



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PEDRO HENRIQUE BANDEIRA DE OLIVEIRA MARQUES

ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
(ESTRATÉGIA PAS):
ANÁLISE DE INDICADORES DE INTERNAMENTO E MORTALIDADE POR
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS EM DUAS
REGIÕES DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (2010-2021)

Recife
2023

PEDRO HENRIQUE BANDEIRA DE OLIVEIRA MARQUES

**ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
(ESTRATÉGIA PAS):
ANÁLISE DE INDICADORES DE INTERNAMENTO E MORTALIDADE POR
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS EM DUAS
REGIÕES DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (2010-2021)**

Dissertação do Programa de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, tendo a Saúde Coletiva como área de concentração.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli.

Co-Orientadora: Gabriella de Almeida Raschke Medeiros.

Recife

2023

PEDRO HENRIQUE BANDEIRA DE OLIVEIRA MARQUES

ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (ESTRATÉGIA PAS): ANÁLISE DE INDICADORES DE INTERNAMENTO E MORTALIDADE POR HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS EM DUAS REGIÕES DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (2010-2021)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, tendo como área de concentração Saúde Coletiva e como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 27/02/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. **Luciana Santos Dubeux** (Examinadora Externa)
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Profa. Dra. **Albanita Gomes da Costa de Ceballos** (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. **Petrônio José de Lima Martelli**
(Orientador) Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A minha leal companheira, Sofia, pela paciência, parceria e aconselhamento. Por estar comigo todos os momentos, sendo mais do que a ela caberia ser.

A todos que compõem o Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS), Luciana Dubeux, Ana Albuquerque, Suely Arruda, Camila Vasconcelos, Marina Mendes e Ana Telma Araripe, pela constante orientação e amizade, por fazer meus dias mais leves e contribuírem tanto com meu amadurecimento.

A Isabella Samico e Eronildo Felisberto, pela liderança que extrapola as paredes do GEAS, pela amizade, aprendizado e confiança.

A meus orientadores Gabriella Medeiros e Petrônio Martelli, por minimizarem as dificuldades desse processo. Pela paciência, respeito e disponibilidade, muitas vezes em momentos de descanso.

A meus colegas de turma do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE. Pela confiança e resistência. Por encararem esse incitamento em um período tão conturbado.

Todos, de alguma forma, contribuíram não apenas para a construção deste trabalho, mas também para a formação de quem eu sou hoje, e por isso eu sou muito grato. Espero ter todos sempre por perto.

RESUMO

A planificação da atenção em saúde no Distrito Federal é uma estratégia que busca a mudança de postura dos profissionais de saúde através da organização dos processos de trabalho por meio de ações educativas voltadas para a linha de cuidado de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de um estudo ecológico, que objetiva analisar os indicadores de morbimortalidade por hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em duas regiões de saúde do Distrito Federal no período de 2010 a 2015 e 2016 a 2021. A região Leste, que implementou a planificação, apresentou melhoras nos indicadores de mortalidade por diabetes e menores taxas de internamento quando comparada a região não planificada, além de apresentar redução nas taxas de mortalidade por indicadores ligados a agravos do sistema circulatório em todas as faixas etárias. A Planificação da Atenção à Saúde configura-se como uma intervenção com potencial para impactar positivamente nos indicadores analisados, os resultados sugerem que a Planificação da Atenção à Saúde, através da implementação e operacionalização da rede de atenção ao usuário com hipertensão e diabetes pode ter surtido impacto positivo sobre a condição de saúde dos usuários na região Leste.

Palavras chave: atenção à saúde; indicadores básicos de saúde; diabetes mellitus; hipertensão.

ABSTACT

The planning of health actions in the Federal District is a strategy that seeks to change the attitude of health professionals through the organization of work processes through educational actions aimed at the line of care of diabetes mellitus and systemic arterial hypertension. This is an ecological, that aims to analyze the indicators of morbidity and mortality due to systemic arterial hypertension and diabetes mellitus in two health regions of the Federal District from 2010 to 2015 and 2016 to 2021. The East region, which implemented the planning, showed improvements in diabetes mortality indicators and lower hospitalization rates when compared to the unplanned region, in addition to presenting a reduction in mortality rates due to indicators related to circulatory system problems in all age groups. The Health Care Planning is configured as an intervention with potential to positively impact the indicators analyzed, the results suggest that the Planning of Health Care, through the implementation and operationalization of the network of care to users with hypertension and diabetes may have had a positive impact on the health condition of users in the East region.

Keywords: delivery of health care; health status indicators; diabetes mellitus; hypertension.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Linha do tempo da Planificação da Atenção à Saúde	19
Quadro 1 –	Temas abordados nas oficinas da Planificação da Atenção à Saúde	20
Quadro 2 –	Temas abordados nas tutorias da Atenção Primária à Saúde, no âmbito da estratégia PAS	20
Quadro 3 –	Temas abordados nas tutorias da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito da estratégia PAS.	20
Figura 2 –	A metáfora da casa na construção social da APS	25
Figura 3 –	Limites geográficos do Distrito Federal	36
Quadro 4 –	Comparativo entre regionalização da saúde no DF, 2015/2019	37
Quadro 5 –	Distribuição das Regiões Administrativas nas sete Regiões de Saúde do DF	37
Figura 4 –	Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal (2019)	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Principais causas de internação no DF, 2014 - 2018

39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CODEPLAN	Companhia de Desenvolvimento do Distrito Federal
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COVID - 19	Doença Corona vírus 2019
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes Mellitus
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
LIACC	Laboratório de Inovações na Atenção as Condições Crônicas
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAPS	Planificação da Atenção Primária à Saúde
PAS	Planificação da Atenção à Saúde
PDPAS	Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RA	Regiões Administrativas
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	<i>Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS)</i>	18
2.2	<i>Integração entre APS E AAE</i>	22
2.3	<i>Implicação da PAS no território</i>	26
3	JUSTIFICATIVA	33
4	OBJETIVO	34
4.1	<i>Objetivo Geral</i>	34
4.2	<i>Objetivos Específicos</i>	34
5	METODOLOGIA	35
5.1	<i>Desenho da pesquisa</i>	35
5.2	<i>Local da Pesquisa</i>	35
5.3	<i>Critérios de Inclusão</i>	39
5.4	<i>Procedimento para coleta de dados</i>	40
5.5	<i>Análise e interpretação dos dados</i>	40
5.6	<i>Aspectos éticos</i>	41
6	PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: INDICADORES DE HAS E DM NO DF (2010-2021)	42
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

A regionalização dos serviços de saúde é um princípio organizativo inerente ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua implementação. Já no início dos anos 1990 discussões e legislações davam arcabouço para que os serviços fossem planejados a partir de critérios epidemiológicos e organizados com território e população definidos, bem como por níveis de complexidade crescentes. Com o passar dos anos foram instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que assumiram grande importância e relevância para a organização dos serviços de forma regionalizada e hierarquizada, no intuito de proporcionar uma rede de apoio de serviços funcional e integrada. Tendo em vista que nem todos os municípios do país têm condições de ser autossuficiente em garantir cuidado integral, a conformação das redes é uma estratégia essencial para atingir este princípio basilar do SUS (VIANA et al, 2017).

Nesse sentido, inúmeros são os desafios encontrados pelo SUS para prestar cuidados em saúde de forma organizada e integral à população brasileira. A mudança do perfil demográfico e a transição epidemiológica intensificaram as casuísticas ligadas às condições crônicas, uma vez que exigem cuidado integral, contínuo e longitudinal ao usuário. Qualquer falha organizacional que, por ventura o sistema venha apresentar, pode configurar um fator determinante para o processo de descompensação ou até mesmo agravamento da condição de saúde. A ordenação dos serviços em rede é crucial para a redução da fragmentação do SUS, preponderante aos cuidados voltados para condições crônicas, em especial aqueles usuários que possuem mais de uma dessas condições (MENDES, 2010).

A atenção à saúde no SUS se estrutura em Atenção Primária à Saúde (APS), onde se encontram os serviços de menor densidade, prestados em unidades de saúde o mais próximo possível do usuário e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), onde são prestados cuidados mais específicos, com uma densidade tecnológica maior e em geral em unidades de saúde especializadas. O funcionamento ideal do sistema implica em um cenário onde a APS consegue atender a maioria das demandas em saúde da população, de forma organizada e respeitando a individualidade e complexidade de cada usuário, mas que, quando necessite, conte com uma AAE organizada e pronta para receber os casos que precisem de cuidados mais específicos. A AAE, por sua vez, tem o compromisso de encaminhar o usuário de volta para a APS, já estabilizado, para que seu acompanhamento e monitoramento sejam realizados por este nível de complexidade. Esta prática é conhecida como referência e contrarreferência e é considerada uma grande deficiência do SUS. (PAIM, 2012).

Entende-se que é necessária uma APS robusta e resolutiva, com capacidade organizativa para guiar o usuário durante sua passagem pelo sistema, dando fluidez e facilitando a coordenação do cuidado. A combinação de um sistema desorganizado, onde os fluxos de referência e contrarreferência não são respeitados, com a baixa resolubilidade da APS, somadas ao desfinanciamento crônico têm consequências catastróficas no processo saúde doença da população. Essas foram as principais demandas identificadas pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) para a criação da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) (PAIM, 2012; CONASS, 2018).

A PAS é uma intervenção criada e executada pelo CONASS com intuito de auxiliar estados e municípios na reorganização de seus sistemas de saúde por meio da reorganização dos processos de trabalho e integração entre os níveis de atenção (CONASS, 2018). A intervenção parte da lógica de funcionamento da regionalização, onde a unidade de trabalho é a região em saúde. Dessa forma, jamais haverá planificação de um bairro ou de um município, tendo em vista que essas localidades não possuem todos os níveis de complexidade para que a PAS desenvolva suas atividades a partir da seleção de uma linha de cuidado (materno-infantil ou hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus). A reorganização dos processos de trabalho no âmbito da PAS se dá por meio de Ações Educacionais voltadas às equipes de saúde, visando proporcionar mudanças estruturais e organizacionais, bem como a aquisição de habilidades e atitudes por parte dos profissionais de saúde, transformando suas práticas para a reorientação do sistema (CONASS, 2018).

Espera-se que um sistema organizado implique na melhoria da qualidade do cuidado ofertado, que por sua vez, deve impactar positivamente os indicadores de saúde da população, que é o objeto deste estudo. Através da seleção de indicadores de saúde ligados à linha de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), procurou-se observar diferenças entre indicadores selecionados em uma região que passou pelo processo de planificação e outra que não aderiu a intervenção em duas regiões de saúde do Distrito Federal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O processo de regionalização foi inserido no Brasil em um contexto de mudanças na organização e funcionamento dos serviços de saúde. Com a redemocratização, ampliou-se a discussão sobre a responsabilidade da esfera pública como condutora das ações de saúde, considerando o perfil epidemiológico da população, a transversalidade do serviço, a valorização da Atenção Primária como porta de entrada e orientadora para os demais níveis de atenção, a institucionalização da referência e contrarreferência e a descentralização do planejamento (ESCOREL, 2008).

Tendo em vista que até aquele momento o modelo de saúde adotado no Brasil era voltado para a assistência médica hospitalar, de forma individual e fragmentada – a descentralização do SUS ocasionaria uma reformulação do modelo assistencial, propondo ações e serviços voltados para a assistência equânime, integral, universalizada, regionalizada e hierarquizada. Nessa direção, o Ministério da Saúde publicou a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 93) com o objetivo de conduzir à descentralização da gestão e dos serviços de saúde. Por meio da NOB 93 definiu-se que este processo deveria ocorrer com a redistribuição de poder e de responsabilidade entre as esferas do governo – união, estados e municípios – no que diz respeito à gestão e execução das ações em saúde. Também discorre sobre reorganização institucional, reformulação de práticas, controle social e financiamento, sendo este último de responsabilidade compartilhada pelas três esferas do governo, garantindo o repasse de recursos ao fundo de saúde (BRASIL, 1993).

Posteriormente, em 1996, foi instituída a NOB 96 avançando no processo de descentralização, tendo como principal objetivo fortalecer o papel do município como gestor do sistema de saúde. Para isso, criou instrumentos para permitir que os municípios desempenhassem esse papel de protagonismo, fortaleceu a transferência de recursos fundo a fundo; instituiu práticas de acompanhamento, controle e avaliação do sistema de saúde e fortaleceu o vínculo com os usuários a partir do controle social (BRASIL, 1996).

A discussão e aprimoramento do processo de regionalização estavam longe de ter um fim. No ano de 2002 foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002) que estabeleceu que as ações e serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. A NOAS/SUS 2002 ressaltava a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS e, em seu artigo primeiro, já ampliava as responsabilidades dos municípios para a Atenção Primária, estabelecendo a

regionalização como forma de organizar os serviços de saúde para alcançar a equidade da assistência. Nesse sentido, a instituição de Região de Saúde passa a ser entendida como:

“Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais” (Brasil, 2002, Cap. I, tópico 5, alínea a.)

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi instituído como instrumento desse processo, organizando o território estadual em regiões/microrregiões e módulos assistenciais para melhor estruturar a hierarquização das redes de atenção e definir fluxos de referência e contrarreferência. O PDR deve ser elaborado por todos estados da união e garante aos cidadãos o acesso à assistência pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento de saúde da criança assim como tratamento das doenças mais comuns na infância, cobertura vacinal preconizada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) para todas as faixas etárias, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, atendimento a afecções agudas de maior incidência, acompanhamento de agravos crônicos de maior prevalência, tratamento clínico e cirúrgico para pequenas urgências ambulatoriais, tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais comuns, controle das doenças bucais mais comuns e suprimento de medicamentos da Farmácia Básica. Todos esses serviços devem ser realizados o mais próximo possível da residência do usuário (BRASIL, 2002).

A discussão legal a respeito da regionalização segue acompanhada da necessidade de regulamentação da Lei nº8080/1990, fato que ocorre com a publicação do Decreto nº7508/2011 que dispõe sobre a organização do SUS, planejamento e assistência à saúde. A respeito das regiões de saúde, o decreto considera:

“Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011, Cap. 1, Artigo 2º, inciso I).

Este documento instituiu critérios básicos para a instauração de uma Região de Saúde e das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Assim, a região de saúde deve conter básica e obrigatoriamente ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção

psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, vigilância em saúde. Já as RAS estariam compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em que os entes federativos definiriam os limites geográficos, a população usuária, o rol de ações e serviços ofertados e as respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços de cada região em saúde (BRASIL, 2011).

Para que isso pudesse ser concretizado, foram definidos e regulamentados instrumentos para auxiliar no fortalecimento desse processo, como o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), o Mapa da Saúde e as RAS. O COAP é um acordo firmado entre os entes federativos para a organização e integração das ações e serviços de saúde na rede, define responsabilidades, indicadores e metas de saúde, estabelece critérios de avaliação de desempenho e recursos financeiros que serão alocados por cada ente. O Mapa da Saúde traz um desenho geográfico da distribuição dos recursos humanos e de serviços ofertados, tanto pelo SUS quanto pela iniciativa privada, sendo uma ferramenta primordial para a elaboração do PDR. As RAS são definidas como conjuntos de ações e serviços articulados com a finalidade de garantir a integralidade da assistência, podendo servir de ligação entre diferentes regiões para garantir o acesso ao usuário (BRASIL, 2011).

Conforme preconizado pelo Decreto nº7508, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a base e ordenar todo o serviço de saúde, definindo assim as portas de entrada para as ações e serviços de saúde nas RAS. Dessa forma, é preferível que o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde seja por intermédio da APS, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial ou Atenção Especial de acesso aberto (BRASIL, 2011).

Os processos de regionalização e descentralização sofreram diversos obstáculos para sua concretização, especialmente relacionados às iniquidades existentes nos diversos municípios e regiões do Brasil. De certa forma, são enormes as desigualdades de condições políticas, técnicas, financeiras e administrativas entre as diferentes instâncias do serviço de saúde. Além disso, a autonomia dos municípios é ameaçada pelos entes federados no que diz respeito à gestão de recursos financeiros e equipamentos. A ausência de cultura participativa por parte da comunidade muitas vezes impossibilita que os conselhos de saúde atuem realmente como condutores da política de saúde. Atrelado a isso, existe uma forte influência da medicina previdenciária, o que serve de obstáculo para a perpetuação e o funcionamento do sistema em formato regionalizado (ARRETCHE, 2011).

Apesar de todas estas barreiras, os impactos da regionalização no SUS são positivos no que diz respeito à ampliação do acesso, fortalecimento da Atenção Primária e consideráveis melhorias nos indicadores de saúde da população. A sistematização da saúde

em redes de atenção regionalizadas tem contribuído para a distribuição em escala de bens e serviços, atendendo aos princípios basilares do SUS referentes à integralidade e equidade (KUSCHNIR e CHRONY, 2010).

De acordo com Guimarães (2005), o processo de regionalização divide-se em dois momentos: a regionalização dos serviços e a instituição de Regiões em Saúde. O primeiro consiste em uma iniciativa para organizar os serviços para otimizar sua eficiência/efetividade, de forma a garantir a universalidade, integralidade e equidade tão buscadas pelo SUS. O segundo, como já mencionado em legislação, separa o território em arranjos guiados por perfil epidemiológico, social e cultural, nas regiões de saúde.

Neste ponto surge o real desafio da regionalização dos serviços de saúde que é a otimização dos recursos, tendo em vista que os procedimentos de maior complexidade são onerosos ao sistema, e não seria razoável a prestação de tais serviços em todos os municípios. Dessa forma, a disponibilização do serviço ou equipamento é organizada de maneira regionalizada para que todos os municípios daquela região possam ser referenciados de forma regulada e guiados por sua demanda para a unidade que preste o serviço desejado. Esta lógica não serve apenas para prestação de serviços médicos, também direciona ações de vigilância e promoção à saúde (CORRÊA, 2001).

Mendes (2015) constata que a regionalização é mais que uma medida organizativa de ações do serviço de saúde. Trata-se de uma construção política que facilita a comunicação entre as instâncias de gestão do serviço de saúde de forma a clarear a situação do território e auxiliar na definição de prioridades e atendimento de necessidades de saúde de cada território/região. Por outro lado, a delimitação geográfica de ações e serviços de saúde pode mascarar o reconhecimento de que os meios sociopolíticos e institucionais têm grande importância para a superação dos desafios impostos pelo território. Sendo assim, para que seja realizado um planejamento regional, devem ser levados em conta os contextos adversos de cada localidade e suas particularidades, com intuito de fazer da regionalização um processo bem-sucedido e que traga impactos positivos em relação ao acesso aos serviços e qualidade de vida às pessoas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Visando contribuir para a resolução da problemática de fragmentação das RAS, bem como o excesso de demanda desnecessária para níveis de maior complexidade e baixa resolutividade do sistema, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) fomentou a estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS). O sistema de saúde de algumas regiões do Brasil passou por intervenções voltadas para a APS e AAE por meio de ações

educacionais oferecidas aos profissionais da rede com o objetivo de capacitar as equipes para uma melhor integração entre os diferentes níveis de atenção (CONASS, 2018).

2.1 Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS)

A consolidação da APS como coordenadora e eixo estruturante do sistema são considerados estratégias primordiais para o enfrentamento às mudanças nas demandas de saúde proporcionadas pela transição epidemiológica (MENDES, 2011). Nesse sentido se insere a PAS, prestando apoio às equipes técnicas e gerenciais das secretarias estaduais e municipais no sentido de organizar as atividades e processos de trabalho por elas desempenhados no escopo da APS e AAE, de forma a propor a essas equipes uma visão voltada para o planejamento e organização da atenção e guiando-se pelas demandas dos usuários (CONASS, 2018). Toda a PAS é fundamentada em preceitos propostos por Mendes (2011, 2012, 2019).

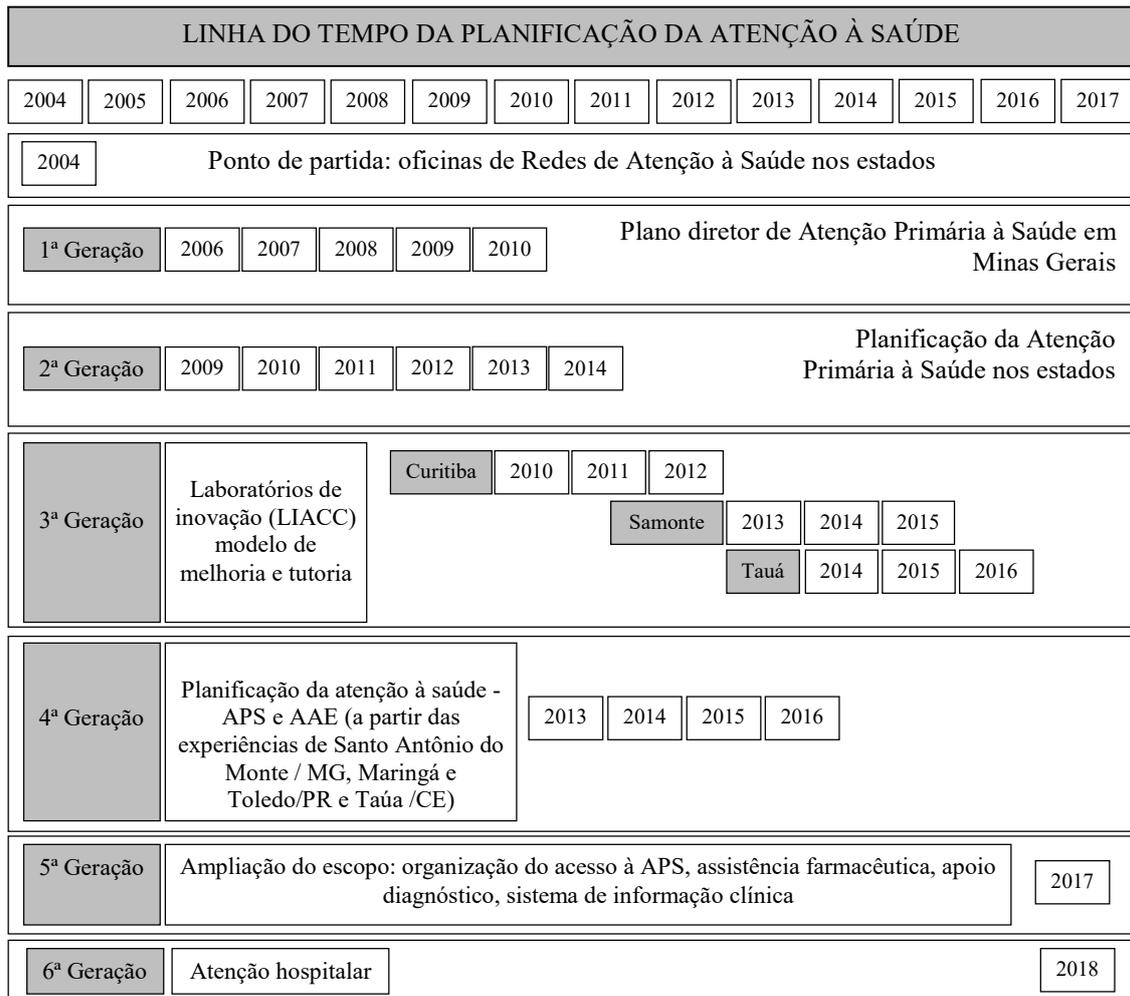
A Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), precursora da PAS, iniciou-se pela mandatária do SUS, a Atenção Básica (AB), no ano de 2004. O ponto de partida foi a reformulação dos processos de trabalho e aprimoramento do planejamento das ações que facilitassem a organização do trabalho e a implantação das redes de atenção à saúde. Foram realizadas oficinas de trabalho abordando temas referentes a APS nos estados, abordagem e prontuário familiar, territorialização, vigilância em saúde, organização dos processos de trabalho, organização da atenção à saúde nas unidades básicas, redes de atenção à saúde, sistemas de apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, sistemas de informação em saúde, sistemas logísticos, monitoramento e contratualização de equipes de APS, com intuito de organizar a atenção primária à saúde e conseqüentemente ordenar o acesso a outros níveis de complexidade, a partir da qualificação da APS. (CONASS, 2018).

A PAS é uma intervenção baseada em ações educacionais, que busca atingir seus objetivos através de oficinas, tutorias, treinamentos e capacitações teórico práticas. Essas ações têm como público alvo as equipes de saúde de estados e municípios no intuito de aprimorar seus conhecimentos acerca da prestação do serviço e desenvolvimento de habilidades e atitudes inerentes à organização e qualificação do cuidado, sendo primordial a participação de toda a equipe. Após alguns anos de intervenção foi identificada a necessidade de trabalhar conjuntamente os diferentes níveis de complexidade, tendo em vista que para o sistema apresentar resolubilidade e atingir a integralidade, APS e AAE devem trabalhar em conjunto, de forma ordenada e organizada, é essencial que ambas passem pelo processo de intervenção também de forma conjunta. Esse processo auxilia no fortalecimento do vínculo

entre os dois níveis de complexidade, melhoria da resolubilidade por parte da APS, garantia de acesso a AAE de forma organizada, melhor integração entre APS e AAE e conseqüentemente fortalecimento das redes (CONASS, 2018).

A linha do tempo referente às atividades realizadas pela estratégia de planificação da atenção à saúde está retratada na figura 1.

Figura 1 - Linha do tempo da Planificação da Atenção à Saúde (PAS)



Fonte: Adaptado CONASS, 2018.

Para interesse da PAS, as ações educacionais foram organizadas em Ciclos de Oficinas e Supervisões aos Municípios, utilizando-se de práticas problematizadoras com a intenção de organizar os processos inerentes aos diferentes níveis de complexidade de forma síncrona e integrada. Os Ciclos de Oficinas eram direcionados para a organização dos macroprocessos, ocorriam mensalmente e eram divididos em atividades presenciais e de dispersão, servindo como um momento de integração entre as equipes de APS e AAE. A partir dessas oficinas, era possível a realização das tutorias, que consistiam em momentos de ações focalizadas,

conduzidos dentro das unidades de saúde, tanto na atenção primária quanto na especializada onde haveria a reorganização dos macro e microprocessos de trabalho *in loco*, e a multiplicação dos conhecimentos adquiridos nas oficinas para toda a equipe. Já a supervisão dos municípios tinha foco em aperfeiçoar os processos de trabalho de forma mais direcionada às demandas locais, de forma que essas necessidades eram identificadas e atendidas. Os quadros 1, 2 e 3 apresentam os temas abordados nas oficinas da PAS, e das tutorias no âmbito da APS e da AAE.

Quadro 1 - Temas abordados nas oficinas da Planificação da Atenção à Saúde (PAS)

	Temas
Oficina 1	Redes de Atenção à Saúde.
Oficina 2	Atenção Primária à Saúde.
Oficina 3	Territorialização e Vigilância em Saúde.
Oficina 4	Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na APS.
Oficina 5	A Assistência Farmacêutica na APS.
Oficina 6	Monitoramento e Avaliação na APS.

Fonte: CONASS, 2018.

Quadro 2 - Temas abordados nas tutorias da Atenção Primária à Saúde, no âmbito da estratégia PAS.

	Temas
Tutoria 1	Pactuação com as equipes e organização geral para realização de tutorias.
Tutoria 2	Organização do acesso com os microprocessos básicos: recepção, fluxos internos de atendimento e prontuário da família.
Tutoria 3	Macroprocessos básicos: territorialização; cadastro familiar; classificação de risco familiar; subpopulação-alvo. Microprocessos básicos: sala de vacina.
Tutoria 4	Atenção às condições crônicas na APS: estratificação por risco; programação da agenda. Microprocessos básicos: agendamento por blocos de hora.
Tutoria 5	Gestão da condição de saúde para as condições prioritárias (linhas de cuidados). Microprocesso básico: curativo; processos terapêuticos.
Tutoria 6	Sistema de gerenciamento: painel de bordo.

Fonte: CONASS, 2018.

Quadro 3 - Temas abordados nas tutorias da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito da estratégia PAS.

	Temas
Tutoria 1	Alinhamento sobre a AAE; Conhecimento do território de abrangência e equipes da APS; A estratificação de risco das condições crônicas e o conhecimento da população-alvo; Programação da Atenção.
Tutoria 2	Fluxos internos: Agendamento pela APS, recepção e acolhimento; Atenção contínua e plano de cuidado.
Tutoria 3	A função da interconsulta; Gestão da condição de saúde: manejo do alto e muito alto risco na fase de estabilização.

Tutoria 4	As funções de supervisão e educação permanente.
Tutoria 5	Gestão interna do ponto de atenção.
Tutoria 6	O sistema de gerenciamento.

Fonte: CONASS, 2018.

É importante frisar que as oficinas contemplavam todos os profissionais envolvidos com a APS, incluindo profissionais de nível médio e terceirizados. Dessa forma, as atividades eram divididas em dois momentos. Nos momentos de concentração, eram feitos diálogos expositivos, atividades em grupo, exercícios dirigidos, dramatizações e avaliações. Nos momentos de dispersão, as equipes ficavam mais livres para aplicar aquilo que foi aprendido em sua rotina de trabalho, apesar de serem direcionadas atividades específicas que deveriam ser apresentadas ao grande grupo nas oficinas seguintes (CONASS, 2018).

Com o êxito das intervenções nas primeiras regiões em saúde selecionadas, outros estados começaram manifestar interesse pela PAS. Em 2008 a proposta, que já estava sendo aplicada no estado de Pernambuco e Minas Gerais, passou a realizar suas oficinas de rede em Goiás, Espírito Santo, Santa Catarina, Mato Grosso, Piauí, Ceará, Tocantins e com a equipe da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS). Em 2009, a PAS foi estendida para Espírito Santo, Piauí, Acre, Mato Grosso do Sul, Paraná e Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal, oferecendo indagações referentes aos principais problemas de saúde a ser enfrentados pelo SUS, a situação de saúde da população brasileira e como o modelo de atenção vigente poderia se adaptar às necessidades atuais para atender a população coberta de forma mais equânime e eficaz além de propor um novo formato para as redes de atenção à saúde estaduais (CONASS, 2011; 2018).

Com o passar do tempo a estratégia PAS foi ganhando ainda mais força e vários outros estados começaram a aderir. Alguns conseguiram aplicar as mudanças com facilidade, outros tiveram obstáculos. Ainda assim, entre os anos de 2008 e 2013, a maioria dos estados brasileiros estavam envolvidos na estratégia (Acre, Pará, Amazonas, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Tocantins). Todos decidiram por iniciar a planificação pela rede de atenção materno infantil (CONASS, 2018).

É praticamente impossível que um projeto dessa magnitude e com a proposta de reformular um sistema de saúde não passe por dificuldades ou possua fragilidades. A descontinuidade das gestões estaduais, insuficiência de recursos financeiros, falhas de

planejamento e de comunicação entre os membros dos grupos condutores, integração ineficaz entre os departamentos das secretarias estaduais de saúde, desrespeito a programação das oficinas, baixa adesão de gestores, dificuldades na fixação de profissionais e vazios assistenciais foram obstáculos importantes observados na trajetória da PAS. O grupo condutor da estratégia identificou que para que fosse atingido êxito era necessário que os gestores locais tivessem mais compromisso e protagonismo nos processos de intervenção, oferecendo aos profissionais da ponta condições para aplicarem em seu cotidiano os conhecimentos adquiridos nos momentos de concentração. Para que a PAS seja implementada e atinja seus objetivos, é necessário um ambiente onde sejam tomadas decisões políticas favoráveis, como definição de uma política estadual de Atenção Primária, planejamento em saúde em que sejam alocados de forma satisfatória recursos para sua implementação, além da dedicação massiva de todos os profissionais envolvidos, bem como dos poderes locais e sociedade civil (CONASS, 2018).

2.2 Integração entre APS e AAE

A forma como os diferentes níveis da atenção à saúde (APS e AAE) se articulam, comunicam e trabalham em conjunto é o que define se sua integração atingiu níveis satisfatórios ou configura-se como uma barreira para o usuário. Todo sistema de saúde é articulado para trabalhar em formato de rede integrada, partindo de uma APS resolutiva, mas que quando necessário, tenha à disposição uma AAE que atenda às demandas solicitadas e encaminhe novamente o usuário para a mandatária e ordenadora dos serviços – prática conhecida como contrarreferência – que garante a continuidade do cuidado e acompanhamento do usuário pela APS (BOERMA, 2007). Sendo assim, a coordenação assistencial é uma atribuição do SUS que parte do princípio de integralidade, mas com uma abordagem voltada para a continuidade do cuidado. Inúmeros são os instrumentos utilizados para que um bom nível de integração seja atingido. A informatização das unidades de saúde com a implantação do prontuário eletrônico, instituição dos fluxos de atendimento e aprimoramento da regulação são estratégias que auxiliam a melhora da integração entre os níveis de atenção, porém, por si só não trazem resultados animadores, uma vez que a contrarreferência é um fator determinante que não é garantida por essas estratégias (ALMEIDA, 2010).

Com o avançar da estratégia PAS, foi constatado que não se havia um bom nível de integração entre os diferentes níveis de cuidado. A APS e a AAE não trabalhavam em unidade na maioria das regiões que foram alvo das intervenções. Era comum encontrar usuários na

fila de espera por especialista que não tinham indicação para tal. A APS não tinha um bom nível de resolubilidade, o que congestionava as filas de espera para especialidades e a contrarreferência era praticamente inexistente (CONASS, 2018).

Esse problema além de onerar o sistema de saúde, desgasta o usuário e o profissional. A organização da APS passou então a considerar usuários com baixo e médio risco/complexidade, de forma que apenas os casos mais complexos fossem encaminhados a AAE, criando assim um fluxo de atendimento predefinido e ancorado na qualificação dos profissionais e organização dos macro e microprocessos. A integração entre a APS e a AAE dá início à quarta geração da PAS (CONASS, 2018).

Tendo em vista as grandes limitações de atendimento da AAE na maioria das regiões do país, é necessário estabelecer um equilíbrio entre a oferta de serviço e a demanda por atendimento expressa pela APS. Esse equilíbrio inicia-se a partir da estratificação de risco, de forma que as condições de baixo e médio risco fiquem aos cuidados da APS. Deve-se também romper a relação criada entre o usuário e a atenção especializada, o conhecido “efeito velcro”, que fixa o usuário a determinada ao nível de atenção ao qual ele está passando no momento, de forma que ele apenas se dirigirá a este nível quando tiver alguma demanda em saúde, desrespeitando o fluxo e gerando sobrecarga no sistema. Por fim, a PAS promove um atendimento multiprofissional aos pacientes, combatendo a lógica voltada unicamente ao profissional médico e avaliando o usuário em toda sua integralidade e complexidade (CONASS, 2018).

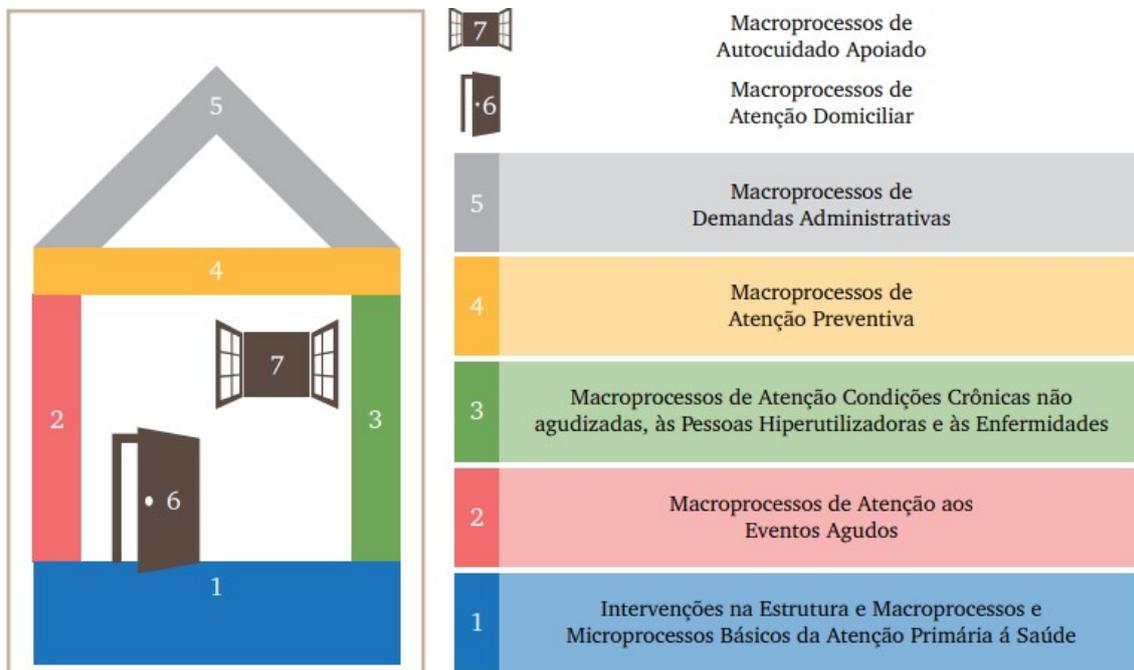
Como as ações educacionais estão voltadas para os macro e microprocessos de trabalho ligados a APS e AAE, é importante abordar o que e quais são as atividades realizadas pelos diferentes níveis de atenção. No âmbito da APS, os macroprocessos estão relacionados a ações que darão apoio aos atendimentos realizados pelas equipes. Integram os macroprocessos atividades de regionalização, cadastramento e classificação e estratificação risco familiar, diagnóstico situacional, identificação de subpopulações, contratualizações, programação e monitoramento das ações, agenda de atendimentos e organização da carteira de serviços. Os microprocessos ligados a APS são os fundamentos básicos para o bom funcionamento de uma unidade básica de saúde (UBS), garantindo a prestação de um serviço de qualidade e resolutividade. Sendo eles a recepção e acolhimento dos usuários bem como seu preparo para o atendimento, procedimentos de vacinação, realização de curativos, dispensação de medicamentos por intermédio da farmácia, coleta de material biológico para realização de exames laboratoriais, procedimentos terapêuticos, higienização das mãos,

esterilização de equipamentos, desinfecção de ambientes e gerenciamento de resíduos das unidades de saúde (MENDES, 2019).

No que diz respeito à AAE, entende-se como macroprocessos as atividades de maior abrangência realizadas pelo serviço de saúde. Foram considerados como macroprocessos da assistência à saúde o conhecimento da população, a organização dos pontos de atenção da APS e AAE, a atenção às condições crônicas e a integração entre a APS e AAE. Os microprocessos são as ações que dão arcabouço para que os macroprocessos sejam executados e relacionados com a rotina operacional das unidades de saúde, sendo divididos em microprocessos assistenciais, de segurança e administrativos. Os microprocessos assistenciais são a realização de curativos, procedimentos terapêuticos e aferição de sinais vitais (pressão arterial, glicemia etc.). Os microprocessos de segurança são iniciativas voltadas para a segurança do paciente no que diz respeito à prevenção de infecções, prescrições, transcrição, dispensação e administração de fármacos, identificação do paciente, comunicação da equipe no ambiente de trabalho, prevenção de quedas e úlceras por pressão, uso de equipamentos de proteção individual (EPI), gestão de risco e implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente. Por fim, os microprocessos administrativos estão relacionados com marcação de consultas e exames bem como a administração de insumos das unidades de saúde.

Para a organização dos macroprocessos foi utilizado um modelo metafórico proposto por Mendes (2019), onde a APS é comparada a uma casa e cada componente dessa casa é representada por um processo, que mantém a casa de pé e protegendo as pessoas que dela se utilizam. Dessa forma, o piso dessa casa é representado pelas intervenções na estrutura, macro e microprocessos básicos da APS. As duas paredes são representadas pelos macroprocessos da atenção aos eventos agudos e macroprocessos de atenção a condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades e sustam uma laje que é representada pelos macroprocessos de ação preventiva e por sua vez ampara um teto representado pelos macroprocessos de demandas administrativas. Para a casa ficar completa faltaram apenas a porta e a janela, que são representadas por macroprocessos de atenção domiciliar e macroprocessos de autocuidado apoiado, respectivamente.

Figura 2 - A metáfora da casa na construção social da APS.



Fonte: Mendes, 2019.

Para uso da PAS, essa reorganização dos macroprocessos ligados a APS foi realizada em sete momentos, que passaram por intervenções nas estruturas físicas das unidades; macroprocessos básicos de cuidado (territorialização, cadastramento familiar, classificação e estratificação de risco, diagnóstico local, programação local agenda de atendimentos e contratualizações); microprocessos básicos assistenciais (recepção, acolhimento, vacinação, curativos, farmácia, coleta de material para exames, procedimentos terapêuticos, higienização e esterilização e gerenciamento de resíduos); macroprocessos ligados a eventos agudos; macroprocessos para pessoas com condições crônicas não agudizadas, hiperutilizadoras e com enfermidades; macroprocessos relacionados a tecnologias de suporte; macroprocessos de atenção preventiva; ações ligadas a programas de atividade física e reeducação alimentar; macroprocessos de demanda administrativa; macroprocessos de atenção domiciliar e macroprocessos de cuidado apoiado. Então, praticamente todos os processos realizados pelas equipes das unidades básicas de saúde foi revisto, reformulado e redesenhado para atender às necessidades da população de forma mais abrangente e eficaz (CONASS, 2018).

Todos esses temas foram abordados por ações educacionais em três modalidades. As oficinas, que são momentos de concentração onde são realizados alinhamentos conceituais e

passado para as equipes através de aulas expositivas e debates os assuntos de interesse da PAS. Os períodos de dispersão, que se situavam entre as oficinas tutoriais, onde os profissionais aplicavam na prática os conhecimentos obtidos nas oficinas, reorganizando os processos das unidades de saúde, além realizarem atividades passadas nas oficinas e serem acompanhados por tutores. E cursos de curta duração, que complementavam os ciclos de oficinas e tutorias de forma mais objetiva e focados em processos específicos (CONASS, 2018).

A partir das diferentes abordagens realizadas pela estratégia PAS, objetiva-se que o sistema de saúde na figura da APS e AAE apresente satisfatório nível de interação. Por parte da APS, encaminhando apenas usuários com indicação para tratamento com especialista, seja guia das ações em saúde e contrarreferência para acolher mais uma vez o usuário, proporcionando um cuidado contínuo. E por parte da AAE, estabilizando clinicamente o usuário encaminhado pela APS bem como garantir a aplicação do plano de cuidado, supervisionando e orientando também a ação da APS no acompanhamento desse usuário em longo prazo. Para ambos, garantir respeito ao usuário, otimização do tempo de espera e prestação de serviço com qualidade, acompanhamento individual e obediência ao fluxo de referência e contrarreferência tendo sempre a APS como ordenadora do cuidado (CONASS, 2018).

2.3 Implicações da PAS no território

Ao tipificar as regiões de saúde, definindo condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil, Viana e colaboradores (2015), destacaram a grande heterogeneidade do território brasileiro em relação à forma como o sistema de saúde atinge a população. Fator fortemente ligado à variedade socioeconômica e demanda da população nas diferentes regiões do país, destacando o alto nível de complexidade que é organizar o sistema de saúde em nosso território.

A fim de responder a que problemas a regionalização dos serviços de saúde objetiva atender, Ribeiro (2015), defende o argumento de que ela pode contribuir fortemente para um melhor direcionamento político e prático da gestão do SUS. Para tal, deve-se levar em conta o contexto vivenciado, a participação de cada ente federado na gestão do SUS, o território e o processo saúde-doença. Assim sendo, a regionalização dos serviços de saúde pode potencializar a resposta do sistema à problemática da saúde em cada uma das regiões do país desde que respeite e considere as individualidades de cada uma delas.

Com a realização de um estudo de caso, comparando os indicadores de saúde da cidade de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais (MG), nos anos de 2012 (antes da planificação) e 2014 (durante a planificação), Andrade e colaboradores (2019), relataram aumento significativo da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), aumento no número e cobertura de visitas por parte dos agentes comunitários de saúde (ACS), melhoria da assistência a pacientes diabéticos e hipertensos, com a implementação da estratificação de risco individual para esse tipo de usuário e melhoria do acesso ao sistema de saúde por parte da população, chegando a cobertura universal em algumas categorias analisadas. Dados ligados à saúde da mulher, parto e puerpério não apresentaram melhoras significativas. O estudo conclui que a intervenção proposta apresentou bom impacto sobre o sistema de saúde, principalmente no que tange o acesso do usuário. Porém, muitos avanços ainda podem ser feitos, ressaltando-se saúde da mulher, parto e puerpério e acesso à exames laboratoriais.

Ainda no município de Santo Antônio do Monte (MG), foi realizado um estudo de coorte com pacientes ligados a linha de cuidado de hipertensão arterial e diabetes mellitus com dados coletados entre os anos de 2012 e 2017, a fim de avaliar os impactos da implantação do Laboratório de Inovações na Atenção as Condições Crônicas (LIACC). Andrade e colaboradores (2019) relataram que a alta cobertura da APS e o reconhecimento dos usuários pelas Unidades Básicas de Saúde são fatores determinantes para o bom funcionamento da linha de cuidado estudada. De forma a observar um bom controle metabólico por parte da maioria dos indivíduos, concluiu-se que a intervenção realizada surtiu efeitos positivos sobre a situação de saúde da população, promovendo uma melhora no processo e manejo de condições crônicas (ANDRADE *et al.*, 2019).

Fazendo uma análise multidimensional de política, estrutura e organização de cinco regiões de saúde brasileiras, Bousquat e colaboradores (2019), relatam que os profissionais de saúde entrevistados demonstraram insatisfação com a integração dos serviços entre os níveis de atenção. A mesma pesquisa demonstra que de acordo com os profissionais de saúde, a cobertura dos serviços por parte da APS apresenta-se insatisfatória para atendimento das demandas e necessidades da população. A insuficiência no quantitativo de profissionais médicos também foi citada como um desafio estratégico para a consolidação da APS em todo o país, destacando-se a potencialização deste problema para regiões economicamente menos desenvolvidas. Essa problemática dialoga fortemente com os objetivos intrínsecos à Planificação da Atenção à Saúde proposta pelo CONASS, visando a reorganização e fortalecimento da APS, melhoria do acesso, aumento da cobertura e melhor integração da APS com os níveis mais complexos de atenção.

Partindo para uma perspectiva voltada para a vigilância em saúde, Albuquerque e colaboradores (2019), realizaram uma pesquisa com intuito de avaliar o desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis regiões de saúde do país. Observou-se que, de maneira geral, quanto maior for o nível de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços da região, melhor se dá o desempenho da regionalização das ações de saúde no que diz respeito à vigilância em saúde. A pesquisa destaca que atributos ligados a suficiência financeira e recursos humanos apresentaram os piores resultados entre as regiões estudadas, o que expõe uma antiga ferida do sistema de saúde brasileiro, ligado ao sub financiamento que vem se agravando com os anos.

Resultados semelhantes foram encontrados por Uchimura e colaboradores (2017), que criaram um indicador sintético regional baseado em indicadores de condições de saúde da população, cobertura do sistema de saúde, financiamento, recursos humanos e produção do SUS, no intuito de avaliar o desempenho das 438 regiões de saúde brasileiras. A maioria das regiões em saúde (175), foram avaliadas como tendo um baixo desenvolvimento econômico e baixa oferta de serviços de saúde, a pior avaliação possível no estudo. Apenas 60 regiões obtiveram a melhor avaliação possível, consideradas de alto desenvolvimento econômico e alta oferta de serviços de saúde, sendo sua maioria localizada nas regiões Sudeste e Sul. Foi observado também que quanto maior o grau de cobertura da APS, melhor era a avaliação da região de saúde estudada. O estudo reforça a importância de investimentos no âmbito da saúde principalmente no que tange a atenção básica, de forma a combater as desigualdades regionais em saúde, universalização do acesso e integralidade do cuidado.

Chaves e colaboradores (2018) realizaram uma análise sobre a integração entre os níveis do serviço de saúde tomando como base os dados da base nacional do inquérito de avaliação externa do PMAQ-AB 2012. Concluiu-se que a APS já é considerada a principal porta de entrada do sistema, porém, a mesma deve ser organizada de forma a tornar-se ordenadora do serviço, como previsto em legislação. Por apresentar resultados insatisfatórios nos quesitos “frequência contato especialista com atenção básica”, “qual fluxo institucional de comunicação?”, “canal de comunicação na atenção básica” e “existe lista de contato com especialista na atenção básica?” (aproximadamente 50% dos entrevistados relataram que esses quesitos se encontram no pior cenário possível), considerou-se que é necessário o investimento na APS, visando seu fortalecimento, melhor integração com outros níveis de atenção e direcionamento ao ordenamento do cuidado, bem como deve-se trabalhar melhor a qualificação da AAE no sentido de inseri-la ao modelo de regionalização dos serviços. Esses fatores são eixos estruturantes para a Planificação da Atenção à Saúde.

Viana e Iozzi (2019) atribuem como umas das principais barreiras ao processo de regionalização dos serviços o “empresariamento da oferta de serviços de saúde”, que vem ganhando força nos últimos anos, juntamente com políticas neoliberais. De forma que atores privados tomam espaço no que tange a gestão local dos equipamentos e serviços em saúde. As autoras entendem que para a organização do sistema são necessários novos instrumentos, tomando como base uma melhor compreensão da complexidade territorial, levando em conta realidades urbanas e rurais, visão integrada de sistemas de saúde e determinante socioespaciais, definição de novos padrões contratuais entre instâncias públicas e privadas, informatização e avanços no sistema de regulação. Conclui-se que as regiões e as redes não foram fortalecidas, tampouco amadurecidas no processo de regionalização dos serviços, de forma que não se observa de maneira satisfatória a integração entre esses dois essenciais componentes do sistema. O não funcionamento de cada uma delas de acordo com seus objetivos originais ocasiona uma aglutinação, hora por parte dos serviços, hora por parte dos municípios.

Estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2019) para identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre as principais barreiras à regionalização em cinco regiões de saúde do Brasil, destaca que na maioria das regiões estudadas não existe o hábito de marcar as consultas com especialistas, prática essa que juntamente com a predefinição do fluxo e o compartilhamento da responsabilidade sobre o paciente se mostram efetivas na organização do funcionamento das unidades de saúde e redução do tempo de espera por parte do usuário. O mesmo estudo também frisa a importância da otimização do tempo em casos ligados a doenças do sistema cardiovascular, tendo em todas as regiões estudadas, um tempo oportuno para o atendimento ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) como insatisfatório. Em um contexto regional, a falha ou inexistência de interligação entre os níveis de atenção se mostra importante barreira ao bom funcionamento do sistema, tendo a região centro-oeste um resultado insatisfatório nesse quesito.

Ao fazer uma análise da influência e desempenho das regiões de saúde brasileiras no que diz respeito à política, estrutura e organização, Viana e colaboradores (2017), se depararam com resultados que indicam que o sucesso do processo de regionalização é imbricado pela insuficiência de recursos humanos, físicos e financeiros que, em conjunto com a dificuldade em aplicar soluções inovadoras para problemas antigos, compromete a integração dos serviços no sistema de saúde. O estudo, assim como outros já citados chama a atenção para a insuficiência de cobertura da Atenção Básica em grande parte das regiões estudadas, problema que potencializa a ineficiência de todo o serviço de saúde, tendo em vista

que a APS deve ser porta de entrada para o usuário e ordenadora de todo o cuidado. Os vazios assistenciais que se espalham pelo território brasileiro foram destacados como outro desafio a ser vencido, de forma que o sistema não acompanha o crescimento da população e nem suas demandas advindas do envelhecimento. O estudo propõe uma integração entre as redes municipais de forma a otimizar suas ações com a definição de fluxo de pacientes entre municípios para que haja uma melhora no desempenho da atenção juntamente com a redução de custos para o sistema.

Albuquerque e colaboradores (2017) trazem à tona a discussão sobre desigualdade social nas regiões de saúde, fazendo um comparativo entre os períodos de 2000 a 2008 e 2010 a 2015 sobre indicadores socioeconômicos e de oferta de serviços de saúde nas 438 regiões de saúde brasileiras. Os resultados indicam uma expressiva melhora nas duas categorias analisadas, o que sugere que políticas sociais e econômicas, crescimento da renda e escolaridade da população e estratégias regionais de desenvolvimento impulsionaram o serviço de saúde a ampliar sua oferta de serviço. Porém, o crescimento do setor saúde não acompanha proporcionalmente o crescimento econômico no período estudado.

Viana (2018) ressalta a importância da APS na implementação das RAS, bem como ao bom funcionamento de toda a cadeia assistencial. A definição e respeito ao fluxo de atendimento é fator imprescindível para a assistência ao usuário, de forma que ele não vague pelo sistema ou acesse-o de forma a não atender suas demandas originais. A organização das redes vem no sentido de articular o serviço de saúde, conseqüentemente potencializando sua abrangência e impacto sobre a situação de saúde da população, o que é fortemente observado principalmente sobre usuários com uma ou mais condições crônicas. Para tanto, uma forte liderança institucional em conjunto com o comprometimento dos profissionais e envolvimento do usuário são considerados fatores determinantes.

Partindo para uma realidade local, foi realizado por Pires e colaboradores (2010) um estudo com a finalidade de investigar a oferta e demanda de serviços de média complexidade do Distrito Federal. Os resultados indicam que apesar da grande cobertura, a APS do Distrito Federal não consegue ter alta resolubilidade, de forma a sobrecarregar os serviços de média e alta complexidade. A planificação das ações em saúde proposta pelo CONASS tenta combater essa lógica, reorganizando todo o serviço de saúde de forma que sejam referenciados para a média e alta complexidade apenas pacientes que não possam ter suas demandas em saúde atendidas pela APS, que por sua vez deve ser ordenadora do cuidado e acolhedora do usuário (CONASS, 2018).

O processo de planificação estreita e fortifica os laços entre as unidades de saúde.

Através do fortalecimento do sistema de referência e contrarreferência, é inegável que as equipes de saúde adotem uma postura unificada e apropriada de suas atribuições e de atividades realizadas também por outras equipes. A planificação cria uma forte relação entre as equipes, modificando a postura de gestores do serviço, voltando-se para uma abordagem atualizada, eficiente e planejada, tendo como base toda a rede de atenção. Avanços proporcionados pela PAS facilitam e ampliam o acesso por parte do usuário, fortifica sua relação com o sistema e modifica a dinâmica de funcionamento de todo o serviço (CONASS, 2020).

É essencial para o funcionamento das RAS que o modelo implantado seja maciço, tenha apoio de todos os profissionais envolvidos e dedicação para o enfrentamento de problemáticas crônicas intrínsecas ao sistema. Um modelo integrado de atendimento permite que o usuário passe por uma avaliação completa, sofrendo uma intervenção que respeita e abrange-o em sua integralidade, independentemente da queixa, além de permitir que o usuário cruze os diferentes níveis de complexidade do sistema sem que sejam criadas barreiras para seu acesso (MENDES, 2019).

É inevitável não mencionar a COVID-19 como desafio para o sistema de saúde. A PAS também se mostra impactante sobre essa temática. Em Uberlândia (MG), a estratificação de risco implantada pela PAS se mostrou medida eficaz na organização do serviço e na tomada de decisões no enfrentamento da pandemia de COVID-19. É essencial que o sistema apresente um nível de organização mínimo para não entrar em colapso e perder sua função frente uma emergência em saúde de grandes proporções e que escancara fragilidades e deficiências crônicas ao SUS (BARRA, 2020).

Em pesquisa realizada no Distrito Federal, a PAS se mostrou essencial no processo de organização das RAS, auxiliando principalmente a linha de cuidado de diabetes mellitus e hipertensão arterial ao implantar estratégias como o Ambulatório de Especialidades na AAE, estratificação de risco, interligação do processo de trabalho junto a APS. A adoção de uma equipe multiprofissional se mostrou ponto chave para o compartilhamento e integração do cuidado entre APS e AAE, proporcionando um funcionamento em unidade (EVANGELISTA *et. al.*, 2019).

É improvável a conformação de uma rede de atendimento efetiva e qualificada sem que se haja uma APS organizada. Cada geração imposta pela PAS fortalece e organiza o serviço de saúde além de apoiar a implementação e aperfeiçoamento das RAS sendo inegáveis os avanços e conquistas por elas proporcionados no que tange a organização das redes e impacto sobre indicadores de saúde da população, proporcionando um cuidado mais

resolutivo, menos imbricado e defeituoso, garantindo ao público um acesso mais organizado ao seu direito constitucional à saúde (MENDES, 2012).

As problemáticas levantadas pelos autores bem como, o processo de regionalização dos serviços são foco das atividades idealizadas pelo processo de Planificação da Atenção à Saúde, partindo da perspectiva de que a organização e integração dos diferentes níveis de atenção são o caminho para resolução de grande parte das inconsistências dos serviços prestados pelo SUS, tendo potencial para impactar positivamente nos indicadores de saúde da população. Este trabalho objetiva avaliar os indicadores ligados às linhas de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica de Diabetes Mellitus em duas regiões de Saúde do Distrito Federal, no período de 2010 a 2021.

3 JUSTIFICATIVA

O perfil epidemiológico da população, dado o aumento da expectativa de vida, da prevalência de doenças crônicas, aliados à persistência de enfermidades agudas e transmissíveis bem como a fragmentação do cuidado apresentam-se como um desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a estratégia de PAS se insere em um contexto de regionalização dos serviços de saúde, implicando em mudanças na forma de organização dos serviços ao integrar os diferentes níveis de atenção, almejando consolidar as redes de atenção à saúde, fortalecer a APS e promover mudanças nas atitudes dos profissionais.

A estratégia PAS teve por objetivo reorganizar o sistema de saúde e melhor integrar os diferentes níveis de atenção. O problema condutor dessa pesquisa é avaliar os indicadores ligados às linhas de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica de Diabetes Mellitus em duas regiões de Saúde do Distrito Federal, no período de 2010 a 2021. Seguindo esses preceitos, quais foram as mudanças observadas nos indicadores de saúde das linhas de cuidado de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas regiões de saúde Leste e Sul do Distrito Federal, no período de 2010 a 2021 – a partir da implantação da estratégia PAS?

Em um contexto de transição demográfica, onde agravos crônicos se tornam cada vez mais frequentes, onerando o sistema de saúde e impactando negativamente na condição de vida de seus usuários, é imprescindível a análise, acompanhamento e estudo dos indicadores relacionados à estas condições. A PAS vem para organizar os processos de trabalho e melhorar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, sendo uma intervenção com potencial para influenciar positivamente na condição de saúde da população e conseqüentemente em seus indicadores internamento e mortalidade. Sendo assim é de grande valia o acompanhamento e comparação entre os indicadores e uma região que passou pela intervenção e outra que não passou, a fim de compreender de que forma a intervenção influenciou nos indicadores de saúde ligados à linha de cuidado planejada.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral: Avaliar os indicadores ligados às linhas de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica de Diabetes Mellitus em duas regiões de Saúde do Distrito Federal, no período de 2010 a 2021.

4.2 Objetivos Específicos:

- Descrever os indicadores de saúde ligados à HAS e DM de duas regiões de Saúde do DF (leste e sul) entre os anos de 2010 e 2021;
- Comparar o comportamento das taxas de mortalidade de internamento por HAS e DM no período anterior e posterior à intervenção proposta pela PAS;
- Comparar o comportamento das taxas de mortalidade de internamento por HAS e DM entre uma região que passou pela intervenção (Leste) e uma que não passou (Sul).

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho da Pesquisa

Trata-se de um estudo ecológico, transversal e comparativo. Estudos ecológicos trazem o contexto sociais e ambientais e a forma com que eles podem interferir na situação de saúde dos diferentes grupos populacionais, trazendo sempre medidas referentes às coletividades.

5.2 Local da Pesquisa

O Distrito Federal localiza-se na região Centro-Oeste do Brasil e tem como capital a cidade de Brasília. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui uma população estimada para 2020 de 3.055.149 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,824. O DF apresenta uma superfície territorial de 5.760,783 km² e densidade populacional de 444,66 hab./km. Os limites territoriais do DF estão definidos na figura 3 (IBGE, 2022).

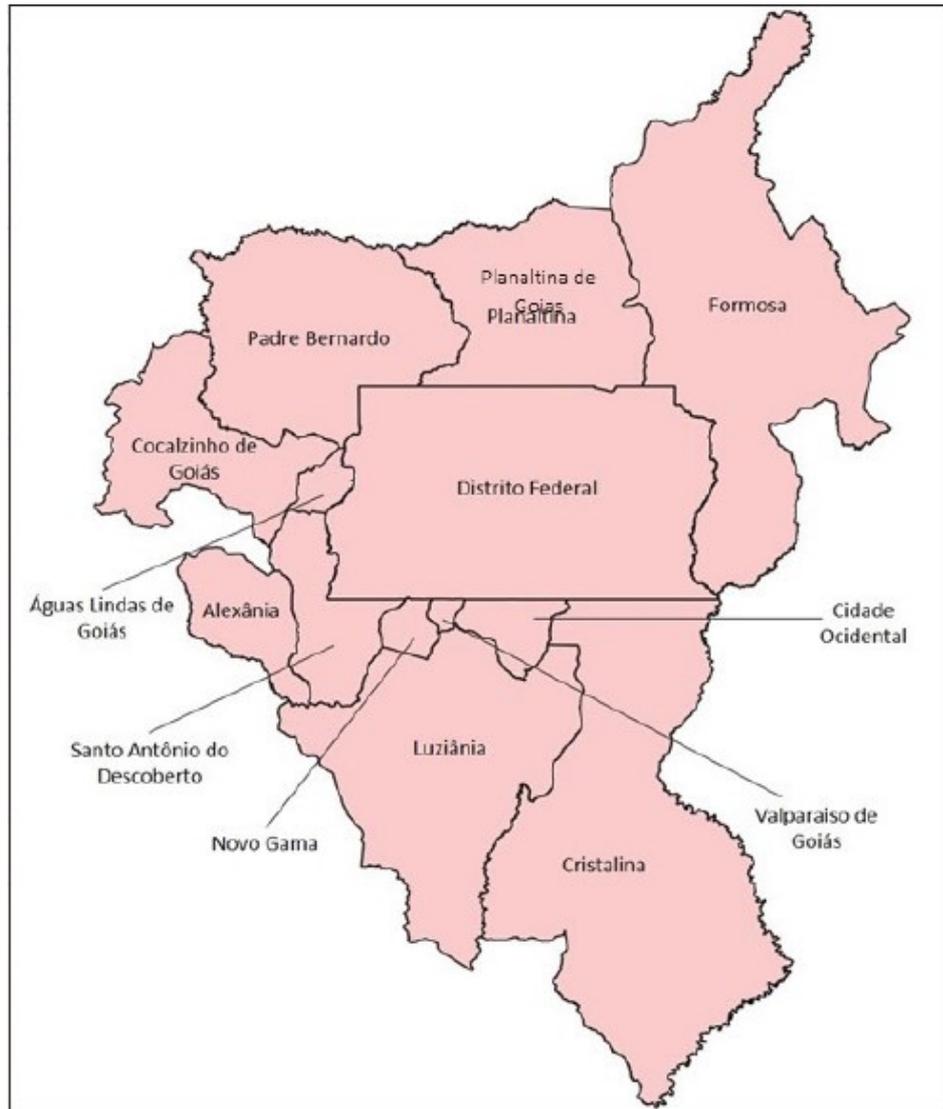


Figura 3. Limites geográficos do Distrito Federal.
 Fonte: CODEPLAN, 2017.

Por ser uma das unidades federativas autônomas brasileiras, possui competências legislativas de Estado e Município. Sendo assim, o DF apresenta a individualidade de não poder ser dividido em municípios. As regiões de saúde que, em todos os estados do Brasil, são compostas por municípios, no Distrito Federal são compostas por Regiões Administrativas (RA) com a finalidade de facilitar a organização do território (BRASIL, 1988).

No Distrito Federal, a descentralização do serviço de saúde bem como a regionalização da assistência teve início em 2010, com o Decreto nº 31.625, que instituiu o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS). Apenas no ano de 2015 o DF passou a ser dividido em regiões de saúde, seguindo a lógica das RA, sendo na

ocasião conformado por sete regiões de saúde (Oeste, Sudoeste, Sul, Centro-Norte, Norte, Centro-Sul e Leste) que continham 31 regiões administrativas (DISTRITO FEDERAL, 2016).

A regionalização da saúde no Distrito Federal sofreu alterações, por intermédio dos Decretos nº 37.057/2016 e nº 38.982/2018, sendo mantido o contingente de sete regiões de saúde, porém, com a nova modelagem a região Centro-Norte, que era formada pelas RA de Brasília (Asa Norte), Lago Norte, Cruzeiro, Varjão e Sudoeste/Octogonal, deixou de existir, dando espaço para a região Central que contém as RA de Brasília (Asa norte), Brasília (Asa Sul), Cruzeiro, Lago Sul, Lago Norte, Sudoeste/Octogonal e Varjão (DISTRITO FEDERAL, 2016; 2018). As duas conformações da regionalização da saúde do DF (2015 e 2019) estão retratadas no quadro 4.

Quadro 4. Comparativo entre regionalização da saúde no DF, 2015/2019.

Regiões de Saúde do DF	
2015	2019
Oeste	Oeste
Sudoeste	Sudoeste
Sul	Sul
Centro - Norte	Central
Norte	Norte
Leste	Leste
Centro - Sul	Centro-Sul

Fonte: DISTRITO FEDERAL, 2016; 2019.

Na publicação do Diário Oficial do Distrito Federal nº167, de 03 de setembro de 2019, foi definida a atual conformação do DF (Figura 4) no que diz respeito à regionalização da saúde, sendo composto pelas regiões Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste de forma que todas as regiões administrativas estão contidas nessas sete regiões de saúde (Quadro 5).

Quadro 5. Distribuição das Regiões Administrativas nas sete Regiões de Saúde do DF.

Região de Saúde (habitantes)	Regiões Administrativas	
CENTRAL (436.912 hab.)	RA 1- Brasília (Asa Norte)	RA 18- Lago Norte
	RA 1- Brasília (Asa Sul)	RA 23- Varjão
	RA 11- Cruzeiro	RA 16- Lago Sul
	RA 22- Sudoeste/Octogonal	
CENTRO-SUL (315.342 hab.)	RA 8- N. Bandeirante	RA 21- R. Fundo II
	RA 10- Guará	RA 24- Park Way
	RA 17- R. Fundo I	RA 25- SCIA (Estrut.)
	RA 19- Candangolândia	RA 29- S.I.A
NORTE	RA 5- Sobradinho I	RA 26- Sobradinho II

(378.729 hab.)	RA 6- Planaltina	RA 31- Fercal
SUL (290.226 hab.)	RA 2- Gama	RA 13- Santa Maria
LESTE (231.167 hab.)	RA 7- Paranoá	RA 27- Jd. Botânico
	RA 14- São Sebastião	RA 28- Itapoã
OESTE (526.871 hab.)	RA 4- Brazlândia	RA 9- Ceilândia
	RA 32- Sol Nascente/Pôr do Sol	
SUDOESTE (792.962 hab.)	RA 3- Taguatinga	RA 20- Águas Claras
	RA 12- Samambaia	RA 30- Vicente Pires
	RA 15- Recanto das Emas	

Fonte: Decreto nº 37.057 de 14/01/2016, Decreto nº 38.982 de 10/04/2018, Lei nº 6.359 de 14/08/2019 e Diário Oficial do Distrito Federal nº167 de 03/09/2019.

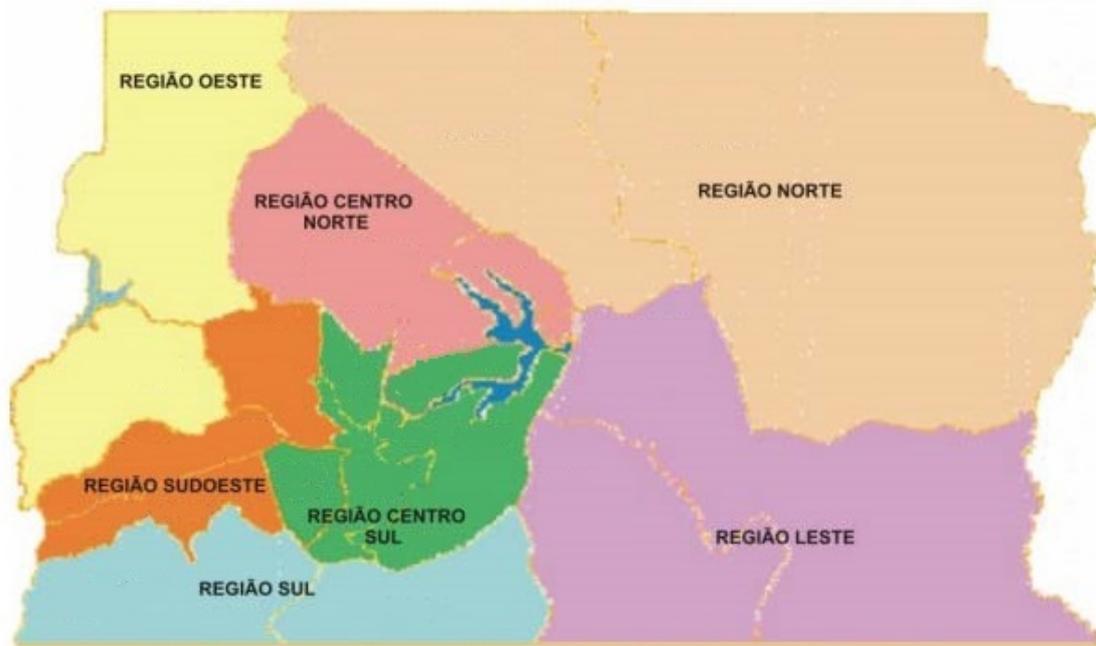


Figura 4. Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal (2019).

Fonte: Adaptado de BRASÍLIA, 2019.

Observa-se que a região de saúde com maior população é a Sudoeste, contando com 26,68% de todo o contingente populacional do DF. Em contrapartida, a região menos populosa é a Leste, com 7,78% da população do distrito. No que diz respeito as regiões administrativas, Ceilândia, presente na região Oeste, é a de maior contingente populacional, com 461.057 habitantes (15,51%), seguidas por Taguatinga, na região Sudoeste, com 239.315 habitantes (8,05%) e Samambaia, também na região Sudoeste, com 226.355 habitantes (7,62%). As menores regiões administrativas são S.I.A (Região Centro-Sul), Fercal (Região Norte) e Varjão (Região Central), contando com 2.772 habitantes (0,09%), 10.054 habitantes (0,34%) e 10.358 (0,35%), respectivamente (BRASÍLIA, 2019).

Estima-se que 51,97% dessa população é do sexo feminino. Quanto a faixa etária, 20,52% está entre 0 e 14 anos de idade; 69% entre 15 e 59 anos e 10,48% possuem 60 ou

mais anos. A grande parte da população do DF encontra-se em idade produtiva e a taxa de dependência não é elevada. A cor da pele autodeclarada mais frequente é a Parda (47,5%), seguidas da cor branca (40,9%), preta (10,1%), amarela, (1,2%) e indígena (0,3%) (BRASÍLIA, 2019).

Quanto ao padrão de internações da população residente no DF, de acordo com a sala de situação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), a principal causa de internação entre os anos de 2014 e 2018 foi relacionada à gravidez, parto e puerpério, totalizando 250.271 internações, o que representa 27,86% do total para este período. As principais causas de internações registradas no SIH entre os anos de 2014 e 2018 estão expressas na tabela 1.

Tabela 1. Principais causas de internação no DF, 2014 - 2018.

Causa de Internação	Nº de AIHs	%
Gravidez, parto e puerpério	250.271	27,86%
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	86.649	9,65%
Doenças do aparelho respiratório	74.273	8,27%
Doenças do aparelho circulatório	73.933	8,23%
Doenças do aparelho digestivo	73.274	8,16%
Algumas afecções originadas no período perinatal	57.857	6,44%
Doenças do aparelho geniturinário	53.384	5,94%
Neoplasias	48.349	5,38%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	36.422	4,05%
Transtornos mentais e comportamentais	21.265	2,37%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	20.038	2,23%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	19.074	2,12%
Doenças do sistema nervoso	16.783	1,87%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	14.528	1,62%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	12.988	1,45%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	11.373	1,17%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	8.981	1%
Doenças do olho e anexos	8.763	0,98%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	7.862	0,88%
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.995	0,22%
Causas externas de morbidade e de mortalidade	160	0,02%
TOTAL	898.222	100%

Fonte: Adaptado SIH/SES-DF, contidos em BRASÍLIA 2019.

5.3 Critérios de Inclusão

A seleção dos indicadores para monitoramento da linha de cuidado de Hipertensão

Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foi baseada nos Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37, respectivamente, referentes à Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (Brasil 2013, 2014) e adequados para a disponibilidade de dados no sistema de informação do Distrito Federal. Os indicadores selecionados tratam da série temporal 2010-2021, sendo:

- Taxa de internações por DM;
- Taxa de internações por Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Taxa de mortalidade por Diabetes Mellitus e suas complicações;
- Taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio;
- Taxa de mortalidade por Acidentes Vascular Cerebral;
- Taxa de mortalidade por Insuficiência Cardíaca;
- Taxa de mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório.

5.4 Procedimentos para coleta dos dados

Os indicadores foram calculados a partir de dados de morbidade, mortalidade e demográficos, coletados na sala de situação do portal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (InfoSaúde-DF: <https://info.saude.df.gov.br/>). A análise dos indicadores contemplou dois períodos: 2010 a 2015 e 2016 a 2021 sendo o primeiro anterior e o segundo posterior à intervenção. Contemplando assim seis anos antes e seis anos após a seleção da linha de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como foco das ações da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal. A coleta e processamento dos dados foi realizada entre os meses de maio e agosto de 2022.

5.5 Análise e interpretação dos dados

Considerando a implantação da estratégia PAS, o Distrito Federal foi a região de saúde selecionada para compor este estudo. Dentro do DF, a Região Leste foi selecionada para análise por ter implantado a estratégia PAS em 2016, para linha de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, enquanto a Região Sul, foi selecionada por não ter recebido a planificação e ter característica sociodemográficas semelhantes à região caso para fins comparativos.

A partir do cálculo de todas as taxas referentes para os períodos anteriores e posteriores à seleção da linha de cuidado (2016), foi aplicado o teste Qui-Quadrado para avaliar se houve mudanças significativas entre os dois períodos na variação temporal dos indicadores.

Para fazer a comparação entre os indicadores das duas regiões selecionadas foi calculado a

Razão das Taxas no período anterior e posterior à 2016, de forma que a razão de cada indicador da região caso foi comparada à razão de cada indicador da região controle através do teste de proporção. As faixas etárias analisadas foram: população adulta – 20 a 59 anos, população idosa – >60 anos e população geral – abrangendo todas as faixas etárias. Assim, cada indicador foi calculado para seu respectivo período e faixa etária de forma agregada. O nível de significância considerado foi de 0,05.

Salienta-se que os indicadores de internação, tanto por DM quanto por HAS, estavam disponíveis apenas a partir do ano de 2015, de forma que a análise comparativa entre períodos anteriores e posteriores à intervenção ficou inviabilizada. Para estes indicadores, estabeleceu-se a análise comparativa entre as duas regiões no período após a intervenção.

5.6 Aspectos éticos

O referido estudo trata dados secundário, dos quais não há exposição de informações pessoais acerca dos envolvidos. Trata-se de dados institucionais de internação coletados a partir de sistemas de informação do SUS.

A realização da presente pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto está inserido em uma pesquisa mãe, intitulada Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil (Pesquisa Efetiva PAS), submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE (CAAE: 34198320.5.0000.5201). Aprovado pelo parecer número 4.142.814.

O material coletado foi utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização desta pesquisa e dos artigos e publicações que dela resultem, não sendo utilizado para fins de comercialização ou divulgação.

Os pesquisadores declaram que os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em formato digital, sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Henrique Bandeira de Oliveira Marques, no endereço Av. Conde da Boa Vista, 1546, unidade 505, CEP 50060-001, Soledade, Recife, Pernambuco, pelo período mínimo de cinco anos. Os resultados dessa análise serão apresentados em formato de artigo, dispostos a seguir.

6 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: INDICADORES DE HAS E DM NO DF (2010-2021)

Introdução

A estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), proposta pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), objetiva contribuir com a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio de ações educacionais direcionadas às equipes técnicas municipais e estaduais em diversas regiões de saúde do país. As ações são focadas na organização de macro e microprocessos de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) buscando a melhoria do acesso aos serviços, a qualificação profissional e melhoria do cuidado ofertado. A PAS fundamenta-se nos princípios da Construção Social da APS e do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) propostos por Mendes ¹⁻³, e reforça o papel da APS como ordenadora do sistema, em especial no que tange à coordenação do cuidado ⁴. A estratégia PAS propõe a reorganização dos serviços em rede, visando a melhoria da articulação entre os níveis de atenção, fortalecendo a comunicação entre os profissionais, auxiliando na estruturação dos fluxos, a fim de conferir maior resolutividade às ações ⁴.

A implantação da PAS baseia-se na organização de linhas de cuidado, de forma a produzir resultados mais céleres nas populações mais vulneráveis, como crianças, gestantes e pessoas acometidas por doenças crônicas. A PAS desenvolve um conjunto de ações voltadas principalmente para as linhas de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e saúde materno infantil em vários estados brasileiros, incluindo Goiás, Espírito Santo, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo e Distrito Federal (DF)⁴. Neste último, foi selecionada a linha de cuidado de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com foco na HAS e DM devido às fragilidades identificadas nos indicadores de morbimortalidade de ambos os agravos no território ⁵.

As DCNT conformam grande parte das causas de morte e invalidez em todo o mundo, sendo responsáveis por sobrecarregar os sistemas de saúde e aumentar suas despesas de funcionamento, principalmente em um contexto de transição demográfica, onde a incidência desse tipo de agravo tende a aumentar. Esta realidade também é visualizada no Brasil e comprovada pelo acentuado aumento da prevalência de HAS e DM na última década ⁶⁻¹⁰.

Apesar desse tipo de condição ter como principal fator de risco a idade do indivíduo, a literatura científica aponta o aumento da incidência de DM e HAS também em pessoas jovens¹¹. Outros condicionantes como predisposições genéticas, estilo de vida, sobrepeso, tabagismo e sedentarismo estão relacionados às condições crônicas, exigindo dos sistemas de saúde o protagonismo da APS para a oferta de ações de promoção de um estilo de vida saudável, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e manutenção da saúde, de forma a impactar positivamente na situação dos indivíduos, famílias e comunidade sob sua responsabilidade^{7,9,10}.

O monitoramento das condições de saúde é fundamental para compreender a forma como os indivíduos vivem e morrem. Analisar o comportamento da HAS e do DM por meio de indicadores estratégicos, contribui para avaliar a qualidade da assistência ofertada às pessoas com condições crônicas, uma vez que o internamento por esses agravos está diretamente relacionado à descompensação das condições clínicas, podendo sinalizar falhas no acompanhamento destes indivíduos pelas equipes de saúde.

Este trabalho integra a pesquisa “Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em quatro regiões de saúde do Brasil – Pesquisa EfetivaPAS” financiada pelo CONASS em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e objetiva analisar os indicadores de morbimortalidade por hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em duas regiões de saúde do Distrito Federal no período de 2010 a 2021.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico, transversal, comparativo, que analisa indicadores relativos ao internamento e a mortalidade por HAS e DM em duas regiões de saúde do DF, no período de 2010 a 2021. As regiões selecionadas para este estudo foram a Região Leste e a Região Sul. A escolha da Região Leste se deu em virtude de ter sido a primeira região de saúde selecionada pelo CONASS para implementar a PAS no DF, no ano de 2016. A Região Sul foi selecionada por não ter implementado a PAS até o ano de 2021, e pelas semelhanças no perfil socioeconômico e demográfico com a região Leste.

O período de 2010 a 2021 foi selecionado para a análise dos indicadores, sendo o ano de 2016 considerado como divisor temporal, devido a implantação da PAS na região Leste e conseqüentemente o início da organização da linha de cuidado de HAS e DM. Salienta-se que a Região Leste passou por ações ligadas à planificação em períodos anteriores a 2016, porém, essas atividades não tinham direcionamento específico para a linha de cuidado de HAS e DM.

Os indicadores foram elencados tendo como referência os utilizados para monitoramento da HAS e DM na APS dispostos nos Cadernos de Atenção Básica nº 36¹² e 37¹³, sendo estes: taxa de internações e de mortalidade por DM; taxa de internações e de mortalidade por HAS; e taxas de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca (IC) e doenças do aparelho circulatório (DAC). A coleta dos dados ocorreu entre maio e agosto de 2022 na Sala de Situação do Portal da Secretaria de Saúde do DF (InfoSaúde-DF: <https://info.saude.df.gov.br/>).

A análise dos indicadores de mortalidade contemplou dois períodos: 2010 a 2015 e 2016 a 2021 sendo o primeiro anterior e o segundo posterior à intervenção; e três faixas etárias: população adulta – 20 a 59 anos, população idosa – ≥ 60 anos e população geral – abrangendo todas as faixas etárias. Assim, cada indicador foi calculado para seu respectivo período e faixa etária de forma agregada. Por sua vez, os indicadores de internação foram analisados no período 2016 a 2021, pois as informações estavam disponíveis apenas a partir do ano de 2015. Para estes indicadores, estabeleceu-se a análise comparativa entre as duas regiões no período após a intervenção, sendo relevante ao demonstrar o comportamento dos mesmos frente à implementação dessa intervenção.

Para a identificação de diferenças estatisticamente significantes entre os períodos estudados, foi aplicado o teste qui-quadrado. Posteriormente, foi realizado o teste de proporção, aplicado sobre a Razão das Taxas dos períodos analisados para identificação de diferenças significativas no aumento ou na diminuição das taxas. A tabulação dos dados foi feita no Microsoft Excel versão 2013, e a análise estatística foi feita no software R versão 4.0.0. Considerou-se um nível de significância de 0,05.

A Pesquisa EfetivaPAS foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP sob o CAAE nº 34198320.5.0000.5201.

Resultados

Os indicadores de internamento por HAS e DM apresentaram resultados estatisticamente significativos, com exceção do indicador “Taxa de internações por HAS” (p valor 0,063) na população geral. Além disso, esses indicadores apresentam taxas superiores na Região Sul quando comparadas à Região Leste em todas as faixas etárias, chegando a uma taxa de internação por DM quatro vezes maior para a população adulta (Leste = 0,215; Sul = 0,935) e uma taxa de internação por HAS de até cinco vezes maior para a população geral (Leste = 0,071; Sul = 0,395) e idosa (Leste = 0,359 ; Sul = 1,903) (Tabela 1).

Os indicadores de mortalidade são apresentados na tabela 2, onde é possível observar que

a Taxa de Mortalidade por DM e suas complicações apresentou queda na Região Leste, principalmente na população adulta (de 0,063 para 0,053 por mil habitantes) e idosa (de 1,450 para 1,148 por mil habitantes). Na Região Sul, os indicadores sinalizam um aumento nos óbitos, observados principalmente na população adulta, que passou de 0,083 para 0,092 e na população geral, de 0,208 para 0,219 por mil habitantes. Ainda nesta região, apenas a população idosa apresentou uma queda considerável neste indicador, de 1,987 para 1,558 por mil habitantes. Em relação à taxa de mortalidade por DM e suas complicações para a população idosa, não houve diferença significativa na entre as regiões (p valor = 0,082).

A Taxa de Mortalidade por IAM para a população idosa não apresentou diferença estatística representativa entre as regiões (p valor = 0,241), entretanto, destaca-se a queda tanto na Região Leste (0,317 por mil habitantes) como na Região Sul (0,212 por mil habitantes) para os dois períodos analisados. Em relação à mortalidade por IAM na população adulta, a Região Leste apresentou um aumento de 0,032 por mil habitantes, enquanto a Região Sul manteve a estabilidade. Em relação à população geral, houve aumento das taxas de óbito por IAM em ambas as regiões (Tabela 2).

A Taxa de Mortalidade por AVC, para as duas regiões e em todas as faixas etárias, apresentou queda nos dois períodos analisados, chamando a atenção para a redução na população idosa, de 0,441 por mil habitante na região Leste (de 1,051 para 0,610 por mil habitantes) e 0,770 por mil habitantes na região Sul (de 1,520 para 0,750 por mil habitantes). Para a população adulta, houve redução neste indicador nas duas regiões, com queda mais expressiva na Região Leste (de 0,017 por mil habitantes). Em relação à população geral as taxas reduziram, com diferença de 0,190 por mil habitantes na Região Leste, e de 0,048 por mil habitante para região Sul (Tabela 2).

Os óbitos relacionados à IC apresentaram comportamento similar aos por AVC, apresentando queda nas duas regiões, em todas as faixas etárias e em ambos os períodos analisados. Em relação à população idosa é possível destacar que a Região Leste apresentou redução neste indicador, passando de 0,653 para 0,251 óbitos por mil habitantes. A população geral apresentou uma taxa de mortalidade por IC de 0,043 no período anterior à intervenção e 0,023 no período posterior, conferindo uma redução de 0,020 por mil habitantes (Tabela 2).

A Taxa de Mortalidade por DAC apresentou redução em ambas as regiões, em todas as faixas etárias e em ambos os períodos analisados. As reduções foram mais acentuadas na população idosa (de 12,002 para 9,504 óbitos por mil habitantes) e na população geral (de 1,313 para 1,265 óbitos por mil habitantes) da Região Sul (Tabela 2).

Todos os indicadores de mortalidade relacionados à população idosa apresentaram

redução significativa nos períodos analisados. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as regiões, com exceção da taxa de mortalidade por DAC, onde a Região Leste apresentou uma queda de 2,461 óbitos por mil habitantes, e a Região Sul, uma queda de 2,498 óbitos por mil habitantes (p valor = 0,002) (Tabela 2).

Discussão

No período posterior a 2016, ano em que a linha de cuidado de HAS e DM começou a ser implantada pela PAS na Região Leste, as taxas de internamento desta região apresentaram valores expressivamente menores em todas as causas, e em todas as faixas etárias, quando comparada com a Região Sul. Já em relação à mortalidade no mesmo período, algumas questões podem ser observadas. A Região Leste apresentou redução nas taxas de mortalidade por AVC, IC e DAC em todas as faixas etárias. No que diz respeito à mortalidade por IAM, foram observados aumentos nas populações geral e adulta entre os períodos, entretanto, com redução significativa na população idosa. Em relação à mortalidade por DM, a região apresentou reduções significativas nas taxas relativas às populações adulta e idosa, e estabilidade na população geral. Ademais, a Região Leste apresentou taxas significativamente menores em todos os indicadores e em todas as faixas etárias quando comparadas com a Região Sul, que não foi contemplada pela planificação. Nesse sentido, é possível sugerir que a organização da linha de cuidado de HAS e DM na Região Leste tenha contribuído para a qualificação da atenção ofertada aos usuários acometidos por estes agravos, reduzindo a ocorrência de complicações que levam ao internamento e ao óbito.

Os resultados deste estudo apontam melhorias mais expressivas nos indicadores relativos à DM do que nos referentes à HAS em ambas as regiões estudadas, corroborando com os achados de Andrade et al.¹⁴ ao analisar a planificação da linha de cuidado em HAS e DM em Santo Antônio do Monte, no estado de Minas Gerais. Os autores apontaram que houve um aumento significativo na proporção de consultas e exames registrados nos prontuários de pacientes com DM. Entretanto, para pacientes com HAS, houve redução da cobertura dos exames preconizados no mesmo período¹⁴. Tal situação pode estar ocorrendo de maneira semelhante no DF, onde o apoio diagnóstico e terapêutico da região ainda carece de investimentos eficazes para responder com rapidez às necessidades da rede de saúde⁵.

Apesar da recente implantação e operacionalização da PAS na Região Leste, Evangelista et al.⁵ destacaram mudanças positivas nos indicadores de saúde ligados à linha de cuidado, como a redução do número de complicações causadas por HAS e DM – afirmação que encontra respaldo nos indicadores analisados no presente estudo. Os principais processos de

trabalho implantados pela PAS na região foram o acolhimento, o agendamento das consultas por bloco de horas, a estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, a identificação de vulnerabilidade familiar com classificação de risco das famílias, o matriciamento das equipes da APS pelos profissionais da atenção especializada (AE), a seleção e monitoramento de indicadores de saúde e a organização de fluxos de referência e contrarreferência. Processos que, quando implementados, têm capacidade de organizar a atenção ofertada ao usuário, podendo impactar positivamente no comportamento dos indicadores ⁴.

Um dos primeiros macroprocessos trabalhados pela PAS para a reorganização da APS é a territorialização – ação que consiste na equipe reconhecer as necessidades e demandas da população cadastrada para planejar a oferta de serviços e ações de saúde. No caso da região Leste do DF, para além da reorganização do território, a PAS fomentou a ampliação da oferta de serviços de saúde, de modo que a APS alcançou 75% de cobertura da região ^{4,5}, aspecto que pode ter influência positiva nos indicadores de saúde, visto que a baixa cobertura territorial da ESF implica em deficiências no acesso e na assistência aos usuários acometidos por doenças crônicas, o que pode levar ao agravamento do quadro de saúde e aumento nos indicadores de internamento ¹⁵.

A literatura científica evidencia que o aumento nas taxas de internamento e mortalidade por doenças crônicas é fortemente influenciado pelo envelhecimento populacional ^{6-10,16}, como observado neste estudo, onde as taxas de internação e mortalidade apresentaram valores maiores para a população idosa tanto para HAS quanto para DM. Esse comportamento pode estar relacionado a alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento, ou ainda pelo agravamento das doenças em virtude do tempo ¹⁷. Observa-se ainda, que maiores taxas de internamento e mortalidade para DM quando comparadas à HAS, podem estar relacionadas ao grande incentivo financeiro conferido aos municípios para a implementação de programas de controle da HAS, monitoramento constante da pressão arterial e a ampla disponibilização de medicamentos gratuitamente na rede pública de saúde ¹⁷.

A Taxa de Mortalidade por DAC é um indicador mais amplo, que contempla todas as causas de morte que tenham relação com o sistema cardiovascular e pode refletir os resultados observados nos indicadores de óbitos por IAM, AVC e IC. Estudo conduzido por Medeiros et al. ¹⁸ observou aumento nos coeficientes de mortalidade por DAC em municípios da Região Norte do Espírito Santo, entre os anos de 2004 e 2014, em localidades que participaram da planificação. Tais resultados são discordantes com a maioria dos indicadores referentes às regiões Leste do DF, uma vez que foi observada redução em todos os indicadores de mortalidade ligados ao aparelho circulatório analisados, exceto óbitos por IAM na população

geral. Nesse sentido, é importante destacar a multifatorialidade altamente influente no que tange às doenças crônicas, onde outros fatores também podem influenciar no adoecimento e no tratamento destas condições, como o estilo de vida – hábitos alimentares, sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo – baixos níveis socioeconômicos e de acesso à informação, sendo necessárias políticas públicas voltadas para a promoção de saúde e o tratamento dessas condições ¹⁸.

Quando se analisa a taxa de mortalidade por doenças crônicas, é necessário considerar que o óbito pode estar relacionado a falhas na assistência e no acompanhamento dos usuários. Estudo conduzido em todas as regiões de saúde do DF entre os anos de 2010 e 2019 identificou um aumento na mortalidade por DM na população adulta e idosa, que se acentuou a partir de 2015 ¹⁹. Tais achados encontram similaridade no que diz respeito à mortalidade por DM nas populações adulta e geral da Região Sul, que não participou do processo de planificação. Em contraponto, tal aumento não foi observado na Região Leste no mesmo período, havendo inclusive redução da taxa nas populações adulta e idosa, que pode ser justificado pelas iniciativas de controle de diabetes e outras condições crônicas realizadas na região pela PAS a partir de 2016.

É importante atentar-se à subnotificação que circula as condições crônicas pois em muitos casos o indivíduo pode possuir mais de uma condição, e o óbito ser relacionado a apenas uma delas. É fundamental ter conhecimento sobre a condição de saúde das populações, no sentido de se ter um diagnóstico situacional do perfil de adoecimento e mortalidade de determinado grupo populacional, auxiliando na tomada de decisão e destinação de recursos para ações de educação e assistência à saúde ¹⁹.

Costa ²⁰ destaca que as contribuições da PAS podem estar para além da organização dos processos de trabalho e melhorias nos indicadores de saúde da população, entre eles a melhoria da comunicação entre os profissionais, nas condições laborais das equipes de saúde e a maior satisfação dos profissionais em trabalhar em um serviço organizado pela planificação, devido a abordagem inovadora e multiprofissional ^{5, 20}. O autor chama a atenção para dificuldades ligadas a insuficiência de recursos humanos e adaptação da população às mudanças ocasionadas na rotina da unidade de saúde, salientando a organização da carga horária de funcionamento das UBS a partir do bloco de horas e redução de atendimentos à demanda espontânea como principais elementos de mudança oferecidos pela PAS ²⁰.

Uma das limitações deste estudo é considerar o período de pandemia (2020-2021) por COVID-19 nos anos analisados. A necessidade de isolamento social para interromper o ciclo de disseminação do vírus pode ter contribuído para a subnotificação de novos casos de HAS e

DM²¹. Utilizar sistemas de informação e base de dados secundários é sempre um desafio, tendo em vista que alguns sistemas são inconsistentes e os registros podem configurar uma limitação ao estudo. As bases de informações oficiais (SIM, SINAN) consideram o DF como um território único, não sendo possível coletar as informações relativas à região Leste e Sul separadamente. A disponibilização de dados demográficos e epidemiológicos por região de saúde na Sala de Situação InfoSaúde-DF é louvável, mas resta a necessidade de inclusão de informações mais detalhadas sobre as regiões de saúde do DF nos sistemas oficiais de informação do Ministério da Saúde. Há de se levar em conta que no período estudado foram realizadas outras iniciativas para além da PAS dirigidas à melhoria do acesso aos serviços de saúde e à qualificação dos processos de trabalho nas regiões analisadas, à exemplo do Converte APS (conversão de unidades tradicionais em unidades de saúde da família) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)⁵

Conclusão

A PAS foi implementada na Região Leste do DF objetivando auxiliar gestores e profissionais na organização dos macroprocessos de trabalho da APS e da AAE para oferecer cuidado coordenado e integral a pessoas com HAS e DM. As diferenças mais significativas entre as regiões analisadas estiveram relacionadas ao indicador de mortalidade por DM e aos indicadores de internamento para as duas condições estudadas.

A expressiva diferença entre os indicadores de internamento, com valores menores para a região Leste, pode sugerir que a atenção ao paciente com diabetes e hipertensão seja mais eficiente nesta região quando comparada à Região Sul. Dessa forma, a implementação e operacionalização da rede de atenção ao usuário com HAS e DM pode ter surtido impacto positivo sobre a condição de saúde dos usuários na região Leste.

Fomenta-se a necessidade de realização de outras pesquisas que possam acompanhar as regiões por um período maior, com utilização de outras metodologias e fontes de informação e para contribuir com a compreensão dos efeitos da PAS nos territórios bem como para o aprimoramento da estratégia.

Referências

- 1- Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
- 2- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.

- 3- Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJO, Barra RP. A Construção social da Atenção Primária à Saúde. 2.ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2019. 192p.
- 4- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. Guimarães AMAN, Cavalcanti CCB, Lins MZS [Org.]. Brasília: CONASS; 2018. 300p.
- 5- Evangelista MJO, Guimarães AMDN, Dourado EMR, do Vale FLB, Lins MZS, Matos MAB, et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciênc. saúde colet* [online]. 2019 [cited 2022 nov 20]. 24(6):2115-2124. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08882019.
- 6- Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* [online]. 2013 [cited 2022 nov 20]; 381 (9866):585-97. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61851-0.
- 7- Malta DC, Mendes MSF, Machado IE, Passos MA, Abreu DMX, Ishitanil LHI, et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2017 [cited 2022 nov 20]; 20 (suppl. 1):217-232. DOI: 10.1590/1980-5497201700050018.
- 8- Almeida-Pititto B, Dias ML, Moraes ACF, Ferreira SRG, Franco DR, Eliaschewitz FG. Type 2 diabetes in Brazil: epidemiology and management. *Diabetes Metab Syndr Obes* [online]. 2015 [cited 2022 nov 20]; 8:17-28. DOI: 10.2147/DMSO.S72542.
- 9- Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017 [cited 2022 nov 20]; (33):e00035316. DOI: 10.1590/0102-311X00035316.
- 10- Poblete F, Barticevic N, Bastían G, Quevedo D, Vargas I. Efectividad de un modelo de manejo de pacientes con hipertensión y diabetes tipo II en atención primaria. *Rev. méd. Chile* [online]. 2018 [cited 2022 nov 20]; 146(11): 1269-1277. DOI: 10.4067/S0034-98872018001101269.
- 11- Canudas-Romo V; García-Guerrero VM; Echarri-Cánovas CJ. The stagnation of the Mexican male life expectancy in the first decade of the 21st century: the impact of homicides and diabetes mellitus. *J Epidemiol Community Health* [online], 2015 [cited 2022 nov 20]; 69(1):28-34. DOI: 10.1136/jech-2014-204237.
- 12- Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. *Cadernos de Atenção Básica nº36*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.160p.
- 13- Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica nº37*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.
- 14- Andrade MV, Noronha K, Oliveira CDL, Cardoso CL, Calazans JA, Julião NA, et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. *R. bras. estud. popul.* [online]. 2019

[cited 2022 nov 20]; 36(e0104):1-21. DOI: 10.20947/S0102-3098a0104.

15- Resende APGL; Barbieri AR. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde decorrentes das doenças cardiovasculares. *Texto & contexto enferm.* [online]. 2017 [cited 2022 nov 20]; 26(3). DOI: 10.1590/0104-07072017006570015

16- Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AMP, et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. *Arq. bras. cardiol* [online]. 2013 [cited 2022 nov 20]; 100(1 Supl. 3):140. DOI: [10.1590/S0066-782X2013000900001](https://doi.org/10.1590/S0066-782X2013000900001).

17 - Gerhardt PC, Borghi AC, Fernandes CAM, Mathias TAF, Carreira L. Tendência das internações por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em idosos. *Cogitare Enferm.* [online]. 2016 [cited 2022 nov 20]; 21(4):1-10. DOI: 10.5380/ce.v21i4.44912.

18- Medeiros KV, Siqueira JH, Pereira TSS. Mortalidade e internações por doenças cardiovasculares em municípios da Região Norte do Espírito Santo. *Rev. baiana saúde pública* [online]. 2019 [cited 2022 nov 20]; 43(4):26-43. DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n4.a2989

19- Pereira LS, Carvalho DSB, Rego ERM, Machado AC, Ronca DB, Figueiredo ACMG. Mortalidade por diabetes mellitus não insulino-dependente no Distrito Federal. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2021 [cited 2022 nov 20]; 2(e12903):1-14.

20- Costa, VFC. O processo de implementação da tutoria da planificação da atenção primária em uma unidade laboratório de um município do interior de Goiás. *Rev. cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago* [online]. 2019 [cited 2022 nov 20]; 4(3):208-215.

21- Sallas J, Elidio GA, Costacurta GF, Frank CHM, Rohlfs DB, Pacheco FC, et al. Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. *Epidemiol. e Serviços de Saúde* [online]. 2022 [cited 2022 nov 20]; 31(1):e2021303. DOI: 10.1590/S1679-49742022000100011

Anexos

Tabela 1. Distribuição das taxas de internamento por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nas Regiões de Saúde Leste e Sul do Distrito Federal (2016 - 2021).

Taxa	Região de Saúde	N 2016-2021	Taxa 2016-2021	p-valor
POPULAÇÃO ADULTA				
Internações por DM	Leste	232	0,215	0,019
	Sul	929	0,935	
Internações por HAS	Leste	83	0,077	0,002
	Sul	316	0,318	
POPULAÇÃO IDOSA				
Internações por DM	Leste	169	1,516	0,015
	Sul	751	4,398	
Internações por HAS	Leste	40	0,359	<0,001
	Sul	325	1,903	
POPULAÇÃO GERAL				
Internações por DM	Leste	542	0,302	<0,001
	Sul	1817	1,114	
Internações por HAS	Leste	128	0,071	0,063
	Sul	644	0,395	

Fonte: Sala de situação - InfoSaúde-DF: <https://info.saude.df.gov.br/>.

Legenda: DM – Diabetes Mellitus; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

Nota: p valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$) encontram-se destacados em negrito.

Tabela 02. Distribuição das taxas de mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nas Regiões de Saúde Leste e Sul do Distrito Federal (2010 - 2015 e 2016 - 2021).

Taxa	Região de Saúde	N 2010-2015	N 2016-2021	p valor	Taxa 2010-2015	Taxa 2016-2021	p valor	Razão das taxas
POPULAÇÃO ADULTA								
Mortalidade por DM e suas complicações	Leste	52	57	<0,001	0,063	0,053	<0,001	0,84
	Sul	77	91		0,083	0,092		1,100
Mortalidade por IAM	Leste	55	107	<0,001	0,067	0,099	<0,001	1,400
	Sul	95	102		0,102	0,103		0,011
Mortalidade por AVC	Leste	26	16	<0,001	0,032	0,015	<0,001	0,470
	Sul	33	26		0,036	0,026		<0,001
Mortalidade por IC	Leste	17	13	<0,001	0,021	0,012	<0,001	0,570
	Sul	24	13		0,026	0,013		<0,001
Mortalidade por DAC	Leste	374	389	<0,001	0,456	0,360	<0,001	0,789
	Sul	563	436		0,606	0,439		<0,001
POPULAÇÃO IDOSA								
Mortalidade por DM e suas complicações	Leste	91	128	0,082	1,450	1,148	<0,001	0,790
	Sul	251	266		1,987	1,558		<0,001
Mortalidade por IAM	Leste	110	160	0,241	1,752	1,435	<0,001	0,810
	Sul	282	345		2,232	2,020		<0,001
Mortalidade por AVC	Leste	66	68	0,035	1,051	0,610	<0,001	0,580
	Sul	192	128		1,520	0,750		<0,001
Mortalidade por IC	Leste	41	28	0,762	0,653	0,251	<0,001	0,380
	Sul	102	76		0,807	0,445		<0,001
Mortalidade por DAC	Leste	587	768	0,002	9,351	6,89	<0,001	0,730
	Sul	1516	1623		12,002	9,504		<0,001
POPULAÇÃO GERAL								
Mortalidade por DM e suas complicações	Leste	145	186	<0,001	0,104	0,104	0,500	1,000
	Sul	330	358		0,208	0,219		<0,001
Mortalidade por IAM	Leste	165	267	<0,001	0,119	0,149	<0,001	1,250
	Sul	377	477		0,237	0,274		<0,001
Mortalidade por AVC	Leste	92	84	<0,001	0,066	0,047	<0,001	0,710
	Sul	225	154		0,142	0,094		<0,001
Mortalidade por IC	Leste	59	41	<0,001	0,043	0,023	<0,001	0,530
	Sul	126	89		0,079	0,055		<0,001
Mortalidade por DAC	Leste	969	1169	<0,001	0,698	0,651	<0,001	0,932
	Sul	2085	2063		1,313	1,265		<0,001

Fonte: Sala de situação - InfoSaúde-DF: <https://info.saude.df.gov.br/>.

Legenda: DM – Diabetes Mellitus; CH – Crise Hipertensiva; IAM – Infarto Agudo do Miocárdio; AVC – Acidente Vascular Cerebral; IC – Insuficiência Cardíaca; DAC – Doenças do Aparelho Circulatório.

Nota: p valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$) encontram-se destacados em negrito.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Planificação da Atenção à Saúde foi direcionada para o território da Região Leste DF tendo como principal foco a mudança de postura de seus profissionais ligados ao sistema de saúde. A partir de ações educacionais, objetivou-se a organização dos processos de trabalho nas unidades básicas de saúde, assim como a criação e operacionalização de um centro de especialidades voltada para condições crônicas, com abordagem e equipes multiprofissionais, contemplando o usuário em sua integralidade.

Partindo da análise dos indicadores de saúde ligados à HAS e DM foi possível observar que aqueles que apresentaram diferenças mais significativas entre as regiões foram os ligados à mortalidade por DM e internamentos por HAS e DM. Em um contexto de transição demográfica, onde há uma tendência que os agravos crônicos sejam mais comuns nas populações, a região Leste consegue, em parte, contrapor este fenômeno uma vez que a diferença observada nos indicadores de internamento, com a expressiva redução na região planejada, quando compara a região Sul, que não passou pela intervenção, permitem sugerir que a atenção à saúde do paciente com condição crônica, em especial hipertensão e diabetes, pode ser mais eficiente na região Leste. Logo, organização e operacionalização da rede de atenção ao usuário com HAS e DM, proporcionada pela PAS pode ter sido fator determinante e impactado positivamente na condição e assistência à saúde dos usuários residentes na região Leste do DF.

Apesar de não fazer parte dos objetivos deste estudo, foram encontradas barreiras no que diz respeito ao acesso à informação referente ao território do DF. Os sistemas de informações oficiais entendem o DF como um território único, não fazendo distinção ou segmentação por Região de Saúde ou mesmo Região Administrativa. Este estudo foi possível de ser realizado apenas pela iniciativa da administração local em viabilizar e disponibilizar uma sala de situação onde os dados epidemiológicos e demográficos de seu território são ofertados em formato segmentado, permitindo a filtragem por região de saúde, bem como a comparação entre elas. Os sistemas de informação em saúde são ferramentas fundamentais tanto para o dia a dia do gestor, auxiliando no direcionamento de ações e na tomada de decisão, quanto para a iniciativa científica, encontrando neles o alicerce para viabilização de inúmeros estudos, sendo fundamental que estes compreendam todo o território brasileiro bem como sua heterogeneidade, de forma que não configurem limitações ao sistema ou a ciência.

Destaca-se que, em formato complementar a esta pesquisa, venham outros estudos, com abordagens e metodologias diferentes, contemplando períodos mais longos, outras regiões, de

forma que seja viabilizado e fortalecido o entendimento sobre como a PAS vem impactando a maneira como o SUS funciona, fomentando também sua sustentabilidade e aprimoramento.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. C. et al. Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2019, v. 35, n. Suppl 2 [Acessado 19 Outubro 2021] , e00065218. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00065218>>.
- ALBUQUERQUE, M. V. et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 19 Outubro 2021] , pp. 1055-1064. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>>.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2010, v. 26, n. 2 [Acessado 19 Outubro 2021] , pp. 286-298. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>>.
- ANDRADE, M. V. et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População** [online]. 2019, v. 36 [Acessado 19 Outubro 2021] , e0104. Disponível em: <<https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0104>>.
- ANDRADE, M. V. et al. Challenges and lessons from a primary care intervention in a Brazilian municipality. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 53 [Accessed 19 October 2021] , 45. Available from: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000457>>.
- ARRETCHE, M. T. S. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. 3. ed. São Paulo: Editora Revan, 2011.
- BARRA, R. P. 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**, v. 2, n. 1, p. 38–43, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/64>. Acesso em: 19 out. 2021
- BOUSQUAT, A. et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2019, v. 35, n. Suppl 2 [Acessado 19 Outubro 2021] , e00099118. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. 2. ed. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece

diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Seção 1, p. 89.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica nº 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. ISBN 978-85-334-2059-5

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica nº 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.128 p. ISBN 978-85-334-2058-8

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Distrital de Saúde 2016 - 2019**. Brasília, março. 2016,184 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/DF_PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_I.pdf> Acesso em: 26 de outubro de 2020.

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Distrital de Saúde 2020 - 2023**. Brasília, set. 2019, 263 p. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2019/09/PDS-2020-2023-arquivo-para-consulta-p%C3%BAblica.pdf>> Acesso em: 26 de outubro de 2020.

BOERMA W.G.W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R. S; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (editors) **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. Berkshire: Open University Press; 2007. p. 3-21

CECÍLIO L. C. O.; MERHY E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (organizadores). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS; Abrasco; 2003. p. 1-19.

CHAVES, L. A. ET AL. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 2 [Acessado 19 Outubro 2021], e00201515. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00201515>

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). Atlas do Distrito Federal – 2017. Brasília: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Estudos sobre a

planificação da atenção à saúde no Brasil, 2008 a 2019: uma revisão de escopo. **CONASS documenta v. 36**. Brasília: CONASS; 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. **CONASS documenta v. 31**. Brasília: CONASS; 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Planificação da atenção à Saúde nos Estados. **CONASS Documenta 23**. Brasília: CONASS, 2011.

CORRÊA, R. L. **Trajetórias geográficas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

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. 2016.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 38.982 de 10 de abril de 2018**. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. 2018.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 6.359 de 14 de agosto de 2019**. Cria a Região Administrativa do Sol Nascente/Pôr do Sol - RA XXXII e dá outras providências. 2019.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (organizadores). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434.

EVANGELISTA, M. J. O. et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 6 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 2115-2124. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>

FRANCO TB, MAGALHÃES JUNIOR JM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 125-134.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2005, v. 21, n. 4 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 1017-1025. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400004>>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados [Homepage] 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/df/brasil.html?> . Acesso em: 23/11/2022.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010, v. 15, n. 5 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 2307-2316. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>>.

LAMOTHE, L.; SYLVAIN, C.; SIT, V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. **Sante Publique**. 2015; v. 27, Supl. 1, pp. 129-135.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2000, v. 5, n. 2 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 293-312. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200006>>.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2004, v. 9, n. 2 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 433-444. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200019>>.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

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

MENDES, Á. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde e Sociedade** [online]. 2015, v. 24, n. 2 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 423-437. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200003>>.

MENDES, E. V. et al. A Construção social da Atenção Primária à Saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 2019.

MENDES, E. V. et al. Integrated care in the unified health system of Brazil: the laboratory for innovation in chronic conditions in Santo Antônio do Monte. **International Journal of Healthcare Management**, v. 12, n. 2, p. 116-122, 2019.

OLIVEIRA, R. A. D. et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2019, v. 35, n. 11 [Acessado 19 Outubro 2021], e00120718.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2012. p. 459-491.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 15, suppl 1 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 1009-1019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700007>>.

RAKSA, V. P.; OLIVEIRA, A. G.; SILVA, C. L. Governança pública em saúde e os vazios assistenciais – Territorialização para o planejamento e ações do Estado. **Informe GEPEC**, v. 20, n. 2, pp. 10–27, 2016. DOI: 10.48075/igepec.v20i2.14459. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/gepec/article/view/14459>. Acesso em: 19 out. 2021.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde e Sociedade** [online]. 2015, v. 24, n. 2 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 403-412. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200001>>.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Evaluation performance in health regions in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2017, v. 17, suppl 1 [Accessed 19 October 2021] , pp. S259-S270. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100012>>.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, p. S27-S43, 2017.

VIANA, A. L. A *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil I Financiamento: CNPq processo 404997/2013-9 (Política, planejamento e gestão das regiões e redes de saúde no Brasil). **Saúde e Sociedade** [online]. 2015, v. 24, n. 2 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 413-422. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>>.

Viana, A. L. A. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 1791-1798. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>>.

VIANA, A. L. A. ; IOZZI F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2019, v. 35, n. Suppl 2 [Acessado 19 Outubro 2021], e00022519.

WITT, R. R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 13, n.1, p. 19-23, 1992.