois se sente isolada ao não saber o que está acontecendo no cotidiano do trabalho. Esses fatores podem comprometer o fluxo de atendimento dos usuários no AAE.

Além do mais, a oftalmologista explicou que, por uma questão biológica, a dilatação da pupila dos usuários idosos demora por volta de duas horas. Para o usuário debilitado sair do Ambulatório, é inviável ir até o container, fazer o exame para verificar se precisa ou não dilatar a pupila, voltar para o AAE para as demais consultas, depois retornar ao container com a pupila já dilatada para consulta oftalmológica e depois voltar para o Ponto de Apoio para receber alta com o Plano de Cuidado em mãos. Dessa forma, após terminar suas consultas no AAE, o usuário fica esperando um tempo considerável no banquinho em frente ao container para que a pupila seja dilatada. Só então é realizada a consulta oftalmológica. Enquanto

os demais profissionais já terminaram suas consultas, a oftalmologia e o ponto de Apoio são os últimos a serem liberados, trabalhando às vezes até uma hora e meia depois do expediente.

Ainda existem muitas dúvidas quanto ao funcionamento do AAE e atribuições dos profissionais, principalmente por ser um Ambulatório inovador na Região Leste, com um modelo de saúde especializada que quase não se encontra literatura publicada. Os profissionais pesquisam práticas e protocolos de outras experiências semelhantes com o intuito de sincronizar as ações dos profissionais do AAE e melhorar a coordenação do cuidado dos seus usuários.

A adoção de diretrizes clínicas, como linhas-guias e protocolos, são tecnologias de microgestão nos serviços que garantem a padronização de orientações sistemáticas para subsidiar tomada de decisões e melhorar o cuidado de saúde em condições específicas. Assim, essas diretrizes compõem um dispositivo relevante para a coordenação do cuidado, desempenhando funções gerenciais e de educação permanente, otimizando processos e comunicando diferentes pontos assistenciais (SHEKELLE *et al.*, 2012).

Para Mendes (2012), as linhas-guia são recomendações sistemáticas que têm o objetivo de prestar atenção assistencial apropriada, normatizando o processo. Já os protocolos clínicos são recomendações sistemáticas de mesmo objetivo, porém para partes de uma condição de saúde e em um ponto determinado de atenção. Ambos favorecem a coordenação do cuidado ao organizar serviços e fluxos, integrando processos mais decisivos voltados para promoção, prevenção, reabilitação da saúde (MENDES, 2012).

Um outro desafio do fluxo do atendimento do AAE diz respeito à garantia de internação dos usuários do AAE. Este é um campo que relaciona a atenção especializada com a continuidade do tratamento na atenção terciária. Muitos usuários, por serem considerados de alto ou muito alto risco, já chegam ao AAE em condições críticas e não conseguem internação por falta de leito. A alternativa criada em meio aos impasses estruturais e burocráticos está sendo internar os usuários com pedido de uma das especialidades da Emergência e esperar que no dia seguinte o médico de plantão renove a receita do usuário. Algumas falhas de comunicação podem ocorrer no percurso, sobretudo por ser um fluxo que não está desenhado e consolidado conforme a necessidade do usuário; ele apenas se adequa à realidade do serviço. Para minimizar essa fragmentação da prestação da

assistência, os profissionais do AAE articularam com a direção do hospital meios que garantam pelo menos a internação do usuário e posterior acompanhamento pela equipe do AAE.

Da mesma forma, saindo do fluxo de atendimento do AAE, usuários que necessitam de cuidados de urgência e emergência de saúde bucal são encaminhados para o Ambulatório Tradicional do Hospital. Esse não é um fluxo formal do serviço, é mais um ajuste do serviço para que a necessidade do usuário seja atendida com o acesso à saúde integral.

A dificuldade de integração de ações das RASs, a grande demanda de solicitação de exames e os recursos escassos são obstáculos para uma efetiva coordenação do cuidado. Por exemplo, os usuários do AAE estavam sendo encaminhados sem todos os exames obrigatórios porque a Secretaria de Saúde não estava liberando os pedidos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde. Por esse motivo, não apareceu nenhum usuário na primeira semana de atuação do AAE, já que estes não foram encaminhados por causa da falta de exames. Mais uma vez, os profissionais do AAE encontraram no diálogo uma ferramenta poderosa de articulação de setores e serviços de saúde. Foi pactuado com a Secretaria que os usuários pudessem ser encaminhados e realizassem os exames com pedidos do AAE no próprio laboratório do Hospital até que a situação da Secretaria se regularizasse.

Mesmo com toda essa mobilização dos profissionais, em uma reunião do AAE, ainda teve um profissional que reforçou o pedido de que os usuários fossem encaminhados com ao Ambulatório com todos os exames. Isso demonstrou uma falha na comunicação entre os profissionais, fazendo com que as informações fossem repetidas e reforçadas em cada reunião de grupo. Para Starfield (2002), reconhecer que existe uma falha e trabalhá-la é um mecanismo de continuidade do cuidado.

5.4 Instrumento de Trabalho: Plano de Cuidado

A Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (BRASIL, 2017b), em seu Capítulo III, Seção II, do artigo 15 ao 17, discorre sobre Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde e estabelece que estes deverão ser integrados em todos os níveis de gestão.

O planejamento deve elaborar ações de saúde que ofertem serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS), levando em consideração a necessidade da população, a situação epidemiológica e áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito. As ações de serviço devem considerar a Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde, os indicadores descritos pela Coordenação de Atenção Primária (COAPS) e o estabelecido pelas superintendências das Regiões de Saúde (BRASIL, 2017b).

O monitoramento é responsabilidade de cada profissional de saúde, que deve registrar sua produção. A análise dessa produção da equipe e dos demais indicadores é de responsabilidade periódica do Gerente de Serviços da Atenção Primária (GSAP). Para tanto, as equipes de Saúde da Família devem manter o sistema de informação atualizados (BRASIL, 2017b).

Conforme o artigo 14 da Portaria nº 78, caberá ao Superintendente da Região de Saúde garantir o acesso aos serviços de demanda programada à todos aqueles que residem em sua Região de Saúde. Esses serviços são tais como “pré-natal e puerpério, rastreamento de câncer de mama e de colo de útero, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de criança, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, marcação de exames e consultas em atenção primária ou em especialidades focais” (BRASIL, 2017c, p. 8).

Conforme o CONASS foi realizando as tutorias, colegiados gestores de UBS da Região Leste e o AAE identificavam as potencialidades e desafios, verificando seus processos de trabalho a fim de compreender a produtividade dos profissionais de saúde e a efetividade de seus serviços para o atendimento integral à saúde da população. Ressalta-se a necessidade de análises de situação de saúde como instrumento de gestão, utilizando a melhor evidência disponível para tomada de decisões sobre a atenção e cuidado à saúde do usuário (BROWNSON *et al.*, 1999).

No Capítulo III, Seção XII, a Portaria nº 77 assegura que a Vigilância em Saúde deve ser um processo contínuo e sistemático, que utiliza os dados para planejamento e implementação de medidas de saúde pública. As ações de Vigilância em Saúde são atribuições de todos os profissionais de saúde da APS e envolvem processos de trabalho para “vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública” e “vigilância das doenças crônicas não transmissíveis”, dentre outras finalidades (BRASIL, 2017b, p. 7).

Segundo a Portaria nº 77, a APS e a Vigilância em saúde devem trabalhar de forma articulada para promover ações de saúde e prevenção de doenças no território (BRASIL, 2017b). A Portaria nº 2.436 diz que essa integração é essencial para que o serviço atinja os objetivos de integralidade do cuidado à saúde da população na RAS (BRASIL, 2017a).

Considerando a ação articulada da Atenção Primária e Secundária com a Vigilância em Saúde, a importância de ações de planejamento para atender às necessidades da população adscrita, a assessoria do CONASS com a Planificação dos níveis de atenção e as evidências epidemiológicas de saúde pública global que representam a realidade da Região Leste, registra-se no AAE o monitoramento dos agravos e atendimentos de Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes *Mellitus* com uma planilha de registro coletivo, o Plano de Cuidado (Anexo A).

Um dos componentes básicos do cuidado coordenado, segundo Starfield (2002), é a transferência ou o acesso à informação, (sistemas informatizados, prontuários compartilhados, eletrônicos ou não, sistemas de comunicação entre os pontos de atenção: discussão de casos, gestão da clínica, cuidado compartilhado). Nesta perspectiva, o Plano de Cuidado é um instrumento de comunicação que compartilha os dados entre profissionais do AAE, profissionais das equipes de Saúde da Família e os usuários.

Quando o usuário chega ao Ambulatório, cada ponto de atendimento, consulta individual ou Atenção Compartilhada em Grupo, é registrado pelos profissionais de saúde no seu Plano de Cuidado. Esse Plano é a ficha de preenchimento coletivo, que possibilita aos profissionais o acesso ao prontuário completo do usuário no AAE, podendo ser considerado um dispositivo de saúde para a coordenação do cuidado:

Apontamos, então, como necessário e possível, a criação de dispositivos que atuam no dia-a-dia dos serviços de Saúde, que agem nos espaços de interação entre as distintas configurações tecnológicas, imprimindo mudanças no modo de operar as relações trabalhadores-usuários, que exponham o conjunto dos modos de atuar dos vários profissionais de Saúde, nas suas respectivas competências.

Neste caminho, temos proposto a criação de mecanismos, nos serviços de Saúde, que procuram tanto impactar o modo cotidiano de acolher os usuários, quanto produzir responsabilizações entre as equipes e os profissionais, e destes com os usuários, em um movimento combinado de singularização da atenção e publicização da gestão organizacional e do processo de trabalho (MERHY *et al.*, 1998, p. 6).

O trabalho do profissional de saúde pode ser dificultado pela desconsideração

da relevância de registros dos dados de saúde. Os dados são essenciais para subsidiar decisões, definir objetivos e elaborar práticas de saúde. A ausência ou não visualização dos dados pode levar o profissional a não compreender o sentido do seu trabalho, por não enxergar o que está sendo produzido. É a compreensão do trabalho que sensibiliza o profissional à integralidade da assistência de saúde dos usuários.

Levando em consideração a importância do registro de dados, o Plano de Cuidado foi desenvolvido como um dispositivo de coordenação do cuidado entre as Unidades Básicas de Saúde da Região Leste e o Ambulatório de Atenção Especializada. A fragmentação dos sistemas de informação entre os diferentes níveis de complexidade inviabiliza a continuidade de ações e tratamento.

As UBS trabalham com o e-SUS e cada equipe de Saúde da Família elabora sua planilha Excel para o registro de suas atividades. Já o AAE utiliza o TrakCare (sistema unificado de informações de saúde); planilhas Excel de monitoramento dos atendimentos, agenda e dados sociais e de saúde dos usuários; e o Plano de Cuidado. Essa variedade de dispositivos provoca a repetição de processos de trabalho, fazendo com que a Ponto de Apoio tenha que registrar de duas a três vezes a mesma informação de um usuário em lugares diferentes. Às vezes, pela dinâmica do serviço, as técnicas de enfermagem precisam ainda anotar em um papel para depois passar para o sistema de prontuários do HRL.

Chueiri, Harzheim e Takeda (2017) ressaltam para a ordenação da RAS, dentro do Eixo de Organização e Gestão da Rede de Atenção à Saúde, o atributo 12 que é sistema de informação integrado que vincula todos os serviços da rede e que gera relatórios de acordo com as necessidades locais. Ele conversa com os atributos da APS de cadastro de usuário e longitudinalidade, atenção orientada à pessoa fornecida ao longo do tempo, coordenação da atenção, acesso primeiro contato e integralidade; e com as funções de responsabilidade e comunicação da APS nas RASs (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017).

O sistema de informação integrado é um dispositivo que possibilita utilizar informações para identificar as necessidades de saúde e definir assim que ações e serviços são necessários à comunidade, além de disponibilizar os prontuários para atendimento em diferentes níveis de complexidade. Então, quando os profissionais da APS encaminham seus usuários para a Atenção Especializada, espera-se que todas as informações necessárias ao atendimento e continuidade do cuidado já

estejam no sistema. Da mesma forma, os usuários que foram encaminhados à Atenção Especializada já retornam à APS com o registro de tudo aquilo que foi realizado e abordado (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017).

Como os sistemas não conversam um com o outro, a opção encontrada foi disponibilizar o Plano de Cuidado para a APS, sendo incorporado como uma nova tecnologia, um instrumento de integração do cuidado entre diferentes pontos de atenção. Assim que o usuário termina o bloco de consultas no AAE, ele recebe o Plano de Cuidado impresso para levar na consulta com sua equipe de referência na UBS. Dessa forma, a equipe da UBS terá acesso a todos os procedimentos, metas, recomendações, prescrições e atividades educativas que foram realizadas com o usuário pelos profissionais do AAE.

Além do registro clínico, em cada consulta individual e nos Grupos de Atenção Compartilhada, os profissionais utilizam o Plano de Cuidado para repassar as principais abordagens sobre os cuidados e o tratamento do usuário. É reforçada a importância do entendimento da condição de saúde para o autocuidado do usuário. Por exemplo, os profissionais do AAE explicam o que é Diabetes e Hipertensão, como afetam o organismo, por quanto tempo e quais possíveis complicações; pactuam junto à rotina do usuário estratégias para cuidar melhor da saúde e desenvolver hábitos saudáveis, como atividades educativas, físicas, de lazer; incentivam pontos de apoio, como familiares e amigos para auxílio no tratamento; esclarecem o que é alimentação saudável e como utilizar seus recursos econômicos para compras de alimentos; e comentam a importância do uso correto da medicação.

Portanto, podemos afirmar que o Plano de Cuidado é um dispositivo de saúde elaborado pelo AAE que potencializa a coordenação do cuidado para atender às necessidades de saúde da população com hipertensão e diabetes da Região de Saúde Leste do Distrito Federal. Ele é uma estratégia que minimiza a fragmentação dos sistemas de informação, abrangendo o atributo 12 na veiculação de informações e vinculação de serviços, o componente estrutural como característica que possibilita ou capacita a oferta do serviço, e o componente básico da coordenação do cuidado com a transparência e acesso à informação.

5.5 Trabalho em Equipe

A abordagem do trabalhador de saúde é centrado no trabalho vivo em ato, na atuação de uma pessoa sobre a outra. Para Merhy (1999), há a interação entre profissional de saúde e usuário, onde são criadas expectativas, momentos de fala e escuta, responsabilização do problema e relações de confiança, vínculo e aceitação. O trabalho possui tecnologias que operam além dos saberes tecnológicos estruturados. Por isso, além do conhecimento técnico, o trabalho em saúde também se caracteriza pelo âmbito relacional, que é essencial para a produção da coordenação do cuidado (MERHY, 2007).

O trabalho em saúde produz ações colaborativas que interveem sobre os problemas de saúde, produzindo o cuidado coordenado com o intuito de garantir o direito de saúde ao aumentar a autonomia dos usuários e atender suas necessidades de saúde (MERHY, 1999). A equipe multiprofissional é uma das diferentes formas colaborativas de organização do serviço. Axelsson (2002) alega que tal colaboração é frágil e volátil e, por isso, necessita de maior atenção e apoio de gerenciamento para se manter e continuar produzindo no serviço.

Os serviços com equipes multiprofissionais estáveis, que foram instituídas e sustentadas por um tempo prolongado no sistema, são considerados os mais exitosos pelo relatório de Ação Intersetorial para a Saúde da População do Health Canada (1999). Os membros das equipes trabalham juntos e estabelecem valores, objetivos e interesses semelhantes. Esse convívio possibilita a confiança nos colegas e em suas atribuições de trabalho, suscitando uma cultura de equipe comum. Essa característica proporciona o consenso da equipe na tomada de decisões (VANGEN; HUXHAM, 2003).

Entretanto, há um árduo processo para que as equipes trabalhem nesse nível cultural harmônico. Cada pessoa é única e traz consigo diversas peculiaridades. Por isso, trabalhar em conjunto é um desafio nada simples. De acordo com Peduzzi (2001), o trabalho de equipe se configura com ações coletivas de reciprocidade e com interação entre agentes. Observa-se dois tipos de equipes: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos.

O agrupamento se caracteriza pela comunicação externa ao trabalho, comunicação estritamente pessoal, diferenças técnicas entre trabalhos

especializados, especificidades dos trabalhos especializados, autonomia técnica plena e ausência de autonomia técnica (PEDUZZI, 2001).

Já a integração pela comunicação intrínseca ao trabalho, projeto assistencial comum, diferenças técnicas entre trabalhos especializados, argüição da desigualdade dos trabalhos especializados, especificidades dos trabalhos especializados, flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica de caráter interdependente (PEDUZZI, 2001).

Portanto, percebe-se que a equipe multiprofissional do AAE é uma equipe de integração, que articula as ações e intera os agentes; ao invés de justapor ações e agrupar agentes (PEDUZZI, 2001).

Figura 4 – Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento.

Parâmetros	Tipologia	
	Equipe integração	Equipe agrupamento
Comunicação externa ao trabalho		X
Comunicação estritamente pessoal		X
Comunicação intrínseca ao trabalho	X	
Projeto assistencial comum	X	
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X	X
Argüição da desigualdade dos trabalhos especializados	X	
Especificidades dos trabalhos especializados	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho	X	
Autonomia técnica de caráter interdependente	X	
Autonomia técnica plena		X
Ausência de autonomia técnica		X

Fonte: PEDUZZI, 2001, p. 105.

A equipe do AAE confirma a integração por proporcionar concomitantemente as diferenças técnicas e especificidades dos trabalhos especializados, bem como a autonomia técnica de caráter interdependente. Dessa forma, garante a flexibilidade da divisão do trabalho por meio da comunicação intrínseca e do preenchimento do projeto assistencial comum, que é o Plano de Cuidado dos usuários.

A maneira com que as decisões são conduzidas influencia no processo de trabalho. Uma gestão burocratizada e centralizada dificulta a compreensão do profissional do processo, da produtividade e da importância do trabalho desenvolvido para a comunidade. Isso acarreta falta de motivação profissional, dificulta comunicação profissional-profissional e profissional-serviço e aumenta os conflitos de trabalho (BRASIL, 2009).

Conforme a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), uma gestão participativa modifica esse cenário ao incorporar o profissional

no processo de decisão da unidade, fazendo com que o serviço tenha um significado ao profissional e se torne motivador para o desenvolvimento das equipes. A cogestão é a forma de administrar com as trocas de experiência das relações de trabalho, criando um ambiente de aprendizado e produção coletiva (BRASIL, 2009).

A cogestão é um espaço para discussão e tomada de decisões, visando sempre o cuidado à saúde do usuário da unidade. É nesse espaço que os problemas são colocados e ações são pactuadas, incentivando o trabalho em equipe. Há melhora na comunicação entre profissionais, apropriação dos profissionais do processo de trabalho, valorização do profissional e consequente motivação e corresponsabilização pelas decisões tomadas (BRASIL, 2009).

A equipe multiprofissional do AAE promove um espaço participativo, aberto para discussão e construção de ações, produzindo sentido e significado para o trabalho realizado. Ainda existem algumas dúvidas em relação às práticas do cotidiano da equipe do AAE. A Portaria 483, de 2014, assegura que uma das competências é prestar assistência ambulatorial, de forma multiprofissional, a sua população adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento.

Em reunião de equipe, foi discutida a possibilidade de uma reunião para conversar sobre o plano integrado de cuidado com todos os profissionais. A sugestão é que fosse ao final de cada turno e só após a reunião que liberassem os usuários com o plano de cuidado discutido. A inviabilidade disso é que cada profissional termina seus atendimentos em um horário diferente e não teria tempo para fazer a dinâmica de discussão em grupo. Acabaria passando do horário. Os usuários ficariam muito tempo esperando e os profissionais ficariam sem almoço e passariam do horário final do segundo turno.

O convívio, o respeito às especificidades de cada profissional e a confiança no trabalho da equipe propiciam a flexibilidade e a disposição para adaptação do serviço conforme as necessidades que são identificadas. Esse trabalho de equipe integração está sendo fundamental para que a coordenação do cuidado seja continuamente aprimorada nas Redes de Atenção à Saúde da Região Leste no que diz respeito aos usuários hipertensos e diabéticos.

5.6 Apoio Matricial às Equipes de Saúde da Família/Atenção Básica

O artigo 14 da Portaria nº 483 (BRASIL, 2014), como já citado na metodologia, institui o Ambulatório de Atenção Especializada com o intuito de organizar e coordenar do cuidado contínuo por meio de ações e serviços de média e alta densidade tecnológica. Uma das competências do AAE, conforme a Portaria, é prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica.

O apoio matricial é uma metodologia de gestão de trabalho complementar aos mecanismos tradicionais de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. Ele oferece assistência e suporte técnico e pedagógico às equipes de referência e permite integrar distintas profissões e especialidades, melhorando a eficiência no trabalho em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O campo de apoio matricial requer um trabalho interdisciplinar, com espaços abertos de comunicação, que possibilitem compartilhar conhecimentos e organizar fluxos na RAS e nas práticas de saúde do território. É fundamental que o apoio matricial rompa com barreiras burocráticas e diminua a fragmentação do cuidado de saúde no sistema. Para reduzir a rigidez hierarquizada e regionalizada do sistema de saúde, o apoio matricial propõe uma relação de atuação horizontal entre a equipe referenciada e o apoiador (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Seguindo a diretriz, os profissionais do AAE são responsáveis pelo matriciamento dos profissionais das equipes de Saúde da Família da Atenção Básica no que diz respeito à estratificação de risco de usuários com Hipertensão e Diabetes, ao encaminhamento de usuários de alto e muito alto risco e à unificação de processos para tratamento de usuários hipertensos e diabéticos. Dessa forma, o matriciamento do AAE foi realizado com todas as equipes de Saúde da Família da Região Leste, viabilizando um espaço de troca de saberes e ordenamento do conjunto de ações estratégicas para a linha de cuidado do Ambulatório.

Um desafio do matriciamento é conseguir reunir todos os profissionais de saúde. Eles podem estar em capacitações e treinamentos, dia de folga ou licenças, agitação da agenda que não conseguem conciliar as reuniões de matriciamento com suas atribuições cotidianas, ou desinteresse (não gostariam de participar do processo), entre outros motivos.

A experiência do Estágio 2 possibilitou acompanhar algumas reuniões da endocrinologia do AAE para matriciamento de médicos e enfermeiros das UBS, que

alinham conceitos e critérios de diagnóstico com exames laboratoriais. Foi enfatizado que o objetivo tanto da Atenção Básica quanto do AAE é controlar a glicemia para evitar complicações no usuário, ou seja, é o processo de gerenciamento de um fator de risco das condições de saúde por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educativas e assistenciais (MENDES, 2012). Foram passadas aos profissionais da eSF diversas informações como o medicamento mais adequado conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e cada caso, posologias, contraindicações, possíveis efeitos colaterais, associações de medicamentos e incentivo ao uso de medicamentos combinados à hábitos saudáveis, como atividade física, alimentação e cuidado da mente.

A história natural da DM foi discutida no matriciamento e salientou que, mesmo com o controle, cuidado e compensação da glicose do usuário, a tendência da doença é agravar com o tempo. Por isso, é essencial que o profissional de saúde seja cauteloso com a abordagem daquele usuário que se segue as recomendações e o tratamento de saúde, mas mesmo assim não consegue controlar seus índices glicêmicos. Não cabe ao profissional de saúde interpretar nem expressar a ideia de que o usuário não esteja se cuidando. Pelo contrário, é preciso explicar ao usuário como que a sua condição de saúde se agrava ao longo do tempo, para que ele não se afaste do serviço de saúde com receio de ser responsabilizado pelo descontrole glicêmico.

Outro aspecto sugerido pelo matriciamento foi que os profissionais se atentassem à resistência que os usuários têm ao uso da medicação por alegar que esta faz mal ao seu organismo (relatos de hipoglicemia, por exemplo). É importante explicar, em linguagem simples e adequada, como que funciona a adaptação do corpo humano. Em discurso coloquial, o usuário diabético está acostumado com a glicemia elevada em seu organismo. Ao tomar a medicação, o corpo reduzirá a glicemia e, conseqüentemente, sintomas aparecerão. Nesse caso, o usuário precisa entender que esse mal estar ocorrerá até que o corpo se adapte ao novo índice glicêmico no sangue. A fim de evitar complicações e agravos da diabetes, é preciso que o usuário entenda esse processo do organismo e continue o uso da medicação.

Em relação ao encaminhamento de usuários da APS para o AAE, foram relatados alguns desafios. Mesmo com o processo de apoio institucional por meio da Planificação do CONASS na APS desde a implantação do AAE, foram encontrados

profissionais de saúde das UBS com dificuldades para o preenchimento da ficha de estratificação de risco. Sendo assim, o matriciamento do AAE, voltado para a endocrinologia, aproveitou o espaço de fala nas UBS para reforçar informações e sanar dúvidas. Ele explicou não somente o preenchimento da ficha de estratificação, como também o processo de atendimento coletivo do AAE e a interpretação de todos os campos de preenchimento do Plano de Cuidado.

Além disso, um dos produtos informais do Estágio 2 foi auxiliar na explanação do preenchimento da ficha de estratificação e do Plano de Cuidado, conforme o matriciamento do AAE, toda vez que algum profissional da APS ou mesmo do AAE solicitava apoio. Como as informações precisavam ser repassadas repetidas vezes, um profissional do AAE sugeriu filmar o matriciamento, com o intuito de melhorar a comunicação e unificar o processo em todas as equipes da Região Leste. A ideia seria criar um vídeo como estratégia de comunicação entre AAE e APS com matriciamento e protocolos de preenchimento de fichas. Infelizmente, a gravação realizada do matriciamento de estratificação de risco, que posteriormente seria divulgada para demais profissionais não presentes, ficou armazenada no celular de um dos médicos da APS, que teve um incidente e acabou perdendo o material.

Pensando em minimizar a fragmentação dos sistemas de informação em saúde da APS e do AAE, os espaços de apoio matricial foram fundamentais para coletar opiniões dos profissionais de saúde da Região Leste a respeito da disponibilização do Plano de Cuidado. Em geral, o retorno dos profissionais foi positivo, alegando que seria ótimo para a continuidade do cuidado caso tivesse alguma forma de disponibilização do instrumento. É importante ressaltar que o usuário tem que aprender a se responsabilizar pelo seu cuidado. Então uma forma inicial seria levar às consultas da UBS o Plano de Cuidado impresso no AAE. Porém, também é atributo da APS disponibilizar um sistema integrado de informações em saúde em diferentes níveis assistenciais para viabilizar a coordenação e continuidade do cuidado (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017).

Nesta experiência, assim como o apoio institucional, o apoio matricial fortaleceu as equipes das Unidades Básicas de Saúde e ofereceu ferramentas para que as ações fossem compatíveis com a demanda do serviço. As equipes da Atenção Básica foram capacitadas para estratificar os riscos da população com doenças crônicas de hipertensão e diabetes, encaminhar corretamente os usuários no fluxo de atendimento, entenderem o preenchimento do Plano de Cuidado e

darem continuidade ao tratamento do usuário quando ele retornar à UBS. Portanto, o apoio matricial auxiliou na coordenação do fluxo de atendimento, garantindo a continuidade do cuidado e atendendo integralmente às necessidades da população.

5.7 Articulação da RAS com outras redes

Em 2001, foi realizado um estudo sobre o controle dos fatores de risco do diabetes *mellitus*, como por exemplo, alimentação, atividade física, tabagismo e excesso de peso. Verificou-se que a incidência de DM reduziu em 91% e os casos de história familiar de DM reduziram 88% (HU *et al.*, 2001).

Nascente *et al.* (2010) afirmam que estudos epidemiológicos associam a hipertensão ao uso de álcool, à ingestão demasiada de sódio, ao estresse, ao sedentarismo e às características sociodemográficas do usuário.

Alguns fatores de risco para doenças crônicas citados na 7ª DBHA são idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A população da Região de Saúde Leste do Distrito Federal se encontra de alguma forma em vulnerabilidade social, seja por condições de saúde, socioeconômica, infraestrutura do território, índice de violência na comunidade ou outros condicionantes e determinantes. Por esse fator de risco, é importante que as redes de saúde sejam articuladas com redes de outros setores.

O envolvimento de diferentes setores e a disposição dos profissionais em ações colaborativas estão relacionados à fragmentação do campo inteorganizacional da saúde pública. A coordenação do cuidado é condicional à integração entre os níveis de atenção e às barreiras de fluxo no sistema. Quanto maior a integração e menor as barreiras, melhor será a comunicação e resolutividade do serviço. (AXELSSON, 2002).

Sendo assim, para diminuir as barreiras do fluxo de atendimento de usuários hipertensos e diabéticos, o AAE utiliza dispositivos complementares que fortalecem a integralidade do cuidado. Esses dispositivos são atividades de articulação entre diferentes redes para a coordenação do cuidado com a garantia de educação integral; incentivo à participação de grupos específicos e ao autocuidado; exercício da autonomia para opções de tratamento; construção de parcerias e apoio

institucional; e consolidação ensino-pesquisa-comunidade.

O AAE oferta a Atenção Compartilhada em Grupo, um componente educativo de promoção da saúde na atenção secundária, mediado na linguagem da população, com processo de construção do conhecimento para fortalecer boas práticas e revisar conceitos.

O atendimento em grupo foi uma metodologia desenvolvida e acompanhada pelo CONASS no AAE de Hipertensão e Diabetes da Região Leste. É um espaço em que os usuários têm a oportunidade de conversar entre eles, numa linguagem que todos compreendem, para discutir as doenças e compartilhar experiências. O grupo reforça o que aprendeu nas consultas individuais e possibilita aos profissionais de saúde preencher as lacunas, quer seja dúvidas ou mesmo a resistência de adesão ao tratamento. Dessa forma, os profissionais da Atenção Básica podem acompanhar e reforçar tanto as metas individuais dos profissionais de saúde quanto o processo de educação e promoção do grupo.

Está apresentado a seguir um exemplo do que registrado no Plano de Cuidado de cada usuário que participou do grupo:

Quadro 5 – Atenção Compartilhada em Grupo registrada no Plano de Cuidado.

O usuário participou da Atenção Compartilhada em Grupo (ACG) no dia __/__/__, das __h às __h, no AAE HRL. O grupo conversou sobre as seguintes temáticas: importância da alimentação para HAS e DM (sal, açúcar, diminuir quantidade e aumentar variedade de alimentos); outros fatores de alteração da pressão e glicemia (ansiedade, preocupações com família e violência no bairro); atividades cotidianas que ajudam a controlar (caminhada, artesanato); adesão ao tratamento (mesmo quando também se utiliza tratamentos de conhecimento popular - água de maxixe e óleo de buriti); e conhecimento de como e porquê aplicar insulina.

Fonte: Elaboração própria da relatoria do ACG.

Ao final do grupo, os profissionais de saúde sintetizam tudo o que foi falado para reforçar o aprendizado e certificar que não ficaram dúvidas entre os grupos. O AAE aproveita a oportunidade para incentivar os usuários a participarem de atividades educativas, Práticas Integrativas em Saúde (PIS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), esporte e lazer que são ofertadas na região que residem.

Além disso, as parcerias construídas são indispensáveis para fortalecer as Redes de Atenção à Saúde e consolidar ações que sejam coordenadas para a

integralidade do cuidado. A parceria Universidade de Brasília com o Ambulatório de Atenção Especializada, por exemplo, possibilita a articulação ensino-serviço-comunidade. Além da troca de saberes, a parceria oferece mecanismos de escuta, registro, análise e reflexão sobre os processos de trabalho do serviço de saúde e sua repercussão na comunidade. Afinal, o objeto de trabalho da saúde é a necessidade da população.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Fatores críticos da coordenação do cuidado

A integração das Redes de Atenção à Saúde é um desafio para Atenção Primária à Saúde e o Ambulatório de Atenção Especializada da Região Leste. A fragmentação do serviço é confrontada com dispositivos de coordenação assistencial que sincronizam ações e elaboram estratégias com o propósito de minimizar barreiras do sistema e ampliar a continuidade do cuidado.

Cada eixo de análise detalhado nos resultados possui elementos facilitadores e limitantes ao cuidado coordenado, principalmente ao restringir o objeto de estudo à implantação do Plano de Cuidado – dispositivo oportuno para aprimorar a comunicação de profissionais e usuários em diferentes níveis de complexidade.

Identificar esses fatores é um dos passos primordiais e mais importantes para embasar a tomada de decisões de ações do serviço. Ao conhecer o território, as necessidades da população, os processos de trabalho, seus fluxos, desafios e potencialidades, podem ser desenvolvidos mecanismos de articulação e continuidade do cuidado. Dessa forma, a rede é fortalecida e estruturada para melhora da qualidade do serviço de assistência integral.

6.1.1 Facilitadores

O apoio institucional para o AAE e o apoio matricial do AAE para os profissionais das equipes de Saúde da Família constituem em si fatores facilitadores por organizar estruturalmente o serviço para a coordenação do cuidado. As tutorias

e oficinas; o material de apoio disponibilizado; os grupos de estudo; o alinhamento de princípios, valores, objetivos e metas; o nivelamento de conceitos e de modelos de saúde; o desenvolvimento de metodologias e práticas do cotidiano são algumas das contribuições de Educação Permanente que fortaleceram tanto a técnica individual dos profissionais quanto relações interprofissionais e ações coletivas no serviço.

Os profissionais foram capacitados a tomar decisões baseadas em evidências e elaborar ações coletivas para superação das dificuldades. Ao identificar desafios do sistema e benefícios para a comunidade, houve uma sensibilização de planificação de ações para que o sistema permute a lógica hospitalocêntrica pela coordenação do cuidado em redes de assistenciais, de modo que os níveis de complexidade possam conversar entre si para integração do cuidado.

O acesso ao AAE na Rede de Atenção à Saúde e o fluxograma de atendimento do AAE possibilitaram a compreensão do caminho que o usuário precisa percorrer no sistema para que sua necessidade de saúde seja atendida integralmente. Este ponto é fortalecido pelo aperfeiçoamento dos mecanismos de comunicação entre profissionais do AAE, da APS, gestores e usuários.

O Plano de Cuidado possibilita o acompanhamento de todos os profissionais de saúde do AAE para uma linha de cuidado coletiva e permite a continuidade do cuidado pela equipe de referência da Atenção Básica. O Plano de Cuidado passa a ser mais do que o registro coletivo de atendimentos e se transforma em dispositivo de cuidado coordenado que certifica a comunicação entre o Ambulatório de Atenção Especializada e as Unidades Básicas de Saúde da Região Leste. Além disso, ele favorece a compreensão dos usuários quanto às suas condições de saúde, adesão ao tratamento e autocuidado.

A atitude de comprometimento com o cuidado das pessoas potencializa o trabalho em equipe, mesmo que surjam impasses (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). Saupe *et al.* (2005) afirmam que o comprometimento é essencial para qualquer ação e prática de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, pois é uma das competências para o trabalho interdisciplinar e coletivo. No Ambulatório, é notório o comprometimento da equipe multiprofissional de saúde com a qualidade da assistência prestada e a responsabilidade de continuidade do cuidado. A integração da equipe e o processo de decisão em gestão participativa produz o sentimento de pertencimento e significado do trabalho. Os profissionais são mobilizados,

sensibilizados e co-responsabilizados por suas atuações na rede de atenção.

Além do empenho em coordenar o cuidado, a equipe procura se apropriar de conhecimentos sensíveis à necessidade cotidiana do usuário. Principalmente por atuarem com usuários portadores de doenças crônicas, os profissionais estão cientes que o surgimento de um agravo ou complicação de saúde pode ser delicado tanto para o usuário quanto para sua família. Esse novo contexto requer habilidades para que a abordagem seja efetiva na orientação de mudança de hábitos e adesão ao tratamento.

Essa mobilização da equipe garante também que o usuário seja acolhido em suas necessidades físicas e mentais, ampliando a atuação clínica do Ambulatório e exercendo um cuidado integrado em diferentes pontos de atenção. Dessa forma, a articulação da RAS com outras redes otimiza a coordenação do cuidado. As parcerias complementam as ações intersetoriais de continuidade do cuidado, otimizando recursos e fortalecendo práticas de assistência, educação, esporte e lazer.

No Ambulatório, algumas práticas incentivadas e parcerias estabelecidas que desenvolvem mecanismos diretos ou indiretos de coordenação do cuidado são: articulações com serviços, gerências e diretorias do Hospital da Região Leste (saúde bucal, DIRAPS, GSAP – em especial o apoio da Gerência de Áreas Programáticas ao desenvolvimento de ações e projetos do AAE); Práticas Integrativas em Saúde das Unidades Básicas de Saúde; projetos de assistência social (aulas de alfabetização, que desenvolvem habilidades de comunicação e incitam maior autonomia perante a decisão de tratamentos indicados); e consolidação do ensino no serviço para benefício da comunidade (Universidade de Brasília – Departamento de Saúde Coletiva: troca de experiências, produção e disseminação de conhecimento, novos cenários de práticas para estudantes).

6.1.2 Limitantes

A complexidade do campo da saúde é um aspecto que possibilita uma ampla diversidade de práticas e heterogeneidade de modelos de saúde. Por isso, os apoios institucional e matricial visam o alinhamento de processos para que os diferentes pontos de atenção consigam se comunicar e seguir o mesmo objetivo de cuidado integrado. Entretanto, a rigidez hierárquica do sistema, a burocratização das ações e

a escassez de recursos engessam processos e dificultam a atuação dos apoios na coordenação dos fluxos de atenção.

Um fator que pode ser limitante para a coordenação do cuidado é o processo de formação da equipe multiprofissional (AXELSSON, 2002). Na implementação do AAE, havia uma especialidade que se prendeu ao estágio de formação da equipe e não se abriu para desenvolver o estágio de manejo de conflitos. A formação do especialista era uma que não trabalhava diretamente para atender as complicações de condições crônicas de saúde. Além disso, não houve abertura do profissional para reaprender seu processo de trabalho e atuar no AAE. Portanto, para que o profissional seja alocado em uma equipe multiprofissional, precisa haver aceitação do profissional por meio de uma boa comunicação e compreensão do objetivo do grupo e de suas atribuições.

Devido às condições sociais e econômicas, há considerável rotatividade de moradores na Região Leste do Distrito Federal. O desemprego que leva a procura de um aluguel mais acessível ou acarreta o despejo do inquilino, as uniões ou as separações afetivas que modificam as interações na casa e o acréscimo de familiares como por exemplo a avó que precisa de cuidados mais delicados ou os sobrinhos que chegaram na cidade em busca de estudo são alguns dos diversos fatores que podem levar as famílias dos territórios de vulnerabilidade social a mudarem de casa.

A família às vezes nem muda de Região Administrativa, mas mesmo assim acaba modificando sua área adscrita e, conseqüentemente, alterando sua equipe de Saúde da Família de referência. Esses residentes com condições crônicas de saúde não criam vínculo com sua equipe e dificilmente conseguem dar seguimento ao tratamento. Esta dinamicidade atrapalha o processo de adscrição e busca ativa de casos crônicos das equipes da Atenção Básica, o acompanhamento do médico de família e a referência e a contrareferência no fluxo de atendimento do usuário na Rede de Atenção à Saúde.

O risco iminente é a perda de um usuário com condições crônicas de saúde no labirinto estrutural do sistema de saúde. Este usuário, se não tratado, desenvolve complicações e agravos que diminuirão sua qualidade de vida e acarretarão em alto custo para a família, o serviço de saúde e a sociedade. O território dinâmico é, portanto, um fator limitante para que a coordenação do cuidado seja completa em atender a saúde como direito em seus princípios de integralidade e universalidade.

Além disso, a não compreensão do fluxo de acesso e do atendimento interno do AAE dificulta o entendimento do sistema e do cuidado de saúde. Usuários somente diabéticos não são atendidos pelos cardiologistas por serem encaminhados somente para os endocrinologistas, assim como os usuários hipertensos só são atendidos pelos cardiologistas e não pelos endocrinologistas. O fato de os usuários esperarem na mesma sala e verificarem que alguns são atendidos pelos dois especialistas, por serem portadores das duas condições de saúde, faz com que aqueles não são se sintam satisfeitos com o atendimento do AAE, o considerando incompleto e dificultando a adesão ao tratamento. Ao mesmo tempo, por se sentirem cuidados e enxergarem facilidade de acesso à várias especialidades, esses usuários tendem a continuar no AAE e não retornar às suas unidades de referência.

O Plano de Cuidado constitui um dispositivo eficaz para comunicação entre profissionais de diversas especialidades e diferentes níveis de atenção. Entretanto, ele nem sempre cumpre seu papel informativo para os usuários do AAE. A população encaminhada ao AAE pode apresentar sequelas neurológicas e/ou oftalmológicas devido às complicações das condições crônicas de saúde. O perfil dos usuários e dos acompanhantes é, em maioria, é, em maioria, população com baixo grau de escolaridade ou analfabetos. Eles apresentam barreiras de compreensão sobre o sistema, as recomendações e o tratamento sugerido pela equipe multiprofissional do Ambulatório.

Além disso, os usuários nem sempre compreendem que o Plano de Cuidado é mais do que um papel de atendimento do Ambulatório. Esse papel contém todas as informações necessárias para auxiliar o autocuidado do usuário e a continuidade do cuidado pelos profissionais da Atenção Básica. Por não compreenderem o Plano de Cuidado como dispositivo de saúde, os usuários acabam perdendo ou esquecendo o Plano quando retornam à sua UBS de referência para atendimento da equipe de saúde.

O fato de o Plano de Cuidado ser impresso e entregue ao usuário para que leve para sua equipe de Saúde da Família representa a fragmentação dos sistemas de informação em saúde de diferentes níveis de atenção. A responsabilidade dessa continuidade do cuidado não deveria ser transmitida inteiramente ao usuário, mas sim compartilhada com ele. Ao mesmo tempo que o usuário tem a responsabilidade do autocuidado, a RAS tem a responsabilidade do componente estrutural de garantir a comunicação e o acesso contínuo à informação em saúde para possibilitar e

capacitar a oferta do serviço com longitudinalidade, integralidade e resolubilidade.

Quanto à articulação da RAS com outras redes, são identificadas fragilidades na continuidade administrativa dos projetos e parcerias. A maioria são ações pontuais ou com pouco tempo de atuação contínua, sem financiamento fixo, com alta rotatividade de locais e horários. Os projetos são movidos por pessoas e não pelo serviço, o que faz com que o projeto dependa inteiramente daquele responsável. Este fator dificulta a comunicação e divulgação das atividades complementares para a integralidade do cuidado de saúde.

Quadro 6 – Comparativo dos fatores facilitadores e limitantes, Região Leste Saúde-DF, 2018

Facilitadores	Limitantes
<ul style="list-style-type: none"> - Apoio institucional; - Apoio matricial; - Educação Permanente; - Decisões baseadas em evidências; - Ações coletivas; - Identificação de desafios e benefícios para a comunidade; - Sensibilização dos profissionais; - Acesso ao AAE na RAS; - Fluxograma de atendimento do AAE; - Plano de Cuidado; - Comprometimento; - Trabalho integração; - Equipe multiprofissional; - Responsabilização; - Acolhimento; - Articulação da RAS com outras redes; - Parcerias; - Consolidação do ensino no serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diversidade de práticas; - Heterogeneidade de modelos de saúde; - Rigidez hierárquica; - Burocratização de ações; - Escassez de recursos; - Conflito na equipe multiprofissional; - Não valorização dos registros; - Dinâmica de território; - Não compreensão do fluxo de atendimento do AAE e da RAS; - Fragmentação de sistemas de informação; - Grau de escolaridade; - Complicações das doenças crônicas; - Descontinuidade administrativa; - Ações pontuais.

Fonte: Elaboração própria.

6.2 Lições aprendidas e recomendações

Salazar e Grajales (2004) afirmam que um desafio na promoção da saúde é desenvolver métodos de avaliação que contribuam para a qualidade de vida das populações e valorizem processos e resultados em dimensões políticas, sociais e econômicas. Este estudo de 2004 em específico foi baseado na articulação avaliação-sistematização. A avaliação valorou a intervenção e resultados intermediários em relação à abordagem de objetivos e metas. Já a sistematização facilitou a relação entre processos e resultados com seu contexto e motivou a participação. Assim também espera-se que esta sistematização incentive o envolvimento e colaboração de diversos de atores para aprimorar relações de trabalho e consolidar o serviço do Ambulatório de Atenção Especializada em Hipertensão e Diabetes da Região Leste.

As estratégias de enfrentamento da fragmentação do sistema de saúde são motivadas pela constante necessidade de adaptação dos serviços para a organização das Redes de Atenção à Saúde. Pela relevância epidemiológica, a coordenação da RAS apresenta o AAE como uma a estratégia de inovação da linha de cuidado de doenças crônicas. Para o serviço, a concretização da estratégia amplia o acesso da população aos cuidados em saúde.

Contudo, a fragilidade institucional, o número insuficiente de equipes multiprofissionais, o modelo de saúde hospitalocêntrico, a dificuldade de acesso nos serviços de saúde tanto na rede privada como pública, a fragilidade dos sistemas de informação clínica e a dificuldade de comunicação entre diferentes níveis de complexidade, entre profissionais e entre profissionais e usuários configura alguns dos desafios que os Ambulatórios de Atenção Especializada enfrentam.

Observa-se, em geral, que a organização dos processos de trabalho do setor saúde favorecem a coordenação do cuidado (OLIVEIRA, 2013). Porém, quando se tem uma sobrecarga de trabalho, as pessoas comumente não valoram os resultados, pois não conseguem analisar se o esperado foi alcançado. Se enxerga uma quantidade infinita de demanda para recursos humanos e financeiros limitados.

Quando se pensa em gerenciar esses processos de trabalhos, objetiva-se aumentar a efetividade do serviço eliminando retrabalhos e desperdícios dos profissionais. Dessa forma, o profissional de saúde consegue visualizar o quanto produziu de promoção e cuidado integral à saúde do usuário. Essa valoração

pessoal é o que proporciona a satisfação pessoal e a melhora do desempenho laboral.

O fato de construir uma proposta prática, que formula sugestões de melhoria no serviço, reflete sobre a assistência e indica fragilidades do sistema, pode aperfeiçoar os processos de trabalho. Além do mais, combinar a proposta prática com a valorização da opinião dos profissionais de saúde traz motivação para que eles enxerguem as mudanças necessárias e se empenhem ao cuidado do seu território. Portanto, as ferramentas de processo de trabalho, de construção conjunta dos profissionais de saúde do AAE, possibilitam aos profissionais reconhecer a importância de suas ações para a coordenação do cuidado.

O serviço pretende, então, conhecer as necessidades de saúde da população adscrita para estimular o diagnóstico precoce, o controle da pressão arterial e glicemia dos usuários, o controle dos fatores de risco associados à essas doenças e os tratamentos contínuos, com uso de medicação regular e mudanças no estilo de vida do usuário (MALACHIAS, 2016).

Entretanto, os processos de trabalho são complexos e demandam um pouco de atenção quanto às atribuições e funções dos profissionais de saúde. De acordo com BRITO (2009a), no Dicionário da Educação Profissional em Saúde, o trabalho prescrito corresponde às atribuições dadas ao trabalhador antes de iniciar as atividades da função, ou seja, é aquilo que deve ser feito, dentro das regras da organização do trabalho e as condições dadas para sua realização.

Já o trabalho real é toda a atividade realizada, que está ou não prescrita para a função exercida. Pressupõe que o trabalho prescrito não consegue abranger todas as tarefas necessárias para o processo de produção (BRITO, 2009b). Esta separação entre o trabalho prescrito e as atividades realizadas foi perceptível no primeiro contato do Estágio 2 no HRL, especificamente com o reconhecimento de uma das gerências da Região Leste.

Como trabalho prescrito, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal especifica competências, como coordenar e controlar a execução de atividades; participar de formulação de políticas de saúde; normatizar, coordenar e acompanhar implementação de ações; elaborar e manter atualizado Manuais de Rotinas e Protocolos Clínicos dentre outras.

Porém, além do prescrito, pode-se perceber que a gerência exercia funções que não eram de sua responsabilidade, como por exemplo coordenar o conserto da

tubulação de água do setor da DIRAPS. Uma hipótese para esta situação pode ter sido enxergar na gerência a resolutividade dos problemas, que começavam a ser centralizados e atraídos. Pelo fato de não limitar as funções e não delegar as atividades solicitadas, a gerência acabava sobrecarregada.

Foram também expostos o momento e a necessidade de transição de gerências, já que há uma limitação na percepção dos problemas devido ao tempo de serviço na mesma área temática e à tendência de o ser humano fixar sua linha de raciocínio. Uma nova gerência poderia enxergar os problemas existentes que estão de alguma forma camuflados na gerência vigente. Dessa forma, poderiam ser identificadas outros desafios e criadas novas ações estratégicas para o enfrentamento dos problemas.

Entretanto, a preocupação da gerência foi a descontinuidade administrativa do serviço. Na maioria das vezes, quando há mudanças governamentais, as gerências têm dificuldade de identificar quais programas ou ações serão modificadas e quais recursos terão disponíveis. Por isso, é importante não só que as gerências sejam guiadas por pessoas familiarizadas com a área temática, mas também que sejam espaços político-estratégicos que estimulam a formulação de políticas de saúde voltadas para Atenção Básica e cuidado em Rede.

De todo modo, esta diferença conceitual entre real e prescrito existe porque as condições de trabalho reais são dinâmicas e imprevisíveis, necessitam de estratégias de adaptação e intervenções do trabalhador para dar continuidade à atividade (BRITO, 2009b). Da mesma forma, os processos de trabalho para a coordenação do cuidado da equipe multiprofissional do AAE necessitam adaptações e intervenções que se encaixem em suas atribuições e não fujam da capacidade resolutiva do Ambulatório.

Scherer, Jean e Pires (2013) afirmam que o indivíduo tanto é sujeito quanto determinação de si na atuação do trabalho multiprofissional em saúde. A construção da interdisciplinaridade demanda o desenvolvimento de competências para lidar com impasses da dinâmica do trabalho em saúde, levando o profissional a reinventar seu modo de trabalhar. É essa a abertura que existe no serviço para inovar as ações e os processos de trabalho conforme necessidades e capacidades do ambiente e dos atores que produzem o cuidado em saúde.

Para Saltman (2006) é ainda importante equilibrar a regulação do processo de trabalho e a autonomia dos profissionais para melhorar o resultados em saúde. Esse

aspecto da autonomia profissional é fundamental para que a equipe tenha maior implicação com o trabalho (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017).

O objetivo de produzir a sistematização do processo de implantação do Plano de Cuidado como dispositivo de coordenação do cuidado foi organizar informações para subsidiar tomada de decisões e criação de novas práticas que melhorem a qualidade da assistência em saúde. Com informações e conhecimentos disseminados, os profissionais de saúde têm ferramentas para reinventarem suas práticas e seus processos de trabalho.

Langdon e Wick (2010) mostram que a cultura influencia em como determinado indivíduo enxerga a saúde e a doença. Sendo assim, as ações de saúde e os sistemas médicos de atenção à saúde são respostas às percepções da comunidade quanto ao significado de doença; são sistemas culturais. Pensando na formação dos profissionais de saúde, é essencial que esses sistemas e suas relações com a saúde e a doença sejam analisados e entendidos.

Os autores expõem diferentes conceitos de cultura. Popularmente, diz-se que ter cultura é ter conhecimento, alto nível educacional e econômico. Porém, o conceito de cultura utilizado no texto, com base na Antropologia, expressa que cada pessoa tem uma construção sociocultural e, por isso, apresenta particularidades em ações e pensamentos. Dessa forma, é preciso estudar a cultura do local e de seus habitantes para que haja uma articulação eficaz na implementação de sistemas e ações de saúde que dialoguem fielmente com o que a sociedade em questão acredita, enxerga e responde.

Também se foi pensado na aplicação de métodos e técnicas qualitativas nas pesquisas em saúde para relacionar estudos teóricos com a prática dos profissionais de saúde. É importante pensar nas intervenções em saúde levando em consideração o método etnográfico e a análise interpretativa das pesquisas. A etnografia permite a imersão do pesquisador no cotidiano da sociedade estudada, sugerindo uma aproximação com a realidade local, vivência da cultura e tentativas de interpretação de significados sem a incorporação da cultura do pesquisador. Ele se distancia da sua construção sociocultural para uma interpretação claro e sem influências.

A perspectiva antropológica requer que, quando se deparar com culturas diferentes, não se faça julgamentos de valor tomados com base no próprio sistema cultural, passando a olhar as outras culturas segundo seus próprios valores e conhecimentos – através dos quais expressam visão de mundo própria que orienta as suas práticas,

conhecimentos e atitudes. A esse procedimento se denomina relativismo cultural. É ele que permite compreender o porquê das atividades e os sentidos atribuídos a elas de forma lógica, sem hierarquizá-los ou julgá-los, mas somente, e sobretudo, reconhecendo-os como diferentes! (LANGDON; WICK, 2010, p. 177).

O conceito instrumental da cultura é que ela inclui valores, símbolos, normas e práticas. Além disso, ela é aprendida, compartilhada e padronizada. Dessa forma, os autores descrevem sobre os sistema de atenção à saúde (que são práticas, conhecimentos e instituições desenvolvidas pela sociedade) como resposta à necessidade da atenção à saúde. Pensar esse sistema como sistema cultural de saúde auxilia interpretar uma gama de significados e comportamentos, pois é a partir dele que se interpreta o que é saúde e doença. O sistema de atenção à saúde também é sistema social de saúde porque articula com instituições que não são necessariamente biomédicos, mas que interagem socialmente na área da saúde, como benzedeiras, curandeiros, massoterapeutas etc.

Ao refletir sobre a experiência prática no local de estágio, primeiramente é preciso entender as diferenças culturais dos profissionais de saúde e da população atendida, compreender como enxergam saúde e doença. É possível também estabelecer comparações entre as perspectivas dos profissionais de saúde e dos usuários, analisando as dificuldades de se transmitir informações de saúde de forma eficiente. Portanto, é fundamental mapear os sistemas sociais de saúde para verificar como eles têm auxiliado a atenção à saúde e potencializar esses campos de atuações em prol da saúde coletiva.

O campo de estágio possibilita consolidar os conhecimentos e ter uma vivência intersetorial. Assim, ele passa a ser não só um componente curricular, mas um processo de aprendizagem marcado pela elaboração e troca de saberes entre Universidade e serviço em diversos pontos de atenção. Isso leva a necessidade constante de articulação entre o conteúdo teórico e a prática durante a realização do estágio. Dessa forma, a parceria com o ensino se concretiza em um espaço de prática reflexiva, ponderando as necessidades da realidade do serviço (BOUSSO *et al.*, 2000).

O processo de sistematização foi fundamental para identificar fatores fortalecedores e limitantes para o processo de coordenação do cuidado. Aqui estão listadas algumas orientações para que o Ambulatório de Atenção Especializada prossiga garantindo a continuidade de ações de Educação Permanente e apoio matricial; incentivando produções e sistematizações das instituições de saúde e a

utilização dessas trocas de experiências para revelar ações e inovações que aprimorem a coordenação do cuidado nos serviços de saúde; aprimorando técnicas e construindo de protocolos clínicos de Atenção Especializada para auxiliar e alinhar ações dos profissionais do AAE; estabelecendo parcerias e adaptando ações e práticas às necessidades da população; e adequando a linguagem técnica de saúde para a compreensão dos usuários.

Com a experiência dos estágios, pôde-se observar que há uma dificuldade de se planejar e executar as ações na área da saúde pelo fato de gestores, profissionais e usuários não saberem ao certo o que é a APS e a RAS, como atuam e quais são os benefícios para a sociedade. A relevância de se definir conceitos e disseminar conhecimento se dá pela garantia de que todos os atores envolvidos estão tratando de uma mesma visão, diminuindo assim pontos de conflito. Portanto, essa sistematização procura incentivar as ações de Educação Permanente em Saúde para melhorar a qualidade do serviço e aprimorar a coordenação do cuidado.

O estágio mostrou que não se pode pensar em ações se não se conhece as diretrizes e normas que regem determinado território. Por isso, há uma grande importância em estudar normativas e trabalhos científicos para fundamentar experiências, decisões e atividades no estágio. Essa base teórica oferece ferramentas estratégicas para que estudantes e profissionais saibam lidar sabiamente com conflitos, desafios e resolubilidade de problemas.

A formação do sanitarista capacita o profissional para atuar, argumentar, se posicionar e trabalhar em conjunto com outros profissionais de modo que articulações e associações sejam feitas para garantir a integralidade, universalidade e equidade do sistema de saúde.

São atribuições do sanitarista, conforme o artigo 3º do Projeto de Lei nº 6.311, de 2016: planejar, controlar, fiscalizar, organizar, administrar, dirigir e supervisionar as atividades sanitárias e de saúde pública coletiva, observados os parâmetros legais e regulamentares vigentes; identificar, pesquisar, monitorar, inspecionar, registrar e proceder às notificações de risco sanitário; executar serviços de análise, classificação, interpretação informação científica de interesse sanitário, e a inspeção sanitária; zelar pelo bom cumprimento da legislação sanitária no País; prestar serviços de consultoria e assessoramento na área sanitária; realizar perícias, emitir laudos técnicos e pareceres em material sanitária, identificando riscos à saúde pública coletiva e ao meio ambiente; dentre outros (BRASÍLIA, 2006).

Dessa forma, a experiência de estágio na Atenção Especializada foi fundamental para construção de um olhar atento aos desafios do serviço e às demandas da população. A abertura e o acolhimento dos profissionais do AAE foram essenciais para a inserção da estudante. A autonomia conferida para atuação no serviço ofereceu um leque de possibilidades, não limitando a vivência ao plano de ação do estágio. Foram executadas ações e tomada de decisões que favoreceram a construção de vínculos, parcerias e novos arranjos de trabalho dentro das competências e atribuições do sanitarista.

Como este trabalho ressaltou a implantação do Plano de Cuidado como dispositivo facilitador para a ordenação da RAS e coordenação do cuidado, cabe dialogar sobre as dificuldades e encaminhamentos do processo durante o período de estágio. Foram pensadas estratégias de disponibilização do Plano de Cuidado para os médicos e enfermeiros da APS da Região Leste, com o apoio e articulações fundamentais da Gerência de Áreas Programáticas e dos profissionais de saúde do AAE.

A DIRAPS se preocupou com o sigilo de usuários, com a ética no atendimento em saúde, com o número de pessoas que teriam acesso ao material e com a utilização de um dispositivo oficial da Secretaria de Saúde para que o Plano de Cuidado pudesse ser disponibilizado. Uma alternativa foi pensar na viabilidade de utilizar a plataforma Intranet, para atender ao atributo de sistema integrado de informações.

A alimentação do sistema seria semanal em uma pasta que contenha todos os Planos com nomes e datas de nascimento dos usuários. O médico ou enfermeiro das equipes da Região Leste, com suas matrículas da SESDF e suas senhas, teriam acesso a toda a pasta com todos os usuários e, independentemente se eles mudarem ou não de endereço (território dinâmico), os profissionais continuariam a ter acesso ao cuidado daquele usuário.

Entretanto, foram identificadas possíveis barreiras institucionais e estruturais para aplicação da disponibilização do Plano de Cuidado por meio da Intranet. O impasse seria se as UBS da região rural teriam acesso à Intranet e, caso tivessem em apenas um servidor, como seria o processo de deslocamento das equipes para a busca dos Planos.

Mesmo com esses limitantes, a orientação do serviço foi implantar a Intranet como período de teste. Porém, a experiência não pode ser iniciada porque o único

servidor do Setor de Informática do HRL autorizado a operar o sistema Intranet entrou de férias e não retornaria até o próximo semestre. Sugere-se, então, que a SESDF gerencie riscos e capacite mais de um servidor do Setor de Informática para ficar responsável pela Intranet em casos de ausência do servidor atual.

Nas fases de trabalho prescrito, essa capacitação é fundamental para desenvolvimento de atividades (BRITO, 2009a). Contudo, não só a capacitação deve ser oferecida ao trabalhador, como também as ferramentas institucionais adequadas (MENDES, 2012). Recomenda-se instigar o diálogo, ações e formulação de políticas para acelerar a implantação do e-SUS nos níveis secundários e terciários, de modo que o sistema de informação em saúde seja integrado com a APS.

Como encaminhamentos do estágio, ficaram a verificação prática de disponibilização dos Planos de Cuidado via Redes: o acesso na região rural, o planejamento de criação de pasta remota, a alimentação das pastas o acesso na Atenção Básica; e a organização do módulo de matriciamento: Disponibilização de Planos de Cuidado; treinamento dos profissionais do AAE para utilização e alimentação dos dados na ferramenta; capacitação de médicos e enfermeiros; objetivo: garantir o acesso às ações terapêuticas de promoção, de prevenção e de acompanhamento realizadas no AAE.

Os Estágios Curriculares de Saúde Coletiva, bem como a sistematização dos processos de trabalho, possibilitaram a construção reflexiva entre teoria e prática das relações de serviço na linha de cuidado de hipertensão e diabetes. Foi um processo lento, gradual e submetido às diversas relações individuais e coletivas estabelecidas nos campos de estágio, registrando conteúdos assimilados ao longo do curso graduação e permitindo a consolidação do aprendizado.

Além disso, os Estágios Curriculares na Região Leste foram uma oportunidade de mostrar ao sistema de saúde que a Saúde Coletiva é um campo de ação interdisciplinar que pode auxiliar na eficiência ao serviço, facilitar tomada de decisões, ampliar parcerias e, principalmente, tornar o direito à saúde e o cuidado humanizado integral uma realidade de todo brasileiro.

Infelizmente, o contato com o campo de estágio do curso de Saúde Coletiva, *campus* Darcy Ribeiro, é tardio na matriz curricular vigente. Compreendendo a importância da relação teoria e prática, sugere-se que o fluxo do curso seja revisado e o estágio incorporado o quanto antes na formação do aluno, em consonância com

as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) aprovadas. Também se reconhece a necessidade de aumentar a carga horária. Isso possibilitaria ao aluno chegar ao final da formação com maiores possibilidades de reconhecer seu papel de sanitarista, tendo segurança de suas ações e estabelecendo seu espaço de trabalho no serviço. Dessa forma, favoreceria também a consolidação o campo de atuação do sanitarista no sistema de saúde e a parceria de ensino-serviço para assistência integral à saúde da população.

REFERÊNCIAS

ADA – AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes *mellitus*. **Diabetes Care**. (suppl 1):s8-16, 2015.

ADA – AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Economic costs of diabetes in the USA in 2012. **Diabetes Care**. 36:1033-46, 2013.

ALBERTI, K. G. M. M.; ZIMMET, P. Z. World Health Organization Consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes *mellitus* and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes *mellitus*. **Report of a WHO Consultation**. Geneva: WHO, 1999.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ESCOREL, S. **Desafios à assistenciais em grandes centros urbanos**. Cad. Saúde Pública. 2010; 26 (2): 286-298.

AXELSSON, R.; AXELSSON, S. B. Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. **Int J Health Plann Manag**. 21(1):75–88. 2006. doi: 10.1002/hpm.826.

BORGES, H. P. *et al*. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.91, n.2, p.110-18, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008001400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 de Novembro de 2017.

BOUSSO, R. S. *et al*. Estágio Curricular em Enfermagem: transições de identidade. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**. v.34, n. 2, p. 218-25, jun. 2000.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, DF, 14 maio 2018. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2018/05_Maio/DODF%20091%2014-05-2018/DODF%20091%2014-05-2018%20INTEGRA.pdf>. Acesso em: 16 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Áreas Técnicas. **NOTA TÉCNICA**. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nt_cgat.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017b. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 fev. 2017. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2017.

BRASIL. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017c. Regulamenta o art. 51 da Portaria no 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 fev. 2017. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2017.

BRASIL. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional. **Plano Distrital de Saúde 2016-2019**. Brasília, DF, 2016.

BRASÍLIA. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 6.311, de 2016. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de sanitarista e técnico sanitarista. **RICD**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1502774.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

BRITO, J. C. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Trabalho Prescrito**. 2009a. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapre.html>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BRITO, J. C. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Trabalho Real**. 2009b. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trarea.html>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BROWNSON, R. C. *et. al.* Evidence-based decision making in public health. **Journal of Public Health Management and Practice**, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, 23:399-407. 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4), 975-986, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Educação Permanente em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

CEDETES; FUNDESALUD. **Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública**: reflexiones sobre la práctica en América latina y propuestas de cambio. Universidad del Valle: Cali, Colombia. 2011.

CHUEIRI, P. S.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S. M. P. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 12(39):1-18, 2017.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2011.
coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis

DAFT, R. L. **Leadership: Theory and Practice**. Dryden Press: New York. 1999.

DELGADO, C. M. S.; SILVA, L. M. S. **Hipertensão arterial e fatores de riscos associados: uma revisão de literatura**. Recife, 2011. Acesso em: 03 de Novembro de 2017.

discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. 1998.

DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Q**, v. 44, n. 2, p. 166-206, 1966.

DONNÂNGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. Duas Cidades, São Paulo, 1976.

DRUMOND JR, M. **Epidemiologia e saúde pública: reflexões sobre os usos da epidemiologia nos serviços do Sistema Único de Saúde em nível municipal**. Curso de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2001.

DUSSAULT, G. La epidemiologia y la gestión de los servicios de salud. **Boletín Epidemiológico OPS** 16(2):1-5, 1995.

GONDIM, G; MONKEN, M. Territorialização em Saúde. **Rev. Poli**, n. 6, p. 25-26, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>.

GRAY, B. **Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems**. Jossey Bass: San Francisco CA, 1989.

HEALTH CANADA. **Intersectoral Action Towards Population Health**. Report of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health. Health Canada Publications: Ottawa. 1999.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. OECD Health Working Paper, 30. Paris, France: Organization for Economic Cooperation and Development, 2007.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**; tradução de Maria Viviana V. Resende. 2. Ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006, 128p.

HU, E. B. *et al.* Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes *mellitus* in women. **N Engl J Med**. 345(11):790-7, 2001.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014, 180p.

IDF - INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas** [Internet]. 6a ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

IEC - THE INTERNATIONAL EXPERT COMMITTEE. International expert committee report on the role of the A1c assay in the diagnosis of diabetes. **Diabetes Care**. 32(7):1327-34, 2009.

LANGDON, E.; WICK, F. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicada às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 18(3):09-17, 2010.

LIM, S. S. *et al.* A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**. 380(9859):2224-60, 2012. Erratum in: **Lancet**. 381(9867):628, 2013.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 107(3Supl.3):1-83, 2016.

MALERBI, D.; FRANCO, L. J. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter study of the prevalence of diabetes *mellitus* and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30 a 69 years. **Diabetes Care**. 15(11):1509-16, 1992.

MCDONALD, K. M. *et al.* Care Coordination. Rockville, MD: Stanford University – UCSF **Evidence-based Practice Center**. 04(07):51-57, 2007.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. Hucitec-Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro, 1994.

MENDES, E. V. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Tomos I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E. E. *et al.* A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. Texto produzido a partir do texto didático: o ato de cuidar como um dos nós críticos-chave dos serviços de saúde. Curso DMPS/FCM/Unicamp; 1999.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MILECH, A. *et al.*; OLIVEIRA J. E. P. (org.); VENCIO, S. (org.) **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

NASCENTE, F. M. N. *et al.* Hipertensão Arterial e sua Correlação com Alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.95, n.4, p. 502-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop10910.pdf>>. Acesso em: 03 de Novembro de 2017.

NUÑEZ, RT, LORENZO, I.V, NAVERRETE, M.L.V. **La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas**. Gac Sanit. 20: 485-95. 2006.

OLIVEIRA, G.S. M. **Estratégias de Coordenação do Cuidado: uma análise do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

OPAS/OMS. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estratégica**. Washington, D.C. 160p. 1992.

PAIM, J. S. **Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 557-567, 2003.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 4(2):243-24, 1999.

PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. CEPS/ ISC, Salvador, 2002.

PAULSON, F. L.; PAULSON, P. R.; MEYER, C. A. What makes a portfolio a portfolio? **Educational Leadership**. p.60-63, 1991.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, Feb. 2001.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de Hipertensão Arterial: Atitudes, Crenças, Percepções, Pensamentos e Práticas. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.5, p.635-42, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>. Acesso em: 03 de Novembro de 2017.

ROGLIC, G. *et al.* The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. **Diabetes Care**. 28(9):2130-5, 2005.

ROSÁRIO, T. M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres- MT. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.93, n.6, p.672-78, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/18.pdf>>. Acesso em: 03 de Novembro de 2017.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D., GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. de História & Ciências Sociais**. n. I, p. 1-15, jul., 2009.

SACK, R. **Human territoriality: Its theory and history**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SALAZAR, L.; GRAJALES, C. D. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 545-555, Set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de novembro de 2018.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press; 2006.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SAQUET, M. A. **Os tempos e os territórios da colonização italiana**. Porto Alegre: EST edições, 2003.

SAUPE, R. *et al.* Competence of health professionals for interdisciplinary work. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: MOREIRA, S. M.; PAOLA, A. V. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2a. ed. São Paulo: Manole, 2015. p. 780-5.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 11, p.3203-3212, 2013.

SCHULTZ, E. M.; MCDONALD, K. M. What is care coordination? **International Journal of Care Coordination**, 17(1–2), 5–24. 2014.

SESDF – SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Paranoá**. Hospital da Região Leste. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/paranoa/>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

SHEKELLE, P. *et al.* Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. **Implementation Science**, 7:62, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Rev Bras Hipertens**. 17(1):4-62, 2010.

SOLBERG, L. L. Care coordination: what is it, what are its effects and can be sustained? **Family Pract** 28:469–70. 2011.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, *et al.* (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. 627–73. 2018.

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

STARFIELD, B. **Primary Care**: concept, evaluation and policy. New York: Oxford Univ Press. 1992.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBÔAS A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol SUS**, 7:7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência & Saúde**

Coletiva 4(2):287-303, 1999.

TIGRE, C. *et al.* La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. **Educ. Méd. Salud.** 24(3): 306-320, 1990.

VANGEN, S.; HUXHAM, C. Nurturing collaborative relations: building trust in interorganizational collaboration. **J App Behav Sci** 39: 5–31. 2003.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, 1: 2-4, 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diabetes: the cost of diabetes. **WHO fact sheet.** sep, n. 236. 2002.

ANEXO A – PLANO DE CUIDADO



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PLANO DE CUIDADOS – USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS



Data: / /2018

Nome: D.N: Idade:
Unidade Primária de Origem:

Responsável: _____ Plano de Cuidados nº: 001/
Vínculo: _____
UBS: ACS:

Revisões: ___ / ___ / ___, ___ / ___ / ___ e ___ / ___ / ___

MAPA DO PLANO DE CUIDADOS

Condições Crônicas (CR):		Autocuidado: () Suficiente () Insuficiente		Outras Comorbidades:			
<p>Fatores Modificáveis:</p> <p>() Sedentarismo</p> <p>() Atividade física insuficiente</p> <p>() Alimentação inadequada</p> <p>() Ingesta hídrica insatisfatória</p> <p>() Insônia</p> <p>() Uso incorreto da medicação</p> <p>() Uso de anticoncepcional</p> <p>() Automedicação</p> <p>() Tabagismo</p> <p>() Uso nocivo de álcool</p>		<p>() Uso de outras drogas ilícitas</p> <p>() Atividades de lazer ausentes</p> <p>() Uso de calçados inadequados</p> <p>() Superexposição a radiação solar</p> <p>() Outros:</p> <p>Fatores não modificáveis:</p> <p>() Idade</p> <p>() Etnia / Raça</p> <p>() Hereditariedade:</p> <p>() Sexo</p> <p>() Outros: _____</p>		<p>Fatores Psicossociais</p> <p>() Stress</p> <p>() Ansiedade</p> <p>() Depressão</p> <p>() Analfabetismo</p> <p>() Desemprego</p> <p>() Trabalho com vínculo precário</p> <p>() Violência doméstica</p> <p>() Excessiva jornada de trabalho</p> <p>() Mora sozinho</p> <p>() Renda per capita insuficiente às necessidades básicas</p> <p>() Outros: _____</p>		<p>Complicações das C. CR:</p> <p>() IAM</p> <p>() AVE</p> <p>() Lesão ativa trófica</p> <p>() DAP</p> <p>() Neuropatia</p> <p>() Retinopatia</p> <p>() Nefropatia</p> <p>() Acuidade visual comprometida</p> <p>() Acuidade auditiva prejudicada</p> <p>() Lipodistrofia insulínica</p> <p>() Outros: _____</p>	
<p>DATA:</p> <p>Glicemia de jejum: mg/dl</p> <p>OU glicemia pós prandial: mg/dl</p>		<p>DATA:</p> <p>Glicemia de jejum: mg/dl</p> <p>OU glicemia pós prandial: mg/dl</p>		<p>DATA:</p> <p>Glicemia de jejum: mg/dl</p> <p>OU glicemia pós prandial: mg/dl</p>			

PA: mmHg FC: bpm Peso: kg Estatura: cm IMC: CA: cm	PA: mmHg FC: bpm Peso: kg Estatura: cm IMC: CA: cm	PA: mmHg FC: bpm Peso: kg Estatura: cm IMC: CA: cm		
Identificação dos fatores dificultadores	Metas Terapêuticas	Recomendações	Grau de interesse (0 a 10)	Ass. e carimbo
Psicólogo:				
Enfermeiro:				
Médico Especialista: Cardiologia				
Médico Especialista: Endocrinologia				
Médico Especialista: Oftalmologia				
Nutricionista:				
Assistente Social:				
Dentista:				