



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

WESLEY DE SOUSA MOURA

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL:
ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

BRASÍLIA

2023

WESLEY DE SOUSA MOURA

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL:
ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto

BRASÍLIA

2023

WESLEY DE SOUSA MOURA

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL:
ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva.

Brasília, 13 de dezembro 2023 (data da defesa)

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Denise de Lima C. Furlanetto (orientadora)

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Taciana Silveira Passos

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Lila Louise Moreira M. Franco

Faculdade Aria

AGRADECIMENTOS

Finalizo mais uma etapa significativa em minha jornada, inicialmente por ter a oportunidade de me graduar em uma das melhores Universidades Federais do Brasil e, em segundo lugar, em um curso que me proporcionou compreender a importância de lutar por um Sistema Único de Saúde universal, integral e equânime.

Agradeço a Deus, por guiar-me em todos os momentos da minha vida.

Agradeço imensamente aos meus pais, Dona Neide e Seu Antônio, que sempre estiveram ao meu lado, oferecendo apoio e incentivo sem medir esforços para a realização dos meus sonhos. Em particular, dedico um agradecimento especial à minha mãe, minha maior referência de pessoa, espero um dia retribuir todo esse amor que me aquece e me inspira diariamente a ser alguém melhor.

À minha irmã, Milene, agradeço por sempre me ouvir e aconselhar nos momentos mais turbulentos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Denise Furlanetto, expressei minha gratidão por sua disponibilidade, paciência e orientações fundamentais que contribuíram significativamente para a construção deste trabalho.

Aos meus amigos, que tornaram todo o processo mais leve, servindo como um refúgio em momentos difíceis.

A todos os professores do Departamento de Saúde Coletiva, que despertaram em mim uma paixão pelo curso.

RESUMO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis possuem grande relevância na saúde pública, por serem umas das 10 principais causas de óbitos no mundo. No contexto da Atenção Primária à Saúde, é fundamental porque tem um impacto significativo nos indicadores de morbimortalidade. Nesse cenário, a realização das análises desses indicadores é fundamental para verificar o acompanhamento de usuários com hipertensão e diabetes. O presente estudo teve como objetivo analisar no âmbito de uma Região de Saúde do Distrito Federal, o cuidado relacionado às doenças crônicas (hipertensão e diabetes), no que tange aos parâmetros de qualidade estabelecidos pelo Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do DF- Programa QualisAPS, em consonância com indicadores do Acordo de Gestão Local e do Programa Previne Brasil, relacionados, respectivamente, ao monitoramento e repasse de recursos para a APS. Para o desenvolvimento do estudo ocorreram as seguintes etapas: mapeamento dos padrões de qualidade do Programa QualisAPS relacionados à HAS e DM; identificação dos problemas percebidos pelas equipes, no âmbito do Programa QualisAPS, relacionados à HAS e DM na Região Leste; mapeamento as ações propostas no Plano de Ação para Qualidade das equipes de Saúde da Família, na Região Leste, para o enfrentamento dos problemas identificados; análise das ações propostas no Plano de Ação para Qualidade elaborado pelas equipes, em relação ao grau de cumprimento, justificativas para ações não implementadas ou não cumpridas, do Plano de Ação para Qualidade elaborado pelas equipes. O método utilizado no estudo foi de natureza descritiva com uma abordagem quantitativa e qualitativa e foram utilizados os bancos de dados da autoavaliação e Plano de Ação para Qualidade (PAQ) das equipes de saúde da família da Região Leste, totalizando 25 UBS e 71 eSF participantes após os critérios de exclusão, sendo identificados e mapeados 621 problemas e 613 ações, dos quais permaneceram para análise 31 problemas e 56 ações após os critérios de exclusão. Os principais resultados encontrados foram a sobrecarga de demandas devido a pandemia da COVID-19; falta de gestão de processos de trabalho; falta de insumos e materiais e problemas externos à UBS. As ações desenvolvidas para enfrentamento dos problemas identificados, em sua maioria, foram a busca ativa de usuários crônicos, a atualização cadastral, identificação e monitoramento desses usuários e a volta dos grupos coletivos de HAS e DM. O estudo aponta para a importância da implementação de ferramentas de gestão participativa na Atenção Primária do Distrito Federal, para melhorar os indicadores de saúde relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Esses resultados possibilitam uma melhor compreensão acerca da importância da implementação do planejamento e avaliação para a gestão em saúde, como ferramenta do cotidiano dos trabalhadores da APS.

Palavras chave: Atenção Primária; Doenças Crônicas não Transmissíveis; Indicadores de saúde; Gestão em Saúde; Planejamento em Saúde; QualisAPS.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases have great relevance in public health, as they are one of the 10 main causes of death in the world. In the context of Primary Health Care, it is fundamental because it has a significant impact on morbidity and mortality indicators. In this scenario, analyzing these indicators is essential to verify the monitoring of users with hypertension and diabetes. The present study aimed to analyze, within the scope of a Health Region in the Federal District, care related to chronic diseases (hypertension and diabetes), with regard to the quality parameters established by the DF Primary Health Care Qualification Program- QualisAPS Program, in line with indicators from the Local Management Agreement and the Previne Brasil Program, related, respectively, to monitoring and transferring resources to PHC. The following steps took place to develop the study: mapping the quality standards of the QualisAPS Program related to SAH and DM; identification of problems perceived by the teams, within the scope of the QualisAPS Program, related to SAH and DM in the Eastern Region; mapping the actions proposed in the Quality Action Plan of the Family Health teams, in the Eastern Region, to face the identified problems; analysis of the actions proposed in the Quality Action Plan prepared by the teams, in relation to the degree of compliance, justifications for actions not implemented or not fulfilled, of the Quality Action Plan prepared by the teams. The method used in the study was descriptive in nature with a quantitative and qualitative approach and the self-assessment and Quality Action Plan (PAQ) databases of family health teams in the Eastern Region were used, totaling 25 UBS and 71 eSF participants after the exclusion criteria, 621 problems and 613 actions were identified and mapped, of which 31 problems and 56 actions remained for analysis after the exclusion criteria. The main results found were the overload of demands due to the COVID-19 pandemic; lack of management of work processes; lack of inputs and materials and problems external to the UBS. The actions developed to combat the problems identified, for the most part, were the active search for chronic users, updating registrations, identification and monitoring of these users and the return of HAS and DM collective groups. The study points to the importance of implementing participatory management tools in Primary Care in the Federal District, to improve health indicators related to chronic non-communicable diseases. These results enable a better understanding of the importance of implementing planning and evaluation for health management, as a daily tool for PHC workers.

Keywords: Primary Care; Chronic non-communicable diseases; Health indicators; Health Management; Health Planning; QualisAPS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2021.

Figura 2. Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes mellitus, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2021.

Figura 3. Principal causa de morte nos países de baixo rendimento

Figura 4. Principais causas de morte nos países de alto rendimento

Figura 5. Proporção de óbitos por doenças crônicas, segundo faixa etária, Brasil (2000-2019)

Figura 6. Óbitos por doenças hipertensivas, segundo Região, Brasil 2021

Figura 7. Óbitos por Diabetes Mellitus, segundo Região, Brasil 2021

Figura 8. Óbitos por Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo Município, Brasília 2021

Figura 9. Óbitos por Diabetes Mellitus, segundo Município, Brasília 2021

Figura 10. Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal

Figura 11. Instrumento de autoavaliação do Padrão de Qualidade Ii.1.7

Figura 12. Instrumento de autoavaliação do Padrão de Qualidade Ii.1.8

Figura 13. Proporção (%) de notas atribuídas aos padrões de acompanhamento de HAS e DM pelas eSF na autoavaliação, segundo Região Administrativa

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Quantidade de UBS e eSF da Região de Saúde Leste que participaram da autoavaliação do Programa QualisAPS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Problemas identificados pelas eSF relacionados aos padrões de acompanhamento de hipertensos e diabéticos na Região Leste

Quadro 2. Ações propostas, status de desenvolvimento e justificativas para os status de desenvolvimentos das ações propostas pelas eSF do Itapoã

Quadro 3. Ações propostas, status de desenvolvimento e justificativas para os status de desenvolvimentos das ações propostas pelas eSF do Paranoá

Quadro 4. Ações propostas, status de desenvolvimento e justificativas para os status de desenvolvimentos das ações propostas pelas eSF em São Sebastião

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário em Saúde

AGL - Acordo de Gestão Local

APS - Atenção Primária em Saúde

CADH - Centro de Atenção ao diabetes e hipertensão

DM - Diabetes Mellitus

DCNT - Doenças/Doentes Crônicos não transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

eSF - Equipe de Saúde da Família

eSB - Equipe de Saúde Bucal

GSAP - Gerente da Atenção Primária

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAQ - Plano de Ação para Qualidade

QualisAPS - Qualificação da Atenção Primária

SES - Secretaria de Saúde

SIM - Sistema de Mortalidade

UBS - Unidade Básica de Saúde

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO	4
2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - CONTEXTO MUNDIAL E NACIONAL	4
2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL, RELACIONADAS ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	10
2.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL	11
2.4 POLÍTICAS DE SAÚDE RELACIONADAS ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL	12
2.5 DCNTs NO CONTEXTO DE PROGRAMAS DE MONITORAMENTO DE DESEMPENHO DA APS - PREVINE BRASIL EM NÍVEL NACIONAL E AGL NO DISTRITO FEDERAL	13
2.6 ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL	15
2.7 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (QUALISAPS)	16
3. JUSTIFICATIVA	19
4. OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5. METODOLOGIA	21
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6.1 PADRÕES DE ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS	23
6.2 PROBLEMAS IDENTIFICADOS PELAS eSF NA REGIÃO LESTE PARA INCLUSÃO NO PAQ	27
6.2.1 SOBRECARGA DE DEMANDAS E INTERRUPÇÕES DE GRUPOS EM DECORRÊNCIA DA PANDEMIA DA COVID-19	30
6.2.2 GESTÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO	31
6.2.3 FALTA DE INSUMOS E PROFISSIONAIS	32

6.2.4 PROBLEMAS EXTERNOS ÀS UBS	32
6.3 AÇÕES PROPOSTAS NO PAQ PELAS eSF DA REGIÃO LESTE	33
6.3.1 ITAPOÃ	33
6.3.2 PARANOÁ	36
6.3.3 SÃO SEBASTIÃO	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como foco principal abordar sobre os indicadores de doenças crônicas não transmissíveis na Região Leste do Distrito Federal, a partir dos dados coletados do Programa QualisAPS no ano de 2021 e 2022.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis são consideradas um grave problema de saúde pública por conta do aumento dos indicadores de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Dentre eles, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus. Segundo o Ministério da Saúde (2022), a hipertensão é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Se não for controlada, pode levar a complicações como insuficiência cardíaca, insuficiência renal e acidente vascular cerebral, contribuindo significativamente para a perda de qualidade de vida da população. O Diabetes Mellitus é causado pelo fato de o pâncreas não produzir insulina suficiente ou ter dificuldade em usar a insulina produzida pelo organismo. Esse aumento glicêmico devido à deficiência de insulina leva ao aumento dos níveis de açúcar no sangue e pode causar danos aos olhos, rins e nervos, além de aumentar o risco de desenvolver doenças cardiovasculares (BRASIL,2022).

Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) no Brasil, em 2022 (BRASIL, 2022), o país apresentou uma frequência de diagnóstico médico de 26,3% de Hipertensão Arterial Sistêmica, com uma prevalência na população acima de 55 anos, e 9,6% de Diabetes Mellitus, também com uma prevalência para a população com mais de 55 anos. No Distrito Federal, a frequência de diagnóstico médico de Hipertensão foi de 24,7%, e a de Diabetes foi de 7,9% (BRASIL, 2021), conforme demonstram as Figuras 1 e 2.

Capitais/DF	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	26,5	22,1 - 30,8	23,9	16,2 - 31,7	28,5	23,8 - 33,3
Belém	23,0	19,5 - 26,5	22,7	17,2 - 28,2	23,3	18,7 - 27,8
Belo Horizonte	29,3	25,7 - 32,9	25,7	20,2 - 31,3	32,2	27,6 - 36,9
Boa Vista	20,3	17,3 - 23,2	18,3	13,7 - 23,0	22,0	18,4 - 25,7
Campo Grande	22,6	18,9 - 26,4	20,9	14,6 - 27,2	24,2	19,8 - 28,6
Cuiabá	27,8	23,6 - 32,0	28,6	21,5 - 35,7	27,0	22,4 - 31,7
Curitiba	28,1	24,2 - 31,9	24,1	18,2 - 29,9	31,5	26,3 - 36,7
Florianópolis	23,3	19,8 - 26,8	20,6	15,1 - 26,1	25,7	21,3 - 30,2
Fortaleza	22,8	19,1 - 26,4	19,8	14,0 - 25,6	25,3	20,7 - 29,9
Goiânia	22,5	19,2 - 25,8	22,6	17,2 - 28,0	22,4	18,4 - 26,5
João Pessoa	27,3	22,9 - 31,7	25,7	18,5 - 32,9	28,7	23,3 - 34,1
Macapá	21,5	18,3 - 24,6	23,8	18,4 - 29,2	19,3	16,0 - 22,6
Maceió	26,4	21,9 - 30,9	26,0	18,9 - 33,0	26,8	20,9 - 32,6
Manaus	22,6	18,3 - 26,9	21,2	13,7 - 28,7	23,9	19,3 - 28,5
Natal	25,0	21,1 - 29,0	19,7	14,4 - 25,0	29,6	24,1 - 35,1
Palmas	23,1	18,6 - 27,6	23,9	15,8 - 32,0	22,4	17,8 - 26,9
Porto Alegre	26,7	22,8 - 30,5	22,2	17,1 - 27,2	30,3	24,7 - 36,0
Porto Velho	20,9	17,3 - 24,5	19,1	13,4 - 24,8	22,9	18,6 - 27,2
Recife	30,9	26,3 - 35,5	30,2	22,7 - 37,7	31,4	25,7 - 37,1
Rio Branco	23,1	19,2 - 27,1	23,5	16,5 - 30,5	22,8	18,8 - 26,9
Rio de Janeiro	32,0	27,5 - 36,4	32,2	24,7 - 39,6	31,8	26,6 - 37,0
Salvador	24,3	21,0 - 27,7	19,9	14,8 - 25,0	28,0	23,7 - 32,3
São Luís	19,3	15,7 - 23,0	13,8	8,1 - 19,5	23,8	19,2 - 28,4
São Paulo	26,4	22,5 - 30,4	28,2	22,1 - 34,3	24,9	19,9 - 30,0
Teresina	24,9	21,2 - 28,7	25,2	18,9 - 31,5	24,7	20,2 - 29,2
Vitória	26,6	22,9 - 30,4	29,0	22,4 - 35,7	24,6	20,6 - 28,6
Distrito Federal	24,7	20,7 - 28,7	23,5	16,7 - 30,2	25,8	21,1 - 30,5

Figura 1. Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2021.

Fonte: Vigitel, 2022

Capitais/DF	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	9,5	7,1 - 12,0	9,5	5,2 - 13,9	9,5	6,9 - 12,2
Belém	9,3	6,6 - 12,0	9,1	4,8 - 13,4	9,4	6,0 - 12,8
Belo Horizonte	11,3	9,0 - 13,5	12,4	8,5 - 16,3	10,3	7,8 - 12,9
Boa Vista	6,7	5,1 - 8,4	5,9	3,6 - 8,2	7,5	5,2 - 9,8
Campo Grande	8,5	6,0 - 10,9	9,0	4,6 - 13,5	8,0	5,7 - 10,2
Cuiabá	10,0	7,3 - 12,7	8,3	4,0 - 12,7	11,5	8,2 - 14,9
Curitiba	9,3	7,1 - 11,5	8,1	4,7 - 11,6	10,3	7,5 - 13,1
Florianópolis	6,6	5,1 - 8,2	5,7	3,4 - 7,9	7,5	5,4 - 9,7
Fortaleza	9,0	6,5 - 11,4	8,5	4,0 - 13,0	9,4	6,8 - 11,9
Goiânia	6,8	5,1 - 8,5	7,5	4,5 - 10,5	6,2	4,3 - 8,0
João Pessoa	8,7	6,3 - 11,2	9,6	5,1 - 14,2	8,0	5,6 - 10,4
Macapá	7,9	5,7 - 10,1	8,8	4,7 - 12,9	7,1	5,0 - 9,1
Maceió	10,7	7,3 - 14,1	8,8	5,3 - 12,3	12,3	7,0 - 17,6
Manaus	6,7	4,5 - 8,9	7,6	3,5 - 11,6	5,9	3,8 - 7,9
Natal	8,6	6,5 - 10,6	5,6	3,2 - 8,0	11,1	8,0 - 14,2
Palmas	8,8	6,1 - 11,5	8,4	4,8 - 12,0	9,2	5,2 - 13,1
Porto Alegre	8,7	6,7 - 10,7	6,5	4,0 - 9,1	10,4	7,4 - 13,4
Porto Velho	7,6	5,5 - 9,7	6,6	3,9 - 9,2	8,7	5,5 - 11,9
Recife	8,9	6,5 - 11,3	7,7	3,5 - 12,0	9,9	7,3 - 12,5
Rio Branco	6,4	4,5 - 8,3	4,2	2,2 - 6,3	8,4	5,4 - 11,4
Rio de Janeiro	10,9	8,6 - 13,2	10,6	7,1 - 14,0	11,1	8,1 - 14,2
Salvador	9,0	7,0 - 11,0	7,0	3,8 - 10,2	10,6	8,1 - 13,1
São Luís	9,0	6,4 - 11,6	9,3	4,7 - 13,9	8,7	5,8 - 11,5
São Paulo	9,1	7,2 - 11,0	8,6	5,7 - 11,5	9,5	7,0 - 12,0
Teresina	9,5	6,9 - 12,0	7,5	4,0 - 11,1	11,1	7,5 - 14,6
Vitória	8,8	6,9 - 10,7	6,3	4,0 - 8,7	10,9	8,0 - 13,8
Distrito Federal	7,9	5,6 - 10,1	7,0	3,4 - 10,7	8,6	5,8 - 11,3

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2021 (ver Aspectos Metodológicos).
Nota: IC = Intervalo de Confiança.

Figura 2. Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes mellitus, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2021.

Fonte: Vigitel, 2022

A organização do modelo de saúde do Distrito Federal se dá pelo agrupamento das Regiões Administrativas (RA) em sete Regiões de Saúde, sendo a Região Leste composta por São Sebastião, Paranoá, Itapoã e Jardim Botânico. Possui 78 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 30 Unidades Básicas de Saúde, de acordo com o Informativo Epidemiológico de Diabetes e Hipertensão da Sala de Situação-Leste. Excluindo as Unidades Prisionais, que possui um total cinco UBS, a Região conta com 259.051 usuários cadastrados, sendo 10.929 com Diabetes Mellitus e 26.458 com Hipertensão Arterial Sistêmica, o que corresponde a cerca de 10,21% da população com HAS e 4,22% com DM (SDS-LESTE, 2023).

A Atenção Primária possui um importante papel no cuidado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, por ter em suas atribuições a prevenção e promoção da saúde, uma vez que a prevenção de HAS e DM e seus agravos estão relacionados a mudanças nos hábitos do dia a dia e outras ações pertinentes à APS, assim como adesão e continuidade ao tratamento, que nem sempre significa apenas a utilização de medicamentos (BRASIL, 2022), a exemplo da necessidade de redução do consumo de álcool, prática de atividades físicas e alimentação saudável, que são métodos de preventivos. No entanto, muitas UBS não possuem gestão, planejamento, capacitação e estrutura suficientes para atender a essa demanda.

Sendo assim, com o objetivo de qualificar a gestão e, conseqüentemente, a assistência prestada à população do Distrito Federal, foi instituído o Programa de Qualificação da Atenção Primária (QualisAPS), pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, por meio da Portaria nº 39 de 2019. Para a implementação do Programa, foi estabelecida uma parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade de Brasília. O Programa foi organizado em três eixos de ação: elaboração e implementação de sistemática de avaliação, criação de cursos de aperfeiçoamento e especialização para os profissionais e divulgação científica para a sociedade.

A Universidade de Brasília é responsável pelo eixo de avaliação (QualisAPS, 2023). Dentro desse eixo, foi desenvolvido um ciclo de avaliação, composto por quatro etapas: autoavaliação, plano de ação para qualidade, avaliação in loco e certificação. Inicialmente, as equipes de eSF e eSB e os GSAP realizam a autoavaliação utilizando um instrumento pré-definido e elaborado pela equipe de pesquisadores da UnB, atribuindo uma pontuação de um a cinco. Na sequência, a partir das reflexões promovidas pela autoavaliação, as equipes elaboram o Plano de Ação para Qualidade, onde realizam a identificação de problemas e propõem ações que visam sua melhoria. A terceira etapa, é a avaliação in loco, que ocorre por meio de entrevistas realizadas por entrevistadores externos à SES/DF e englobam todas as

UBS do Distrito Federal. Por fim, ocorre a certificação dessas Unidades, de acordo com o conjunto de informações obtidas durante todo o ciclo de avaliação (QualisAPS, 2023).

Visando abordar a problemática sobre os indicadores de doentes crônicos na Região Leste, esse trabalho justifica-se pela relevância em obter informações acerca do acompanhamento de hipertensos e diabéticos realizado pelas equipes de Saúde da Família nas Regiões Administrativas que participaram do primeiro ciclo de avaliação do Programa QualisAPS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - CONTEXTO MUNDIAL E NACIONAL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as principais causas de mortes podem ser agrupadas globalmente em três categorias: doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis e lesões. Todas essas categorias decorrem principalmente por ocorrências de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e complicações do parto prematuro (OMS, 2023). Sete das 10 principais causas de morte no mundo estão diretamente ligadas às doenças não transmissíveis, sendo responsáveis por 80% dos óbitos totais entre as 10 principais causas e 74% do total de óbitos em todo o mundo em 2019 (OMS, 2020).

De acordo com as principais causas de óbito, considerando faixas de renda e a classificação do Banco Mundial, que divide os países em quatro categorias com base no rendimento nacional bruto (baixo, médio-baixo, médio-alto e alto), países de baixo rendimento apresentam menores índices de óbitos relacionados a doenças não transmissíveis do que a doenças transmissíveis. A situação é inversa nos países de alto rendimento, onde as possibilidades de óbitos relacionados a doenças não transmissíveis superam os causados por doenças transmissíveis (OMS, 2020).

A seguir, são apresentados dados comparativos das causas de óbito para os anos 2000 e 2019, um referente aos países de baixo rendimento (Figura 3) e outro aos países de alto rendimento (Figura 4):

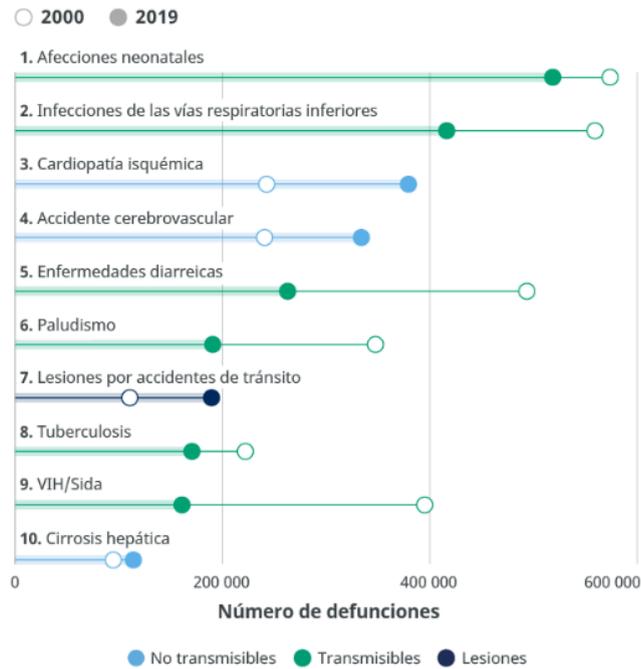


Figura 3. Principal causa de morte nos países de baixo rendimento

Fonte: WHO Global Health Estimates

Nota: Classificação do Banco Mundial em função da renda 2020

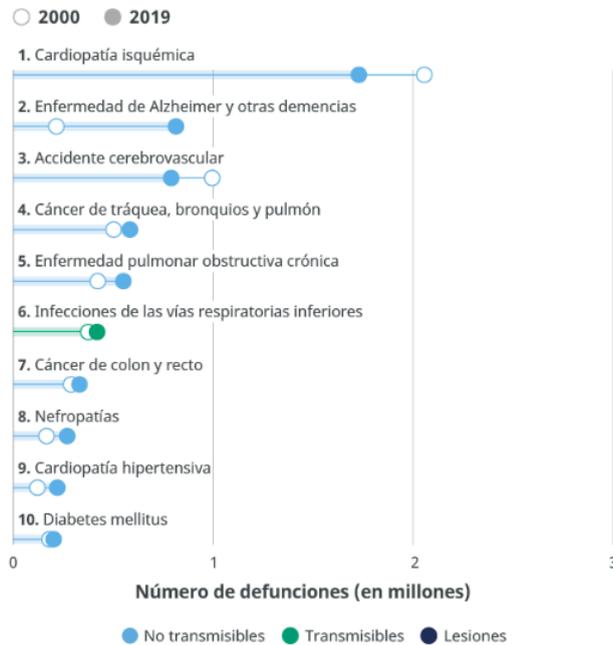


Figura 4. Principal causa de morte nos países de alto rendimento

Fonte: WHO Global Health Estimates

Nota: Classificação do Banco Mundial em função da renda 2020

Observa-se uma notável diferença nas principais causas de óbito entre países de alto e baixo rendimento. No entanto, é evidente uma tendência crescente de óbitos relacionados a doenças não transmissíveis em ambos os grupos. Essas doenças são responsáveis por nove das dez principais causas de morte nos países de alto rendimento, com um aumento significativo no número de óbitos em sete dessas causas. Nos países de baixo rendimento, também é observado um aumento considerável nas mortes por doenças não transmissíveis.

Muitas dessas doenças não transmissíveis são crônicas por natureza, o que significa que têm uma duração prolongada e geralmente progredem ao longo do tempo. Estima-se que sejam responsáveis por 70% do total de óbitos anuais (MALTA, *et al.*, 2022). De acordo com a OMS, as doenças crônicas não transmissíveis são definidas como:

Um conjunto de doenças que englobam as cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas e neoplasias, que têm em comum os diversos fatores de risco comportamentais que permitem a mesma abordagem na sua prevenção (OMS, 2023).

Por serem um conjunto de doenças, suas causas geralmente não são claramente definidas devido a diversos fatores de risco, longos períodos de incubação e origens não infecciosas, entre outros. Algumas pesquisas biomédicas possibilitaram a identificação de vários fatores e riscos que são classificados de acordo com o caderno de diretrizes e recomendações para o cuidado integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esses fatores são divididos em "não modificáveis", relacionados ao sexo, idade e genética, e "comportamentais", ligados às ações individuais, como hábitos alimentares, inatividade física, consumo de álcool, uso de outras drogas e tabagismo, entre outros (BRASIL, 2008).

Destacam-se dentre as DCNT, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Segundo o Ministério da Saúde, a HAS é definida como “Doença crônica em que a pressão arterial, nas artérias, se encontra constantemente elevada. Considera-se pressão alta quando os valores são iguais ou superiores a 14 por 9” (BRASIL, 2023). A pressão arterial é dividida em dois valores: a pressão arterial sistólica, que é a pressão que os vasos sanguíneos recebem quando o coração se contrai, e a pressão arterial diastólica, que é a pressão nos vasos quando o coração relaxa. Normalmente, a pressão arterial de um indivíduo deve ser inferior a 130/80, com preferência para 120/80. Assim, quando se observa um aumento na pressão sistólica acima de 140mmHg e na pressão diastólica acima de 90mmHg por mais de dois dias consecutivos e em um intervalo entre 1 e 4 semanas, o diagnóstico de

hipertensão é pré-identificado. A maioria das pessoas com pressão alta não apresenta sintomas evidentes, o que dificulta o diagnóstico precoce (OMS, 2023).

Os fatores de risco modificáveis estão relacionados a hábitos alimentares não saudáveis, falta de atividade física, consumo excessivo de álcool, tabagismo e obesidade. A prevenção envolve a adoção de medidas opostas a esses fatores, como manter uma alimentação equilibrada com redução do consumo de sal, praticar atividades físicas regularmente, diminuir o consumo de álcool e parar de fumar. Por outro lado, os fatores não modificáveis incluem histórico familiar da doença, idade acima de 65 anos e presença de outras doenças. O tratamento envolve mudanças no estilo de vida e o uso de medicamentos prescritos pelo médico (OMS, 2023).

Estima-se que mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo vivam com hipertensão, sendo que dois terços delas residem em países de renda média e baixa. Alarmantemente, 46% dos adultos hipertensos não são diagnosticados e desconhecem sua condição. Apenas 42% dos hipertensos são diagnosticados e tratados, o que significa que apenas um em cada cinco adultos com hipertensão tem sua condição controlada. Portanto, as complicações decorrentes da hipertensão não controlada podem ser graves e representam uma das principais causas de óbito global (OMS, 2020).

Em relação ao Diabetes Mellitus, o Ministério da Saúde define como “Doença causada pela produção insuficiente ou má absorção de insulina, hormônio que regula a glicose no sangue e garante energia para o organismo” (BRASIL, 2023). No corpo humano, o hormônio insulina é responsável pelo controle dos níveis de glicose no sangue. Quando ocorre uma interrupção nesse controle, os níveis de açúcar no sangue podem aumentar, levando à hiperglicemia, que afeta diversos órgãos do corpo. Existem três tipos de diabetes: o tipo 1, caracterizado pela baixa produção de insulina, exigindo a administração diária deste hormônio; o tipo 2, em que o corpo não utiliza eficazmente a insulina produzida; e o diabetes gestacional, que ocorre durante a gravidez, aumentando o risco de complicações para a mãe e o risco de desenvolvimento do tipo 2 no futuro (OMS, 2023).

Os sintomas comuns incluem sede excessiva, necessidade de urinar frequentemente, visão turva, entre outros. A diabetes pode causar danos aos vasos sanguíneos, resultando em perda permanente da visão, ataques cardíacos, insuficiência renal e úlceras nos pés, em alguns casos levando à amputação. Portanto, um diagnóstico precoce é essencial, e ele pode ser obtido por meio de exames, como a hemoglobina glicada, que avalia os níveis de glicose no sangue. (OMS, 2023).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2023), o número de pessoas com diabetes aumentou significativamente, passando de 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2014, com crescimento acentuado em países de média e baixa renda. Em 2019, a diabetes foi responsável por aproximadamente 1,5 milhão de óbitos, e 48% desses ocorreram em pessoas com menos de 70 anos. O tipo 2 representa cerca de 95% dos casos, sendo uma condição que apesar de afetar predominantemente adultos, cada vez mais tem acometido crianças.

O Brasil segue a tendência global de aumento na incidência e mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Um dos fatores que contribuem para esse aumento é a transição demográfica do país, com o envelhecimento da população. Em 2019, foram registradas 738.371 mortes por DCNTs, sendo 41,8% delas em pessoas com idades entre 30 e 69 anos. Entre 2000 e 2019, houve uma redução na taxa de mortalidade nessa faixa etária, de 47,4% para 41,8% (BRASIL, 2021). A Figura 5 ilustra a proporção de óbitos por faixa etária no período de 2000 a 2019:

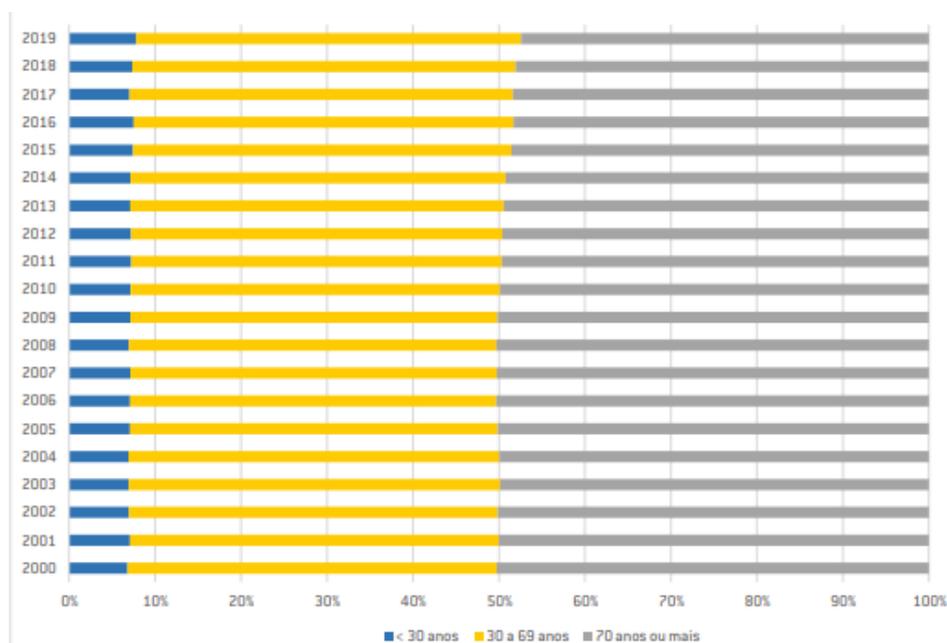


Figura 5. Proporção de óbitos por doenças crônicas, segundo faixa etária, Brasil (2000-2019)

Fonte: óbitos - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS)

Nota: Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E-14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (Doenças crônicas não transmissíveis) da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária do indivíduo estava assinalada com “ignorada”

De acordo com os dados do Vigitel, o número de diagnósticos de hipertensão em adultos aumentou de 22,6% em 2006 para 26,3% em 2021. Além disso, foram relatados 551.262 óbitos devido a doenças hipertensivas no período de 2010 a 2020 (BRASIL, 2022).

Segundo o Sistema de Mortalidade (SIM) de 2021, foram registrados 68.529 óbitos relacionados a doenças hipertensivas. A Região Sudeste, que é a mais populosa, liderou em número de óbitos com 30.432 registros, enquanto a Região Norte, a segunda menos populosa, teve o menor número, com 3.542 óbitos (BRASIL, 2023), conforme ilustrado na Figura 6:

Região	Óbitos p/Residênc
TOTAL	68.529
1 Região Norte	3.542
2 Região Nordeste	20.319
3 Região Sudeste	30.432
4 Região Sul	10.091
5 Região Centro-Oeste	4.145

Figura 6. Óbitos por doenças hipertensivas, segundo Região, Brasil 2021

Fonte: MS/ SVS/ CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

No que se refere ao Diabetes Mellitus, aproximadamente 15,8 milhões de pessoas com idades entre 20 e 79 anos foram diagnosticadas com a doença. É importante ressaltar que o Brasil ocupa a terceira posição em número de crianças e adolescentes, com 92.300 casos de Diabetes tipo 1. A Índia, com 229.400 casos, ocupa a segunda colocação, seguida pelos Estados Unidos, com 157.900 casos (IDF ATLAS, 2021).

De acordo com o Sistema de Mortalidade (SIM), no Brasil, em 2021, foram registrados 78.258 óbitos causados por Diabetes Mellitus. A Região Sudeste liderou em número de óbitos, seguida pela Região Nordeste. Por outro lado, a Região Norte apresentou o menor número de óbitos, com 5.273 registros (BRASIL, 2023), como ilustrado na figura abaixo:

Região	Óbitos p/Residênc
TOTAL	78.258
1 Região Norte	5.273
2 Região Nordeste	23.874
3 Região Sudeste	31.753
4 Região Sul	12.928
5 Região Centro-Oeste	4.430

Figura 7. Óbitos por Diabetes Mellitus, segundo Região, Brasil 2021

Fonte: MS/ SVS/ CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL, RELACIONADAS ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A partir de setembro de 2011, em resposta ao crescente impacto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) na morbidade e mortalidade global, a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou uma reunião com todos os representantes dos países membros. O objetivo foi discutir ações globais com os países membros para conscientização e formulação de compromissos em relação às DCNTs. Isso resultou em uma declaração política na qual os países se comprometeram a implementar intervenções para conter o aumento dessas doenças (MALTA, *Et Al*, 2023).

Em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle das DCNTs. Neste plano, os países membros assumiram o compromisso de reduzir em 25% as mortes prematuras por DCNT até 2025. Foram estabelecidas cinco metas relacionadas aos fatores de risco: interromper o crescimento das taxas de diabetes e obesidade, reduzir em 30% a ingestão de sal, diminuir em 10% o uso nocivo de álcool, reduzir em 10% a prevalência de sedentarismo e diminuir em 30% o tabagismo (OPAS, S.D.).

Em 2014, nas Américas, foi criado o Plano de Ação Regional para Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis para o período de 2014 a 2019 (OPAS, S.D.). O objetivo deste plano era reduzir a morbimortalidade, minimizar a exposição aos fatores de risco, aumentar a exposição aos fatores de proteção e reduzir o ônus socioeconômico das DCNTs. Para alcançar esses objetivos, foram implementadas ações multissetoriais para reduzir as desigualdades entre os países membros (OPAS, S.D.). Em 2015, a ONU incluiu metas e estratégias relacionadas à redução das DCNTs e dos fatores de risco nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com monitoramento previsto até 2030.

No Brasil, durante a reunião de 2011 da ONU, foi apresentado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs do Brasil, para o período de 2011 a 2022. Este plano contém diretrizes para a prevenção dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis, incluindo a promoção da saúde, com o objetivo de reduzir as desigualdades em saúde. Uma das metas estabelecidas no plano é a redução de 2% na mortalidade prematura por DCNT. Também são propostas medidas para fortalecer políticas e programas intersetoriais, organizar serviços em rede, construir governança de processos, produzir

informações baseadas em evidências para orientar a tomada de decisões, promover o controle social e inovar na gestão, pesquisa e serviços de saúde (BRASIL, 2021).

Em 2014, foi implementada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no Brasil, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e atuar nos determinantes sociais de saúde. A PNPS inclui a redução da morbimortalidade relacionada ao uso de álcool e outras drogas, a promoção de uma alimentação saudável e a prática regular de atividades físicas (BRASIL, 2006). Essas estratégias também são utilizadas para prevenir as DCNTs.

Em 2020, devido às novas metas globais para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o Ministério da Saúde atualizou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil para o período de 2021 a 2030. Essa mudança foi motivada pela transição demográfica em curso no país, com um aumento na expectativa de vida e na proporção da população com mais de 65 anos. Essa mudança no perfil demográfico resultou em um aumento na mortalidade por causas externas. Assim, o plano foi ampliado para abranger não apenas as DCNTs, mas também os Agravos Não Transmissíveis, sendo denominado Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (BRASIL, 2021).

2.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL

No Distrito Federal, segundo dados do VIGITEL de 2021, em relação à população com 18 anos ou mais, 24,7% relataram ter recebido diagnóstico médico de HAS, enquanto 7,9% relataram diagnóstico médico de DM (BRASIL, 2022).

A respeito da mortalidade, no ano de 2016, foram registrados 12.042 óbitos, sendo que 54,5% deles foram atribuídos a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DISTRITO FEDERAL, 2018). De acordo com o Sistema de Mortalidade (SIM), em 2021, foram registrados 14.435 óbitos no Distrito Federal, e desses, 394 óbitos estão relacionados a doenças hipertensivas e 651 óbitos registrados por Diabetes Mellitus. A representação desses dados está disponível nas Figuras 8 e 9.

Município	Óbitos p/Residênc
TOTAL	394
530010 BRASILIA	394

Figura 8. Óbitos por Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo Município, Brasília 2021

Fonte: MS/ SVS/ CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Município	Óbitos p/Residênc
TOTAL	651
530010 BRASILIA	651

Figura 9. Óbitos por Diabetes Mellitus, segundo Município, Brasília 2021

Fonte: MS/ SVS/ CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Esses dados mostram que as DCNT representam um sério problema de saúde pública no Distrito Federal, uma vez que somente os óbitos relacionados à HAS e DM representaram cerca de 7,2% do total de óbitos. É de grande importância e urgência que medidas de intervenção, prevenção e promoção sejam adotadas para que esses indicadores de morbimortalidade diminuam, sendo a Atenção Primária em Saúde o nível de atenção adequado para o foco dessas ações, já que são doenças passíveis de cuidado no âmbito primário, desde o seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

2.4 POLÍTICAS DE SAÚDE RELACIONADAS ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL

No Distrito Federal, foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, para o período de 2017 a 2022. O objetivo deste plano foi estabelecer metas em alinhamento com o Plano Nacional, levando em consideração a situação de saúde específica do DF. A principal meta foi a redução da taxa de mortalidade prematura em adultos de 30 a 69 anos de idade devido às principais DCNTs. Constava que isso seria alcançado por meio de estratégias de vigilância e monitoramento, promoção da saúde e cuidados integrais (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Esse plano foi desenvolvido após um piloto denominado Projeto de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no DF, realizado entre 2012 e 2016. Ele seguiu as diretrizes do Ministério da Saúde, que incluem metas como a redução da taxa de mortalidade prematura (<70 anos) devido às DCNTs, o controle do aumento da obesidade em adultos, o aumento da prevalência de atividades físicas e lazer, o

aumento do consumo de frutas e hortaliças e a redução da prevalência do tabagismo (DISTRITO FEDERAL, 2012).

2.5 DCNTs NO CONTEXTO DE PROGRAMAS DE MONITORAMENTO DE DESEMPENHO DA APS - PREVINE BRASIL EM NÍVEL NACIONAL E AGL NO DISTRITO FEDERAL

O Previne Brasil é o novo Programa do Ministério da Saúde que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Foi instituído a partir da Portaria nº 2.979 de 2019 (BRASIL, 2019), que substituiu a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS (BRASIL, 2017), de 28 de setembro de 2017. Esse novo modelo altera algumas formas de repasse de transferências, passando a seguir quatro critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional. Esse novo modelo é fundamental para o fortalecimento da Atenção Primária, pois seu repasse será baseado em resultados e desempenhos das Equipes de Saúde da Família, induzindo uma melhora nos processos de trabalho e na qualificação dos resultados de saúde. Para o ano de 2022, foram estabelecidos, a partir da Portaria GM/MS nº 102 de 2022 (BRASIL, 2022), sete indicadores de desempenho que compuseram as metas de repasse. São eles:

I-Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação. II- Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. III- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. IV- Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS. V- Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada. VI- Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. VII- Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre (BRASIL, 2022).

Similarmente, no Distrito Federal, foi implementado o Acordo de Gestão Local (AGL), a partir do Decreto nº 37.515 de 2016 (DISTRITO FEDERAL, 2016), com o objetivo

de possibilitar o monitoramento da Atenção Primária do Distrito Federal por meio de um instrumento elaborado entre a SES/DF, as Superintendências das Regiões de Saúde e as GSAP de cada região.

Para a realização desse monitoramento, foram elaborados 10 indicadores para o triênio de 2021-2023, sendo quatro pactuados com as gerências distritais e seis relacionados ao Previne Brasil, todos com o objetivo de melhorar a gestão e a assistência à população. São eles:

I- Número de atendimento individual realizado pelas equipes de Atenção Primária à Saúde. II- Número mensal de atividades coletivas realizadas pelas equipes de atenção primária, com ênfase na promoção de saúde e prevenção de agravos. III- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família . IV- Percentual de pessoas cadastradas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde. V- Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação. VI- Proporção de gestantes com solicitação/realização de exames para sífilis e HIV VII- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. VIII- Cobertura de mulheres entre 25 e 64 anos com exames citopatológico de colo uterino solicitado/realizado nos últimos três anos. IX- Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre. X- Percentual de diabéticos com solicitação/realização de hemoglobina glicada (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Tanto o Previne Brasil quanto o AGL, são ferramentas que servem para o monitoramento e avaliação de metas de indicadores importantes para manter a qualidade da Atenção Primária, e nesse sentido, no Distrito Federal, as superintendências de cada Região de Saúde pactuam quais os indicadores mais relevantes e inserem uma meta para cada triênio. Em relação às DCNT, estão os indicadores IX e X, que tratam respectivamente, do percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre e o percentual de diabéticos com solicitação/realização de hemoglobina glicada, sendo que os dois estão em consonância com o Previne Brasil, cujos indicadores correlatos são o VI e VII. Nesse contexto, o monitoramento torna-se fundamental para que o repasse federal ocorra, além de ser necessário alcançar a meta de 50% de acompanhamento de pessoas hipertensas e diabéticos, estabelecido pelo AGL.

2.6 ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal é uma das 27 unidades federativas do Brasil, subdividido em 32 Regiões Administrativas (RAs) e possui uma população de 2.817.068 habitantes. Essa população coloca o Distrito Federal como a quarta cidade mais populosa do país (IBGE 2022).

A reorganização do sistema de saúde do Distrito Federal foi realizada por meio dos Decretos nº 36.918, de 26 de novembro de 2015 (DISTRITO FEDERAL, 2015), e nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016 (DISTRITO FEDERAL, 2016). Estes decretos estabeleceram a estrutura organizativa da Secretaria de Saúde e foram elaborados para melhorar os processos de planejamento e gestão, com o objetivo de garantir a descentralização e eficiência na prestação de serviços de saúde à população.

Como parte dessa reorganização, foram criadas sete regiões de saúde com base em critérios geográficos, populacionais, nas características específicas de cada território, as redes de comunicação e a infraestrutura disponível em cada agrupamento das RA. As sete Regiões de Saúde são: Centro-sul, Central, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul, conforme ilustrado na Figura 10.



Figura 10. Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal.

Fonte: GEPLAN e GEMOAS - DIPLAN/SUPLAN/SES-DF

Outro marco relevante para a saúde do Distrito Federal, agora no âmbito da Atenção Primária, foi a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 100% da APS do DF.

Antes dessa iniciativa de alteração do modelo, o Atenção Primária no DF se dividia entre o modelo ESF e o modelo tradicional, focado na atenção individualizada e curativa nos Centros de Saúde, com pouca ênfase na prevenção e promoção da saúde. A partir das Portarias 77/78, de fevereiro de 2017 (DISTRITO FEDERAL, 2017), a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser mais abrangente e integral em sua abordagem, visando compreender as necessidades de saúde da população de maneira mais eficaz.

A principal diferenciação estabelecida é que o modelo da ESF é fundamentado em equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e domicílios para realizar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação. Além disso, a ESF prioriza, dentro do território, os usuários em situação de vulnerabilidade, com base na classificação de risco, buscando estabelecer vínculos entre as equipes de saúde e as famílias atendidas (DISTRITO FEDERAL, 2017).

O processo de conversão foi realizado por meio da Portaria 78, de 2017 (DISTRITO FEDERAL, 2017). Para sua efetivação, equipes de transição foram criadas, passando por processos de capacitação para, posteriormente, serem alocadas nas equipes da ESF. Todo esse processo teve a duração de aproximadamente um ano (DISTRITO FEDERAL, 2017). Atualmente, conforme destacado, a totalidade da APS do Distrito Federal adota o modelo da ESF.

2.7 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (QUALISAPS)

O Programa QualisAPS foi instituído por meio da Portaria nº 39/2019 (DISTRITO FEDERAL, 2019) e posteriormente atualizado pela Portaria nº 131/2023 (DISTRITO FEDERAL, 2023), com o objetivo de aprimorar a gestão e os serviços oferecidos pela Atenção Primária do DF. Esse Programa é da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que estabeleceu uma parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) e a Universidade de Brasília (UnB). Está organizado em quatro eixos de ação: implantação de uma sistemática de avaliação, oferta de cursos de especialização, oferta de cursos de aperfeiçoamento e divulgação de conhecimentos sobre o sistema de saúde do DF.

A UnB é responsável pelo desenvolvimento do primeiro eixo, que consiste na implantação de uma sistemática de avaliação. Para essa implementação, inicialmente foi realizado um diagnóstico inicial das estruturas das UBS, dos serviços prestados e dos processos de trabalho das eSF, eSB e equipes das GSAP (QualisAPS, 2023), com o objetivo de se estabelecer uma linha de base para mensurar a qualidade dos serviços oferecidos na APS do DF. Após a realização do diagnóstico inicial, as UBS foram classificadas em cinco tipos: A, B, C, D e E.

O eixo de avaliação é dividido em ciclos que se repetem a cada nova etapa, buscando uma melhoria contínua da qualidade. Na primeira fase, são realizadas as auto avaliações dos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF), equipe de Saúde Bucal (eSB) e Gerente de Saúde da Atenção Primária (GSAP). O objetivo é analisar o cumprimento de um conjunto de padrões de qualidade previamente estabelecidos, levando em consideração a realidade e as possibilidades de cada equipe, conforme consta no manual instrutivo do Programa QualisAPS, que define padrão como “um parâmetro, um nível de referência ou uma declaração de qualidade que permite identificar o grau de excelência dos serviços oferecidos à população” (QualisAPS, 2023).

Na autoavaliação dos GSAP, foram estabelecidos 36 padrões de qualidade, agrupados em cinco dimensões e subdivididos em doze subdimensões. Para a autoavaliação das eSF e eSB, foram elaborados 45 padrões de qualidade, sendo divididos em quatro dimensões e subdividido em dez subdimensões (QUALISAPS, 2023). Em cada padrão, a equipe deveria atribuir uma nota de 1 a 5, sendo 1 quando não cumpre e 5 quando cumpre totalmente, a partir da percepção dos respondentes.

Na segunda fase, ocorre a elaboração do Plano de Ação para Qualidade (PAQ), uma ferramenta que possibilita um planejamento participativo entre os membros da equipe em questão, em processos de trabalho que necessitam de melhorias. Depois de finalizar os 45 padrões de qualidade na autoavaliação (eSF e eSB) e os 36 padrões de qualidade (GSAP), a equipe seleciona quatro desses padrões, sendo dois de livre escolha e dois que necessariamente estejam relacionados ao AGL, para inclusão no PAQ e elaboração de ações para o enfrentamento dos problemas elencados. É estabelecido um período determinado para realização, sendo organizadas em curto, médio e longo prazo.

A terceira fase consiste na avaliação *in loco*, na qual ocorre a coleta de dados de forma presencial. Essa etapa é conduzida por entrevistadores externos à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e é coordenada pela equipe de pesquisadores da UnB. A visita *in*

loco é realizada em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e engloba as eSF, eSB, eMulti e GSAP.

A última fase do ciclo de avaliação é o processo de certificação, que reconhece o trabalho realizado pelas equipes e gestores para melhorar a qualidade dos serviços na Atenção Primária do Distrito Federal. Para a certificação, são utilizados cinco níveis de classificação, representados pelos seguintes componentes: Cinco Ipês Roxo (Nota 5), Quatro Ipês Amarelos (Nota 4), Três Ipês Amarelos (Nota 3), Dois Ipês Brancos (Nota 2) e Um Ipê Branco (Nota 1).

3. JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática surgiu a partir do projeto de extensão da Universidade de Brasília (UnB), alinhado com o Programa QualisAPS da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), que possui como objetivo promover a qualificação da Atenção Primária no Distrito Federal, e é fruto de uma parceria da SES-DF com a Fundação Oswaldo Cruz - Unidade Brasília e a UnB.

No Distrito Federal, a SES-DF é dividida em sete Regiões de Saúde, visando melhor organização e planejamento das necessidades de cada território. Uma dessas regiões é a Região de Saúde Leste, compreendendo as Regiões Administrativas (RA) de São Sebastião, Jardim Botânico, Itapoã e Paranoá. Cada região possui um superintendente responsável por conduzir o planejamento e as ações de execução. Nesse contexto, foi instituído o Acordo de Gestão Local e Regional, por meio do decreto nº 37.515/16 (DISTRITO FEDERAL, 2016), estabelecendo metas para a melhoria da gestão e assistência na Atenção Primária à Saúde (APS) em cada região.

Essas metas foram subdivididas em 10 indicadores de maior relevância na região, sendo dois deles relacionados ao acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes. Além disso, também é levado em consideração o Programa Previne Brasil, do Ministério da Saúde, que realiza repasses financeiros aos estados e municípios com base no desempenho e nos resultados alcançados, incluindo o acompanhamento percentual de pessoas com hipertensão e diabetes (BRASIL, 2021).

Esses indicadores estão interligados à gestão do acompanhamento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente hipertensão e diabetes. O objetivo é promover a integralidade do cuidado, o rastreamento de casos, a melhoria da qualidade de vida e a prevenção do agravamento da saúde, evitando a necessidade de atenção secundária, terciária e reduzindo a mortalidade. De acordo com Malta (2014), às DCNT possuem alta prevalência e são responsáveis por 72% da mortalidade no Brasil, afetando principalmente pessoas de baixa renda.

Portanto, o estudo dos indicadores de doenças crônicas no âmbito da atenção primária para a Saúde Coletiva é fundamental, uma vez que possui um impacto significativo na saúde pública. Sendo a graduação em Saúde Coletiva uma área que tem em sua formação os conhecimentos da epidemiologia, gestão e planejamento e as ciências sociais em saúde como eixos que permitem realizar as análises de situação de saúde, levando em consideração os

determinantes sociais, para planejar, monitorar e avaliar ações de controle e prevenção dessas doenças, tornou-se oportuno um aprofundamento nesse tema.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar no âmbito do Programa QualisAPS, o cuidado relacionado às doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes), no que tange aos parâmetros estabelecidos pelos indicadores do Acordo de Gestão Local, em consonância com o Previne Brasil, na Região de Saúde Leste do Distrito Federal.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Mapear os padrões de qualidade do Programa QualisAPS relacionados à HAS e DM;

4.2.2 Identificar os problemas percebidos pelas equipes, no âmbito do Programa QualisAPS, relacionados à HAS e DM, na Região Leste;

4.2.3 Mapear as ações propostas no Plano de Ação para Qualidade das equipes de Saúde da Família, na Região Leste, para o enfrentamento dos problemas identificados;

4.2.4 Analisar as ações propostas no Plano de Ação para Qualidade elaborado pelas equipes, em relação ao grau de cumprimento, justificativas para ações não implementadas ou não cumpridas, do Plano de Ação para Qualidade elaborado pelas equipes.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com uma abordagem quantitativa e qualitativa. Barretos e Costa (2003) citam que:

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e quem adoecer? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários (dados pré-existent de mortalidade e hospitalizações, por exemplo) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo). A epidemiologia descritiva examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras (BARRETOS, COSTA, 2003).

Os dados utilizados neste estudo provêm do primeiro ciclo de avaliação do Programa QualisAPS, vigente desde 2019 no Distrito Federal, e cujo recorte para essa pesquisa ocorreu com dados obtidos nos anos de 2021 e 2022. A análise e interpretação dos resultados se basearam em três bancos de dados: a autoavaliação realizada pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e o Plano de Ação para Qualidade, dividido em Problemas e Ações das eSF.

Para atender aos objetivos desta pesquisa, a primeira etapa foi desenvolvida com uma análise detalhada e o mapeamento dos 45 padrões de qualidade (são indicadores de qualidade estabelecidos para a APS do DF), incluídos no instrumento elaborado especificamente para a autoavaliação das eSF (QualisAPS, 2021), visando identificar indicadores relacionados a Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que se alinhassem com os indicadores do Programa Previne Brasil e o Acordo de Gestão local. Após selecionados os padrões de qualidade a serem analisados, foram excluídos do estudo todos os dados relacionados aos padrões selecionados que reportassem resultados de Regiões Administrativas que não fazem parte da Região de Saúde Leste. Assim, foram incluídas para análise quatro Regiões Administrativas, a saber: São Sebastião, Paranoá, Itapoã e Jardim Botânico.

Portanto, foram incluídas para as análises subsequentes, excluindo as Unidades Prisionais, um total de 25 Unidades Básicas de Saúde da Região Leste, sendo oito localizadas no Paranoá, 14 em São Sebastião, três no Itapoã e nenhuma no Jardim Botânico. O estudo envolveu a participação de um total de 71 equipes de Saúde da Família, sendo 31 delas em São Sebastião, 25 no Paranoá e 15 no Itapoã, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1. Quantidade de UBS e eSF da Região de Saúde Leste que participaram da autoavaliação do Programa QualisAPS.

REGIÃO ADMINISTRATIVA	UBS	eSF
ITAPOÃ	3	15
PARANOÁ	8	25
SÃO SEBASTIÃO	14	31
TOTAL	25	71

Fonte: Autoria própria, 2023

Para a análise dos dados quantitativos, foi realizado o cálculo de proporção de notas atribuídas pelas equipes de Saúde da Família na autoavaliação, para cada padrão de qualidade relacionado a HAS e DM. Após essa etapa, foi desenvolvido um gráfico para ilustrar as proporções, de acordo com a Região Administrativa. Vale ressaltar que as notas atribuídas são classificadas em uma escala de 1 a 5, em que o valor 1 indicava que a equipe tinha a percepção de que não atendia aos critérios avaliados e o valor 5 representa a percepção de pleno atendimento ao padrão em questão, que no caso era acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis.

No que se refere aos dados qualitativos, foram mapeados todos os problemas, ações e justificativas fornecidas nos Planos de Ação para Qualidade (PAQ), elaborados e executados pelas equipes, após finalizada a autoavaliação nas três Regiões Administrativas do presente estudo. Para tal, foi realizado um mapeamento dos problemas selecionados para compor o PAQ, e após essa etapa, os problemas de cada RA foram identificados e categorizados em quatro categorias emergentes durante a análise. Por fim, também foram mapeadas e identificadas as ações elaboradas pelas eSF e apresentadas por Região Administrativa.

Cabe salientar que os dados do Programa QualisAPS que foram utilizados no estudo, tiveram sua aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (CAAE) nº 29640120.6.000.0030).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desse estudo serão apresentados por seções, de acordo com os objetivos específicos do trabalho, a fim de respondê-los. A primeira seção, corresponde ao mapeamento dos padrões relacionados ao objeto do estudo, assim como analisar as notas atribuídas durante a autoavaliação realizadas pelas eSF, aos padrões identificados, de acompanhamento de DCNT. A segunda, é o mapeamento e análise dos problemas identificados, a partir da autoavaliação, e a última seção, são as análises das ações propostas e desenvolvidas, em relação ao grau de cumprimento e justificativas.

6.1 PADRÕES DE ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS .

Durante a análise para a seleção dos padrões de qualidade, utilizou-se como critério a relação desses padrões com os indicadores do Previnde Brasil, que estão associados ao repasse de recursos federais para Estados e Municípios na Atenção Primária, bem como ao Acordo de Gestão Local (AGL), que versa sobre a pactuação de metas para aprimorar a gestão da APS nas regiões de saúde, com o recorte, no presente estudo, na Região Leste do Distrito Federal.

No contexto do Previnde Brasil, dois dos sete indicadores estão vinculados às DCNT: o primeiro refere-se à "proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre", enquanto o segundo abrange a "proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada no semestre", para além de se relacionarem com os padrões do QualisAPS, esses indicadores influenciam diretamente nos recursos enviados à UBS, uma vez que o valor do repasse depende dos resultados alcançados pelas eSF (BRASIL, 2019).

No âmbito do AGL, dois dos 10 indicadores também estão relacionados a doenças crônicas, especificamente o "percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre" e o "percentual de diabéticos com solicitação/realização de hemoglobina glicada". Além dessa relação, para a realização do Plano de Ação para Qualidade desenvolvido pelas eSF, é obrigatório a inclusão de no mínimo dois padrões relacionados aos indicadores do AGL.

Após a análise abrangente do Previnde Brasil, AGL e Programa QualisAPS, foram identificados dois padrões em comum relacionados ao acompanhamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Esses padrões, pertencentes à Dimensão II do instrumento de autoavaliação das equipes do Programa QualisAPS, que aborda a atenção ao usuário, e à subdimensão 1, referente à atenção integral, são os seguintes:

Ii.1.7 - Às equipes de Saúde da Família realizam o acompanhamento de pessoas hipertensas em sua área de atuação.

Ii.1.8 - As equipes de Saúde da Família realizam o acompanhamento de pessoas com diabetes em sua área de atuação.

Para cada padrão, eram disponibilizados no instrumento elementos avaliáveis, que norteavam a reflexão da equipe, para se auto avaliarem. Seguem nas Figura 11 e 12, a apresentação dos padrões no instrumento selecionados, no formato em que encontram-se apresentados no instrumento de autoavaliação do Programa QualisAPS (QualisAPS, 2021).

II - Atenção ao usuário

1. Atenção integral

II.1.7. A eSF realiza o acompanhamento de pessoas hipertensas no seu território

Grau I Obrigatório

A hipertensão arterial (HAS) é um dos problemas de saúde mais prevalentes na população brasileira e é fator de risco cardiovascular, principalmente quando descompensada, contribuindo com o aumento das taxas de hospitalização e de mortalidade e dos custos do sistema de saúde. As equipes da APS devem realizar consultas programadas com os usuários hipertensos para garantir a efetividade do cuidado e verificar a pressão arterial da população regularmente para o diagnóstico precoce.

Elementos avaliáveis:

- A eSF tem todos os usuários com diagnóstico de HAS de seu território cadastrados.
- A eSF realiza a estratificação de risco de todos os usuários cadastrados diagnosticados com HAS, realizando o registro em prontuário eletrônico.
- A eSF acompanha, de forma sistemática e nominal, os usuários com diagnóstico de HAS, baseando-se em protocolos e fluxos existentes, organizando o acompanhamento com agendamento de consultas médicas e de enfermagem; e a busca ativa de faltosos.
- A eSF desenvolve estratégias de orientação ao usuário diagnosticado com HAS, seus familiares e cuidadores, acerca do autocuidado e da importância da regularidade na realização de exames e consultas de retorno.
- As eSF e eSB organizam a agenda para atender o usuário diagnosticado com HAS, sem limitação de período e sem comprometimento de acesso a outros usuários da UBS.
- A eSF analisa os dados da população cadastrada, considerando as prevalências estimadas para o território e seus fatores de risco.
- A eSF realiza avaliação antropométrica e aferição da pressão arterial de todos os usuários com HAS, a cada consulta.
- A eSF oferece opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre autocuidado, alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física na UBS ou em outros espaços do território.

Considerando a escala de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a "não cumpro" e 5 "cumpro totalmente", responda.

1 2 3 4 5

Figura 11. Instrumento de autoavaliação do Padrão de Qualidade Ii.1.7

Fonte: Caderno de autoavaliação das eSF e eSB do QualisAPS, 2023

II - Atenção ao usuário

1. Atenção integral

II.1.8. A eSF realiza o acompanhamento de pessoas com diabetes no seu território

Grau I Obrigatório

O diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico de alta prevalência na população brasileira e é fator de risco cardiovascular. É condição sensível à APS e seu adequado manejo contribui para a diminuição das complicações e da mortalidade. A equipe da APS deve oportunizar o acompanhamento regular dos usuários diagnosticados com DM, com realização de exames para monitoramento, bem como rastrear a população visando diagnóstico precoce.

Elementos avaliáveis:

- A eSF tem cadastrados todos os usuários com diagnóstico de DM de seu território.
- A eSF realiza a estratificação de risco de todos os usuários cadastrados diagnosticados com DM, com registro em prontuário eletrônico.
- A eSF acompanha, de forma sistemática e nominal, os usuários com diagnóstico de DM, baseando-se em protocolos e fluxos existentes, organizando o acompanhamento com agendamento de consultas médicas e de enfermagem; e a busca ativa de faltosos.
- A eSF desenvolve estratégias de orientação ao usuário diagnosticado com DM, seus familiares e cuidadores, acerca do autocuidado e da importância de regularidade na realização de exames e consultas de retorno.
- As eSF e eSB organizam a agenda para atender o usuário diagnosticado com DM, sem limitação de período e sem comprometimento de acesso a outros usuários da UBS.
- A eSF analisa os dados da população cadastrada, considerando as prevalências estimadas para o território e seus fatores de risco.
- A eSF realiza avaliação antropométrica, aferição de pressão arterial de todos os usuários com DM, a cada consulta e avaliação anual de hemoglobina glicada.
- A eSF oferece opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre autocuidado, alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física na UBS ou em outros espaços do território.

Considerando a escala de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “não cumpre” e 5 “cumpro totalmente”, responda.

1 2 3 4 5

Figura 12. Instrumento de autoavaliação do Padrão de Qualidade Ii.1.8

Fonte: Caderno de autoavaliação das eSF e eSB do QualisAPS, 2023

Na Região Leste, excluindo as Unidades Prisionais, todas as UBS, que totalizam 25 Unidades Básicas de Saúde, realizaram a autoavaliação. Cada equipe de Saúde da Família respondeu aos 45 padrões de qualidade incluídos no instrumento, atribuindo uma nota de 1 a 5. A nota 1 indicava que a equipe tinha a percepção de que não cumpria o padrão de qualidade, enquanto a nota 5 significava que a equipe cumpria totalmente o padrão de qualidade

Ao todo, 71 equipes de Saúde da Família responderam à autoavaliação, e somando-se todas as notas atribuídas nos dois padrões, foram obtidas 142 notas. Dividido por Região Administrativa, foram 30 notas no Itapoã, 50 no Paranoá e 62 em São Sebastião, conforme demonstrado na Figura 13.

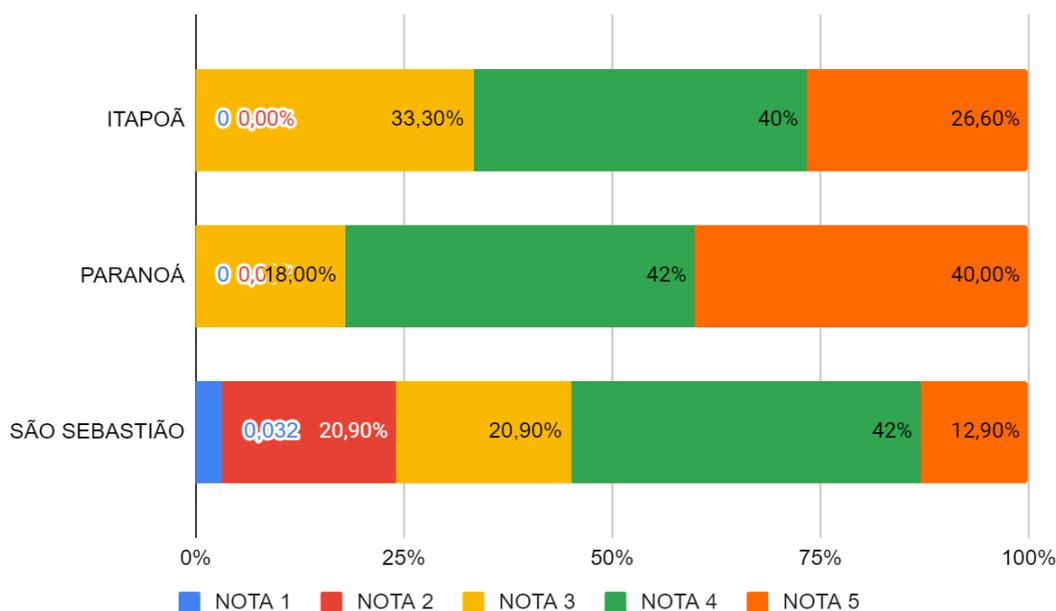


Figura 13. Proporção (%) de notas atribuídas aos padrões de acompanhamento de HAS e DM pelas eSF na autoavaliação, segundo Região Administrativa

Fonte: Autoria própria, 2023

Nota: Proporção - Quantidade de notas x/total de notas na Região x 100

A maior região em número de UBS e eSF, é a RA de São Sebastião, com 14 UBS e 31 eSF, seguido pelo Paranoá, com oito UBS e 25 eSF, e o Itapoá com três UBS e 15 eSF.

Em relação às notas atribuídas aos padrões de acompanhamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Itapoá, 26,60% das eSF se auto avaliaram com nota 5, ou seja, asseguram que conseguem fazer os atendimentos e o monitoramento necessário para o acompanhamento de HAS e DM na região, 40% nota 4 e 33,30% nota 3 que afirmam realizar o acompanhamento, porém, com algumas dificuldades. Nenhuma eSF se auto avaliou com nota 2 e 1, de modo geral, de acordo com as notas da autoavaliação, 100% das equipes do Itapoá conseguem realizar o acompanhamento, mesmo que tenham algumas limitações.

No Paranoá, 40% das eSF atribuíram nota 5, sendo a região com maior percentual de nota máxima para o acompanhamento de doentes crônicos, 42% nota 4, 18% nota 3 e nenhuma eSF se auto avaliou com nota 2 e 1. Em um contexto geral, as maiores proporções de notas foram a 5 e 4, evidenciando que existe esse acompanhamento de hipertensos e diabéticos, apesar de algumas dificuldades, indicadas pelas notas menores atribuídas por algumas equipes.

A Região com menor proporção de nota 5 foi São Sebastião, com 12,9%, e 40% de nota 4. Diferente das outras regiões, a RA possui a mesma proporção de notas 2 e 3, 20,9%, indicando que as eSF possuem uma maior dificuldade para realizar os acompanhamentos de DCNT. Pelas notas atribuídas, 3,2% das eSF indicaram que não realizam o monitoramento de HAS e DM, segundo o protocolo da SES.

Analisando a Região Leste, é notório que a grande maioria das eSF conseguem fazer o acompanhamento dos usuários com diabetes e hipertensão, porém, fica explícito que existem problemas na realização desses assuntos, evidenciando a necessidade e potencialidade de se utilizar a autoavaliação como ferramenta de reflexão dos processos de trabalhos das equipes, para a busca de melhorias.

6.2 PROBLEMAS IDENTIFICADOS PELAS eSF NA REGIÃO LESTE PARA INCLUSÃO NO PAQ

Ao totalizar os resultados obtidos na Região Leste, foram identificados 621 problemas, dos quais 31 estavam relacionados diretamente com DCNT, levando em consideração os critérios de exclusão. Quanto à elaboração de ações para enfrentar tais problemas, foram propostas 613 ações na Região Leste, das quais 56 foram objeto de análise após a aplicação dos critérios de exclusão.

Após a conclusão da fase de autoavaliação, todas as equipes de Saúde da Família elaboraram seus Planos de Ação para Qualidade (PAQ). Das 15 eSF do Itapoã, três optaram por incorporar os padrões relacionados à Hipertensão e Diabetes em seus respectivos PAQ. No Paranoá, dentre as 25 eSF, cinco elegeram incluir os padrões de acompanhamento de DCNT. Em São Sebastião, onde 31 eSF realizaram a autoavaliação, 11 delas inseriram os padrões de doentes crônicos em seus PAQ.

No âmbito da Região Leste, um total de 31 problemas foram identificados em relação aos padrões de acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Muitos desses problemas demonstraram uma relação com uma causa central, apresentando convergência, levando à categorização em quatro principais áreas temáticas para análise, aqui denominadas categorias: categoria 1 - sobrecarga de demandas e interrupções de grupos decorrentes da Pandemia da COVID-19; categoria 2: gestão de processos de trabalho; categoria 3: falta de insumos e profissionais e categoria 4: problemas externos às UBS, conforme sumarizados no Quadro 1, e descritos detalhadamente na sequência.

Quadro 1. Problemas identificados pelas eSF relacionados aos padrões de acompanhamento de hipertensos e diabéticos na Região Leste

PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA REGIÃO LESTE			
CATEGORIA 1 (sobrecarga de demandas e interrupções de grupos decorrentes da Pandemia da COVID-19)	CATEGORIA 2 (Gestão de processos de trabalho)	CATEGORIA 3 (Falta de insumos e materiais)	CATEGORIA 4 (problemas externos às UBS)
<i>Equipe sobrecarregada com a demanda do COVID-19.</i>	<i>Falta de reunião de equipe periodicamente para organizar processos de trabalho.</i>	<i>Falta de disponibilidade laboratorial</i>	<i>paciente falta nas consultas por dificuldade de transporte</i>
<i>Alta procura por demanda espontânea</i>	<i>Dificuldade de adesão ao tratamento, de encontrá-lo no domicílio e pacientes em trânsito</i>	<i>A Falta de Médico na equipe e a Grande Demanda de usuários</i>	<i>Servidor escalado em outro setor</i>
<i>Ausência de grupos de informação e orientação</i>	<i>Falta do cadastro da pessoa ter a informação de que é hipertensa e esquecimento da colocação da pressão arterial no atendimento.</i>	<i>Falta de insumos laboratoriais</i>	
<i>Diminuição dos atendimentos individuais e em grupos, devido à pandemia</i>	<i>Não sistematização dos retornos</i>	<i>Falta de reagente no laboratório para realização da hemoglobina glicada</i>	<i>Dificuldade de acesso de transporte do paciente a UBS</i>
<i>Agenda priorizada para atendimentos respiratórios</i>	<i>Falta do cadastro da pessoa ter a informação de que é diabética</i>	<i>Falta de esfigmomanômetro / distância da equipe para 'área de abrangência, dificultando o deslocamento, principalmente de idosos / Falta de telefone e internet para busca ativa</i>	
<i>Sobrecarga de agenda e demanda espontânea</i>	<i>A equipe não monitora/ acompanha os pacientes hipertensos e diabéticos do território, conforme o protocolo da SES</i>	<i>Constante falta de reagentes para exames laboratoriais / Pacientes com baixa condições econômicas para realização dos mesmos</i>	
<i>Excesso de demanda</i>	<i>Alta incidência de paciente com hipertensão arterial na área de cobertura da equipe</i>		

<i>Sobrecarga de agenda, e múltiplas tarefas impactando na não realização de busca ativa.</i>	<i>Dificuldade na adesão ao tratamento em parte da população de hipertensos, considerando que não está em conformidade com os hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, além da existência de fatores de riscos como obesidade, sedentarismo, tabagismo e maus hábitos alimentares. Inclusive falta de conhecimento sobre a doença e suas complicações</i>		
<i>realização de grupos de HAS</i>	<i>Equipe não realiza o monitoramento contínuo dos pacientes hipertensos e diabéticos conforme o protocolo da SES</i>		
<i>Devido ao momento de pandemia, atendendo mais os quadros de urgência com sintomas respiratórios com pouca disponibilidade para acompanhamento de doenças crônicas</i>	<i>Escala fixa do servidor na equipe</i>		
	<i>Sobrecarga de agenda, e múltiplas tarefas impactando na não realização de busca ativa.</i>		
	<i>Área bem vulnerável com muitas demandas de atendimentos agudos.</i>		

Fonte: Autoria Própria, 2023

Legenda:

Categoria 1: Sobrecarga de demandas e interrupções de grupos em decorrência da Pandemia da COVID-19

Categoria 2: Gestão de processos de trabalho

Categoria 3: Falta de insumos e profissionais

Categoria 4: Problemas externos as UBS

6.2.1 SOBRECARGA DE DEMANDAS E INTERRUPÇÕES DE GRUPOS EM DECORRÊNCIA DA PANDEMIA DA COVID-19

Na categoria 1, as equipes identificaram 10 problemas, sendo oito deles relacionados ao aumento das demandas espontâneas por atendimentos de problemas respiratórios. Essa situação resultou em sobrecarga nas equipes, que, por consequência, reduziram o acompanhamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. A Atenção Primária é preferencialmente a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e geralmente é o primeiro serviço de saúde procurado pelos usuários quando necessitam de cuidados (ALVEZ, 2020). Com o aumento de casos sintomáticos, muitos usuários passaram a procurar as Unidades Básicas de Saúde, criando um grande fluxo de pessoas em busca de atendimento, prejudicando outras demandas que não estavam relacionadas à COVID-19.

Durante a pandemia, uma das recomendações para pessoas com DCNT foi a implementação do distanciamento social como medida para diminuir a exposição ao vírus. No entanto, essa medida resultou na interrupção do cuidado, ocasionando uma mudança repentina nos hábitos de vida dessa população, como a inatividade física, aumento do consumo de alimentos processados, ingestão de bebidas alcoólicas e o receio de comparecer a consultas devido ao medo de exposição ao vírus (DUARTE *et al*, 2021). Essa interrupção do acompanhamento a longo prazo pode levar ao aumento de complicações agudas devido à falta de tratamento adequado, aumento da mortalidade e subnotificação de casos devido à falta de exames de rotina (DUARTE *et al*, 2021).

Dois problemas percebidos pelas equipes estão relacionados à interrupção dos grupos de acompanhamento coletivo, o que incorreu em grande lacuna, considerando ser a realização de grupos uma ferramenta importante para a promoção da saúde e para estabelecer vínculos entre o usuário e o serviço de saúde. Com a implementação dos grupos coletivos, as eSF conseguem realizar o monitoramento das doenças crônicas, resultando na racionalização do trabalho dos profissionais, uma vez que há uma redução nas demandas por consultas (NOGUEIRA *et al*, 2016). Isso ocorre porque a prevenção e o tratamento são direcionados para as mudanças nos hábitos diários. Com a interrupção desses grupos, os vínculos são enfraquecidos, as informações de saúde são perdidas, gerando desconhecimento sobre o tratamento e prevenção das doenças crônicas, além da impossibilidade de monitorar o acompanhamento desses usuários. É fundamental destacar a particularidade do cenário imposto pelo contexto pandêmico e as perdas nesse sentido, e reconhecer também a potência da APS como locus para o engajamento no cuidado por meio de ações coletivas.

6.2.2 GESTÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO

Na categoria 2, foram identificados 12 problemas relacionados à gestão dos processos de trabalho. As equipes apontaram, principalmente, questões como a falta de reuniões periódicas para organizar os processos de trabalho, a ausência de sistematização de retornos, a falta de especificação no sistema sobre pacientes hipertensos, o esquecimento de registrar a pressão arterial aferida durante o atendimento, a não conformidade com o monitoramento e acompanhamento, conforme os protocolos da Secretaria de Saúde do DF e as dificuldades nas demandas do território devido à vulnerabilidade da Região.

Durante a pandemia da COVID-19, observou-se um aumento significativo nas demandas espontâneas, o que motivou a realocação de vários servidores para o atendimento de casos de síndrome respiratória. Isso resultou na reordenação das atividades de gestão que eram anteriormente realizadas, o que gerou lacunas. Atividades como reuniões de processos de trabalho, sistematização de retornos e especificação no prontuário do usuário hipertenso poderiam ser efetuadas como parte do fluxo de atividades realizadas, proporcionando um planejamento adequado por parte da equipe. Segundo Moraes (2001), o planejamento é definido como "o processo consciente e sistemático de tomar decisões sobre objetivos e atividades que uma pessoa, um grupo, uma unidade de trabalho ou uma organização buscarão no futuro". Portanto, é uma ferramenta indispensável em qualquer situação para organizar processos de trabalho, tanto simples quanto complexos.

No que diz respeito aos problemas relacionados à dificuldade na adesão ao tratamento, de pacientes hipertensos, a grande demanda em áreas vulneráveis e falta de monitoramento adequado de pacientes hipertensos podem ser questões que impactam diretamente o acompanhamento do usuário. Isso impossibilita às equipes conhecerem as demandas prioritárias no território, além de desconhecem os níveis de risco de cada paciente crônico. Em um estudo realizado em Minas Gerais durante a pandemia, foi mencionada a estratificação de risco como uma ferramenta de gestão essencial para o manejo adequado de pacientes crônicos na APS. Essa estratificação considera diferentes tipos de riscos dos usuários, levando em conta todos os determinantes sociais, não apenas os riscos individuais. Após a estratificação, os usuários são classificados em categorias como muito alto risco, alto risco, médio risco e baixo risco. Essas categorias são cruciais para o planejamento de ações de acompanhamento, como, por exemplo, priorizar consultas domiciliares para aqueles classificados como muito alto risco, enquanto os de baixo risco podem ser monitorados remotamente por uma equipe multidisciplinar (BARRA *et al*, 2020).

6.2.3 FALTA DE INSUMOS E PROFISSIONAIS

A categoria de análise 3 englobou seis problemas, sendo que quatro deles estão relacionados à carência de insumos, como, por exemplo, a falta de reagentes para a realização do exame de hemoglobina glicada e a ausência de esfigmomanômetros. Os dois problemas restantes têm duas causas principais: a escassez de médicos nas equipes e a falta de disponibilidade laboratorial. Todos esses problemas impactam negativamente o monitoramento e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, de acordo com as equipes.

Para realizar o diagnóstico ou mesmo monitorar a situação de saúde dos usuários, é imperativo que os profissionais tenham acesso aos equipamentos necessários. O esfigmomanômetro, por exemplo, é essencial para aferir a pressão arterial. Sua não utilização durante um acolhimento ou consulta pode resultar em subnotificação de diagnósticos de hipertensão, além de dificultar a identificação de usuários em crise hipertensiva. O Ministério da Saúde define crise hipertensiva como "Pressão Arterial $\geq 180 \times 120$ mmHg, popularmente conhecida como 18x12, acompanhada de sintomas que podem ser brandos, como cefaleia, tontura, zumbido, ou graves, como dispnéia, dor precordial, coma e morte, podendo haver ou não lesão aguda de órgãos-alvo" (BRASIL, 2020).

O exame de hemoglobina glicada desempenha papel fundamental no monitoramento de diabéticos e no diagnóstico inicial, ao verificar a média de glicemia dos últimos 90 a 120 dias (BRASIL, 2020). A não utilização desse exame para o monitoramento e diagnóstico de usuários diabéticos acarreta desconhecimento por parte da equipe em relação aos doentes crônicos do território, a não implementação de grupos ou ações alinhadas com as necessidades da população, e a descompensação do diabetes nos usuários. Isso, por sua vez, leva os usuários a procurarem a atenção secundária por procedimentos passíveis de resolução na APS.

6.2.4 PROBLEMAS EXTERNOS ÀS UBS

A última categoria de análise foi criada para abranger problemas identificados que são externos às Unidades Básicas de Saúde, como, por exemplo, as dificuldades de acesso dos pacientes às UBS, em relação ao transporte. Muitas Unidades na Região Leste estão localizadas em prédios ou casas alugadas, sendo os espaços completamente improvisados para

o atendimento à população. Segundo o último censo do IBGE, a população do Distrito Federal é de 2.817.331 pessoas, posicionando-o como a quarta cidade mais populosa do país (IBGE, 2022). Entretanto, de acordo com o Instituto de Estudo para Políticas de Saúde (IEPS, 2022), a taxa de cobertura da Atenção Primária à Saúde no DF é de apenas 59%, indicando que pouco mais da metade da população tem acesso aos serviços de atenção primária.

Dessa forma, é possível inferir que muitos usuários enfrentam dificuldades para acessar a APS por diversos motivos, tais como a distância entre a UBS de referência e o território ou as complexidades da mobilidade urbana no DF.

6.3 AÇÕES PROPOSTAS NO PAQ PELAS eSF DA REGIÃO LESTE

A última etapa do ciclo de avaliação compreendeu a elaboração e implementação de ações direcionadas a reduzir os impactos ou eliminar os problemas identificados que comprometem o acompanhamento de hipertensos e diabéticos pelas equipes de Saúde da Família na Região.

6.3.1 ITAPOÃ

As equipes de Saúde da Família do Itapoã propuseram um total de oito ações, das quais 62,5% (5) foram concluídas. Ou seja, as intervenções destinadas a aprimorar o acompanhamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foram iniciadas. Uma das ações concluídas envolveu a realização de busca ativa de usuários diabéticos e hipertensos. Nessa ação, foi apresentada uma justificativa informando que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estariam realizando visitas domiciliares, atualizando os cadastros de doentes crônicos, verificando a data da última consulta para garantir que não fosse superior a um ano, e estratificando o risco para aprimorar o monitoramento desses usuários. Em algumas equipes que propuseram essa ação, elas se apresentavam com o status “em desenvolvimento”. Isso pode ter ocorrido por talvez as equipes entenderem tratar-se de uma ação contínua, e por essa razão não terem atualizado o *status* do andamento na Plataforma QualisAPS.

Essas estratégias visando aprimorar o monitoramento de doentes crônicos são fundamentais nos processos de trabalho das equipes, com os ACS desempenhando papel crucial nesse contexto. Os ACS atuam como importantes agentes nesse processo, pois são profissionais que mantêm o maior contato com os usuários e possuem um conhecimento aprofundado da realidade do território. Os ACS tornam-se um elo de ligação entre a população, compreendendo a situação de saúde de cada usuário durante as visitas domiciliares. Além disso, promovem a saúde, incentivando a população a comparecer nas Unidades Básicas de Saúde e fornecendo orientações sobre os cuidados necessários com a saúde (SOUZA *et al*, 2015). Em se tratando de melhoria da qualidade, vale destacar a relevância de um dimensionamento desses profissionais em relação ao total de equipes, não apenas da Região incluída no recorte desse estudo, mas em todas as Regiões de Saúde do Distrito Federal, para que essa demanda seja incluída na agenda nos níveis de gestão pertinentes.

As outras 37,5% (3) ações marcadas como “em desenvolvimento” pelas equipes, indicando que as intervenções foram iniciadas, mas, por algum motivo, não foram concluídas, constando como status “em desenvolvimento”, além das de busca ativa já mencionadas, foi também a extração de relatórios do E-SUS para o monitoramento de usuários faltosos. É relevante observar que não foram fornecidas justificativas para esclarecer o status, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Ações propostas, status de desenvolvimento e justificativas para os status de desenvolvimentos das ações propostas pelas eSF do Itapoã

PADRÃO	AÇÃO	STATUS	JUSTIFICATIVA
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Busca ativa dos pacientes que estão na planilha de DM, verificar as últimas consultas no ESUS.</i>	<i>concluída</i>	<i>Acs X e A já fizeram VD para busca e atualização de cadastros de pacientes diabéticos e hipertensos da área, residente iniciou a atualização na planilha, sendo que alguns pacientes já passaram por consulta neste ano. As maiores dificuldades é alta demanda de pacientes agudos com doenças respiratórias (inclusive alta demanda de covid 19) no momento e pacientes com quadro de Dengue até o mês passado.</i>

<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Busca ativa de pacientes que estão na planilha de HAS/verificar no ESUS últimas consultas.</i>	<i>concluída</i>	<i>ACs X e A já concluíram busca ativa e cadastros de hipertensos, residente já iniciou atualização de planilha de hipertensos, alguns pacientes já passaram por consulta neste mês, as principais dificuldades são a alta demanda de consultas agudas por doenças respiratórias (covid 19 no último mês) e Dengue nos primeiros meses do ano.</i>
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Extraírelatório do ESUS em reunião de equipe 1 vez por mês (última semana do mês). análise do dados para/ realizar busca ativa dos faltosos</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Reunião de equipe semanal com horário protegido nas quintas-feiras pela manhã das 8-10h</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Avaliar se cadastros do indivíduo tem identificada a hipertensão</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Fazer busca ativa de pessoas com hipertensão que estão sem consulta há mais de um ano.</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Avaliar se cadastros do indivíduo tem identificada a diabetes</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Fazer busca ativa de pessoas com diabetes que estão sem consulta há mais de um ano.</i>	<i>em desenv</i>	

Fonte: Autoria própria, 2023

6.3.2 PARANOÁ

As equipes de Saúde da Família do Paranoá apresentaram um total de 16 propostas de ações. Destas, 43,75% (7) foram concluídas. Entre as ações concluídas, destacaram-se a solicitação de hemoglobina glicada para usuários com diabetes, o agendamento de consultas semestrais para hipertensos de baixo risco e a identificação de usuários com HAS e DM no território. No caso da última ação mencionada, as consultas estavam sendo agendadas quando os usuários procuravam a Unidade Básica de Saúde para renovação de receita, conforme justificativa fornecida pelas equipes.

A proposta de "identificação de usuários com HAS e DM no território" evidencia a utilização da análise de situação de saúde como ferramenta de monitoramento. A análise de situação de saúde é essencial para instruir a tomada de decisão de gestores, sendo moldada em evidências para basear as escolhas de ações (DUARTE, 2003), ou seja, possibilita que as equipes tenham o conhecimento da sua população de referência, levado em consideração aspectos sociais, culturais, econômicos, entres outros.

Outros 31,25% (5) das ações foram marcados como “em desenvolvimento” pelas equipes. Exemplos incluem a classificação de risco, aferição da pressão arterial em todos os usuários atendidos no acolhimento, consulta ou visitas domiciliares, acompanhamento dos pacientes encaminhados ao Centro de Atendimento ao Diabetes e Hipertensão e a promoção de mudanças no acolhimento por meio da implementação da escuta ativa. Nota-se que pelo teor de algumas das ações mantidas como “em desenvolvimento”, pode ter ocorrido a percepção de que, em se tratando de ações que possuem um caráter de continuidade, essas não seriam passíveis de estabelecimento de uma meta definida, que as colocasse na posição de “concluídas”, o que pode demonstrar a necessidade de um aprimoramento na comunicação do Programa com as equipes, para que haja melhor compreensão acerca do propósito de sinalização do *status* na Plataforma, como um norteador, e assim possa incrementar uso mais efetivo dessa ferramenta como orientador dos processos de trabalho das equipes da APS.

A comunicação nos serviços de saúde, como em qualquer ambiente, é fundamental tanto na relação entre profissionais, entre profissionais e equipe de gestão e entre profissionais/gestores e usuários, para demonstrar interesse, respeito e compreensão, e qualificar os serviços oferecidos. Uma das ações propostas pelas equipes, a escuta qualificada, é uma ferramenta importante para construir vínculos com os usuários, visando compreender a singularidade de cada pessoa, indo além do foco apenas na doença. Assim, a escuta qualificada é reconhecida como uma estratégia dos profissionais em adotar um

posicionamento de acolher e formular respostas mais adequadas aos usuários, compreendendo os motivos e necessidades que os levaram ao serviço e os encaminhando para uma solução de seus problemas (DUARTE *et al.*, 2017) .

Por fim, 25% (4) das ações propostas pelas equipes não foram iniciadas, indicando que as equipes de Saúde da Família não conseguiram implementar as intervenções na Região. Exemplos incluem a criação de um grupo de hábitos saudáveis com apoio do NASF; a capacitação de profissionais para o diagnóstico precoce de HAS e eventos com a comunidade para a educação em saúde. Essa não implementação das ações pode ser atribuída ao momento em que ocorreu essa pesquisa, em que se deve considerar os reflexos da pandemia da COVID-19, que resultaram em uma alta demanda no número de atendimentos voltados para casos respiratórios, conforme evidenciado no Quadro 3.

Quadro 3. Ações propostas, status de desenvolvimento e justificativas para os status de desenvolvimentos das ações propostas pelas eSF do Paranoá

PADRÃO	AÇÕES	STATUS	JUSTIFICATIVA
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Adesão de pacientes e familiares em grupo de Hábitos saudáveis NASF / Criar grupo realizado pela equipe</i>	<i>não iniciada</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Aferir a pressão arterial a todos os pacientes atendidos em acolhimento, consulta ou visita domiciliar. Registrar adequadamente no ESUS, e se necessário encaminhar para atendimento prioritário</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Capacitação dos profissionais da equipe quanto a Diagnóstico e tratamento precoce da HAS</i>	<i>não iniciada</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Identificar os pacientes hipertensos e com fatores de risco atendidos na UBS através da realização e atualização dos cadastros</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Monitorar pacientes encaminhados ao CADH e realizar busca ativa</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Realizar ações de mobilização em datas pontuais, como palestras sobre hábitos saudáveis e distribuição de folhetos educativos nos centros de trabalho, escolas e na própria comunidade, entrevista em rádio comunitária, entre outros.</i>	<i>não iniciada</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Realizar bom acolhimento com escuta inicial</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Solicitação de hemoglobina glicada</i>	<i>concluída</i>	

<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Efetuar a classificação de risco de 60% dos pacientes hipertensos cadastrados.</i>	<i>em desenvolvimento</i>	<i>Iniciamos a classificação</i>
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Identificar os hipertensos do território</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Realizar o agendamento das consultas médicas e ou enfermagem a cada seis meses para hipertensos de baixo risco.</i>	<i>concluída</i>	<i>Quando os pacientes vêm à UBS para renovar receita, sua consulta é agendada.</i>
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Agendar consulta médica/ enfermagem a cada seis meses</i>	<i>concluída</i>	<i>Os agendamentos estão sendo realizados</i>
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Identificar os pacientes diabéticos do território</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Levantar o percentual de diabéticos insulino dependentes.</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Registrar no PEC do usuário a realização (de forma correta), da hemoglobina glicada</i>	<i>concluída</i>	<i>Hemoglobina glicada está sendo registrada no local correto</i>
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Retomar atendimento de HAS</i>	<i>não iniciada</i>	

Fonte: Autoria própria, 2023

6.3.3 SÃO SEBASTIÃO

Em São Sebastião, as equipes propuseram um total de 32 ações. Destas, 65,6% (21) foram concluídas. Entre as ações finalizadas, destacam-se iniciativas como a implementação de grupos para hipertensos, a disponibilização de agendas para consultas de doenças crônicas, a atualização da lista de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para agendar 10 consultas por semana, solicitação de exames e avaliação de risco cardiovascular. Todas essas ações foram acompanhadas de justificativas pelas equipes. No entanto, as equipes enfrentaram dificuldades na implementação da atualização das listas de pacientes crônicos devido ao aumento de demandas espontâneas decorrentes da pandemia da COVID-19.

Por outro lado, as outras duas ações concluídas, que são a criação de grupos coletivos e agendamento de consultas, foram iniciadas. As eSF também realizaram avaliações de saúde dos usuários para compreender a gravidade dos casos. O retorno dos grupos coletivos é considerado uma estratégia eficiente para monitorar o acompanhamento de pacientes crônicos na unidade, gerando uma aproximação do usuário com o serviço. Isso permite que as equipes forneçam orientações necessárias para o tratamento, como incentivar a prática de atividade

física, promover hábitos saudáveis de alimentação, abordar questões relacionadas ao tabagismo, entre outros.

Por fim, 34,3% (11) das ações foram marcadas como em desenvolvimento pelas equipes. Exemplos incluem a criação de uma escala fixa dos profissionais da equipe, a melhoria dos meios de transporte público para a área, a realização de manutenções dentro das Unidades Básicas de Saúde e a solicitação de materiais e insumos. É importante observar que nenhuma equipe utilizou a justificativa das ações que permaneceram “em desenvolvimento” para sinalizar o status do processo de implementação das ações elaboradas, provavelmente pelas mesmas motivações já discutidas anteriormente, conforme demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4. Ações propostas, status de desenvolvimento e justificativas para os status de desenvolvimentos das ações propostas pelas eSF em São Sebastião

PADRÃO	AÇÃO	STATUS	JUSTIFICATIVA
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Escala fixa do profissional na equipe. melhorar meios de transporte público para a área. laboratório não tem reagente para exames de rotina</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Escala fixa do profissional na equipe. melhorar meios de transporte público para a área.</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Oferecer ao usuário hipertenso a acessibilidade de realização de troca de receita a qual acontece a cada 6 meses, oferecendo o agendamento de consulta. exames laboratoriais. eletrocardiograma e tabela de valores pressóricos que o mesmo deverá aferir até o dia da consulta com o profissional da equipe.</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Oferecer ao usuário portador de Diabetes acessibilidade na realização de troca de receitas a qual acontece a cada 6 meses, oferecendo agendamento de consulta, exames laboratoriais e tabela para medição de valor glicêmico.</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Realizar, assim que possível, grupos para atendimento coletivo e otimização de tempo</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Realizar, assim que possível, grupos para atendimento coletivo e otimização de tempo</i>	<i>em desenv</i>	

<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>atualizar planilha da equipe e cadastrar pacientes com DM.</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>cadastrar os pacientes diabéticos, que fazem acompanhamento na equipe.</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>reuniões quinzenais para troca de receitas e pedidos de exames conforme classificação de risco</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Resgatar lista dos pacientes com HAS, e agendar 10 por semana nas agendas de NS para consulta e pedido de exames e realização de risco cardiovascular.</i>	<i>concluída</i>	<i>Ação não realizada em decorrência da pandemia de Covid 19 que apresentou durante o períodos picos no aumento de casos, demandando maior atendimento e atenção da equipe. Além disso, a campanha de vacinação contra covid 19 e Multivacinação (Influenza e Sarampo) vem impactando na quantidade de profissionais da equipe uma vez que escalas para atendimento nas tendas de vacina vem retirando servidores da equipe, muitas vezes agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e enfermeiro da equipe. Como trata-se de uma ação que trabalha com grande número de pacientes é necessário uma participação total da equipe.</i>
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Resgatar lista dos pacientes com Diabéticos, e agendar 10 por semana nas agendas de NS para consulta e pedido de exames e realização de risco cardiovascular.</i>	<i>concluída</i>	<i>Ação não realizada em decorrência da pandemia de Covid 19 que apresentou durante o períodos picos no aumento de casos, demandando maior atendimento e atenção da equipe. Além disso, a campanha de vacinação contra covid 19 e Multivacinação (Influenza e Sarampo) vem impactando na quantidade de profissionais da equipe uma vez que escalas para atendimento nas tendas de vacina vem retirando servidores da equipe, muitas vezes agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e enfermeiro da equipe. Como trata-se de uma ação que trabalha com grande número de pacientes é necessário uma participação total da equipe.</i>
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>realização de grupos, de HAS e Dm conforme lista pré existente, para realizar vinculação</i>	<i>concluída</i>	

<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Disponibilizar a agenda para consultas de doenças crônicas como HAS/DM</i>	<i>concluída</i>	<i>Realizamos os atendimentos de hipertensos do território através da avaliação de saúde com agendamento médico ou de enfermagem levando em consideração inclusive os casos que necessitam maior atenção da equipe</i>
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>fazer grupos de hipertensos</i>	<i>concluída</i>	<i>Em processo de planejamento da ação: data prevista para ocorrer em 26/05/2022 com amostra de hipertensos da área adscrita realizando a verificação de pressão arterial, medidas antropométricas, avaliação de exames e estratificação de risco com encaminhamento oportuno dos pacientes para atendimento médico, visando a promoção e prevenção de agravos.</i>
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Assistir os vídeos referente a forma correta de preenchimento da PA para alimentação do indicador</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Disponibilização de telefone, passagem de cabeamento de internet na unidade, tendo em vista que já possui o modem da internet, porém não sendo ativado pela falta do cabeamento. Solicitação feita para gerência TI em Julho de 2021</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Mudança da sede para dentro da área de abrangência</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Providência de materiais de trabalho</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Buscar parceria com laboratórios visando descontos</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Disponibilização de hemoglobina glicada, glicemia em jejum e TOTG</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Solicitar hemoglobina glicada para todos os pacientes diabéticos que procuram a UBS</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Atualização da planilha de hipertensos da equipe</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Reivindicação de reagentes para exames de rotina dos hipertensos</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de hipertensos</i>	<i>Retorno do grupo HIPERDIA</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Atualização da planilha de diabéticos da equipe</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento</i>	<i>Reivindicação de reagentes para</i>	<i>concluída</i>	

<i>de diabéticos</i>	<i>exames de rotina dos diabéticos</i>		
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Retorno do grupo HIPERDIA</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Busca ativa de diabéticos descompensados</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Listar pacientes diabéticos em planilha</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Receber resultado de H1Ac para avaliação</i>	<i>em desenv</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Registrar de Hb1Ac no sistema</i>	<i>concluída</i>	
<i>Acompanhamento de diabéticos</i>	<i>Solicitar H1Ac quando paciente renovar receita da medicação conforme última data de realização</i>	<i>em desenv</i>	

Fonte: Autoria própria, 2023

Em um contexto geral, na Região Leste, foram propostas 56 ações que versam sobre os problemas que as equipes enfrentam para realizar o acompanhamento de doenças crônicas no território, e do total, 58,9% foram concluídas, 33,9% estão em desenvolvimento e 7,2% não foram iniciadas.

Portanto, fica claro que a partir dos problemas expostos e as ações propostas, a maioria das eSF conseguiram colocar em prática o PAQ, implementando as ações que visam melhorar o acompanhamento desses usuários, sendo uma pequena porcentagem de ações que não foram iniciadas. Mostrou-se que a Região de Saúde Leste, apesar das dificuldades e limitações impostas pelos problemas, possui capacidade de realizar o acompanhamento de DCNT, promovendo a longitudinalidade do cuidado e fazendo com que a APS de fato, seja um serviço que realiza o tratamento, acompanhamento, prevenção e promoção da Saúde de DCNTs, conforme se presume que ocorra na Atenção Primária à Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, em síntese, buscou-se analisar os indicadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) na Região Leste, a partir do Programa QualisAPS por meio dos padrões de qualidade de acompanhamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Ao longo deste estudo, foram mapeados e identificados os principais problemas que as equipes de Saúde da Família possuíam, bem como as ações propostas para reduzir ou eliminá-los do território.

Foram identificadas quatro categorias principais de problemas percebidos pelas eSF, tendo destaque a pandemia da COVID-19, uma vez que muitas equipes ficaram sobrecarregadas e precisaram interromper o acompanhamento de usuários crônicos para suprir o aumento de demandas espontâneas e casos de síndromes respiratórias, gerando uma descontinuidade do tratamento desses usuários, que ao longo prazo, podem ocasionar uma subnotificação de diagnóstico e aumento de casos na atenção secundária e terciária por demandas sensíveis à atenção primária.

Por outro lado, a lacuna de gestão dos processos de trabalho, demonstrados pelos problemas identificados pelas equipes, a exemplo de a falta de reuniões periódicas, a não sistematização de retornos, falta de monitoramento desses usuários e o não seguimento de protocolos estabelecidos pela SES, todos eles, tem seu foco na falta de gestão e planejamento desses processo, prejudicando o acompanhamento de doentes crônicos, o que indicou a demanda pelo investimento no uso de ferramentas voltadas para a organização do trabalho das eSF.

A terceira categoria de problemas foi a falta de insumos e profissionais, evidenciando que a falta desses recursos afetam diretamente o monitoramento de usuários crônicos e a subnotificação de diagnósticos, levando ao desconhecimento das equipes sobre a situação de saúde de DCNT do seu território. Por fim, problemas externos às UBS, relacionados a dificuldades de acesso às Unidades, incorrem em limitações para que a universalidade e equidade, princípios SUS, sejam efetivados, fazendo com que as ofertas de serviços alcancem os usuários que necessitam.

A respeito das ações, ficou nítido que as eSF da Região Leste conseguiram realizar muitas das ações que visam à redução ou eliminação dos problemas apresentados, mostrando a importância do planejamento e gestão em saúde nas demandas de acompanhamento de usuários crônicos. Com o planejamento, as equipes conseguem qualificar seus processos de trabalho, que por consequência, melhoram a assistência oferecida aos usuários.

O estudo traz como principal contribuição, a importância da implementação de ferramentas de gestão participativa na APS do Distrito Federal, para a melhoria dos indicadores de saúde relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Esse resultado possibilita uma compreensão da importância do planejamento e gestão em saúde. Além disso, a análise dos dados do Programa QualisAPS, que baseiam-se em informações fornecidas pelos profissionais de saúde que atuam na APS do DF, enfatiza a relevância e originalidade deste estudo.

Ao longo do processo de desenvolvimento do trabalho, possivelmente existiram limitações, como a possibilidade de alguns vieses de informações a que qualquer instrumento de avaliação se submete, sobretudo quando envolve autoavaliação. Estes pontos, no entanto, oferecem oportunidades para adequação da metodologia utilizada no processo de avaliação do Programa, e sobretudo a oportunidade de desmistificar a cultura da avaliação sob a lógica do julgamento, buscando incorporar a avaliação como estratégia de apoio à APS. Mais pesquisas para aprofundar e esclarecer as conclusões aqui apresentadas são necessárias.

Em conclusão, este estudo reforça a importância do monitoramento de indicadores de doenças crônicas não transmissíveis, bem como a utilização de ferramentas de planejamento de gestão em saúde para a melhoria deles, destacando a necessidade contínua de investigação nesta temática devido ao crescimento da mortalidade de HAS e DM no Brasil, sendo a busca pelo entendimento mais aprofundado de pessoas com doenças crônicas na APS crucial para qualificação de seu acompanhamento e implementação da longitudinalidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

BARRA RP et al. **A importância da gestão correta da condição crônica na atenção primária à saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais.** APS em Revista. 2020 abr.;2(1):38-43. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.64>

BRASIL. IBGE. **Cidades e Estados:** distrito federal. Distrito Federal. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/df.html>. Acesso em: 25 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento de crise hipertensiva: o que é?**. O que é?. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/tratamento-de-crise-hipertensiva-1#:~:text=A%20CRISE%20HIPERTENSIVA%20%C3%A9%20definida,les%C3%A3o%20aguda%20de%20%C3%B3rg%C3%A3os%2Dalvo..> Acesso em: 25 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão e diabetes são os principais fatores de risco para a saúde no País.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/hipertensao-e-diabetes-sao-os-principais-fatores-de-risco-para-a-saude-no-pais>. Acesso em: 16 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado de Doenças Crônicas não Transmissíveis no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 16 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes (diabetes mellitus).** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério Da Saúde. . **Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hipertensão (pressão alta).** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao>. Acesso em: 17 nov. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diabetes (diabetes mellitus).** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>. Acesso em: 17 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento Das Doenças Crônicas E Agravos Não Transmissíveis No Brasil 2021-2030.** 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento Das Doenças Crônicas E Agravos Não Transmissíveis No Brasil 2011-2022.** 2021. Disponível em: https://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publicacoes/Plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.Pdf. Acesso Em: 15 Nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria nº N° 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 102 de 2022**. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. 28 jan. 2022

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Exame laboratorial dosagem de hemoglobina glicosilada: o que é?. O que é?.** 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/exame-laboratorial-dosagem-de-hemoglobina-glicosilada>. Acesso em: 30 nov. 2023.

COSTA, M.F; BARRETO, S.M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>. Acesso em 18 nov. 2023

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. **Informativo Epidemiológico: mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis**. Brasília: SES, 2018. p. 1-7. Disponível: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1119561/INFORMATIVO_MORTALIDADE_DCNT_PUB.pdf/a0abaad0-162e-5309-07f6-6b4878fd5ec4?t=1651863809971. Acesso em: 22 nov. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. **Projeto De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento De Doenças Crônicas Não Transmissíveis No Distrito Federal**. 2012. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/621187/PROJETO_ENFRENTAMENTO_DCNT_DF_2012-2016.pdf. Acesso em: 22 nov. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria De Saúde. **Plano De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento De Doenças Crônicas Não Transmissíveis No Distrito Federal**. 2017. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/73424/Plano+de+Enfrentamento+de+Doen%C3%A7as+Cr%C3%B4nicas+N%C3%A3o+Transmiss%C3%ADveis.pdf/5f194ee3-e308-e69f-fb51-0bf844bbf239?t=1648441999320>. Acesso em: 22 nov. 2023.

DUARTE, Luciane Simões et al. **Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19**. Saúde em Debate [online]. v. 45, n. spe2 [Acessado 2 Dezembro 2023], pp. 68-81. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042021E205>>. ISSN 2358-2898.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016**. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Diário Oficial do Distrito Federal 2016; 27 jul. 2016

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal 2016; 14 jan. 2016

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 36.918, de 26 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 2016; 26 jan. 2016

DISTRITO FEDERAL. **Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017**. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 2017; 14 fev. 2017

DISTRITO FEDERAL. **Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017**. 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 do Distrito Federal 2017; 14 fev. 2017

DISTRITO FEDERAL. **Portaria nº 131, de 14 de abril de 2023**. Dispõe sobre o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal 2017; 14 abril. 2023.

DUARTE, Elisabeth Carmen. **A informação, a análise e a ação em saúde**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 12, n. 2, p. 61-62, jun. 2003. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000200001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 nov. 2023.

DUARTE, Lindecy Pereira de Araújo et al. **Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária**. 2017.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (Rio de Janeiro). **Estudo da cobertura da APS no Distrito Federal**. 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-aponta-que-df-tem-pior-cobertura-na-atencao-primaria-do-pais/#:~:text=dezembro>. Acesso em: 30 nov. 2023.

FRANÇA, João Gabriel Cunha de. **Informativo Epidemiológico: diabetes e hipertensão**. Brasília: Sala de Situação Leste, 2023.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Universidade de Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do DF. **Caderno Instrumento de Autoavaliação das Equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e Saúde Bucal (eSB), 2021.** volume I. Disponível em: https://qualisaps.unb.br/files/CAD_EQUIPE-INSTRUMENTO-COM-PADROES-FINAIS-NOVO-EXPEDIENTE-08072022.pdf. Acesso em: 12 nov., 2023.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. **Atlas de Diabetes da IDF**, 10^a ed. Bruxelas, Bélgica: 2021. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org> Acesso em: 12 nov., 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hipertensão Arterial Sistêmica: Saúde explica o que é, quais os riscos e como prevenir a doença e os agravos.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/hipertensao-arterial-sistemica-sau-de-explica-o-que-e-quais-os-riscos-e-como-prevenir-a-doenca-e-os-agravos>. Acesso em: 30 nov. 2023.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Universidade de Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do DF. **Caderno QualisAPS Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**, 2022. volume I. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/files/CadernosQualisAPS-MetodologiaadaavaliacaodaAPSdoDistritoFederal2022.pdf>. Acesso em: 12 nov., 2023.

GARCIA ALVES, M. T. **Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2496, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2496. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2496>. Acesso em: 22 nov. 2023.

MORAES, Anna Maris Pereira. **Iniciação ao estudo da Administração.** 2^o ed. São Paulo: Makron Books, 2001.

NOGUEIRA, Alyne Leite Gomes et al. **Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, p. 964-971, 2016.

OMS. **Las 10 principales causas de defunción.** 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 25 nov. 2023.

OMS. **Hypertension.** 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. Acesso em: 25 nov. 2023.

OMS. **Diabetes.** 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Acesso em: 25 nov. 2023.

OPAS. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória.** Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2016/PAHO-Regula-brochure-port-FINAL-WEB.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Monitoramento das metas dos planos de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Carga das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Países de Língua Portuguesa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1549-1562, 2023.

SOUZA, Emanoella Carneiro; et al. **Papel Dos Agentes Comunitários De Saúde Em Relação À Pessoa Idosa Na Prática Do Controle De Doenças Crônicas Não Transmissíveis.** Disponível em:

https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2017/TRABALHO_EV075_MD4_SA15_ID340_23092017181129.pdf. Acesso: 30 nov. 2023.