

LARA GOMES PEREIRA FLORES

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR PARA A
SAÚDE DA MULHER NO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA, 2023

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

LARA GOMES PEREIRA FLORES

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR PARA A
SAÚDE DA MULHER NO DISTRITO FEDERAL.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do Título
de Bacharel em Saúde Coletiva na graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Wallace Enrico Boaventura
Gonçalves Dos Santos

BRASÍLIA

2023

LARA GOMES PEREIRA FLORES

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR PARA A
SAÚDE DA MULHER NO DISTRITO FEDERAL.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Saúde Coletiva na graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Apresentada em 06/02/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos (orientador)

Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Denise de Lima Costa Furlanetto

Universidade de Brasília

MSc. Mirlene Guedes de Lima

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu guia de cabeça João de Una e todas as entidades que, desde o primeiro dia de graduação, me deram força e me ajudaram a chegar até este momento.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Wallace Santos, pela paciência, dedicação e responsabilidade comigo, com as minhas ideias e com este trabalho.

Aos meus colegas de graduação, principalmente os que partilharam das mesmas angústias para escrever um bom trabalho nesse período atípico.

A todos os docentes e funcionários do Departamento de Saúde Coletiva, que me ajudaram a enxergar as oportunidades. Em especial, a Prof^a Dr^a Denise Furlanetto, que acendeu em mim a chama do planejamento em saúde.

Aos meus amigos e parentes, que entenderam as ausências nas reuniões e almoços de domingo e, mesmo assim, não deixaram de me dar apoio para a finalização deste trabalho.

As minhas amigas, Rayssa Ferreira e Eduarda Grillo, que me ajudaram a seguir em frente, sempre oferecendo palavras de apoio, carinho e preocupação nesse momento de sensibilidade.

Aos meus irmãos, Diego Flores e Vitória Flores, pela ajuda com a escrita e elaboração de figuras, pelo apoio emocional e pelas palavras de conforto de quem já esteve na situação de um trabalho final de graduação.

Aos meus pais, Célia Regina e Théó Flores, que estão presentes em todas as linhas deste trabalho quando me deram o suporte que eu precisava para concluir a escrita, nunca duvidando das minhas escolhas, se mantendo ao meu lado e enxugando minhas lágrimas.

No meu primeiro semestre de graduação, uma professora disse para a turma uma frase que nunca esqueci: “A Saúde Coletiva é um vício! À medida que se experimenta, mais se gosta”. Hoje, vejo que ela estava certa, quando percebo que a graduação me abriu horizontes e me levou a lugares que nunca achei que chegaria. Agradeço àquela aluna recém saída do ensino médio que resolveu dar uma chance para o desconhecido.

“Saúde é um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo.”

Sérgio Arouca, Sanitarista

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instaurado com a intenção de garantir os cuidados em saúde seguindo princípios fundamentais, sendo eles integralidade, universalidade e equidade, o que o transformou em um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. A Atenção Primária à Saúde (APS) foi pensada para reformular e trazer aprimoramentos para melhorar a abrangência do SUS, sendo regida por quatro atributos: acesso e primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Para fortalecer a APS foi disponibilizada a Carteira de Serviços da Atenção Primária (CaSAPS) com as ofertas e ações que são disponíveis para a população, trazendo nele uma série de recomendações que colocam a saúde da mulher em foco, visando melhorar a assistência pré-natal, abordagem sexual e reprodutiva e rastreamentos de neoplasias de colo uterino e mama. Com a intenção de consolidar a relação entre equipe de Saúde da Família com a comunidade, o Programa Previne Brasil é instaurado no Brasil em 2019, com o objetivo de responsabilizar profissionais e gestores pelos indicadores locais, levando à criação de programas que ajudem a melhoria desses indicadores, um deles sendo o Programa de Qualificação da Atenção Primária (QualisAPS). Com o objetivo de avaliar os problemas e ações descritos no Plano de Ação para a Qualidade das equipes de saúde do Distrito Federal que estão relacionados com o Previne Brasil, este estudo descritivo usou de dados coletados pelo programa QualisAPS nos anos de 2021 e 2022, em que todas as participantes definiram problemas e ações para o seu território, com foco na saúde da mulher. Após análise foram identificados 253 problemas e 291 ações, em que a maioria dos problemas (53,4%) fazia relação com o acompanhamento das gestantes no território e 46,6% sobre o rastreamento e realização de exames citopatológicos. Dentre as ações, 50,2% estavam relacionadas a realização dos exames de rastreamento de neoplasias uterinas. Foi possível identificar que os maiores problemas e ações das equipes estavam focados na organização do processo de trabalho, buscando melhorar a busca ativa de usuárias e diminuir a sobrecarga de trabalho entre os profissionais e dificuldades estruturais, que impactam no acesso ao serviço.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Cuidado Pré-Natal; Neoplasias do Colo do Útero; Planejamento em Saúde

Abstract

The Brazilian Health System (SUS) was established with the intention of guaranteeing health care following fundamental principles, namely comprehensiveness, universality and equity, which made it one of the largest public health systems in the world. Primary Health Care (PHC) was designed to reformulate and bring improvements to improve the coverage of the SUS, being governed by four attributes: access and first contact, longitudinality, comprehensiveness and coordination of care. To strengthen the PHC, the Carteira de Serviços da Atenção Primária (CaSAPS) was made available with the offers and actions that are available to the population, bringing in it a series of recommendations that put women's health in focus, aiming to improve prenatal care, sexual and reproductive approach and screening for cervical and breast cancer. With the intention of consolidating the relationship between the Family Health team and the community, the Previne Brasil Program was established in Brazil in 2019, with the objective of making professionals and managers responsible for local indicators, leading to the creation of programs that help to improve these indicators, one of them being the Programa de Qualificação da Atenção Primária (QualisAPS). With the objective of evaluating the problems and actions described in the Action Plan for the Quality of the health teams of the Federal District that are related to Previne Brasil, this descriptive study used data collected by the QualisAPS program in the years 2021 and 2022, in that all participants defined problems and actions for their territory, with a focus on women's health. After analysis, 253 problems and 291 actions were identified, in which the majority of problems (53.4%) were related to the monitoring of pregnant women in the territory and 46.6% related to tracking and carrying out cytopathological tests. Among the actions, 50.2% were related to screening tests for uterine neoplasms. It was possible to identify that the biggest problems and actions of the teams were focused on the organization of the work process, seeking to improve the active search for users and reduce the workload among professionals and structural difficulties, which impact access to the service.

Keywords: Primary Health Care, Women's Health, Prenatal Care, Uterine Cervical Neoplasms; Health Planning

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Eixos e categorias dos problemas e das ações elencadas pelas equipes de saúde da família, em seus Planos de Ação para a Qualidade, do Programa QualisAPS

24

ARTIGO

Figura 2. Cartograma da cobertura das Equipes de Saúde da Família e a divisão de ações e problemas por região de saúde

38

LISTA DE TABELAS

ARTIGO

Tabela 1. Distribuição por frequência absoluta e relativa (%) por Região de Saúde dos problemas e ações inseridos nos Planos de Ação para a Qualidade das Equipes de Saúde da Família do Distrito Federal _____ 35

Tabela 2. Distribuição por frequência absoluta dos problemas e ações inseridos nos Planos de Ação para a Qualidade das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal, desagregados por Região de Saúde _____ 37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Relação entre os padrões de qualidade do Programa QualisAPS e indicadores do Programa Previne Previne Brasil

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CaSAPS - Carteira de Serviços da Atenção Primária

Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais

Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DF - Distrito Federal

eSB - Equipe de Saúde Bucal

eSF - Estratégia de Saúde da Família

Fiocruz-Brasília - Fundação Oswaldo Cruz

MS - Ministério da Saúde

Nasf-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

PAQ - Plano de ação para a qualidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PN - Pré-Natal

QualisAPS - Programa de Qualificação da Atenção Primária

RA - Regiões Administrativas

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RS - Regiões de Saúde

SES/DF - Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

SIS - Sistemas de informação em saúde

SISCAN - Sistema de Informação do Câncer

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UF - Unidade da Federação

UnB - Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DIRECIONAMENTO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	11
1.2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	12
1.3 SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	14
1.4 PREVINE BRASIL E A CONTRIBUIÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	16
1.5 PROGRAMA QUALISAPS – AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	18
1.6 JUSTIFICATIVA.....	19
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3. MÉTODOS.....	22
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
4.1 ARTIGO.....	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
6. REFERÊNCIAS.....	56

1. INTRODUÇÃO

1.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DIRECIONAMENTO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em 1988, com a instauração da Constituição da República, o Movimento Sanitário obteve uma grande vitória em relação às lutas que o compunham: a inserção de um artigo inteiro na Carta Magna. Assim, a saúde foi implementada como um direito de todos e dever do Estado e, nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, buscando garantir os cuidados em saúde universais, gratuitos e abrangentes para a nação (SOUZA et al., 2018).

Esse movimento desencadeou o reconhecimento, pela primeira vez na história do Brasil, da saúde como um direito social, contando com uma seção específica e cinco artigos destinados a ela, artigos 196 a 200, na Constituição Federal. Nesses dispositivos legais, o SUS seria organizado com base em três diretrizes fundamentais, sendo elas: I. descentralização, retirando a gestão do sistema de saúde da União e compartilhando a gestão da saúde com os estados, municípios e o Distrito Federal (DF); II. atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, envolvendo promoção, prevenção e recuperação da saúde; III. participação da comunidade, como uma orientação para democratizar os serviços e as decisões relacionadas à saúde (BRASIL, 1988; PAIM, 2009).

A implementação do SUS começou na década de 1990 com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre as condições para proteção, promoção e recuperação da saúde e a organização dos serviços complementares. Visto que a saúde e seus problemas não são distribuídos de forma uniforme na população, fez-se necessário a organização de uma rede de atenção à saúde no SUS, sendo elas o estabelecimento de diferentes funções e perfis de atendimento, operando de forma ordenada e mantendo uma hierarquização e uma regionalização do cuidado. Em um nível especializado estariam os serviços de ambulatório e diagnóstico e, no nível básico, os serviços mais frequentes e necessários, como vacinas e consultas (PAIM, 2009; GIOVANELLA, 2012).

A abordagem da saúde na Constituição Federal e a sua construção sob a égide da Rede de Atenção à Saúde (RAS) se mostram alinhadas àquela contida na Declaração de Alma-Ata, 1978, onde lideranças governamentais globais debateram a formulação de políticas, as estratégias e os planos de ação para implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) como parte central do sistema de saúde, coordenando a RAS, de modo consonante à relação da saúde com os seus determinantes sociais (BRASIL, 1988; e WHO, 1978).

Desde Alma-Ata, a APS segue em processo de consolidação do seu espaço na RAS, em diferentes estágios, a depender do tipo de sistema de saúde do país. À vista disso, em 2018, o Banco Mundial realizou estudo em conjunto com a Organização Mundial da Saúde, e apontou significativa eficiência da APS em comparação a serviços dos outros níveis de atenção à saúde, mostrando um grande potencial para a melhoria da sustentabilidade do sistema, sobretudo quando analisada a efetividade atrelada a custos e ganhos na prevenção de agravos e promoção da saúde (WHO, 1978; BANCO MUNDIAL, 2018).

1.2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde é definida como um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde, desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade (CONASS, 2015). Autores, como Barbara Starfield (2002), também conceituam a Atenção Primária como o primeiro contato da assistência centrada no indivíduo, de forma que as suas necessidades como ser humano sejam satisfeitas e que somente casos incomuns precisem de uma atenção especializada.

A APS está fundamentada no compromisso com a justiça social, a equidade e no reconhecimento do direito fundamental ao mais alto padrão atingível de saúde, conforme ressaltado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]”. (SOUSA, 2008).

A APS possui quatro atributos essenciais: acesso e primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, tendo três atributos derivados: competência cultural, cuidado centrado na família e orientado para a comunidade (STARFIELD, 2002). No Brasil, nas últimas duas décadas, a política da APS tem sido alterada, na busca por melhorias em seu modelo e cobertura populacional (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012; BRASIL, 2017). É reconhecível que, mesmo após identificar os avanços na organização da APS ainda existem grandes questões para serem resolvidas para que os propósitos colocados na política possam ser cumpridos e para que ela possa desempenhar o papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde (LAVRAS, 2011).

Lavras (2011), em seu estudo sobre a organização das redes de atenção primária no Brasil, debate questões sobre a consolidação da APS no Brasil e cita barreiras próprias da realidade de cada município ou de cada equipe, o que não necessariamente implica em medidas locais para sua superação, como fatores a serem superados para uma melhoria da APS no país. Discute-se, ainda, a necessidade de rompimento de paradigma, tanto na sociedade como no aparelho formador, na perspectiva de reconhecer o papel da APS e dos outros níveis de atenção, sobretudo com o rompimento do hospitalocentrismo, um importante desafio do SUS na atualidade.

A APS veio para reorientar o modelo de assistência à saúde, sendo uma espécie de âncora na RAS de um dos sistemas universais de maior abrangência, o SUS. No Brasil, estratégias precursoras originaram o Programa Saúde da Família, que disseminou a APS, a partir do seu aumento de cobertura ao longo do território nacional, onde a busca pela melhoria do acesso e a satisfação do usuário eram um dos principais objetivos (SARTI et al., 2020). Atualmente, é imperioso destacar que é da Estratégia de Saúde da Família (eSF) o principal papel de oferecer o cuidado em saúde na APS no país e que essa Estratégia é alicerçada nos atributos da APS (SOARES; DA FONSECA, 2020).

Visando orientar a organização da APS no Brasil, o Governo Federal, por meio da Portaria GM/MS nº 2.448/2011, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que reafirma a Estratégia de Saúde da Família como o modelo prioritário para a consolidação da APS no território nacional seguindo os princípios do SUS, integralidade, universalidade e equidade. A política é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação, representada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais (Conasems) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), ela

favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS (BRASIL, 2012).

Para garantir a ampla oferta de serviços previstos na APS, prezando pela resolubilidade, a eSF apoia-se no trabalho transdisciplinar em equipe, como pilar para a sua sustentação (BRASIL, 2012). A eSF é composta por equipe de saúde da família (eSF), por equipe de saúde bucal (eSB) e por um núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (Nasf-AB). Essas equipes multiprofissionais são formadas por médico e enfermeiro generalista ou de família e comunidade, auxiliar/técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas generalistas ou especialistas em saúde da família, auxiliar/técnico de saúde bucal e especialistas em saúde, de diversas classes, e situam-se em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sob a gestão local municipal ou distrital (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

As eSFs são a base para a oferta do cuidado em saúde na eSF e os seus profissionais - médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde - são responsáveis pela assistência em saúde em todas as fases do curso da vida de sua população, definida por território, e devem participar ainda do processo de territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizar buscas ativas e notificar doenças e agravos de notificação compulsória. Além disso, devem cadastrar usuários, garantindo a qualidade dos dados coletados de forma que possa ser feito um diagnóstico de planejamento e avaliação, assim como realizar ações educativas, com incentivo à mobilização e participação da comunidade, que interfiram no processo saúde-doença (FRANCISCHINI et al., 2008; BRASIL, 2011).

1.3 SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com o objetivo de organizar as ações disponibilizadas na APS, a Carteira de Serviços da Atenção Primária (CaSAPS) apresenta-se como norteadora das ofertas e ações disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde na forma de serviços clínicos ou de vigilância, orientando a população e o próprio serviço de saúde. A CaSAPS é dividida em diversos setores de atenção, sendo um deles os Cuidados e a Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2019).

Dentre os serviços atinentes à saúde da mulher na APS, se encontram a assistência ao pré-natal e ao período do puerpério, a abordagem sexual e reprodutiva, o manejo de problemas ginecológicos, a prevenção e a identificação de violência de qualquer tipo, a tratativa de problemas relacionados à lactação, o rastreamento de neoplasias de colo uterino e na mama (BRASIL, 2019).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), o câncer do colo do útero é o terceiro tipo mais frequente entre as mulheres brasileiras, sendo responsável por aproximadamente 12% dos casos de câncer feminino (BRASIL, 2019). Além disso, estudos têm mostrado que a incidência desse tipo de câncer é maior em mulheres negras, pertencentes às camadas mais baixas da sociedade e residentes em áreas urbanas (SOUZA et al., 2015).

É essencial que medidas de prevenção e rastreamento do câncer de colo do útero sejam implementadas de forma ampla e acessível, especialmente em grupos de risco, para reduzir sua incidência e mortalidade. Essas são estratégias importantes, que consistem na realização de exames periódicos, como o Papanicolau, que permitem a detecção precoce de lesões pré-cancerosas e cancerosas (INCA, 2018). Além disso, a vacinação contra o HPV, vírus responsável por mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero, também é uma forma eficaz de prevenção (SILVA et al., 2016).

No que se refere ao pré-natal, o Ministério da Saúde, buscando uma ampliação na cobertura do acompanhamento dessas gestantes e a redução da mortalidade infantil, criou a Rede Cegonha (BRASIL, 2011). As ações previstas na Rede Cegonha ocorrem também no escopo na APS e devem ser implementadas por meio da incorporação de condutas acolhedoras, ações educativas e preventivas, do estabelecimento do vínculo entre o pré-natal e o local de parto e do fácil acesso da comunidade ao serviço (BRASIL, 2019; VIELLAS et al., 2014).

Enquanto conjunto de medidas que promovem o desenvolvimento saudável durante uma gestação, o pré-natal é preponderantemente realizado na APS e de relevância inquestionável para a saúde do binômio mãe-filho, pois permite o acompanhamento da saúde da gestante, do feto e do recém-nascido, além de ser um importante momento para a identificação de problemas de saúde, como hipertensão arterial, diabetes gestacional e anemia, e para a implementação de medidas preventivas, como acompanhamento nutricional e uso de suplementos vitamínicos e a implementação de medidas preventivas

(INCA, 2018). De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, o pré-natal é um direito de todas as mulheres e deve ser ofertado de forma integral e gratuita (BRASIL, 2006).

Estudos têm mostrado que o acompanhamento pré-natal de qualidade é fundamental para a redução da mortalidade materna e infantil, além de melhorar o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido (RONSMANS; GRAHAM, 2006; VICTORA et al., 2011; GIBBONS et al., 2010). Além disso, o pré-natal é um importante momento para a promoção de saúde e orientação sobre cuidados com a saúde da gestante e do recém-nascido, como a importância da amamentação, vacinação e acompanhamento pós-parto (BRASIL, 2014).

Com o intuito de aumentar o vínculo entre a população e as equipes de saúde, bem como promover a melhoria do acesso da comunidade aos serviços ofertados pela APS, algumas estratégias atreladas ao financiamento de ações têm sido desenvolvidas em âmbito nacional, como o Programa Previne Brasil 2022, que incluiu dentre os seus sete indicadores prioritários, dois referentes à saúde da mulher (BRASIL, 2019).

1.4 PREVINE BRASIL E A CONTRIBUIÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em 2019, o Governo Federal, por meio do MS, propôs um novo modelo de financiamento da APS, denominado Programa Previne Brasil, por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019). Ele é pautado no objetivo de responsabilizar os gestores e os profissionais pelo número, alto ou baixo, dos indicadores das pessoas assistidas naquela região.

O Programa nasce na nova estrutura Ministerial, pela recém-criada Secretaria de Atenção Primária à Saúde, que atrelou a necessidade de mudança do modelo de financiamento à precariedade da cobertura da APS no país. Assim, conferiu-se ao Previne Brasil o objetivo de reestruturar o modelo de financiamento, visando ampliar o acesso à APS, equilibrando valores financeiros referentes à população cadastrada nas equipes de saúde, incentivando ainda um melhor desempenho, mensurado por seis indicadores prioritários adotados pelo MS (HARZHEIM, 2020; MELO et al., 2020).

Esse novo modelo de financiamento traz grandes alterações no repasse das transferências para municípios e para o Distrito Federal, que passam a ser distribuídas em três critérios: I. Captação Ponderada - se baseando em um modelo de remuneração, ela traz um cálculo com o número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes se referindo ao número de cadastro dos Agentes Comunitários em Saúde (ACS); II. Pagamento por Desempenho - sendo o repasse de acordo com o desempenho de cada uma das equipes através de uma transferência mensal estando totalmente dependente dos resultados alcançados pelos indicadores monitorados; III. Ações Estratégicas - baseiam-se em incentivar os municípios a aderir às ações de acordo com a necessidade de cada território buscando a melhoria da APS e da RAS (BRASIL, 2019; MELO et al. 2020).

Os indicadores do Previne Brasil definidos para o ano de 2022 atendem ações estratégicas considerando a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde que estão vinculadas, são eles:

I. Pré-Natal: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação; Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; II. Saúde da Mulher: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; III. Saúde da Criança: Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenza* tipo b e Poliomielite inativada; e IV. Doenças Crônicas: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. (BRASIL,2019)

Como resultado, o Previne Brasil já conta com o acréscimo de mais de 50 milhões de pessoas com cadastro qualificado, com valor de mais de R\$ 400 milhões repassados desde a sua criação, com um número de 52 mil equipes financiadas pelo MS. dessas mais da metade delas adeptas ao uso de prontuários eletrônicos. É observado um aumento significativo do número de equipes que expandiram o horário de funcionamento das unidades para melhorar o acesso a qualidade (MOROSIN et al., 2020; HARZHEIM et al., 2022).

Para além do Programa Previne Brasil, alguns estados e municípios, em busca de qualificar a APS, têm criado programas locais, promovendo a integração de estratégias que confluem para o mesmo objeto: a melhoria dos serviços de saúde ofertados.

1.5 PROGRAMA QUALISAPS – AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal, visando avaliar os serviços e trazer melhorias para os processos de trabalho e estrutura das unidades da APS, concebeu o Programa de Qualificação da APS no DF (QualisAPS). Instaurado por meio da Portaria SES-DF nº 39, de 23 de janeiro de 2019 (DF, 2019), o QualisAPS tem o objetivo de articular ações de avaliação, de capacitação e de certificação das equipes de saúde da APS do DF, além de se constituir em espaço de construção coletiva entre a gestão central do SUS/DF e gestores regionais e locais, fundamentado no apoio institucional e no empoderamento dos profissionais da gestão. (FIOCRUZ, 2022)

O QualisAPS foi implementado por meio de parceria interinstitucional entre a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) e a Universidade de Brasília (UnB), e pretende, de modo inovador, qualificar a gestão e os serviços prestados pela APS organizando-se em três eixos interligados: 1) elaboração e implementação da sistemática de avaliação; 2) oferta de cursos de aperfeiçoamento e especialização para profissionais; 3) divulgação científica de conhecimentos sobre os sistemas de saúde do DF (FIOCRUZ, 2022).

O Programa, em seu eixo de avaliação, está organizado em ciclos, com fases que se repetem a cada nova etapa, buscando promover uma melhoria contínua crescente e de qualidade. Todas as UBSs e equipes de saúde da eSF do DF estão inseridas no Programa e participam de todas as fases de cada ciclo. As fases que compõem cada ciclo estão dispostas como: I - Plano de ação para qualidade (PAQ) que deverá ser construído com base na autoavaliação e na última avaliação visando adequar seus processos de trabalho para atingir os padrões estabelecidos pelo QualisAPS; II - Avaliação, que se refere a visita e coleta de dados em cada UBS e suas equipes para uma análise de dados e verificação dos cumprimento dos PAQs; III - A certificação é a fase de reconhecimento da qualidade dos serviços prestados por meio de análise de dados dos resultados coletados.

O quesito inovador do Programa QualisAPS propiciou a realização de avaliação de quarta geração (GUBA; LINCOLN, 2011), para tanto a participação de trabalhadores envolvidos em processo finalístico, desde a concepção do processo avaliativo, foi implementada. Assim, as assertivas e elementos, que traduzem a visão de qualidade na oferta de serviços de trabalhadores, gestores e usuários, foram construídas com estrutura denominada padrão de qualidade. Esses padrões serviram para todo o processo avaliativo e foram inseridos nos instrumentos de avaliação em cada fase e também no plano de ação e análises (FIOCRUZ,2022).

O Programa está ainda integrado a outras estratégias de desenvolvimento de processos da APS no DF, como a Planificação da Atenção à Saúde, o processo de regionalização e também ao Programa Previne Brasil, com aproximação dos indicadores aos seus padrões de qualidade (FIOCRUZ,2022).

1.6 JUSTIFICATIVA

A Atenção Primária à Saúde é um ponto estratégico para o acompanhamento continuado da saúde da mulher. Os indicadores do Previne Brasil referentes à atenção pré-natal e coleta de exames citopatológicos refletem a capacidade do serviço de saúde de captar e identificar precocemente as mulheres no seu território de abrangência para realização do acompanhamento, buscando a redução da mortalidade infantil e a prevenção e tratamento precoce do câncer do colo do útero em mulheres e homens trans.

Dessa forma, os indicadores do Previne Brasil e os padrões de qualidade do Programa QualisAPS foram pensados buscando resultados positivos no acesso aos serviços de saúde, por meio da organização do processo de trabalho dos servidores e planejamento estratégico para aumentar a qualidade do serviço através do alcance de metas, priorizando uma melhora para os usuários e os trabalhadores.

Embora haja estratégias para o avanço contínuo na APS, a disputa pela agenda de prioridades, dada a ampla gama de serviços da CaSAPS, requer que estudo sobre os problemas apontados pelos trabalhadores, que se apresentam como barreiras para o acompanhamento do pré-natal e do rastreamento do câncer de colo do útero na Atenção Primária à Saúde e identificar as ações que os trabalhadores inseridos nesse cenário

propõe para a melhoria desses pontos cruciais, focalizando investimentos para que haja um aprimoramento da oferta desses cuidados.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os problemas e as ações descritas no Plano de Ação para a Qualidade de equipes de saúde do Distrito Federal, no âmbito do Programa QualisAPS, relacionando aos indicadores do Programa Previne Brasil (2022).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- i. Categorizar os problemas encontrados pelas equipes de saúde relacionados aos padrões do QualisAPS;
- ii. Classificar as ações propostas pelas equipes para resolução dos problemas citados;
- iii. Estratificar os problemas e ações por Região de Saúde do DF;
- iv. Analisar os principais problemas e ações relacionados ao Previne Brasil.

3. MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, que usou dados coletados previamente pelo Programa QualisAPS durante os anos de 2021 e 2022, extraídos dos Planos de Ação das equipes de saúde da família do Distrito Federal, especificamente dos itens referentes à saúde da mulher.

O DF, por sua característica peculiar na Administração Pública, exerce função direta assistencial, assumindo papel de município na área da saúde. A Unidade da Federação (UF) possuía uma população estimada em 2022 de 3.130.014 pessoas, que se distribuem ao longo das 33 Regiões Administrativas (RA), que compõem o DF. Essas RAs são agrupadas em territórios contíguos, e formam sete Regiões de Saúde (RS), que operacionalizam a gestão da saúde na Capital Federal e adjacências (GDF, 2016).

As regiões são: I. Sudoeste: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia; II. Oeste: Brazlândia e Ceilândia; III. Centro-Sul: Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way e Candangolândia, Asa Sul, Lago Sul, Guará e Setor de Indústrias e Abastecimento - SIA; IV. Sul: Gama e Santa Maria; V. Leste: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, Jardins Mangueiral e São Sebastião; VI. Norte: Planaltina, Sobradinho, Fercal e Sobradinho II; VII. Centro-Norte: Asa Norte, Lago Norte, Varjão, Cruzeiro e Sudoeste/Octogonal (GDF, 2016).

A APS no DF possui modelo único de organização, a Estratégia Saúde da Família, instituída pela Lei Distrital nº 6.133/2018 (GDF, 2018), que é operacionalizada por 603 equipes de saúde da família, distribuídas em suas 165 Unidades Básicas de Saúde, com 120 delas contando com o serviço de saúde bucal, segundo dados de setembro de 2022 (FIOCRUZ, 2022).

Neste estudo, foram empregados os dados de todas as equipes de saúde da família que preencheram o seu respectivo Plano de Ação para a Qualidade (PAQ), a partir da autoavaliação realizada. Nesse Plano as equipes de saúde inseriram os problemas atinentes aos padrões de qualidade escolhidos por elas - a partir do próprio processo de autoavaliação - e também incluíram as ações para minguar/resolver os problemas. Assim, esses problemas e ações refletem as dificuldades encontradas pelos trabalhadores finalísticos correspondentes ao cenário que estavam inseridos.

Os 45 padrões de qualidade do QualisAPS, referentes ao processo de trabalho das equipes de saúde, foram construídos de modo participativo com trabalhadores, gestores e usuários, e se dividem em quatro dimensões e dez subdimensões. Esses padrões estão

ainda classificados de acordo com a sua prioridade para a SES-DF, sendo 14 de Grau I obrigatórios, 12 Grau I, 14 Grau II e 5 Grau III. Os padrões de Grau I obrigatório se articulam com os indicadores do Acordo de Gestão Local (AGL) da SES-DF e também com os indicadores do Programa Previne Brasil (**Quadro 1**) (FIOCRUZ, 2021).

Buscando atender aos objetivos específicos propostos neste estudo, foram selecionados dentre os padrões de Grau I Obrigatório, aqueles que faziam referência aos indicadores para o ano de 2022 do Programa Previne Brasil (**Quadro 1**), concernentes à saúde da mulher, quer sejam: IV. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação e V. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

Padrões Obrigatórios - Instrumento de Avaliação das Equipes			Previne Brasil
Dimensão	Subdimensão	Padrão	Indicadores (2022)
II - ATENÇÃO AO USUÁRIO	1. Atenção integral	II.1.9. A eSF realiza o acompanhamento das gestantes no seu território, com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação.
		II.1.10. A eSF realiza ações de rastreamento e controle do câncer de colo de útero das mulheres e dos homens trans do seu território	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

Quadro 1. Relação entre os padrões de qualidade do Programa QualisAPS e indicadores do Programa Previne Brasil.

Fonte: QualisAPS, DF; Previne Brasil, MS.

A análise deu-se com a construção de banco de dados, contendo a RS e os problemas e ações elencados por cada uma das equipes de saúde, referentes aos dois indicadores selecionados neste estudo. Procedeu-se então à análise de conteúdo e à classificação de cada um dos problemas e ações. Para uma melhor apresentação de resultados e compreensão, as categorias foram agrupadas em eixos centrais que resumiam a totalidade dos relatos.

Foram utilizados os seguintes eixos, para classificar os problemas e as ações: I. Processo de Trabalho: esse eixo abarca questões ligadas ao ambiente de trabalho e às ações de rotina das equipes de saúde para a oferta do cuidado em saúde, no escopo da CaSAPS da UBS; II. Estrutura: tratou de aspecto, não só físicos das UBS, mas também insumos e equipamentos que necessitavam de manutenção e atenção; III. Recursos Humanos: esse eixo buscou agrupar as ausências de membros para compor as eSF, diminuindo os trabalhos excessivos dos profissionais; IV. Educação na Saúde: quando se

tratava de informações das usuárias inseridos nos sistemas de informação em saúde (SIS) usados pelas unidades; e V. Covid-19: incluiu todos os problemas e ações que sofreram algum tipo de alteração no processo de planejamento devido à pandemia (**Figura 1**).

Figura 1. Eixos e categorias dos problemas e das ações elencadas pelas equipes de saúde da família, em seus Planos de Ação para a Qualidade, do Programa QualisAPS.

Fonte: Elaboração própria.

Foram construídas tabelas de frequências absoluta e relativa para os problemas e ações por indicador e também por eixo. Construiu-se cartograma do DF e suas RSs, com respectiva cobertura de eSF, calculada com base em dados da SES-DF (setembro de

Eixos	Categorias
I. Processo de Trabalho	Conhecimento da sua população adscrita Ações coletivas de orientação e terapêuticas Comunicação entre os serviços e entre o serviço e a comunidade Oferta de serviço da carteira de serviços da APS Organização da agenda da equipe Organização do processo de trabalho Responsabilização do usuário Cadastramento dos usuários na Unidade de Saúde
II. Estrutura	Equipamento/rede de tecnologia e informação Espaço físico Insumos para a saúde Distanciamento físico da unidade de saúde do seu território adstrito Serviço de apoio diagnóstico Manutenção de Equipamentos
III. Recursos Humanos	Absenteísmo dos profissionais Disponibilidade de Agente Comunitário de Saúde Disponibilidade de médico Sobrecarga de trabalho da equipe de saúde
IV. Educação na Saúde	Acesso e uso dos sistemas de informação Registro nos sistemas de informação
V. Covid-19	Alterações no processo de trabalho da equipe derivadas da pandemia da Covid-19

2022), 3.750 pessoas para cada eSF completa, de acordo com a Portaria SES-DF 77/2017, e o número de problemas e ações para os indicadores de pré-natal e rastreamento de

câncer de colo de útero (GDF, 2017). Foram utilizados os softwares Microsoft Excel e o servidor de informação geográfica, Arcgis.

Embora este estudo tenha empregado dados já coletados por meio do Programa QualisAPS, cumpre citar que há aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (CAAE) nº 29640120.6.0000.0030).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho serão expostos abaixo, na forma de artigo científico com o título “Qualificação da Atenção Primária à Saúde: um olhar para a saúde da mulher no Distrito Federal”, que será submetido para publicação em revista científica da área.

4.1 ARTIGO

Qualificação da Atenção Primária à Saúde: um olhar para a saúde da mulher no Distrito Federal

Lara Gomes Pereira Flores ¹

Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos ²

¹ Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB.

² Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB.

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado com a intenção de garantir os cuidados em saúde seguindo princípios fundamentais, sendo eles integralidade, universalidade e equidade, o que o transformou em um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. A Atenção Primária à Saúde (APS) foi pensada para reformular e trazer aprimoramentos para melhorar a abrangência do SUS, sendo regida por quatro atributos: acesso e primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Com a intenção de consolidar a relação entre equipe de Saúde da Família com a comunidade, o Programa Previne Brasil é instaurado no Brasil em 2019, levando à criação de programas que ajudem a melhoria desses indicadores, um deles sendo o Programa de Qualificação da Atenção Primária (QualisAPS). Com o objetivo de avaliar os problemas e ações descritos no Plano de Ação para a Qualidade das equipes de saúde do Distrito Federal relacionados ao Previne Brasil, este estudo descritivo usou de dados coletados pelo programa QualisAPS nos anos de 2021 e 2022, em que as equipes participantes definiram problemas e ações para o seu território, com foco na saúde da mulher. Após análise foram identificados 253 problemas e 291 ações, em que a maioria dos problemas (53,4%) fazia relação com o acompanhamento das gestantes no território e 46,6% sobre o rastreamento e realização de exames citopatológicos. Dentre as ações, 50,2% estavam relacionadas a realização dos exames de rastreamento de neoplasias uterinas. Foi possível identificar que os maiores problemas e ações das equipes estavam focados na organização do processo de trabalho e dificuldades estruturais, que impactam no acesso ao serviço.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Cuidado Pré-Natal; Neoplasias do Colo do Útero; Planejamento em Saúde.

Introdução

Em 1988, com a instauração da Constituição da República, o Movimento Sanitário obteve uma grande vitória em relação às lutas que o compunham: a inserção de um artigo inteiro na Carta Magna. Assim, a saúde foi implementada como um direito de todos e dever do Estado e, nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, buscando garantir os cuidados em saúde universais, gratuitos e abrangentes para a nação¹.

Esse movimento desencadeou o reconhecimento da saúde como um direito social, contando com uma seção específica e cinco artigos destinados a ela, artigos 196 a 200, na Constituição Federal. Nesses dispositivos legais, o SUS seria organizado com base em três diretrizes fundamentais, sendo elas: I. descentralização; II. atendimento integral; III. participação da comunidade^{2,3}.

A abordagem da saúde na Constituição Federal e a sua construção sob a égide da Rede de Atenção à Saúde (RAS) se mostram alinhadas àquela contida na Declaração de Alma-Ata, 1978, onde lideranças governamentais globais debateram a formulação de políticas, as estratégias e os planos de ação para implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) como parte central do sistema de saúde, coordenando a RAS, de modo consonante à relação da saúde com os seus determinantes sociais^{2,4}.

Autores, como Barbara Starfield (2006), também conceituam a Atenção Primária como o primeiro contato da assistência centrada no indivíduo, de forma que as suas necessidades como ser humano sejam satisfeitas e que somente casos incomuns precisem de uma atenção especializada. A APS está fundamentada no compromisso com a justiça social, a equidade e no reconhecimento do direito fundamental ao mais alto padrão atingível de saúde⁶.

A APS possui quatro atributos essenciais: acesso e primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, tendo três atributos derivados: competência cultural, cuidado centrado na família e orientado para a comunidade⁵.

É reconhecível que, mesmo após identificar os avanços na organização da APS ainda existem grandes questões para serem resolvidas para que os propósitos colocados na política possam ser cumpridos e para que ela possa desempenhar o papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde⁷.

Lavras (2011), em seu estudo sobre a organização das redes de atenção primária no Brasil, discute a necessidade de rompimento de paradigma, tanto na sociedade como no aparelho formador, na perspectiva de reconhecer o papel da APS e dos outros níveis de atenção, sobretudo com o rompimento do hospitalocentrismo, um importante desafio do SUS na atualidade.

No Brasil, estratégias precursoras originaram o Programa Saúde da Família, que disseminou a APS, a partir do seu aumento de cobertura ao longo do território nacional, onde a busca pela melhoria do acesso e a satisfação do usuário eram um dos principais objetivos⁸. Atualmente, é imperioso destacar que é da Estratégia de Saúde da Família (ESF) o principal papel de oferecer o cuidado em saúde na APS no país e que essa Estratégia é alicerçada nos atributos da APS⁹.

Para garantir a ampla oferta de serviços previstos na APS, prezando pela resolubilidade, a eSF apoia-se no trabalho transdisciplinar em equipe, como pilar para a sua sustentação. A eSF é composta por equipe de saúde da família (eSF), por equipe de saúde bucal (eSB) e por um núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (Nasf-AB)^{10,11}.

Com o objetivo de organizar as ações disponibilizadas na APS, a Carteira de Serviços da Atenção Primária (CaSAPS) apresenta-se como norteadora das ofertas e ações disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde na forma de serviços clínicos ou de vigilância, orientando a população e o próprio serviço de saúde. A CaSAPS é dividida em diversos setores de atenção, sendo um deles os Cuidados e a Atenção à Saúde da Mulher¹² (12) BRASIL, 2019).

Dentre os serviços atinentes à saúde da mulher na APS, se encontram a assistência ao pré-natal e ao período do puerpério, a abordagem sexual e reprodutiva, o manejo de problemas ginecológicos, a prevenção e a identificação de violência de qualquer tipo, a tratativa de problemas relacionados à lactação, o rastreamento de neoplasias de colo uterino e na mama¹².

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo mais frequente entre as mulheres brasileiras, sendo responsável por aproximadamente 12% dos casos de câncer feminino¹². É essencial que medidas de prevenção e rastreamento do câncer de colo do útero sejam implementadas de forma

ampla e acessível, especialmente em grupos de risco, para reduzir sua incidência e mortalidade¹³.

No que se refere ao pré-natal, o Ministério da Saúde (MS), buscando uma ampliação na cobertura do acompanhamento dessas gestantes e a redução da mortalidade infantil, criou a Rede Cegonha¹⁴. As ações previstas na Rede Cegonha ocorrem também no escopo na APS e devem ser implementadas por meio da incorporação de condutas acolhedoras, ações educativas e preventivas, do estabelecimento do vínculo entre o pré-natal e o local de parto e do fácil acesso da comunidade ao serviço^{12,15}.

Enquanto conjunto de medidas que promovem o desenvolvimento saudável durante uma gestação, o pré-natal é preponderantemente realizado na APS e de relevância inquestionável para a saúde do binômio mãe-filho, pois permite o acompanhamento da saúde da gestante, do feto e do recém-nascido, além de ser um importante momento para a identificação de problemas de saúde¹³.

Com o intuito de aumentar o vínculo entre a população e as equipes de saúde, bem como promover a melhoria do acesso da comunidade aos serviços ofertados pela APS, algumas estratégias atreladas ao financiamento de ações têm sido desenvolvidas em âmbito nacional, como o Programa Previne Brasil 2022, que incluiu dentre os seus sete indicadores prioritários, dois referentes à saúde da mulher¹⁴.

Em 2019, o Governo Federal, por meio do MS, propôs um novo modelo de financiamento da APS, denominado Programa Previne Brasil, por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019¹⁴. Ele é pautado no objetivo de responsabilizar os gestores e os profissionais pelo número, alto ou baixo, dos indicadores das pessoas assistidas naquela região.

Esse novo modelo de financiamento traz grandes alterações no repasse das transferências para municípios e para o Distrito Federal, que passam a ser distribuídas em três critérios: I. Captação Ponderada; II. Pagamento por Desempenho; III. Ações Estratégicas^{14,15}.

Para além do Programa Previne Brasil, alguns estados e municípios, em busca de qualificar a APS, têm criado programas locais, promovendo a integração de estratégias que confluem para o mesmo objeto: a melhoria dos serviços de saúde ofertados.

Por meio de parceria interinstitucional entre a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) e a Universidade de Brasília (UnB), o Distrito Federal (DF), concebeu o Programa de Qualificação da APS no DF (QualisAPS), por meio da Portaria SES-DF nº 39, de 23 de janeiro de 2019, tem o objetivo de articular ações de avaliação, de capacitação e de certificação das equipes de saúde da APS do DF, além de se constituir em espaço de construção coletiva entre a gestão central do SUS/DF e gestores regionais e locais, fundamentado no apoio institucional e no empoderamento dos profissionais da gestão^{16,17}.

O Programa, em seu eixo de avaliação, está organizado em ciclos, com fases que se repetem a cada nova etapa, buscando promover uma melhoria contínua crescente e de qualidade. As fases que compõem cada ciclo estão dispostas como: I - Plano de ação para qualidade (PAQ) que deverá ser construído com base na autoavaliação e na última avaliação visando adequar seus processos de trabalho para atingir os padrões estabelecidos pelo QualisAPS; II - Avaliação, que se refere a visita e coleta de dados em cada UBS e suas equipes para uma análise de dados e verificação dos cumprimentos dos PAQs; III - A certificação é a fase de reconhecimento da qualidade dos serviços prestados por meio de análise de dados dos resultados coletados¹⁷.

O Programa está ainda integrado a outras estratégias de desenvolvimento de processos da APS no DF, como a Planificação da Atenção à Saúde, o processo de regionalização e também ao Programa Previnde Brasil, com aproximação dos indicadores aos seus padrões de qualidade¹⁷.

Nesse sentido, este estudo tem por objetivo avaliar os problemas e as ações descritas no Plano de Ação para a Qualidade de equipes de saúde do Distrito Federal, no âmbito do Programa QualisAPS, relacionando aos indicadores do Programa Previnde Brasil (2022).

Métodos

Trata-se de estudo descritivo, que usou dados coletados previamente pelo Programa QualisAPS durante os anos de 2021 e 2022, extraídos dos Planos de Ação das equipes de saúde da família do Distrito Federal, especificamente dos itens referentes à saúde da mulher.

O DF, por sua característica peculiar na Administração Pública, exerce função direta assistencial, assumindo papel de município na área da saúde. A Unidade da Federação (UF) possuía uma população estimada em 2022 de 3.130.014 pessoas, que se distribuem ao longo das 33 Regiões Administrativas (RA), que compõem o DF. Essas RAs são agrupadas em territórios contíguos, e formam sete Regiões de Saúde (RS), que operacionalizam a gestão da saúde na Capital Federal e adjacências¹⁸.

As regiões são: *I. Sudoeste*: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia; *II. Oeste*: Brazlândia e Ceilândia; *III. Centro-Sul*: Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way e Candangolândia, Asa Sul, Lago Sul, Guará e Setor de Indústrias e Abastecimento - SIA; *IV. Sul*: Gama e Santa Maria; *V. Leste*: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico, Jardins Mangueiral e São Sebastião; *VI. Norte*: Planaltina, Sobradinho, Fercal e Sobradinho II; *VII. Centro-Norte*: Asa Norte, Lago Norte, Varjão, Cruzeiro e Sudoeste/Octogonal¹⁸.

A APS no DF possui modelo único de organização, a Estratégia Saúde da Família, instituída pela Lei Distrital nº 6.133/2018¹⁹, que é operacionalizada por 603 equipes de saúde da família, distribuídas em suas 165 Unidades Básicas de Saúde, com 120 delas contando com o serviço de saúde bucal, segundo dados de setembro de 2022^{17,19}.

Neste estudo, foram empregados os dados de todas as equipes de saúde da família que preencheram o seu respectivo Plano de Ação para a Qualidade (PAQ), a partir da autoavaliação realizada. Nesse Plano as equipes de saúde inseriram os problemas atinentes aos padrões de qualidade escolhidos por elas - a partir do próprio processo de autoavaliação - e incluíram as ações para minguar/resolver os problemas. Assim, esses problemas e ações refletem as dificuldades encontradas pelos trabalhadores finalísticos correspondentes ao cenário que estavam inseridos.

Os 45 padrões de qualidade do QualisAPS, referentes ao processo de trabalho das equipes de saúde, foram construídos de modo participativo com trabalhadores, gestores e usuários, e se dividem em quatro dimensões e dez subdimensões. Esses padrões estão ainda classificados de acordo com a sua prioridade para a SES-DF, sendo 14 de Grau I obrigatórios, 12 Grau I, 14 Grau II e 5 Grau III. Os padrões de Grau I obrigatório se articulam com os indicadores do Acordo de Gestão Local (AGL) da SES-DF e também com os indicadores do Programa Previne Brasil (**Quadro 1**)²⁰.

Buscando atender aos objetivos específicos propostos neste estudo, foram selecionados dentre os padrões de Grau I Obrigatório, aqueles que faziam referência aos indicadores para o ano de 2022 do Programa Previne Brasil (**Quadro 1**), concernentes à saúde da mulher, quer sejam: IV. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação e V. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

Padrões Obrigatórios - Instrumento de Avaliação das Equipes			Previne Brasil
Dimensão	Subdimensão	Padrão	Indicadores (2022)
II - ATENÇÃO AO USUÁRIO	1. Atenção integral	II.1.9. A eSF realiza o acompanhamento das gestantes no seu território, com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação.
		II.1.10. A eSF realiza ações de rastreamento e controle do câncer de colo de útero das mulheres e dos homens trans do seu território	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

Quadro 1. Relação entre os padrões de qualidade do Programa QualisAPS e indicadores do Programa Previne Brasil.

Fonte: QualisAPS, DF; Previne Brasil, MS.

A análise deu-se com a construção de banco de dados, contendo a RS e os problemas e ações elencados por cada uma das equipes de saúde, referentes aos dois indicadores selecionados neste estudo. Procedeu-se então à análise de conteúdo e à classificação de cada um dos problemas e ações. Para uma melhor apresentação de resultados e compreensão, as categorias foram agrupadas em eixos centrais que resumiam a totalidade dos relatos.

Foram utilizados os seguintes eixos, para classificar os problemas e as ações: I. Processo de Trabalho: esse eixo abarca questões ligadas ao ambiente de trabalho e às ações de rotina das equipes de saúde para a oferta do cuidado em saúde, no escopo da CaSAPS da UBS; II. Estrutura: tratou de aspecto, não só físicos das UBS, mas também insumos e equipamentos que necessitavam de manutenção e atenção; III. Recursos Humanos: esse eixo buscou agrupar as ausências de membros para compor as eSF, diminuindo os trabalhos excessivos dos profissionais; IV. Educação na Saúde: quando se tratava de informações das usuárias inseridos nos sistemas de informação (SIS) usados pelas unidades; e V. Covid-19: incluiu todos os problemas e ações que sofreram algum tipo de alteração no processo de planejamento devido a pandemia (**Figura 1**).

Eixos	Categorias
I. Processo de Trabalho	Conhecimento da sua população adscrita Ações coletivas de orientação e terapêuticas Comunicação entre os serviços e entre o serviço e a comunidade Oferta de serviço da carteira de serviços da APS Organização da agenda da equipe Organização do processo de trabalho Responsabilização do usuário Cadastramento dos usuários na Unidade de Saúde
II. Estrutura	Equipamento/rede de tecnologia e informação Espaço físico Insumos para a saúde Distanciamento físico da unidade de saúde do seu território adstrito Serviço de apoio diagnóstico Manutenção de Equipamentos
III. Recursos Humanos	Absenteísmo dos profissionais Disponibilidade de Agente Comunitário de Saúde Disponibilidade de médico Sobrecarga de trabalho da equipe de saúde
IV. Educação na Saúde	Acesso e uso dos sistemas de informação Registro nos sistemas de informação
V. Covid-19	Alterações no processo de trabalho da equipe derivadas da pandemia da Covid-19

Figura 1. Eixos e categorias dos problemas e das ações elencadas pelas equipes de saúde da família, em seus Planos de Ação para a Qualidade, do Programa QualisAPS.

Fonte: Elaboração própria.

Foram construídas tabelas de frequências absoluta e relativa para os problemas e ações por indicador e por eixo. Construiu-se cartograma do DF e suas RSs, com respectiva cobertura de eSF, calculada com base em dados da SES-DF (setembro de 2022, 3.750 pessoas para cada eSF completa, de acordo com a Portaria SES-DF 77/2017, e o número de problemas e ações para os indicadores de pré-natal e rastreamento de câncer de colo de útero²¹. Foram utilizados os softwares Microsoft Excel e o servidor de informação geográfica, Arcgis.

Embora este estudo tenha empregado dados já coletados por meio do Programa QualisAPS, cumpre citar que há aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (CAAE nº 29640120.6.0000.0030).

Resultados e Discussão

Das 603 eSFs, 563 construíram o seu respectivo PAQ, inserindo 1.028 ações e 2.387 problemas. Ao realizar o recorte para selecionar os problemas e as ações atreladas aos padrões de qualidade e aos dois indicadores do Programa Previne Brasil (PPB) acerca da saúde da mulher, restaram 253 problemas e 291 ações. Dos problemas, 46,6% faziam referência ao rastreamento e realização de exames citopatológicos e 53,4% ao acompanhamento das gestantes no território. Em relação as ações propostas, 49,8% estavam relacionadas ao acompanhamento do PN e 50,2% ao rastreamento e realização de exames.

Ao desagregar os problemas e ações pelas sete RS do DF, as equipes da RS Norte (30 problemas) elencaram maior número de problemas associados ao rastreamento e controle de câncer de colo de útero e na região Sudoeste (75 problemas) quando se tratou sobre o acompanhamento das consultas pré-natal em gestantes do território. Ao analisar as ações, as eSFs da região Sudoeste (69 problemas) apresentaram um maior número relacionadas ao acompanhamento das gestantes durante o pré-natal e na região Leste (37 problemas) voltadas para o rastreamento e controle do câncer de colo do útero (**Tabela 2**). A RS Central apresentou a menor quantidade de relatos envolvendo os dois indicadores selecionados, representando apenas 3,1% dos problemas e 3,5% de ações em relação ao DF.

Tabela 1. Distribuição por frequência absoluta e relativa (%) por Região de Saúde dos problemas e ações inseridos nos Planos de Ação para a Qualidade das Equipes de Saúde da Família do Distrito Federal

Regiões de Saúde	Descrição do Indicador							
	Rastreamento e controle do câncer de colo de útero				Acompanhamento das gestantes no seu território, com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas			
	Problemas	%	Ações	%	Problemas	%	Ações	%
Central	1	0,9	1	0,7	3	2,2	4	2,8
Centro-Sul	19	16,1	24	16,4	13	9,6	15	10,3
Leste	27	22,9	37	25,3	6	4,4	7	4,8
Norte	30	25,4	31	21,2	11	8,2	11	7,6
Oeste	4	3,4	7	4,8	14	10,4	16	11,0
Sudoeste	19	16,1	23	15,8	75	55,6	69	47,6
Sul	18	15,2	23	15,8	13	9,6	23	15,9
Distrito Federal	118	100,0	146	100,0	135	100,0	145	100,0

Fonte: Programa QualisAPS, 2022

Quando a RS apresenta números de ações maiores relacionados aos problemas, isso pode indicar um movimento de promoção e prevenção de saúde pelas eSF daquele território, as equipes se mostram atentas ao que pode ser feito para que não cheguem a virar um problema para a unidade. Na RS Sul, por exemplo, ocorre o contrário, são apresentados mais problemas do que ações relacionadas ao acompanhamento PN, isso pode indicar um maior desafio naquele território.

No DF, 53,4% dos problemas faziam relação com o acompanhamento de consultas PN nas UBS que responderam o PAQ, demonstrando 49,8% de ações, e 46,6% tratavam do acompanhamento de mulheres em idade alvo para rastreamento de câncer do colo do útero, com 50,2%, esse quantitativo demonstra a percepção das equipes acerca dos indicadores explorados e o interesse na resolução de problemas mais recorrentes, como a busca ativa de pacientes. Por esse motivo, a região Central destoa entre as outras pela falta de relatos no PAQ acerca dos padrões citados, o que pode ser explicado pela baixa cobertura das equipes de saúde na RS, apenas 38% (**Quadro 1**).

Conforme apresentado na **Figura 2**, a RS Norte possuía a maior cobertura populacional da ESF, em que 94 eSF cobriam 95,4% da população estimada de 369.655 pessoas. Ainda, a RS Central, com uma população estimada de 404.353 habitantes, tem a menor cobertura populacional em que 41 eSF cobrem apenas 38% da população e mesmo tendo o maior número de equipes, 136, a RS Sudoeste cobre ainda somente 59,4% de uma população de quase 900 mil habitantes. A baixa cobertura populacional da ESF pode indicar deturpação do modelo e isso impacta diretamente no processo de trabalho, com a oferta de serviços e ações derivadas do diagnóstico territorial^{22,23}.

A análise do quantitativo de problemas e ações relativizada pelo número de equipes mostrou que quando se tratou de rastreamento e acompanhamento de exames de CA útero, as RS Central e Oeste apresentaram uma menor entrega de problemas comparado com as outras RS e outras unidades e ao trata o acompanhamento PN, a RS Central se destaca novamente na falta de problemas e ações que envolvam o tema. Isso pode ser interpretado como uma maior dificuldade em obter avanços em PN e CA utero em determinadas localidades.

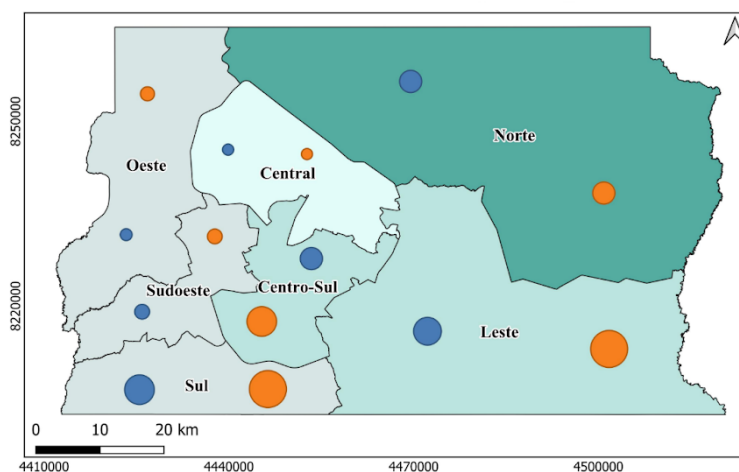
Tabela 2. Distribuição por frequência absoluta dos problemas e ações inseridos nos Planos de Ação para a Qualidade das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal, desagregados por Região de Saúde.

Eixos e Categorias	Regiões de Saúde do Distrito Federal															
	Central		Centro-Sul		Leste		Norte		Oeste		Sudoeste		Sul		Distrito Federal	
	Problemas n (%)	Ações n (%)	Problemas n (%)	Ações n (%)	Problemas n (%)	Ações n (%)	Problemas n (%)	Ações n (%)	Problemas n (%)	Ações n (%)	Problemas n (%)	Ações n (%)	Problemas n (%)	Ações n (%)	Problemas n (%)	Ações n (%)
Processo de Trabalho																
Conhecimento da sua população adscrita	0 (0,0)	0 (0,0)	00 (0,0)	3 (1,0)	0 (0,0)	5 (1,7)	0 (0,0)	5 (1,7)	1 (0,4)	0 (0,0)	4 (1,6)	6 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	5 (2,0)	20 (6,9)
Ações coletivas de orientação e terapêuticas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,4)	1 (0,4)	3 (1,0)	3 (1,2)	3 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,4)	0 (0,0)	9 (3,1)	4 (1,6)	23 (7,9)
Comunicação entre os serviços e entre o serviço e a comunidade	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	2 (0,7)	0 (0,0)	2 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	2 (0,8)	3 (1,0)	1 (0,4)	2 (0,7)	4 (1,6)	10 (3,4)
Oferta de serviço da carteira de serviços da APS	1 (0,4)	0 (0,0)	3 (1,2)	3 (1,0)	2 (0,8)	0 (0,0)	6 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	6 (2,4)	7 (2,4)	4 (1,5)	2 (0,7)	22 (8,7)	12 (4,1)
Organização da agenda da equipe	1 (0,4)	1 (0,3)	1 (0,4)	3 (1,0)	1 (0,40)	7 (2,4)	1 (0,4)	9 (3,0)	4 (1,6)	4 (1,4)	4 (1,6)	7 (2,4)	2 (0,8)	7 (0,7)	14 (5,5)	38 (13,1)
Organização do processo de trabalho	0 (0,0)	3 (1,0)	5 (1,2)	12 (4,1)	3 (1,2)	12 (4,1)	1 (0,4)	9 (3,0)	3 (1,2)	9 (3,1)	13 (5,1)	26 (8,9)	2 (0,8)	15 (5,1)	27 (10,7)	86 (29,6)
Responsabilização do usuário	1 (0,4)	0 (0,0)	6 (2,4)	2 (0,7)	2 (0,8)	4 (1,4)	5 (2,0)	2 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (7,9)	7 (2,4)	6 (2,4)	1 (0,3)	40 (15,8)	16 (5,5)
Cadastramento dos usuários na Unidade de Saúde	0 (0,0)	1 (0,3)	3 (1,2)	5 (1,7)	1 (0,4)	2 (0,7)	5 (2,0)	2 (0,7)	4 (1,6)	4 (1,4)	10 (3,9)	9 (3,1)	1 (0,4)	0 (0,0)	24 (9,5)	23 (7,9)
Estrutura																
Equipamento/rede de tecnologia e informação	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	3 (1,0)
Espaço físico	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,6)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (0,4)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,3)	6 (2,4)	4 (1,4)
Insuficiência para a saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (3,2)	3 (1,0)	4 (1,2)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	3 (1,0)	1 (0,4)	2 (0,7)	14 (5,5)	9 (3,0)
Distanciamento físico da unidade de saúde do seu território adstrito	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,8)
Serviço de apoio diagnóstico	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (3,2)	1 (0,3)	2 (0,8)	0 (0,0)	12 (4,7)	1 (0,3)
Manutenção de Equipamentos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,2)	0 (0,0)
Recursos Humanos																
Absenteísmo dos profissionais	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	3 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,3)	0 (0,0)	2 (0,7)	6 (2,4)	3 (1,0)
Disponibilidade de Agente Comunitário de Saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,7)	6 (2,4)	6 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (3,2)	8 (2,8)
Disponibilidade de médico	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	3 (1,2)	0 (0,0)
Sobrecarga de trabalho da equipe de saúde	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (0,8)	1 (0,3)	3 (1,2)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (3,2)	3 (1,0)
Educação na Saúde																
Acesso e uso dos sistemas de informação	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	2 (0,7)	2 (0,8)	1 (0,3)	0 (0,0)	3 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	4 (1,4)	0 (0,0)	3 (1,0)	4 (1,6)	13 (4,5)
Registro nos sistemas de informação	1 (0,4)	0 (0,0)	3 (1,2)	2 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,3)	4 (1,6)	4 (1,4)	1 (0,4)	2 (0,7)	11 (4,3)	6 (2,1)	1 (0,4)	0 (0,0)	21 (8,3)	15 (5,2)
Covid-19																
Alterações no processo de trabalho da equipe derivadas da pandemia da Covid-19	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (2,4)	1 (0,3)	6 (2,4)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (2,0)	0 (0,0)	8 (3,2)	1 (0,3)	25 (9,9)	3 (1,0)
Total Geral	4 (1,6)	5 (1,7)	32 (12,6)	39 (13,4)	33 (13,0)	44 (15,1)	41 (16,2)	42 (14,4)	18 (7,1)	23 (7,9)	94 (37,1)	92 (31,6)	31 (12,2)	46 (15,8)	253 (100,0)	291 (100,0)

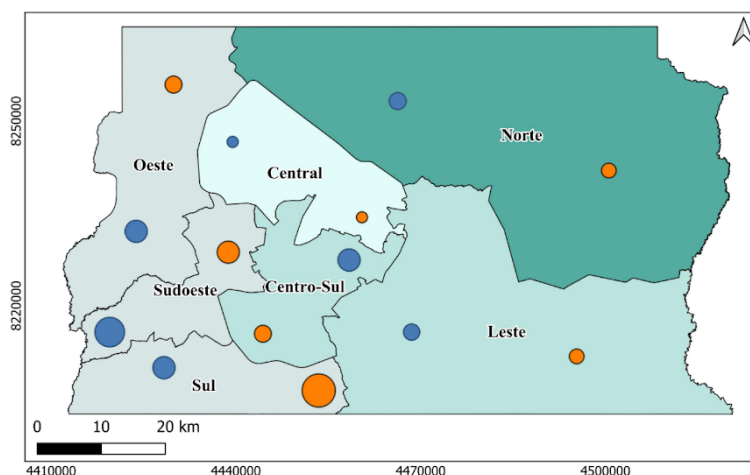
Fonte: Programa QualisAPS, 2022.

A cobertura de ESF é associada a melhorias na condição de saúde das pessoas inseridas naquele território, como a queda da mortalidade infantil e o aumento de consultas pré-natal, também é evidenciado a contribuição para a diminuição de hospitalização por causas que a Atenção Primária é capaz de resolver²⁴. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012) cada eSF pode se responsabilizar por, até, 4.000 pessoas, sendo orientadas a considerar o grau de vulnerabilidade das famílias do território, sabendo que quanto maior esse grau menor deve ser o número de pessoas por equipe respeitando os critérios de equidade para essa definição:

Exame Citopatológico



Consultas Pré-Natal



Legenda

Ações	Cobertura Relativa (%) da Estratégia de Saúde da Família
	20 - 40
	40 - 60
	60 - 80
	80 - 100

Figura 2. Representação cartográfica de problemas e ações, relativizados pelo número de equipes nas Regiões de Saúde do Distrito Federal, sob a cobertura populacional de Estratégia.

Fonte: SES-DF; QualisAPS, 2022.

A análise dos problemas e ações agrupadas nos eixos de Processo de Trabalho, Estrutura, Recursos Humanos, Educação na Saúde e Covid-19 possibilita a visualização da concentração das barreiras encontradas pelas eSF para a qualificação da oferta do pré-natal e de ações atreladas ao rastreamento e controle do câncer de colo do útero.

Processo de Trabalho

No eixo Processo de Trabalho foram encontrados 140 problemas (55,4%), desses sendo 81 a respeito do acompanhamento de consultas pré-natal e 59 envolvendo o rastreamento de câncer do colo do útero, e 228 ações (78,4%), 118 sobre o acompanhamento e 110 sobre o rastreamento. Quando se detalha as categorias atreladas a ele, pode-se observar que 15,8% dos problemas estão classificados como sendo “Responsabilização do Usuário” e 29,6% das ações envolvem uma melhor organização do processo de trabalho das eSF.

O processo de trabalho em saúde trata sobre o cotidiano da prática dos profissionais, e a organização desses processos constituem um dos eixos centrais da atenção à saúde. As finalidades ou objetivos são projeções de resultados visando satisfazer a necessidade dos indivíduos que procuram o serviço²⁵.

Nos planos de ação foram identificadas diversas considerações das equipes de saúde relacionadas às categorias expostas nesse eixo. Quando se tratou dos problemas notou-se um reconhecimento da falha na organização do processo de trabalho nas UBSs, já as ações demonstram um entendimento maior das possibilidades que esse trabalho organizado pode trazer para auxiliar na resolução dos indicadores.

A região Sudoeste foi a que mais se destacou em número de problemas e ações em todas as categorias. Ainda que as demais regiões apresentam problemas como a falta de realização de exames preventivos, falha na busca ativa de pacientes, um déficit na adesão das usuárias e grande falha na organização da agenda da equipe, que não estabelece uma rotina para o desenvolvimento de ações de prevenção e novos atendimentos.

O principal problema encontrado foi a “Responsabilização do Usuário” e fala sobre a relação das usuárias com o sistema de saúde. A ausência dessas mulheres no serviço agendado representa uma perda de recursos públicos, mas principalmente na continuidade da assistência e na resolutividade das demandas de saúde, conforme apontam alguns estudos, como no caso do rastreamento e acompanhamento de doenças na gestação ou um estágio inicial de câncer no colo do útero^{26,27}. Os relatos das equipes demonstram um absenteísmo das usuárias em consultas e acompanhamentos de rotina, como mostra os seguintes resultados descritos:

“Grande demanda de Mulheres faltosas às consultas para rastreamento de câncer de colo uterino.” (RS Norte)

“As marcações de consultas para coleta de papanicolau são realizadas, porém há um absenteísmo das pacientes enorme no dia da consulta.” (eSF - RS Sudoeste)

É necessário que as usuárias do sistema naquela região procurem a UBS para o atendimento de rotina na gestação ou, quando em idade alvo, para a realização do exame preventivo, mas é descrito na PNAB (2012) que todos os membros de uma equipe de saúde devem participar ativamente do processo de identificação dos grupos de risco, da busca ativa e do acolhimento dessas mulheres como uma escuta qualificada, a fim de garantir uma das diretrizes principais do SUS, a universalidade¹⁰.

Para atingir o objetivo da universalidade e o atributo do acesso e primeiro contato, marcas essenciais da APS, é preciso garantir o agendamento adequado das usuárias pela sua equipe de referência, por meio do acesso oportuno, capacitando a equipe para oferecer atendimentos rápidos, que permitam aquela mulher obter a assistência para todos os tipos de condições^{28,29}. Foi identificado que a organização da agenda das eSF foi um dos principais problemas citados, há empecilhos para a disponibilidade da agenda de médicos especialistas e não marcam o retorno das pacientes para acompanhamento devido a falta de datas disponíveis desses profissionais.

Dessa forma, as ações descritas no PAQ se voltam à resolução de alguns problemas identificados. As equipes demonstram interesse na volta de ações terapêuticas e orientações, além da confecção de um “manual da gestante” com informações relevantes. É identificado uma disposição para melhoria da organização do processo de trabalho planejando aumentar as buscas ativas, de forma mais eficiente, para conhecer o

território que a UBS está inserida, organizando a agenda da rotina para priorizar horários que atendam as usuárias de forma adequada e efetuando um cadastramento mais efetivo das usuárias, como mostra os relatos:

“Realizar visita domiciliares ou entrar em contato via telefone das pacientes faltosas” (eSF - RS Centro-Sul)

“Identificar mulheres que não tenham realizado o exame preventivo a mais de 3 anos e agendamento de pelo menos 1 atendimento na semana” (eSF - RS Leste)

A organização da agenda da equipe também foi recorrente nos problemas e ações descritos, é preciso levar em consideração o horário de funcionamento das UBS. Estudo de Esposti e colaboradores (2015) relata que as gestantes reclamam de atendimentos curtos, devido ao grande número de pacientes e a pouca quantidade de médicos, e uma falta de flexibilização do horário em que as mulheres empregadas acabavam buscando atendimentos em hospitais para não enfrentar filas e demoras no atendimento³⁰. Quando realizadas, as ações de identificação de mulheres gestantes e em idade alvo deve ser realizadas com a intenção de analisar os determinantes que tornam a adesão das usuárias um fato recorrente nos relatos e identificar quais são os motivos, levando em consideração a dificuldade do acesso e o horário de atendimento.

As equipes demonstram interesse, em algumas regiões, de voltar com ações educativas para esclarecer a comunidade sobre a importância da realização dos exames citopatológicos e identificar as mulheres que estão na idade alvo. Essas ações dão autonomia para as usuárias, dando a elas a oportunidade de debate com profissionais de saúde e outros membros da comunidade^{10,31}. Esse se torna um dos principais objetivos para iniciar a reorganização do planejamento de rotina.

É necessário a criação de um vínculo do serviço com as mulheres inseridas naquela comunidade e para isso existem orientações sobre procedimentos de busca ativa para a captação precoce da mulher e monitoramento do absenteísmo às consultas pré-natal, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde. Laço de confiança que deve ser feito nas visitas e no acolhimento nas unidades das mulheres com escuta qualificada favorecendo a avaliação de vulnerabilidade entre os cuidados^{21,10}.

Estrutura

O eixo “Estrutura” foi proposto como uma forma de avaliar os parâmetros físicos, organizacionais e técnicos essenciais para a qualidade do serviço prestado, assim como profissionais motivados e qualificados, além de inserir os outros elementos que compõem uma UBS como disponibilidade de equipamentos, recursos materiais, componentes de tecnologia e informação e gerenciamento de lixo contaminado^{32,33}.

Foram identificados 38 (15%) problemas e 18 (6%) ações que se enquadram nas categorias definidas no eixo Estrutura. Tanto os problemas (26) quanto às ações (11) definidas pelas equipes foram mais numerosas quando se trata do rastreamento do câncer do colo do útero, tendo a falta de insumos como um dos principais empecilhos para a realização da atividade pelas eSFs.

“Falta de materiais e equipamentos como lençol, toalhas, camisola, foco para realizar o exame de forma adequada.” (eSF - RS Norte)

“Falta de material para o procedimento de coleta.” (eSF - RS Leste)

Os insumos à saúde estão relacionados a materiais e equipamentos para a realização de atividades rotineiras da UBS, como aqueles empregados para a coleta de exames preventivos. Os serviços direcionados à saúde da mulher também dependem da disponibilidade permanente de equipamentos e materiais suficientes para o seu desenvolvimento³⁴. Esposti e et al. (2015), analisando a percepção de usuárias do serviço de saúde, destacaram que os recursos materiais e espaços físicos das UBSs foram, na maioria das vezes, considerados inadequados e insuficientes para garantir a qualidade daquele serviço³⁰.

As eSFs evidenciaram em seus PAQs a ocorrência de falta de macas, de salas para atendimento, de materiais para coleta de exames preventivos, além de demonstrar dificuldades em receber os resultados dos exames coletados pelas equipes, impossibilitando o retorno rápido e a identificação precoce de alterações. O estudo de ESPOSTI e colaboradores (2015), realizado com gestantes em Grande Vitória - ES, expõem que as mulheres que procuram o serviço esperam uma sala de espera com um espaço acolhedor e um espaço físico que se adeque às suas necessidades, além da expectativa quanto a iluminação, ventilação e locais adequados para realização de exames³⁰.

Os problemas relacionados à falta de espaço para realização dos exames estão presentes nas RS: faltam locais adequados para que as usuárias e os profissionais se sintam confortáveis e tenham a privacidade necessária para realização de ações e exames adequados. A não disponibilidade de um espaço privado influencia na abordagem do profissional, mas também constitui um desrespeito com as usuárias, sobretudo quando se trata de exames ginecológicos e mais intimistas³⁴.

As UBSs devem ter disponíveis consultórios médicos e odontológicos, salas de acolhimento para demanda espontânea, sala de atividades coletivas e espaços que garantam que o serviço oferecido será cumprido de forma eficiente¹⁰. As políticas de saúde e a carteira de serviços são instrumentos de monitoramento para a gestão, que deve oferecer condições estruturais de equipamentos, insumos e recursos humanos suficientes para garantir a realização do trabalho de rotina adequado na APS³⁵.

Ao analisar as ações propostas pelas eSFs, para enfrentar os problemas de sua governabilidade, identificou-se algumas relacionadas a atividades que facilitassem a visualização de pacientes agendadas e de comunicação com as usuárias. O uso de tecnologias, como uma forma de auxílio para a elaboração de atividades educativas, comunicação com outras equipes e construção de recursos para planejamento de estratégias é uma ferramenta que pode ajudar na organização da agenda dessas eSF, com a manutenção de computadores e telefones que podem estar sem funcionamento nas unidades³⁶.

Recursos Humanos

No eixo Recursos Humanos foram identificados 25 (10%) problemas envolvendo os indicadores de saúde da mulher, sendo 16 delas concentradas no acompanhamento das gestantes nas consultas pré-natal. As categorias que tratam a sobrecarga de trabalho e a falta de agentes comunitários de saúde somam juntas 6,4% dos problemas encontrados.

Dentre essas narrativas, o ACS é inserido como uma figura chave para a realização de atividades, como busca ativa, por seu elo entre a comunidade e o serviço de saúde. As equipes reconhecem no ACS um profissional essencial para o desenvolvimento e agilidade do rastreamento das mulheres na comunidade, já que ele precisa ter um conhecimento do território em que está inserido e levar as informações coletadas para o restante da equipe, auxiliando o processo de planejamento e resolução dos problemas. O ACS tem função essencial na rotina das equipes, pois atua na prevenção e promoção de

saúde dentro do território em que trabalha, desenvolvendo uma função de assistência para aquela unidade^{37,38}.

Quando se trata da sobrecarga de trabalho, o ACS deveria exercer um papel de auxiliador de manejo de trabalho, ajudando na melhor organização da gestão e das equipes, diminuindo o acúmulo de trabalho, já que ele está inserido na comunidade e encontra um caminho de facilitador de vínculo, que também auxilia na reorganização do trabalho em equipe^{39,40}. Porém, as equipes relatam nos PAQs a dificuldade que esse profissional tem de cumprir as demandas e suas atribuições.

“Quantidade de ACS insuficiente para acompanhamento das gestantes, fazer cadastros, realizar visitas.” (eSF - RS Sudoeste)

É importante determinar as atribuições comuns dos profissionais de saúde em todo o processo na parte de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, na parte de identificação das gestantes e público alvo de exames citopatológicos¹⁰. Cada profissional inserido no sistema tem as demandas diárias que devem cumprir, e é perceptível nos relatos a dificuldade de realização dessas atividades devido à alta carga de trabalho para cobrir profissionais ausentes em outras áreas.

“A equipe programa atividades relacionadas e têm a mesma programação interrompida ou alterada por outras solicitações gerenciais.” (eSF - RS Norte)

Segundo Assis et al. (2020) em seu estudo, essa carga excessiva tem como principal fator a falha na gestão da agenda de atendimento e na realocação de pessoal, que resultam em um acúmulo de atividades gerando insatisfação do profissional. Os problemas e ações relatados em todas as RS trazem o absenteísmo profissional como o causador da falta de busca ativa e de outros processos de trabalho, que necessitam de recursos humanos para serem realizados⁴¹.

O absenteísmo de profissionais de saúde causa diversos agravos para a oferta do cuidado em saúde e muitas vezes é advindo da sobrecarga de trabalho, em que todos precisam se adequar a uma nova agenda, em que as usuárias e os demais profissionais saem prejudicados⁴². Os profissionais associam o acúmulo de tarefas a demanda espontânea da unidade, as ações analisadas nesse eixo demonstram uma busca por priorizar os atendimentos marcados em agenda, priorizando assim as atividades de rotina.

Estudo de Domingues et al. (2012) mostra que quando a assistência ao pré-natal é feita com qualidade e profissionais de diversas áreas, incluindo médica, podem contribuir para desfechos dessa gestação mais favoráveis, pois permitem a detecção de doenças, controlando riscos à saúde da mulher e da criança⁴³.

As eSFs demonstram, por seus planejamentos de ações, interesse em reorganizar a rotina semanal, de forma que reduza a sobrecarga de trabalho, para que possam retomar a dedicação às atividades de rastreamento de câncer de colo do útero e do acompanhamento de gestantes. Para isso, é necessário procurar modelos que orientem essa organização do processo de trabalho, sem deixar de lado atividades de responsabilidade das equipes como promoção e prevenção da saúde naquele território⁴⁴.

Educação na Saúde

O eixo Educação na Saúde se refere principalmente a dificuldades no uso de Sistema de Informação (SIS) e o no acesso a esses. Quando se trata do indicador que aborda o acompanhamento das consultas pré-natal, foram encontrados 22 (8,7%) problemas e 17 (5,9%) ações, e o indicador de rastreamento de câncer de colo do útero aparece com 3 (1,2%) problemas e 11 (3,8%) ações.

Os problemas e ações encontrados evidenciam carência de instrução para os profissionais, acerca do uso dos SIS. O uso equivocado faz com que haja registros equivocados que prejudicam o rastreamento dessas mulheres e homens trans dentro do território. O foco principal das equipes ficou na categoria Registro nos Sistemas de Informação, com 8,3% dos problemas e 5,2% das ações. Falta que as equipes entendam a funcionalidade dos sistemas de informação, que eles servem para fazer um apanhado de dados e conhecimentos coletados por todos os seus integrantes, com o objetivo de sustentar um planejamento mais específico e apoiar no processo decisório dos profissionais, que se envolvem diariamente com o atendimento dos usuários⁴⁵.

Dos sistemas que mais houveram relatos, nos dois PAQs, destacam-se o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e o e-SUS. As equipes demonstram uma insatisfação com os registros e pela falha no funcionamento dessas tecnologias, como mostram os relatos abaixo:

“O SISCAN não está funcionando dentro da unidade.” (eSF - RS Leste)

“Preenchimento de informações no prontuário ESUS fora dos campos específicos (ex: exames, dados do exame físico)” (eSF - RS Norte)

O SISCAN é destinado ao registro da suspeita e confirmação diagnóstica dos cânceres de colo do útero e mama. Além disso, registra informações sobre a conduta diagnóstica, fornece um laudo padronizado, arquiva e sistematiza os exames positivos e com alterações, entre muitas outras utilidades que facilitariam as equipes no atendimento às usuárias⁴⁶. Com o uso adequado desse sistema, as equipes conseguiram agilizar a rotina de trabalho tendo, em tempo real, as informações que ali estão contidas, pois o SISCAN contém todos os exames realizados no SUS e o histórico atualizado. Seria ainda mais produtivo se houvesse a integração entre e-SUS e SISCAN.

Os problemas com o e-SUS estão relacionados à falta de atualização da situação das mulheres gestantes, se já se tornaram puérperas ou não. Atualizações atrasadas impactam no planejamento das rotinas diárias das equipes, provocando a disponibilização de agenda para uma mulher que não se encontra mais gestante. Cavalcante e colaboradores (2011) e Nyamtema (2010) afirmam em seus estudos que os SIS são complexos e repletos de campos de dados, mas que promovem a organização e a produção de informação é facilitadora da qualidade do cuidado e implementação de programas de saúde, porém a não confiabilidade desses dados, por subnotificação de informação e falta de conhecimento dos profissionais para um registro adequado podem atrapalhar essa importante finalidade^{47,48}.

Percebe-se a dificuldade das equipes em utilizar as informações cadastradas nos sistemas, mesmo se tratando do preenchimento cotidiano dos profissionais, que geram relatórios errôneos, quando indevidamente preenchidos, prejudicando as suas próprias atividades⁴⁹. Nesse sentido, as ações propostas no PAQ das equipes buscam o monitoramento da qualidade e a atualização dos registros feitos pelos profissionais durante o atendimento dessas usuárias, retirando cadastros antigos e inserindo novos, inclusive.

“Pactuar com os profissionais da equipe as informações que deverão constar no e-SUS dos atendimentos.” (eSF - RS Oeste)

“Monitorar através do ESUS as gestantes cadastradas na área de abrangência. conferir se as gestantes estão com os dados atualizados no sistema” (eSF - RS Sudoeste)

Entende-se que, com um melhor tratamento de dados dos relatórios dos sistemas de informação, os indicadores de rastreamento de colo de útero se desenvolveriam, pois os resultados estariam disponíveis para a visualização das equipes, onde essas mulheres estão cadastradas, fazendo com que a busca ativa se mantivesse mais recorrente dentro da comunidade. Essas estratégias de busca ativa podem ser utilizadas também para a identificação de mulheres e homens trans, que estão na idade alvo para realização do exame citopatológico e, de gestantes usando do trabalho do ACS como uma alternativa para a realização do monitoramento de forma contínua da comunidade⁵⁰.

Covid-19

Na atual conjuntura, importante tratar da influência da pandemia da Covid-19 nos serviços de saúde da APS. Assim, quando se trata da pandemia do coronavírus, tratou-se também dos impactos causados em todos os setores, incluindo o de gestão em saúde. As incertezas causadas pela pandemia geraram uma mudança de hábitos, principalmente na APS, em que as equipes deveriam estar presentes nos cuidados de urgência, sem deixar de atuar frente à CaSAPS⁹. O eixo descrito foi pensado a partir dos problemas (25) relatados pelas equipes de saúde da família, uma boa parte (21) deles tratavam a pandemia como um dificultador do acompanhamento e rastreamento de exames citopatológicos no público alvo. As ações apresentaram uma menor porcentagem, tratam apenas da reorganização das agendas para que pudessem atender as demandas da Covid-19 e da UBS.

As equipes demonstraram uma fragilidade na continuidade do processo de trabalho e da rotina diária devido ao impacto da pandemia dentro das UBSs. Foi comum a paralisação de grupos terapêuticos e de ações coletivas no território, além da busca ativa em todos os grupos alvos mas, principalmente, com as mulheres em situação de gestação e de idade alvo para realização de exames, devido à realocação desses profissionais para outros setores, para atuar na linha de frente da Covid-19 e na vacinação, quando foi iniciada.

“Pandemia de COVID-19 prejudicou a realização de exame citopatológico de rotina, devido a realização da carteira mínima nas unidades.” (eSF - RS Leste)

“Falta de realização de busca ativa/impossibilidade de visita domiciliar nos picos da pandemia.” (eSF - RS Sul)

Para mitigar o impacto da Covid-19 nas demais situações de saúde, as atividades de rotina deveriam ter sido mantidas minimamente, com as adequações para aquele momento, com o uso de equipamentos de segurança individual, higienização e agendamento de atendimentos, evitando aglomerações para garantir a saúde da população e dos trabalhadores⁵¹. O sistema se tornou mais frágil devido a alta demanda de busca por tratamento de sintomas respiratórios, deixando de lado as outras prioridades das eSF das unidades estudadas⁵².

A falta da realização dessas rotinas relacionadas à saúde da mulher no contexto da pandemia pode resultar em um número ineficaz das buscas ao serviço de saúde para a realização de exames e acompanhamentos, comprometendo diretamente os cuidados em saúde relacionados a essas usuárias. Em 2020, no auge da Pandemia, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) lançou uma nota técnica recomendando as mulheres a não procurarem os serviços de rastreamento de câncer, com remarcações de coleta de exames. Estudos mostram que a postergação para realizar esses exames podem levar a um aumento da morbimortalidade por câncer do colo do útero, contudo há de ponderar a situação pandêmica e a realização da coleta do material naquele momento, o que não afasta a iminente necessidade de retomada imediata, de forma adequada, tão logo se controlasse a situação de emergência sanitária⁵³.

O número baixo de problemas e ações relacionados às consultas pré-natal demonstram que, diferente da realização de exames citopatológicos, não houve uma redução desse acompanhamento, como mostra o estudo de SANTOS et al. (2022), em que os números de atendimento não foram reduzidos, pois continuavam acontecendo mensalmente, apenas foram readequados para o momento da pandemia⁵⁴.

Quando se trata da repercussão da pandemia nos territórios das Estratégias de Saúde da Família, é necessário tratar também sobre as singularidades do território. Considerando que identificar essas singularidades permitem a relação dos profissionais com as necessidades de saúde que serão mediados para realizar ações em vários campos

de competência, como promoção da saúde e prevenção de riscos, visando responder às necessidades de saúde do local inserido⁵⁵.

Considerações Finais

Foram identificadas ações e problemas, apresentados pelas eSFs em seus planejamentos, relacionados aos indicadores do Programa Previne Brasil (2022), com enfoque na saúde da mulher, usando os dados coletados pelo Programa QualisAPS. Foi possível observar um grande número de relatos das equipes de saúde, que envolviam a organização do processo de trabalho e dificuldades estruturais, que impactam no acesso aos serviços, no acompanhamento longitudinal e integral das usuárias da APS, podendo ter consequências em sobrecarga de trabalho dos profissionais, com aumento de absenteísmo e ruptura na oferta do cuidado em saúde das mulheres e homens trans.

É preciso citar que cada eSF pôde escolher os padrões de qualidade que adentraram no seu planejamento, diante de seus desafios no cotidiano do trabalho, assim os problemas e as ações se traduzem no que essas equipes enfrentam rotineiramente para a oferta do cuidado à saúde da mulher, relacionado ao pré-natal e rastreamento de câncer de colo de útero. O número de ações encontrado em cada RS não é proporcional aos problemas, uma vez que o PAQ não procura resolver todos os problemas expostos no instrumento de avaliação, mas sim encontrar soluções abrangentes e não vinculadas a cada problema, o que se torna uma limitação para identificar a superação dos problemas.

A implementação de uma cultura de planejamento nas equipes de saúde é por si um ganho, mas é necessário a elaboração de uma forma de organização para os padrões de qualidade, fazendo com que os PAQs se relacionem e se complementem de forma ascendente, ou seja, partindo daqueles profissionais da assistência em direção aos níveis de gestão mais centrais. Dessa forma, as ações deixariam de constar apenas no planejamento e se tornariam, de fato, resolutivas com consequente qualificação dos serviços.

Referências

1. Souza, MFM, Malta Dc, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018, 23(6):1737-1750.

2. Brasil. Senado Federal. *Constituição da república federativa do Brasil*. Brasília: SF;1988.
3. Paim J. O que é o SUS. *SciELO-Editora FIOCRUZ* 2009.
4. WHO – World Health Organization. *Declaration of alma-ata*. WHO - Regional Office for Europe, 1978.
5. Starfield, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
6. Sousa, MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2008, 61(6):153-158.
7. Lavras, C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. *Saúde e Sociedade* 2011, 20 (4):867-874.
8. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia causada pela COVID-19?. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2020, 29(2):e2020166.
9. Soares CSA, Da Fonseca CLR. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. *JMPHC/ Journal of Management & Primary Health Care*, 2020, 12 (2020):1-11.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
11. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2017; 23 set.
12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) [Internet]. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2019. [acessado em 2023 jan]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf
13. Inca – Instituto Nacional do Câncer. Rastreamento do câncer do colo do útero. [S.l.]: INCA, 2018.
14. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun.
15. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JVC, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de saúde pública* 2014, 30(1):S85-S100.
16. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.

17. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade de Brasília (UnB). Caderno QualisAPS Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [Internet]. Brasília: FIOCRUZ, UnB; 2022. [acessado em 2022 Nov]. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/files/CadernosQualisAPS-MetodologiaaavaliacaodaAPSDoDistritoFederal2022.pdf>
18. Distrito Federal. Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016. *Dário Oficial do Distrito Federal* 2016; 27 jul.
19. Distrito Federal. Lei nº 6.133, de 6 de abril de 2018. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 9 abr.
20. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade de Brasília (UnB). Caderno Instrumento de Autoavaliação das Equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e Saúde Bucal (eSB), 2021 [Internet]. Brasília: FIOCRUZ, UnB; 2021. [acessado em 2022 Nov]. Disponível em: https://qualisaps.unb.br/files/CAD_EQUIPE-INSTRUMENTO-COM-PADROES-FINAIS-NOVO-EXPEDIENTE-08072022.pdf
21. Distrito Federal. Portaria nº77, de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 15 fev
22. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016, v(2):327–338.
23. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva* 2021, 26(1):2543–2556.
24. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2018, 27(3).
25. NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Processo de Trabalho em Saúde [Internet]. Belo Horizonte: NESCON; 2009. [acessado em 2023 Jan]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Processos-de-trabalho-2009.pdf>
26. Gonçalves CA, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC, Sarracini KLM, Guerra LM, Cortellazzi KL. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015, 20(2):449-460.
27. Silveira Bender A, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espaço para Saúde* 2010, 11(2):56-65.
28. Rocha AS, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2016, 26(1):87-111.

29. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & saúde coletiva* 2003, 8(3):815-823.
30. Esposti CDD, Oliveira AE, Neto ETS, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde e Sociedade* 2015, 24(3):765-779.
31. Bezerra INM, Monteiro VCM, Nascimento JL, Vieira NRS, Alcantara BDC, Gonzaga MCA, Lima JCS, Machado FCA. Ações de educação em saúde e o planejamento familiar: um relato de experiência. *Revista Ciência Plural* 2018, 4(3):82-90.
32. Scholz S, Ngoli B, Flessa S. Rapid assessment of infrastructure of primary health care facilities—a relevant instrument for health care systems management. *BMC health services research* 2015, 15(1):1-10.
33. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade de Brasília (UnB). Diagnóstico de Estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal e capacidade de resposta à COVID-19 – Resultados, 2021 [Internet]. Brasília: FIOCRUZ, UnB; 2021. [acessado em 2023 Jan]. Disponível em: https://qualisaps.unb.br/files/2022_04_06-v9_Diagnostico-de-Estrutura.pdf
34. Pedrosa ICS, Corrêa ACP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2011, 10(1):058-065.
35. Cunha CRH, Harzheim E, Medeiros OL, D’Avila OP, Martins C, Wollmann L, Faller LA. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020, 25(4):1313-1326.
36. Mota DN, Torres RAM, Guimarães JMX, Marinho MNASB, Araújo AF. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família. *Journal of Health Informatics* 2018, 10(2).
37. Santos CW, Filho MCF. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016, 21(5):1659-1668.
38. Silva JÁ, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2022, 6(10):75-83.
39. Oliveira DT, Ferreira PJO, Mendonça LBA, Oliveura HS. Percepções do agente comunitário de saúde sobre sua atuação na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem* 2012, 17(1):132-137.
40. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010, 15(1):1509-1520.
41. Assis BCS, Sousa GS, Silva GG, Pereira MO. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde?. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2020, 12(6):e3134-e3134.

42. Martinato MCNB, Severo DF, Marchand EAA, Siqueira HCH. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2010, 31(1):160-166.
43. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2012, 28(3):425-437.
44. Norman AH, Tesse CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde e Sociedade* 2015, 24(1):165-179.
45. Bittar TO, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC, Fornazari DH. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF* 2019, 14(1).
46. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação /Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.– Rio de Janeiro: INCA, 2013. 143p.: il.
47. Cavalcante RB, Ferreira MS, Silva PC. Sistemas de informação em saúde: possibilidades e desafios. *Revista de Enfermagem da UFSM* 2011, 1(2):290-299.
48. Yamtema AS. Bridging the gaps in the Health Management Information System in the context of a changing health sector. *BMC medical informatics and decision making* 2010, 10(1):1-6.
49. Duarte MLC, Tedesco JR, Parcianello RR. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2012, 33(4):111-117.
50. Martine WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2007, 41(3):426-433.
51. Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, Pinto JM. A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. *APS em Revista* 2020, 2(2):p. 74-82.
52. Cabral ERG, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, Machado LO, Rolim, ACA, Bonfada D, Zago ACW, Zambo ZLL. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *InterAmerican Journal of Medicine and Health* 2020, 3(1):1-12.
53. Militão, BVP, Andrade VF, Sousa FA, Carneiro ID, Cardoso GS, Mourão TF, Coelho JP, Guimarães ACP. Repercussões da pandemia de Sars-Cov-2 na realização do exame de Papanicolaou: um estudo epidemiológico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2021, 13(9):e8869-e8869.
54. Santos MTS, Andrade ES, Cabral SAAO, Nóbrega MF. Desafios enfrentados pelas gestantes no acesso às consultas de pré-natal durante a pandemia da Covid-19. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem* 2022, 20(1):e11243-e11243.

55. Santana MM, Medeiros KR, Monken M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. *Trabalho, Educação e Saúde* 2022, 20(22).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificadas ações e problemas, apresentados pelas eSFs em seus planejamentos, relacionados aos indicadores do Programa Previne Brasil (2022), com enfoque na saúde da mulher, usando os dados coletados pelo Programa QualisAPS. Foi possível observar numerosos relatos das equipes de saúde, que envolviam a organização do processo de trabalho e dificuldades estruturais, que impactam no acesso aos serviços, no acompanhamento longitudinal e integral das usuárias da APS, podendo ter consequências em sobrecarga de trabalho dos profissionais, com aumento de absenteísmo e ruptura na oferta do cuidado em saúde das mulheres e homens trans.

É preciso citar que cada eSF pôde escolher os padrões de qualidade que adentraram no seu planejamento, diante de seus desafios no cotidiano do trabalho, assim os problemas e as ações se traduzem no que essas equipes enfrentam rotineiramente para a oferta do cuidado à saúde da mulher, relacionado ao pré-natal e rastreamento de câncer de colo de útero. O número de ações encontrado em cada RS não é proporcional aos problemas, uma vez que o PAQ não procura resolver todos os problemas expostos no instrumento de avaliação, mas sim encontrar soluções abrangentes e não vinculadas a cada problema, o que se torna uma limitação para identificar a superação dos problemas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Rede Cegonha são importantes iniciativas para garantir acesso universal e integral à saúde da mulher, incluindo a assistência pré-natal e parto. Mesmo a APS sendo o espaço de maior proximidade do território, onde essas mulheres e homens trans deveriam ter acesso resolutivo garantido, as equipes de saúde da família enfrentam diversos obstáculos na implementação dessas políticas. Os dados deste estudo enfatizam a falta de recursos humanos capacitados, insumos e equipamentos, assim como deficitária organização de processos de trabalho constituem-se as principais barreiras enfrentadas por essas equipes para que possam oferecer uma assistência de qualidade à saúde da mulher. Ademais, outros estudos são necessários para identificar diferenças regionais nos desafios para a saúde da mulher e homens trans e para debater estratégias de enfrentamento dos obstáculos para a melhoria contínua da oferta do cuidado nos serviços de saúde da APS.

6. REFERÊNCIAS

1. SOUZA, Maria de Fátima Marinho de et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1737-1750, 2018.
2. BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.
3. PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.
4. GIOVANELLA, Lígia et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Declaration of alma-ata**. World Health Organization. Regional Office for Europe, 1978.
6. MUNDIAL, Banco. **Propostas de reformas do sistema único de saúde brasileiro**. Washington, DC, p. 1-16, 2018.
7. CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária à Saúde, Coleção Para Entender a Gestão Do SUS. 1ª ed., 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L03_ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE_jun2015.pdf>. Acesso em: 02 de Janeiro, 2023.
8. STARFIELD, Barbara et al. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2002.
9. SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 153-158, 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
11. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção básica**. 2012.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017.
13. LAVRAS, Carmen. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011..
14. SARTI, Thiago Dias et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia causada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** , v. 29, p. e2020166, 2020.

15. SOARES, Cíntia Siqueira Araújo; DA FONSECA, Cristina Luiza Ramos. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 12, p. 1-11, 2020.
16. FRANCISCHINI, Ana Cristina; MOURA, Sônia Dalva Ribeiro Peres; CHINELLATO, Magda. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. **Investigação**, v. 8, n. 1-3, 2008.
17. BRASIL. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011.
18. BRASIL, Ministério da Saúde. Carteira de Serviços Da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Versão Profissionais de Saúde e Gestores - Completa ed., 2019.
19. SOUZA, M.G. et al. Fatores associados à incidência de câncer do colo do útero em mulheres negras residentes em área urbana. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 11, p. 2279-2288, 2015.
20. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Rastreamento do câncer do colo do útero. [S.l.]: INCA, 2018.
21. SILVA, J.L. et al. Vacinação contra o HPV e o câncer do colo do útero: revisão sistemática. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 38, n. 1, p. 1-9, 2016.
22. BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p.109-111.
23. VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.
24. RONSMANS, Carine; GRAHAM, Wendy J. Maternal mortality: who, when, where, and why. **The lancet**, v. 368, n. 9542, p. 1189-1200, 2006.
25. VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, maio 2011.
26. GIBBONS, L. et al. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year:... Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/265064468_The_Global_Numbers_and_Costs_of_Additionally_Needed_and_Unnecessary_Caesarean_Sections_Performed_per_Year_Overuse_as_a_Barrier_to_Universal_Coverage_HEALTH_SYSTEMS_FINANCING>. Acesso em: 29 jan. 2023.
27. BRASIL. Portaria nº Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2019. Seção 1, p.97-99.

28. HARZHEIM, Erno. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1189-1196, 2020.
29. MELO, Eduardo Alves et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 137-144, 2020.
30. MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.
31. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Universidade de Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Caderno QualisAPS Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, 2022. volume I. Disponível em: <<https://qualisaps.unb.br/files/CadernosQualisAPS-MetodologiaadaavaliacaodaAPSdoDistritoFederal2022.pdf>>. Acesso em 12 de outubro, 2022.
32. GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Avaliação de 4ª geração. Campinas: Ed. Unicamp, 2011. p.1-320.
33. DISTRITO FEDERAL. Decreto Nº 37.515, de 26 de Julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Brasília, DF: Diário Oficial do Distrito Federal, 27 jul. 2016. Seção 1, p.
34. DISTRITO FEDERAL. Lei Nº 6.133, de 06 de abril de 2018. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento.. Brasília, DF: Diário Oficial do Distrito Federal, 09 abr. 2018. Seção 1-3, p.
35. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Universidade de Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Caderno Instrumento de Autoavaliação das Equipes da Estratégia Saúde da Família(eSF) e SaúdeBucal (eSB), 2021. volume I. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/files/CAD_EQUIPE-INSTRUMENTO-COM-PADROES-FINAIS-NOVO-EXPEDIENTE-08072022.pdf>. Acesso em 28 de janeiro, 2023.
36. DISTRITO FEDERAL. Portaria Nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF: Diário Oficial do Distrito Federal, 15 fev. 2017. Seção 1-3, p.
37. MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327–338, fev. 2016.
38. GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 1, p. 2543–2556, jun. 2021.

39. NEVES, Rosália Garcia et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 2018.
40. FARIA, Horácio Pereira de et al. **Processo de trabalho em saúde**, 2009.
41. GONÇALVES, Claudia Ângela et al. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 449-460, 2015.
42. DA SILVEIRA BENDER, Anemarie; MOLINA, Leandro Ribeiro; DE MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Espaço para Saúde**, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.
43. ROCHA, Suelen Alves; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; GODOY, Moacir Fernandes de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 87-111, 2016.
44. BEZERRA, Isaac Newton Machado et al. Ações de educação em saúde e o planejamento familiar: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 3, p. 82-90, 2018.
45. SCHOLZ, Stefan; NGOLI, Baltazar; FLESSA, Steffen. Rapid assessment of infrastructure of primary health care facilities—a relevant instrument for health care systems management. **BMC health services research**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2015.
46. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Universidade de Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Diagnóstico de Estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal e capacidade de resposta à COVID-19 – Resultados, 2021. volume I. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/files/2022_04_06-v9_Diagnostico-de-Estrutura.pdf>. Acesso em 10 de janeiro, 2023.
47. DO DISTRITO FEDERAL, Governo. **Protocolo de Atenção à Saúde: Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido**. 2017.
48. PEDROSA, Inês de Cássia Franco; DE PAULA CORRÊA, Áurea Christina; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 058-065, 2011.
49. ESPOSTI, Carolina Dutra Degli et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 765-779, 2015.
50. CUNHA, Carlo Roberto Hackmann da et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1313-1326, 2020.
51. SANTOS, Cleberson Williams dos; FARIAS FILHO, Milton Cordeiro. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1659-1668, 2016.

52. SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 75-83, 2002.
53. CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1509-1520, 2010.
54. OLIVEIRA, Daíla Timbó et al. Percepções do agente comunitário de saúde sobre sua atuação na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 132-137, 2012.
55. DE ASSIS, Bianca Cristina Silva et al. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde?. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 6, p. e3134-e3134, 2020.
56. MARTINATO, Michele Cristiene Nachtigall Barboza et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 160-166, 2010.
57. DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 425-437, 2012.
58. NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 165-179, 2015.
59. BITTAR, Telmo Oliveira et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 14, n. 1, 2009.
60. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Sistema de Informação do Câncer: Manual preliminar para apoio à implantação. 1ª ed., 2013.
61. CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; FERREIRA, Marina Nagata; SILVA, Poliana Cavalcante. Sistemas de informação em saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 290-299, 2011.
62. NYAMTEMA, Angelo S. Bridging the gaps in the Health Management Information System in the context of a changing health sector. **BMC medical informatics and decision making**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2010.
63. DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; TEDESCO, Janaina dos Reis; PARCIANELLO, Rodrigo Ritter. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 111-117, 2012.

64. MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 426-433, 2007.
65. CABRAL, Elizabeth Regina de Melo et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. 2020.
66. MILITÃO, Bruno Vítor Peixoto et al. Repercussões da pandemia de Sars-Cov-2 na realização do exame de Papanicolaou: um estudo epidemiológico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 9, p. e8869-e8869, 2021.
67. DA SILVA SANTOS, Maria Taís et al. Desafios enfrentados pelas gestantes no acesso às consultas de pré-natal durante a pandemia da Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 20, p. e11243-e11243, 2022.