



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

NATHÁLIA AGUIAR DE SOUZA

**O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL E A
IMPORTÂNCIA DO TERRITÓRIO NO PLANEJAMENTO EM
SAÚDE:UM OLHAR SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DOS
PLANOS DE AÇÃO PARA A QUALIDADE DA REGIÃO DE
SAÚDE LESTE.**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Brasília - DF

2022

NATHÁLIA AGUIAR DE SOUZA

**O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL E A
IMPORTÂNCIA DO TERRITÓRIO NO PLANEJAMENTO EM
SAÚDE:UM OLHAR SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DOS
PLANOS DE AÇÃO PARA A QUALIDADE DA REGIÃO DE
SAÚDE LESTE.**

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

Professora Orientadora: Profa. Dra. Claudia Mara Pedrosa

Brasília
2022

NATHÁLIA AGUIAR DE SOUZA

**O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL E A
IMPORTÂNCIA DO TERRITÓRIO NO PLANEJAMENTO EM
SAÚDE:UM OLHAR SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DOS
PLANOS DE AÇÃO PARA A QUALIDADE DA REGIÃO DE
SAÚDE LESTE.**

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

BANCA EXAMINADORA

Thaís Alessa Leite

Lila Louise Franco

Profa. Dra. Claudia Mara Pedrosa
Orientador(a)

Aprovado em:

Brasília,.....de.....de 2022

Dedico este trabalho a todos que não me deixaram desistir, que me lembraram que eu era capaz. Que em meio a tanto não me deixaram só.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Geraldo Alves de Souza, que me auxilia, me suporta, defende e ampara.

Aos meus irmãos, Amanda e Tiago, que sempre estão ao meu lado e me deram o melhor presente do mundo: Aurora e João, espero contribuir para um mundo melhor para eles.

Aos meus amigos, que seguraram a minha mão, me acalmaram e acreditaram em mim quando eu não acreditava.

Em especial a minha orientadora, Cláudia Pedrosa, por ter oferecido todo o apoio que eu precisei, que acreditou em meu potencial.

RESUMO

Considerada como a porta de entrada e o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, a Atenção Primária é um conjunto de ações de saúde, que engloba a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, desenvolvendo uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes sociais da saúde. A avaliação dessa oferta é essencial para a garantia de um serviço de qualidade e que atenda a população em suas necessidades e dada a importância da avaliação em saúde no campo da Saúde Coletiva, o objetivo deste trabalho foi analisar no Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualisAPS), do Distrito Federal, os resultados parciais dos PAQs das Equipes de SF e SB, da Região de Saúde Leste, do DF. O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde tem como proposição qualificar a gestão e os serviços prestados pela APS do DF e consolidar esse nível de atenção como porta de entrada preferencial e resolutiva, que organiza e coordena o acesso dos usuários a outros pontos da rede de atenção. Assim, buscou-se neste estudo, analisar, como foi a execução de uma das etapas do Programa - o desenvolvimento dos Planos de Ação para a Qualidade (PAQ) das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal da Região Leste, com enfoque para a subdimensão “Territorialização” na dimensão Ações no território. Os resultados mostraram que as equipes reconhecem a importância do território na organização das ações e cuidados aos usuários e identificaram vários problemas estruturais que dificultam as ações resolutivas, porém, como tentativa de superação destas questões elaboraram ações que estão na governabilidade das equipes, como a reorganização do processo de trabalho e potencialização do uso dos sistemas de monitoramento local. Conclui-se que o território no modelo de cuidado ofertado na Estratégia de Saúde da Família possibilita trazer para o planejamento a singularidade da população e conseqüentemente a consolidação das diretrizes do SUS, a eleição e priorização, pelas equipes, do padrão de cadastramento, na dimensão território, como grau obrigatório e vinculado ao um indicador previsto no acordo de gestão local da SES reflete a centralidade dessa ação para consolidação da eSF e portanto precisa ser ponto prioritário no planejamento macro da gestão local. A realização deste trabalho de conclusão de curso no campo da análise reflexiva sobre planejamento em saúde e avaliação participativa possibilitou também, dar visibilidade à importância da atuação do/a sanitário/a, egresso/a da graduação em Saúde Coletiva, para implementação e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Planejamento em Saúde, Territorialização da Atenção Primária

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de padrões de qualidade por dimensão e subdimensão – Caderno da eSF e eSB.....	16
Quadro 2 - Distribuição dos padrões no instrumento de autoavaliação das eSF e de ESB....	16
Quadro 3 - Divisão das UBS e eSF por GSAP e RA, na Região de Saúde Leste.....	19
Quadro 4 - Padrões com seus respectivos graus e elementos avaliáveis da Subdimensão I-Territorialização.....	20
Quadro 5. Relação de problemas e ações descritas no padrão <i>I. 1.1 As equipes realizam cadastramento da população</i> nos PAQs na RA Paranoá.....	24
Quadro 6. Relação de problemas e ações descritas no padrão <i>I. 1.1 As equipes realizam cadastramento da população</i> dos PAQs na RA São Sebastião.....	26
Quadro 7. Relação de problemas e ações descritas no padrão <i>I. 1.1 As equipes realizam cadastramento da população</i> PAQs na RA Itapõa.....	28
Quadro 8. Relação de problemas e ações descritas no padrão <i>I.1.3 As equipes realizam atendimento em territórios definidos, respeitando os parâmetros populacionais, e promovem vínculo com a população adscrita</i> de uma equipe da RA Paranoá.....	32
Quadro 9. Relação dos principais problemas e ações dos PAQs da Subdimensão I da região Leste.....	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ciclos de avaliação do Programa de Qualificação da Atenção Primária do Distrito Federal.....	14
Figura 2. Como a equipe considera o cumprimento deste padrão de qualidade?.....	17
Figura 3. Nuvem de palavras utilizadas pelas equipes na elaboração dos PAQs. Tamanho da palavra equivale à quantidade de vezes que foi utilizada.....	30
Figura 4. Mapa mental dos códigos e suas relações dos problemas apresentados nos PAQs da Subdimensão 1 - Territorialização da Região Leste - DF.....	36

LISTA DE SIGLAS

SES/DF - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

DSC - Departamento de Saúde Coletiva

FS - Faculdade de Ciências da saúde

UnB - Universidade de Brasília

APS - Atenção Primária à Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVO GERAL.....	18
3. MÉTODO.....	18
4. RESULTADOS.....	20
4.1 Subdimensão 1 - Territorialização.....	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37

1.INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é tida como a porta de entrada e o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que engloba a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, desenvolvendo uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde. Regulamentada pelo portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes) apresenta como fundamentos e diretrizes a territorialização e responsabilização sanitária; a adscrição dos usuários e vínculo; a acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial; o cuidado longitudinal; a ordenação da Rede de Atenção à Saúde; a gestão do cuidado integral em rede e o trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da APS e tem como propósito reorganizá-la, implementando processos de trabalho que visam aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica impactando na situação de saúde das pessoas e do coletivo. A ESF propõe a existência de equipes formadas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal. O Ministério da Saúde recomenda que a população adscrita por equipe de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas (BRASIL, 2017b).

É possível identificar três principais atuações para a APS: como atenção primária seletiva, destinada a populações e áreas vulneráveis; como nível de atenção primária no sistema de saúde e como estratégia de organização do sistema. No Brasil, atualmente, aplicam-se os três âmbitos, onde se constrói um processo de trabalho no qual os profissionais das unidades de saúde são os responsáveis pelas intermediações das relações entre todas as partes (CARRAPATO et al, 2018).

Para consolidar a APS é fundamental no campo da Saúde Coletiva promover a avaliação e o monitoramento visando alcançar a excelência no serviço (SALA et al, 1998). A qualidade do serviço de saúde é resultado da soma de diversos fatores que envolvem o aperfeiçoamento das ações no âmbito da assistência, da gestão e da estrutura dos serviços e, apesar da complexidade que se impõe, o Estado precisa garantir a qualidade do serviço de saúde, com

foco em ofertar à população ações de valorização da vida, de promoção da saúde e de universalização do acesso aos serviços.

A avaliação também é um instrumento essencial de apoio à gestão e contribui para a melhoria do processo decisório, em frente a problemas e situações inesperadas, informações e conhecimento fornecidos previamente por avaliações já realizadas irão auxiliar em resoluções eficientes, eficazes e efetivas no serviço (TANAKA E TAMAKI, 2012).

No Brasil, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) iniciado em 2011, foi uma experiência potente, que surgiu como resultado dos esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso a APS e do esforço da melhoria permanente da qualidade, tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão, bem como das ações ofertadas aos usuários (BRASIL, 2017a).

No Distrito Federal, em setembro de 2019, foi lançado um programa local - o QualisAPS - que surgiu com o objetivo de fortalecer a APS por meio de ações em três eixos: implantação de um sistema de avaliação; oferta de cursos de especialização e aperfeiçoamento e divulgação de conhecimentos sobre o sistema de saúde do DF. O programa foi desenvolvido em parceria pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), Fiocruz e Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (DSC/FS/UnB), desenvolvendo uma metodologia própria de avaliação participativa e é composto por ciclos avaliativos que estão em implementação. No programa QualisAPS foi adotada a perspectiva da avaliação do tipo formativa, com abordagem construtivista, que garante durante o andamento do programa, que sejam fornecidas informações para adequação e superação de elementos problemáticos, gerando um caráter dinâmico e singular ao processo (FURTADO, 2001). Para a avaliação e certificação da qualidade, o QualisAPS analisa os cuidados de saúde prestados à população, sendo que eles devem estar de acordo com padrões previamente definidos.

O QualisAPS incentiva e espera que a avaliação participativa, o conhecimento e a experiência que forem produzidos nesse processo sejam incorporados de forma sustentável no cotidiano dos serviços. Na avaliação participativa a experiência e o conhecimento estão juntos, gerando a cultura de avaliações periódicas para melhoria da qualidade dos processos de trabalho e de gestão. De acordo com Furtado e Vieira-da-Silva (2001) é possível ver esse processo como espaço social, dialogando com as demandas locais. Assim como na saúde coletiva, a produção feita em uma abordagem participativa vem de um espaço de saberes e práticas, em que a subjetividade e singularidade dos atores e do território são consideradas.

A Portaria n. 39, de 23 de janeiro de 2019, que instituiu o QualisAPS no DF, o delimitou em quatro etapas: 1) diagnóstico inicial (diagnóstico de estrutura e autoavaliação das equipes), 2) elaboração do plano de ação para a qualidade, 3) avaliação e 4) certificação.

Figura 1. Ciclos de avaliação do Programa de Qualificação da Atenção Primária do Distrito Federal



Fonte: Portaria No 39, de 23 de janeiro de 2019, retirado do Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, 2021

O programa em questão foi construído de forma a ter ciclos contínuos e fases que se repetem a cada novo ciclo, promovendo melhorias crescentes. Antes do início do primeiro ciclo foi realizado o diagnóstico inicial (DI), que possui dois processos avaliativos: o diagnóstico de estrutura e a auto avaliação, o diagnóstico da estrutura foi realizado por meio de entrevistas telefônicas e do preenchimento de um instrumento por parte das Gerências de Serviços da

Atenção Primária à Saúde (GSAPS) por meio digital e a autoavaliação foi realizada por meio de dois instrumentos de autoavaliação dos processos de trabalho das eSF, eSB e gerentes e supervisores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (GEREB/FIOCRUZ BRASÍLIA, 2021). Pós-diagnóstico iniciou as fases que consiste em três: Plano de Ação para a Qualidade (PAQ), Avaliação e Certificação.

O papel da autoavaliação no programa é a verificação do cumprimento de um conjunto de padrões de qualidade construídos, a partir da percepção de diferentes atores da APS do DF, Foram elaborados dois instrumentos (Cadernos de Autoavaliação), um para as equipes da Assistência e outro para as equipes de Gestão da APS do DF. É um processo singular e não objetifica a comparação entre as equipes.

Estes instrumentos são compostos por padrões de qualidade que estão organizados em dimensões e subdimensões e por seus elementos avaliáveis que orientam as equipes na análise do seu cumprimento.

Um padrão pode ser definido como um parâmetro que permite identificar o grau de excelência dos serviços oferecidos à população. Eles são classificados conforme o grau de prioridade e esforço que demandam das equipes para o seu cumprimento.

A classificação dos padrões de qualidade é conforme o grau de prioridade de cumprimento e do esforço das equipes para o seu cumprimento (IO, I, II e III), o grupo I Obrigatórios (IO) são considerados fundamentais para a garantia da qualidade, o grupo I correspondem a áreas prioritárias para o alcance da qualidade na APS do DF, os de grau II são os padrões que exigem desenvolvimento de autonomia e capacidade maior de mobilização de recursos para a melhoria da qualidade dos serviços e os de grau III são os padrões que exigem maior esforço das equipes para alcançá-los, que são mais dependentes de estrutura e/ou de ações intersetoriais e/ou formações específicas, do trabalho integrado da equipe com outros níveis de atenção e/ou tempo para atuação no território. Esses graus foram definidos segundo o que é preconizado pelas normativas e o indicado pelos atores da APS ouvidos pelo QualisAPS, associados os indicadores dos Acordos de Gestão Local (AGL).

Os Cadernos de Autoavaliação são organizados em grandes grupos temáticos denominados “Dimensões”. Estes contêm um elenco de subdimensões com seus respectivos padrões. O instrumento das eSF e eSB tem 45 padrões, sendo: 14 Grau I Obrigatório (IO), 12 Grau I, 14 Grau II e 5 Grau III. Está organizado em quatro dimensões e dez subdimensões. O instrumento das equipes de gestão tem 36 padrões de qualidade, sendo 8 Grau I Obrigatório

(IO), 7 Grau I, 12 Grau II e 9 Grau III. O instrumento está dividido em cinco dimensões que por sua vez se dividem em subdimensões, num total de doze.

Quadro 1- Número de padrões de qualidade por dimensão e subdimensão – Caderno da eSF e eSB

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	Nº. DE PADRÕES
Ações no Território	Territorialização	3
	Cuidado no Território	6
Atenção ao usuário	Atenção integral	16
	Educação e Comunicação em Saúde	3
Organização do Trabalho	Acesso	5
	Coordenação do Trabalho	5
	Educação Permanente	1
	Integração da Rede	1
Planejamento	Programação	3
	Monitoramento e Avaliação	2

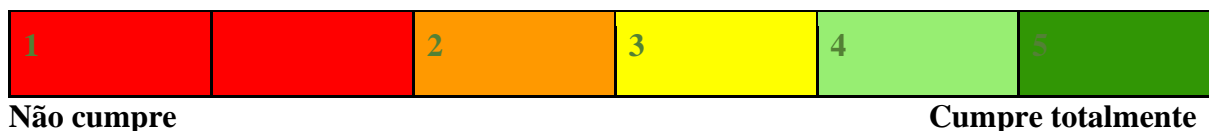
Fonte: Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, 2021

Quadro 2 - Distribuição dos padrões no instrumento de autoavaliação das eSF e de eSB, considerando a Dimensão I

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	Padrões (45)	Grau	Número de padrões	
I - AÇÕES NO TERRITÓRIO	1.Territorialização	I.1.1. As equipes realizam cadastramento da população	IO	3	
		I.1.2. As equipes fazem diagnóstico situacional de sua área de abrangência com foco no território	II		
		I.1.3. As equipes realizam atendimento em territórios definidos, respeitando os parâmetros populacionais, e promovem vínculo com a população adscrita	I		
	2. Cuidado no território		I.2.1. As equipes realizam atenção domiciliar	I	6
			I.2.2. As equipes realizam visita domiciliar	IO	
			I.2.3. As equipes realizam busca ativa da população adscrita	IO	
			I.2.4. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desenvolve seu processo de trabalho no território	IO	
			I.2.5. As equipes desenvolvem ações de vigilância em saúde no território	I	
			I.2.6. As equipes desenvolvem ações do Programa Saúde na Escola (PSE) em seu território	II	

Fonte: Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, 2021

Figura 2. Como a equipe considera o cumprimento deste padrão de qualidade?



Fonte: Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, 2021

Nesse mesmo processo de autoavaliação, as equipes deveriam avaliar o grau de alcance de cada padrão, nessa etapa não se espera a verificação objetiva de cada elemento, mas a reflexão crítica sobre as ações que a equipe desenvolve e sobre a capacidade de alcançar o cumprimento dos padrões, é realizado por meio de uma escala de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “não cumpro” e 5 a “cumpro totalmente”, o grau de alcance representa o quanto a equipe consegue desenvolver o padrão de qualidade proposto.

A elaboração do Plano de Ação para Qualidade (PAQ) é a etapa seguinte ao diagnóstico inicial. O PAQ é uma ferramenta de planejamento que auxilia na organização dos processos de trabalho das equipes de eSF e eSB e da equipe de gestão local. No momento de sua elaboração deve ser contínua as reflexões iniciadas na autoavaliação, assim, construindo coletivamente ações para a organização do trabalho na APS. É o momento de evidenciar as dificuldades encontradas no campo de trabalho, sendo importante que as equipes destaquem dificuldades para que seja fornecido intervenção de outros níveis de gestão.

Na elaboração do PAQ as melhorias no dia a dia do trabalho e os serviços ofertados aos usuários também podem ser inseridos. É fundamental que a eleição das ações que serão desenvolvidas seja feita considerando as singularidades dos territórios, dos serviços e das equipes.

O modelo do PAQ do QualisAPS foi desenvolvido em parceria com a Diretoria de Gestão Regionalizada (DGR) da SES/DF. A ferramenta utilizada é uma adaptação da 5W2H, que já era utilizada na elaboração dos planos relacionados aos Acordos de Gestão Regional e Acordos de Gestão Local da SES/DF. O instrumento que orienta a elaboração do PAQ deve ser construído com base nos resultados da autoavaliação, visando adequar os processos de trabalho para atingir os padrões estabelecidos pelo programa em cada ciclo.

No momento de elaboração do PAQ as equipes, numa construção coletiva, analisaram os resultados de sua autoavaliação em uma reflexão coletiva, essencial para o julgamento dos

padrões que serão trabalhados. A participação ativa de todos os profissionais é estratégica para a adesão de todos às ações.

Nos PAQS das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal foram necessários, no mínimo, 4 padrões selecionados a partir das autoavaliações e a partir deles será feita a identificação dos problemas de cada e as ações para sua melhora. Na escolha dos padrões, dois devem ser de grau I obrigatório e relacionados aos indicadores do Acordo de Gestão Local (AGL) (prioritariamente), e dois de livre escolha da equipe. O manual recomenda os seguintes critérios de prioridade: especificidades do território, magnitude do problema frente às demandas da população, repercussão na qualidade do atendimento ao usuário, governabilidade da equipe na execução das ações a serem proposta e o Acordo de Gestão Local, a frequência com que a fragilidade/problema ocorreu/ocorre, afetando o cumprimento dos padrões; a possibilidade da ação contribuir para o cumprimento de mais de um padrão. (BRASIL, 2021a)

Os problemas/fragilidades identificadas são informações que devem ser detalhadas nos PAQs, para cada padrão escolhido deve constar também as ações de enfrentamento dos problemas ou fragilidades; os recursos necessários para a realização das ações; recursos necessários de instâncias superiores, responsáveis pelas ações; prazos para cada ação; critérios de verificação do cumprimento da ação e o status da realização.

Quando o processo de planejamento é realizado de forma democrática, envolvendo os agentes presentes no campo, tem como resultado maior alinhamento com as necessidades e as realidades locais. A avaliação e o monitoramento também envolvem a constante observação do contexto, pois novas prioridades e negociações podem surgir no processo (BRASIL, 2017a).

A função do planejamento em saúde é possibilitar o melhor desempenho das políticas públicas, além de permitir que a proteção, a promoção, a recuperação e a reabilitação da saúde da população sejam cumpridas de forma eficiente e efetivas a partir da construção de ações ideais para cada problema (SHIMIZU; PEREIRA; CARDOSO, 2018)

O SUS possui um sistema de planejamento que inclui 3 áreas que auxiliam nesse processo: a formulação de políticas públicas para populações específicas, planejamento de sistemas de saúde, fomentadas pela implementação das Normas Operacionais, como o Pacto pela saúde. e a área da programação, com a tendência a integrar ações programáticas no âmbito de Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas, existem instrumentos de planejamento governamental, que podemos separar em dois grupos: o primeiro grupo são os instrumentos de cada nível do governo: (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes orçamentárias e a Lei orçamentária anual) e segundo grupo interior

do SUS(Plano de Saúde, programação anual de saúde e o relatório anual de gestão), os quais são condicionantes para a transferência de recursos financeiros. instrumentos no âmbito dos SUS se interligam compondo um processo cíclico de planejamento e os gestores devem sempre observar a lógica desses ciclos (BRASIL, 2016).

De acordo com o Decreto n.º 37.515, de 26 de julho de 2016, que institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS, o Distrito Federal é dividido em 7 (sete) Regiões de Saúde. Região de Saúde é o "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Regiões Administrativas limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde". Atualmente, em todo o espaço do DF os serviços de saúde atendem cerca de 2.881.900 pessoas, a região Leste é composta por três regiões administrativa(Itapoã, Paranoá e São Sebastião), com uma população de 220.503 habitantes, a ser atendida conforme sua descrição possuem 25 unidades básicas de saúde (UBS). A região de São Sebastião é a maior delas com 14 UBS e 30 eSF, seguida pelo Paranoá com 8 UBS e 23 eSF. e o Itapoã, com 3 UBS e 15 eSF (quadro 3).

Quadro 3 - Divisão das UBS e eSF por GSAP e RA, na Região de Saúde Leste

Região Administrativa	GSAP	UBS	eSF
Itapoã	2	3	15
Paranoá	3	8	23
São Sebastião	4	14	30
Total	9	25	68

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

2.OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho foi analisar os resultados parciais dos PAQs das Equipes de SF e SB, da Região de Saúde Leste, do Distrito Federal, elaborados no âmbito do Programa Qualis APS na Subdimensão Territorialização

3.MÉTODO

Esse trabalho trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e desenho metodológico de estudo de caso, com foco na análise dos resultados dos PAQs das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal desenvolvidos pela região de saúde Leste, com ênfase nas ações propostas pelas equipes, no Programa Qualis APS.

Os dados secundários, extraídos da Plataforma do QualisAPS foram inseridos no programa excel para sistematização das tabelas e no software ATLAS.ti, versão 9. Foram analisadas as respostas sobre os problemas identificados, o que permitiu a geração de nuvem de palavras com os termos mais recorrentes e redes com problemas interligados.

Os padrões analisados estão apresentados abaixo, conforme apresentação no instrumento de Autoavaliação das Equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e Saúde Bucal (eSB) (2021). Na dimensão Ações no território, a Subdimensão 1- Territorialização é composta por 3 (três) padrões: I.1.1 As equipes realizam cadastramento da população; I.1.2 As equipes fazem diagnóstico situacional de sua área de abrangência com foco no território e As equipes realizam atendimento em territórios definidos, respeitando os parâmetros populacionais, e promovem vínculo com a população adscrita; I.1.3 As equipes realizam atendimento em territórios definidos, respeitando os parâmetros populacionais, e promovem vínculo com a população adscrita (Grau I) (Quadro 2).

Os padrões estão apresentados com uma descrição e seus elementos avaliados, para que as equipes possam observar e identificar ações e assim escolher o nível de cumprimento, serão apresentados a seguir os 3 padrões que foram analisados:

Quadro 4 - Padrões com seus respectivos graus e elementos avaliáveis da Subdimensão I-Territorialização

Grau	Padrão	Elementos avaliáveis
IO	<p>I.1.1 As equipes realizam cadastramento da população O cadastramento da população possibilita o reconhecimento da população da área de abrangência, subsidia o planejamento da oferta de serviços e o acompanhamento dos indivíduos e famílias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● As eSF e eSB registram, na ficha de cadastro individual, vulnerabilidades e/ou dados que permitam identificá-las, tais como Número de Identificação Social (NIS), nome social, raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual, pertencimento a povo/comunidade tradicional, e situação de rua. ● As eSF e eSB realizam mapeamento da área de abrangência e identificam questões relacionadas aos aspectos: sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades.

		<ul style="list-style-type: none"> ● A eSF registra e atualiza regularmente os cadastros domiciliares no e-SUS. ● A eSF acompanha e mantém atualizados os registros de aspectos variados do território e sua população, tais como óbito, nascimento, mudança de endereço e condição de saúde. ● A eSF realiza o cadastramento, enquanto atividade sistemática e permanente, de todos os membros da equipe, incluindo a eSB. ● A eSB participa do cadastramento da população da área de abrangência.
II	<p><i>1.1.2 As equipes fazem diagnóstico situacional de sua área de abrangência com foco no território</i></p> <p><i>O diagnóstico situacional auxilia no reconhecimento do território e de suas necessidades de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, e permite conhecer a organização dos serviços de saúde no território. É imprescindível a atualização periódica das informações que compõem esse diagnóstico.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● As eSF e eSB utilizam mapa da área de abrangência atualizado, com identificação por microáreas e dos grupos prioritários e vulneráveis. ● As eSF e eSB divulgam o mapa da área de abrangência aos usuários. ● As eSF e eSB mantêm atualizadas as informações para monitoramento dos indicadores pactuados entre a Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) e as Regiões de Saúde, alimentando o sistema de informação em tempo real. ● As eSF e eSB possuem mapeamento dos equipamentos sociais, instituições intersetoriais (Organizações Não Governamentais – ONG, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, entre outros) e iniciativas da comunidade (grupo de capoeira, escola de futebol, benzedeiras, entre outros) existentes no território.
I	<p>I.1.3 As equipes realizam atendimento em territórios definidos, respeitando os parâmetros populacionais, e promovem vínculo com a população adscrita (Grau I)</p> <p>A territorialização em saúde é pressuposto para que as eSF e eSB organizem seus processos de trabalho e criem vínculo com a população. É fundamental que os parâmetros populacionais sejam considerados para adequada identificação das necessidades e consequente oferta de serviços na área de abrangência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● As eSF e eSB organizam-se com território definido, mantêm vínculo com a população e se responsabilizam pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde. ● As eSF e eSB atuam em territórios definidos com até 4.000 usuários cadastrados, respeitando-se a proporcionalidade para as eSB que atendem duas eSF. ● As eSF e eSB promovem o vínculo com os usuários e consideram os determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades presentes nas famílias e no território.

		<ul style="list-style-type: none"> • A eSB participa ativamente do processo de territorialização e adscrição realizado pela(s) eSF a que está vinculada.
--	--	---

Fonte: Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, 2021

4.RESULTADOS

Contextualização sobre a pandemia

Inicialmente é fundamental contextualizar a realidade brasileira na data da realização deste trabalho. Com mais de 34 mil casos no Brasil, a pandemia de coronavírus (COVID-19), doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2 causou grande impacto no país, o Distrito Federal registrou mais de 11 mil mortes e mais de 835 mil casos (BRASIL, 2022). A doença é de fácil transmissão, podendo se espalhar da boca ou nariz de uma pessoa infectada em pequenas partículas líquidas quando tosse, espirra, fala, canta ou respira. Idosos e aqueles com condições médicas subjacentes são mais propensos a desenvolver formas graves das doenças. Nos casos mais brandos, o paciente apresenta doença respiratória leve a moderada, com sintomas que podem se assemelhar a gripe comum (tosse, febre, cansaço) e sintomas mais específicos (falta de ar, perda de olfato e paladar), sendo que a principal orientação dada pelo Governo foi procurar a unidade de saúde mais próxima (BRASIL, 2022).

A disseminação acelerada da doença exigiu a reorganização rápida dos serviços de saúde, em um desafio sem precedentes para todos os atores envolvidos. A partir de experiências nacionais e internacionais fracassadas de tentativas de enfrentamento da pandemia centradas no cuidado individual hospitalar, observou-se a necessidade de uma abordagem mais territorializada, comunitária e domiciliar: a Atenção Primária em Saúde foi essencial (MEDINA, 2020).

A APS precisou se reorganizar para criar fluxos específicos para atendimento da Covid-19, como realização de testes, cuidado dos pacientes com quadros leves, notificação dos casos, administração de vacinas, ao mesmo tempo que continuava a ofertados serviços regulares, situação que alterou demasiadamente os processos de trabalho das equipes.

O Qualis APS teve seu início de implementação antes da pandemia, mas dado seu caráter participativo, possibilitou que as equipes adequassem seus PAQs para as realidades e consequências vividas antes da pandemia.

Dimensão I - Ações no Território

No programa de avaliação da APS, a Região Leste registrou no sistema 577 PAQS referentes às equipes de Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Sendo 216 na dimensão I - Ações no território, que será analisada no presente trabalho.

Além de limites geográficos, o espaço territorial é formado por diversos atores sociais e de poder que com suas ações geram diversas transformações no ambiente, construções de edifícios, o aumento de moradias e a implantação de sistema de esgoto são exemplos disso, essas ações vão ter influência na vida e na saúde da população. Cada território tem suas especificidades e esses fatores vão influenciar em como a saúde pública precisa agir nele (UFSC, 2022).

Barcellos *et all* (2022) explica que a produção de doenças pode ser vista como consequência de condições particulares criadas a partir da acumulação de situações históricas, ambientais, sociais geradas naquele espaço, o que torna o reconhecimento desse território passo fundamental para a caracterização da população (GONDIM, 2008). A avaliação da APS leva em conta o território, uma vez que ele está vinculado à saúde da população.

Chamamos o processo de reconhecer o território de territorialização. É o momento de identificação do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde (UFSC, 2022).

Dada a importância do território na organização das ações e cuidados aos usuários, no campo da Saúde Coletiva, o presente trabalho selecionou, nos resultados dos PAQs das Equipes, a subdimensão “Territorialização” na dimensão Ações no território.

4.1. Subdimensão 1 - Territorialização

Na dimensão Ações no território, a Subdimensão 1(Territorialização), é composta por 3 (três) padrões, que serão percorridos a seguir.

I.1.1 As equipes realizam cadastramento da população (Grau I Obrigatório)

O padrão I.1.1 - As equipes realizam cadastramento da população tem foco em avaliar a situação das ações de cadastramento

O padrão I.1.1 foi o padrão mais selecionado para os PAQs, representando 40,3% das ações. O Paranoá foi a RA que dentro da região de saúde, que as equipes registraram o maior número de ações nesse padrão (38), dentre os problemas/fragilidades identificadas citados pelas equipes o que mais se repete é relacionado aos Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo a falta, o reduzido número deste profissional baixo número e desvio para outras funções, como (vacina e acolhimento, que foram apontadas como não sendo atribuições deste profissional). Outros problemas que apareceram foram : a falta de recursos físicos como computadores e salas apropriadas, falta de transporte que ajude a cobrir toda a área de abrangência, informações erradas no sistema (endereço de conhecidos, aluguel anterior ou endereços inexistentes), dificuldade de acesso à população (vários prédios sem interfone, “Cidade-dormitório” - dificuldade de encontrar o morador no horário da visita, recusa do usuário ao cadastro, usuários que não da área de abrangência) e a demanda da UBS (atendimentos e escala na unidade, demanda espontânea, vacinas, acolhimento) e da pandemia, todos essas dificuldades acabam tendo impacto direto no cadastramento da população. No quadro 5 podemos ver a relação dos problemas e ações citadas no PAQ. Nas fragilidades observamos fatores que as equipes indicaram que têm influência na não realização do cadastramento da população, e nas ações, o que eles apontam o que pode ser feito como possível solução. Identifica-se que a única dificuldade citada em que não foi apontada nenhuma ação direta é “Alta demanda de atendimento (COVID e demanda espontânea)”, porém outra ação como “Contratação de ACS temporários” pode influenciar em sua solução.

Quadro 5. Relação de problemas e ações descritas no padrão *I. 1.1 As equipes realizam cadastramento da população* nos PAQs na RA Paranoá

Problemas	Ações
Alta demanda de atendimento (COVID e demanda espontânea)	
Área grande e distante da UBS	Construção de mapa de vulnerabilidade e perfil da área de abrangência da equipe Definir, a partir dos instrumentos já existentes e dos relatórios disponibilizados pelo eSUS/CDS, uma metodologia para diagnóstico de situação de saúde da área de abrangência
Desvio da função do ACS	Retirada do ACS na escala de vacinação do COVID. Divulgação do trabalho e função dos ACS. Planejamento do ACS no território
Dificuldade de sair para VD e conferir endereço do paciente	Construir mapa dinâmico a partir das informações do cadastro individual e territorial.
Equipe envolvida em atendimentos e escalas na unidade e que diminuem a possibilidade de fazer cadastros por outros membros da equipe	Utilizar o turno de visita domiciliar dos profissionais de nível superior para cadastro, quando não houver necessidade de atendimento domiciliar
Falta de ACS	Contratação de ACS temporários.
Falta de espaço e locais adequados / computadores. Falta de recursos materiais Falta de transporte	
Muitas inconsistências nos cadastros	Confirmar endereço antes de cadastrar no CDS/eSUS (realizar visita, se necessário) Avaliar relatórios do eSUS mensalmente nas reuniões de equipe. Conferir as fichas impressas no momento do cadastro domiciliar ou na UBS
Grande número de fichas impressas sem lançar no CDS/ESUS.	Digitar os cadastros no eSUS em tempo hábil
Grande número de pessoas fora de área Pacientes que informam endereços errados Quantidade grande aluguéis na área e rotatividade dos pacientes Dificuldade de acesso aos domicílios devido à estrutura dos prédios (falta de interfone) e à ausência dos moradores no momento da visita.	Intensificar visitar, dando prioridade a áreas com baixo cadastramento Material de apoio para o recadastramento e conferência de endereço e territorialização com panfletos "ESTIVE AQUI" Confirmar endereço antes de cadastrar no CDS/ESUS (realizar visita, se necessário) Utilizar planilha de verificação de endereços disponível no drive/email da equipe
Conhecimento insuficiente quanto ao cadastro domiciliar e individual no CDS/ESUS, gerando inconsistências.	Corrigir inconsistências nos cadastros já existentes Levantamento das dúvidas relacionadas ao cadastro e levar para discussão no curso com os ACS Articular com GPMA treinamento para a equipe sobre cadastro territorial e individual Levar ao colegiado demandas, solicitar recursos humanos junto a gerência.

	Replicação da capacitação de Registro do E SUS (informações constantes do atendimento) na reunião de Equipe.
--	--

Fonte: elaboração própria (2022).

No detalhamento dos planos de ações da região de São Sebastião, as equipes descreveram mais especificamente este padrão, os problemas/fragilidades, apontando que, grande parte das equipes registraram obstáculos relacionados às dificuldades envolvendo o território, como: controle do território (área de invasão), ausência de apoio logístico transporte, território adscrito muito extenso, locais com dificuldade de acesso, dificuldades em cadastrar toda a população adscrita do território visto que a equipe tem uma população muito maior do que preconiza a PNAB, a região também sofre com a escassez de ACS e com o desvio de função destes profissionais: existe a sobrecarga de atendimentos de demanda interna, devido à logística diferenciada de atendimento vivenciada pelo momento de pandemia e falta de recursos materiais (computadores).

São Sebastião é a área que conta com maior população entre as três, cerca de 92.750 indivíduos que são atendidos por 14 UBSs. No quadro 6 constam quais problemas e ações foram apontados, sendo que duas equipes registraram a dificuldade em cadastrar toda a população adscrita é principalmente pelo número de pessoas ser superior ao preconizado a PNAB e mesmo que essa seja uma grande dificuldade a ser resolvida unicamente pelos profissionais, eles apontaram possíveis soluções, para que toda a área seja cadastrada.

Quadro 6. Relação de problemas e ações descritas no padrão *I. 1.1 As equipes realizam cadastramento da população dos PAQs na RA São Sebastião*

Problemas	Ações
<ul style="list-style-type: none"> Equipe voltada para atendimento de pacientes com covid, vacinas, distância entre ubs e a área de abrangência e atendimento aos indígenas warao Múltiplas escalas na ubs (vacinação, bolsa família, cartão sus, acolhimento, covid) ACS escaladas para atividades administrativas na unidade básica de saúde Pouco RH, visto que os ACS são escalados com frequência na Campanha de vacina da covid e são escalados na ubs para cobrir as ausências de outras. Os cadastros não tem 	<ul style="list-style-type: none"> Reservar 02 períodos por semana para realizar cadastro das famílias e indivíduos e digitação dos mesmos Realizar de 5 a 15 cadastros individuais na semana Mutirão de cadastramento, com os 2 ACS, em 1/2 período por dia durante 4 semanas Realizar reserva de horário exclusivo para realização de cadastros 25 por semana Cadastramento de pelo menos 40% do território. Cadastrar/ atualizar cadastro de 20 pessoas

<p>sido prioridade pois os ACS's são escalados em vacinação e em cadastro de cartão do sus</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sobrecarga do ACS com outras demandas além do cadastro. no momento da situação atual com pandemia ● Sobrecarga de atendimentos de demanda interna, devido à logística diferenciada de atendimento vivenciada pelo momento de pandemia. 	<p>por mês. cadastrar os indivíduos que procuram a UBS ou em busca ativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cadastrar 10 pessoas ao mês. cadastrar os indivíduos que procuram a UBS em demanda espontânea ● Definir dia de visita domiciliar com acompanhamento médico ou enfermagem ao menos 1 vez a cada mês ● A cada acolhimento usuário deve passar com ACS para verificação do cadastro antes do acolhimento. Serão anotados o nome completo, telefone, endereço, SUS/CPF. Será gerada uma lista para cada equipe. Os ACS verificarão as informações do cadastro posteriormente para atualização do cadastro e cadastros novos
<ul style="list-style-type: none"> ● Equipe 'inconsistida' ● Déficit de recursos humanos 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Ausência de ACS na equipe ● Equipe com poucos ACS ● Falta de profissional (ACS) ● Áreas descobertas de ACS (áreas e 5 ACS sendo 01 de licença médica longa) ● A falta de profissional ACS. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recebimento na Equipe de 2 profissionais ACSs, no entanto, atualmente um ACS pediu demissão.
<ul style="list-style-type: none"> ● Dificuldade de carro e motorista disponíveis para visita ● Ausência de apoio logístico de transporte. ● Falta de equipamento(computador) ● Dificuldade em digitar os cadastros. ● E-SUS offline 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Dificuldade de encontrar paciente na moradia no horário da visita ● Dificuldade de acesso à população. ● Recusa do usuário em relação à visita domiciliar para cadastramento 	<ul style="list-style-type: none"> ● Visita domiciliar para cadastramento ● Realizar cadastramento dos usuários da área de abrangência ● Definição de dia e hora semanal para realização de visitas domiciliares, dispondo de, pelo menos, 10h/semana para tal ação. ● Estabelecer fluxo de identificação dos usuários que já passaram pelos ACS para verificação do cadastro usando adesivo no cartão do SUS
<ul style="list-style-type: none"> ● Dificuldade de controle no território (área de invasão) ● Área bem vulnerável com muitas demandas de atendimentos agudos. ● Território adscrito muito extenso, locais com dificuldade de acesso. ● Área de abrangência com grande facilidade de inclusão de moradores ● Visita domiciliar prejudicada devido alta demanda de usuários no posto e pandemia ● Dificuldade para realização do cadastramento e atualização cadastral da população, devido ao grande número de afastamento de 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar divisão das áreas para melhor cadastramento e assim contabilizar a demanda de moradores por região ● Iniciamos um Programa de visita e cadastramento no território. A gerência da UBS enviou Ofícios à Administração solicitando a liberação de acesso aos ACSs das Equipes ● Divisão do território em 3 grandes microáreas sob responsabilidade dos ACSs para atendimento às demandas por cadastramento individual e domiciliar, busca ativa, entre outras demandas.

servidores da UBS e a população, comprovadamente, maior que o preconizado pela PNAB <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades em cadastrar toda a população adscrita do território visto que a equipe tem uma população muito maior do que preconiza a PNAB 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Visita das gestantes mediante abertura do Pré Natal e cadastro

Fonte: elaboração própria, (2022).

No Itapõa, que possui 3 UBS, as equipes registraram o menor número de PAQs. Na análise dos problemas/fragilidades da Região foi possível observar que a maior dificuldade é em relação ao cadastramento, porém associado à dificuldade de conseguir contato com o usuário. Aqui é importante observar os termos que foram utilizados pelos profissionais, como : “Área considerada como cidade dormitório, dificultando encontrar o cidadão.”; “Perfil da população dificulta o cadastramento pela incompatibilidade de horários (em horário comercial - população trabalha/estuda)”; “Recusa do cadastro por alguns usuários”, além de relatarem ser uma “Área vulnerável e violenta”. Observamos no quadro 7 como problemas relacionados a esse aparecem algumas vezes, e que houve uma certa dificuldade em se pensar em ações para solucioná-las. Ao entender as dinâmicas e o território, a equipe terá condições de compreender mais as ações são tomadas pelos usuários por conta das dinâmicas sociais

As outras dificuldades relatadas são similares as das outras regiões: número baixo de ACS, falta de computadores para realizar cadastramento/ inserção no E-SUS, pandemia e demanda dos serviços regulares.

Quadro 7. Relação de problemas e ações descritas no padrão I. 1.1 As equipes realizam cadastramento da população dos PAQs na RA Itapõa

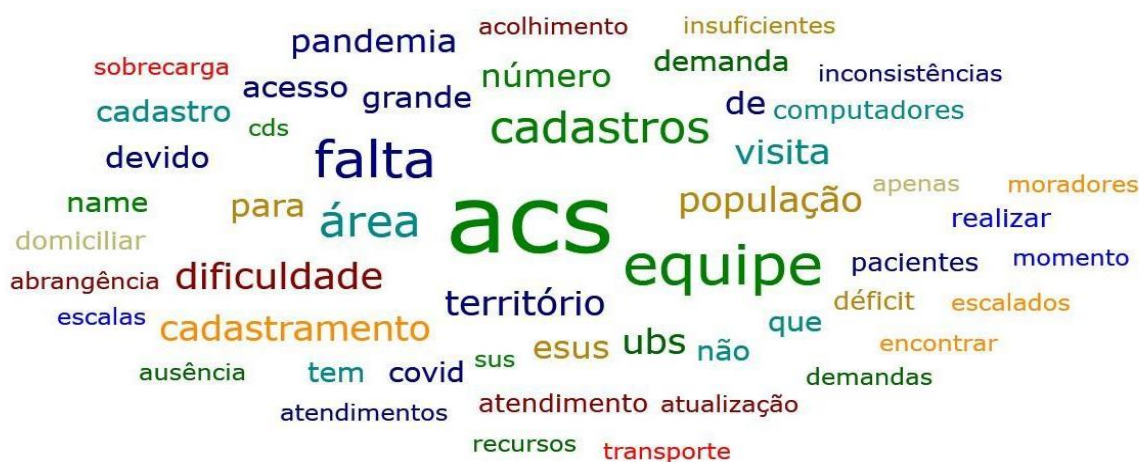
Problemas	Ações
<ul style="list-style-type: none"> • Apenas 2 ACSs para cobrir toda a área • Poucos agentes de saúde(dois agentes). • Número restrito de ACS • Pouca carga horária de ACS • ACS em escalas internas na UBS. • ACS com altas demandas para outras atividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Organização da equipe para atualização do cadastro e visita no território para inserção de novos cadastros • Reservar 1 período na semana por ACS para inserção dos cadastros no ESUS e meta mínima de 5 famílias por período
<ul style="list-style-type: none"> • Computadores insuficientes para digitação dos cadastros • Falta de computadores para realizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Inserção de cadastros pelos demais profissionais (enfermeira e médica), separar fichas impressas p/ deixar nos consultórios

<p>cadastramento/ inserção no ESUS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Falta de transporte institucional 	<ul style="list-style-type: none"> ● Inserção dos cadastro individuais no sistema ● Realização de cadastro físico impresso na área de abrangência pelos agentes comunitários vinculados à equipe.
<ul style="list-style-type: none"> ● Inconsistência no ESUS. ● ESUS indisponível. Grandes inconsistências no cadastramento 	<ul style="list-style-type: none"> ● Verificar e remover inconsistências pelas ACS em 2 períodos na semana. ● Escala de ACS na UBS para lançamento de cadastros no ESUS e avaliar inconsistências. ● Extrair uma planilha com cadastros inconsistentes
<ul style="list-style-type: none"> ● Pandemia 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Dificil acesso em moradias de kitnet. ● Dificuldades de encontrar pessoas que trabalham durante a semana toda. ● Tem bastante prédios com vários andares no território, a maioria não tem interfone e muitos dos moradores trabalham o dia todo, tornando difícil o acesso para completar o cadastramento da população do território. ● Não conseguir realizar visita periódica nos domicílios ● Recusa do cadastro por alguns usuários ● Situação da Pandemia com redução de visitas domiciliares ● Acesso às casas fechadas ● Perfil da população dificulta o cadastramento pela incompatibilidade de horários (em horário comercial - população trabalha/estuda) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Deixar aviso por escrito em caixas de correios para o usuário procurar os ACS na UBS, para cadastramento no ESUS com dia e horário agendados. ● Iniciar visita de rotina ao território
	<ul style="list-style-type: none"> ● Ponto de Controle Semanal: apresentação dos cadastros físicos/impressos realizados na reunião de equipe ● Monitorar o cumprimento da meta semanal estabelecida de cadastros individuais / domiciliares
<ul style="list-style-type: none"> ● Área extensa. ● Mudanças na área de abrangência com novas ACS inseridas na equipe. ● Área considerada como cidade dormitório, dificultando encontrar o cidadão. ● Área vulnerável e violenta ● Território distante da UBS e fragmentado 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Longa espera nas solicitações de cadastro. Média de dias para primeira visita de cadastramento: 124 dias. Tem solicitação de cadastro de maio/21, mas a maioria de novembro/ dez 2021 	<ul style="list-style-type: none"> ● Planilha de solicitação de Cadastro, alimentada pela equipe e disponível online para facilitar o acesso dos agentes comunitários ● Finalizar solicitações de cadastro até 31/03/2022 (sem incluir solicitações inseridas na última semana).
<ul style="list-style-type: none"> ● Desconhecimento dos outros integrantes da equipe (fora ACS) sobre o cadastramento / 	<ul style="list-style-type: none"> ● Qualificar toda a equipe para verificação / atualização dos cadastros.

atualização dos cadastros	
<ul style="list-style-type: none"> • Não estabelecimento de meta semanal de cadastros individuais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traçar meta semanal de 20 cadastros individuais por agente comunitário • Estabelecer meta semanal de cadastros individuais / cadastros domiciliares. • Mutirão de cadastros na área • Realizar atividade de territorialização aos sábados. • Atualização de 40 cadastros por semana por acs ficha física e inseridos no sistema

Fonte: elaboração própria (2022).

Figura 3- Nuvem de palavras utilizadas pelas equipes na elaboração dos PAQs- Subdimensão Territorialização, no padrão I.1.1 - *As equipes realizam cadastramento da população*



Fonte: Elaboração Própria, Software Atlas.ti, (2022).

Na figura 3 o tamanho da palavra equivale à quantidade de vezes que foi citada no padrão 1.1 dos PAQs. Ao analisar quais as palavras utilizadas com maior frequência nos problemas identificados no PAQs é possível identificar que “ACS” foi o termo mais presente. Entendendo-se que os agentes comunitários em saúde foi o ponto central dos problemas. Seguido por “equipe”, “falta” e “cadastros” o que pode indicar quais as principais áreas que têm dificuldades.

I.1.2. As equipes fazem diagnóstico situacional de sua área de abrangência com foco no território (Grau II)

No padrão I.1.2. *As equipes fazem diagnóstico situacional de sua área de abrangência com foco no território* obtiveram 19 Planos de Ação registrados pelas equipes, esse resultado pode ser explicado pelas semelhanças dos problemas identificados com o padrão I.1.1. *As equipes realizam o cadastramento da população.*

As equipes das 3 regiões relataram em comum, neste padrão, a falta ou o baixo número de ACS na equipe, baixo percentual de cadastros, cadastros incompletos, falta de recursos humanos para as ações assistenciais e administrativas.

Especificamente, as equipes do Paranoá identificaram a falta de sistemas de informação que agreguem os dados e forneçam ferramentas analíticas satisfatórias (e-SUS) e a ausência de definição, pela eSF, de um método de diagnóstico situacional. As equipes de São Sebastião apontaram o período de pandemia e a anexação de uma nova área, aumentando a população a ser assistida pela equipe. Já as equipes que compõem o Itapoã listaram mais fatores problemáticos: área bem vulnerável com muitas demandas de atendimentos agudos, falta de priorização, dificuldade de realização de visita domiciliar para cadastramento e diagnóstico, alta demanda impossibilita a visita da equipe na sua área de abrangência, dificuldade em fazer contato com o responsável pelo domicílio, território adscrito muito extenso, locais com dificuldade de acesso e equipe que não dispõe de mapeamento do território.

I.1.3. As equipes realizam atendimento em territórios definidos, respeitando os parâmetros populacionais, e promovem vínculo com a população adscrita

O padrão I.1.3. *As equipes realizam atendimento em territórios definidos, respeitando os parâmetros populacionais, e promovem vínculo com a população adscrita* mantém a mesma linha dos outros dois padrões. No último padrão da subdimensão Ações no Território, o principal problema existente apontado é a falta de ACS. Aqui somente duas regiões apontaram as dificuldades e elaboraram os PAQs. No Paranoá houve registro de duas equipes de UBS distintas, uma delas apontou somente um problema, comum a outras UBS e eSF, a “Falta de Agentes Comunitário de Saúde e recursos humanos na equipe”, não apontando nenhuma ação nesse quesito. Na outra equipe foi interessante observar a organização que tiveram ao construir o PAQ, informando uma ação para cada dificuldade encontrada.

Quadro 8. Relação de problemas e ações descritas no padrão *I.1.3 As equipes realizam atendimento em territórios definidos, respeitando os parâmetros populacionais, e promovem vínculo com a população adscrita* de uma equipe da RA Paranoá

Problema	Ação
<ul style="list-style-type: none"> • Devido organização da UBS, os profissionais das equipes responsabilizavam-se prioritariamente a população não vinculada à sua área de abrangência • Presença de acolhimento compartilhado não obedecendo população adscrita à equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Desmembramento do acolhimento da equipe Jatobá das demais equipes.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de ACS suficiente para cadastramento e promoção de vínculo com POPULAÇÃO ADSCRITA 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinalizar formalmente à gerência sobre necessidade de novo ACS para ocupar vaga com saída do ACS Francisco
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de rotina de visita domiciliar do técnico de enfermagem no território 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar rotina de visita pelo técnico de enfermagem ao território.
<ul style="list-style-type: none"> • Não há rotina de registro de prontuário das visitas domiciliares promovidas pelo ACS 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro pelos ACS de suas visitas domiciliares

Fonte: elaboração própria(2022).

Já na região de São Sebastião, duas equipes incluíram o padrão I.1.3. *As equipes realizam atendimento em territórios definidos, respeitando os parâmetros populacionais, e promovem vínculo com a população adscrita*, nos PAQs. Em uma equipe os problemas identificados se repetiam de os padrões anteriores, são eles: demanda de usuários já cadastrados superior a norma, a dificuldade de controle no território (área de invasão) e a falta de RH para a área de abrangência extensa. A outra equipe apontou como dificuldades a equipe incompleta, ACS com regime de contratação temporária, o baixo percentual de cadastros e que grande parte dos usuários são identificados mediante atendimentos à demanda espontânea.

Quadro 9. Relação dos principais problemas e ações dos PAQs da Subdimensão I da região Leste

Problema Ação	ACS em escala interna Gr=12	Demanda interna alta Gr=11	Difícil acesso a população Gr=17	Dificuldade no cadastramento Gr=23	Dificuldade para visita domiciliar Gr=8	Falta de ACS Gr=34	Falta de atualização dos cadastros Gr=6
Articular com GPMA treinamento para a equipe sobre cadastro territorial e individual Gr=3				x	x		x
Ações de Cadastramento Gr=24				x			x
Contratação e capacitação de ACS temporários. Gr=5	x	x	x	x	x	x	x
Estabelecimento de metas de cadastros Gr=21				x			x
Iniciar visita de rotina ao território Gr=8	x		x	x	x		
Monitoramento das metas de cadastros Gr=7				x			
Mutirão de cadastros/ atualização na área Gr=4	x			x			x
Organização da equipe para atualização e novos cadastros Gr=10	x		x	x			x
Realizar visita domiciliar para cadastramento Gr=6			x	x	x		x

Fonte: Elaboração Própria, Software Atlas.ti (2022)

Gr: número de citações

O quadro 8 foi construído com a codificação das citações mais frequentes nos PAQs observa se que os dois problemas com mais citações são “Falta de ACS” com 34 e “Dificuldade no cadastramento” com 23.

A repetição dos mesmos problemas em equipes diferentes é reflexo de como as dificuldades enfrentadas em regiões diferentes são semelhantes. A falta ou o baixo número de ACS é uma delas. O trabalho exercido por essa categoria tem objetivo de realizar a articulação entres os serviços de saúde e a população, de acordo com a da Lei Nº 13.595, de 5 de Janeiro de 2018

“Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) integra o sistema único de saúde (SUS), com mais de 30 anos que e só em 2006 que a Lei n 11.250 oficializou como profissão o ACS e a Emenda Constitucional 51 determinou a admissão de ACS por meio de processo seletivo público. A valorização da categoria só pode ser vista esse ano, com a Emenda à Constituição n° 9, de 2022, o texto estabelece um piso salarial nacional equivalente a dois salários mínimos (cerca de R\$ 2.424) além de prevê adicional de insalubridade e aposentadoria especial, devido aos riscos inerentes às funções desempenhadas. A emenda também determina que estados, Distrito Federal e municípios deverão estabelecer outras vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações (Agência Senado, 2022). O último concurso da Secretaria de Saúde do DF para o cargo ocorreu em 2009 e ofertou 400 vagas e em Outubro de 2021 foi realizado um Processo Seletivo Simplificado Emergencial para contratação temporária e formação de cadastro que destinou 57 vagas para a região Leste. Cada ACS dentro da equipe é responsável por uma microárea com no máximo de 750 pessoas (BRASIL, 2022).

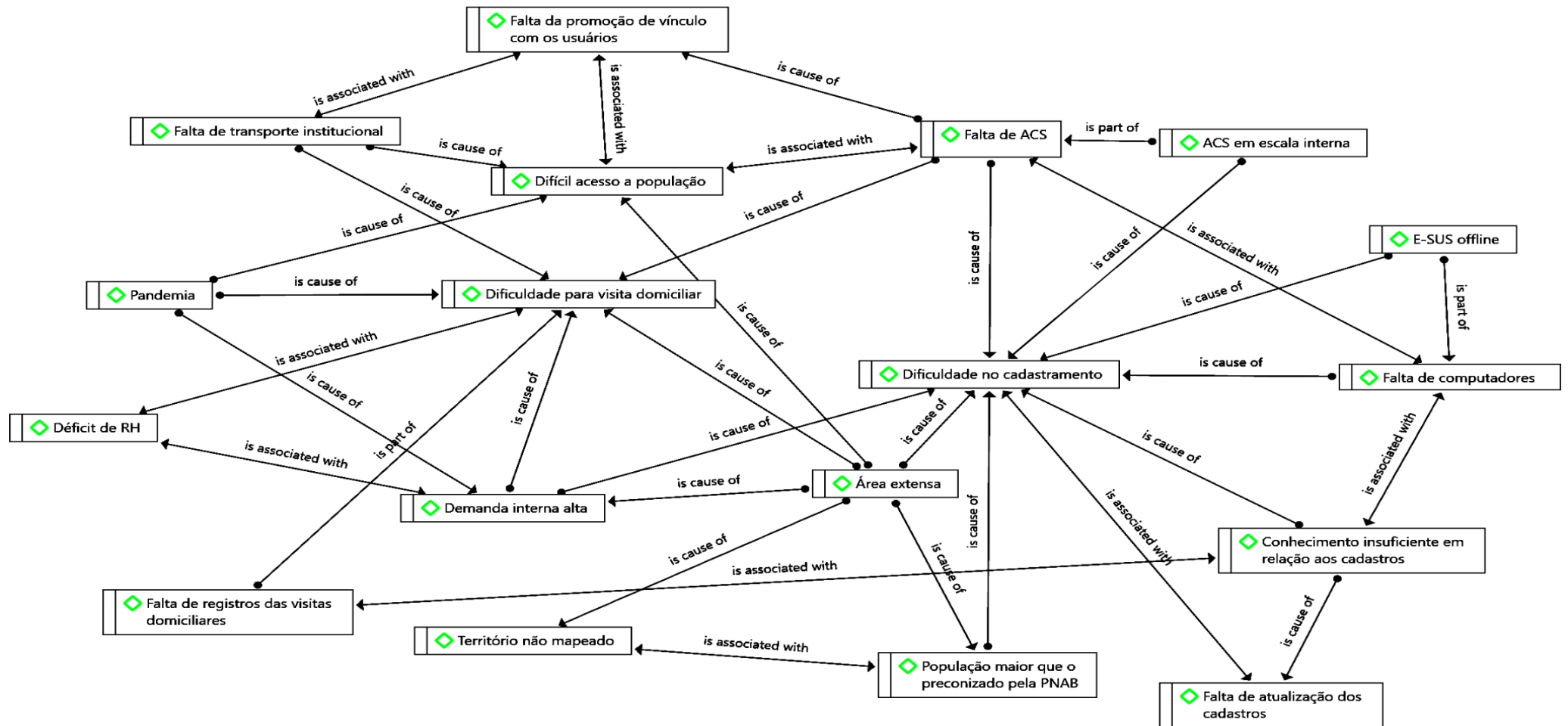
Há poucos meses para completar um ano da realização e da convocação dos aprovados, podemos notar, com base nos PAQs, que não supriu a necessidade existente na região. Construindo uma linha de pensamento dos problemas relacionados aos ACS, podemos associar e perceber a influência que tem em na organização da equipe, o que gera outras dificuldades: muitas eSF relataram o área extensa do território designado a elas, com poucos ACS fica inviável que eles estejam em todas as visitas domiciliares e realizem o cadastro da população, também é mencionado o desvio na função do agente, fazendo com que ele esteja envolvido em atividades administrativas, de vacinação e de acolhimento, resultando que atividades adequadas a função não sejam realizadas.

O cadastramento da população, aparece como um problema agudo elencado pelas equipes, essa atividade e sua atualização periódica é uma das atribuições dos agentes nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua não realização pode causar falhas na oferta de serviços específicos para cada população, uma vez que as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos cidadãos não são intimidados.

Nos PAQs as dificuldades relacionadas a essa atividade, além da falta de ACS, são a falta de computadores, dificuldades de acesso ao e-SUS para o registro, população maior que o suportado e a própria dificuldade em acessar a população. Para resolução dessas fragilidades as equipes construíram ações, além do que é sabido necessário: contratação de ACS. organizar o processo de trabalho, construir cronogramas, definir e monitorar o cumprimento de metas,

oferecer ajuda dos outros profissionais da eSF, atualização e digitação dos cadastros que existem em papel, capacitações para toda a equipe para cadastramento, construção de mapa de vulnerabilidades, mapeamento do território e redivisão de microáreas realizar mutirões são algumas das estratégias pensadas.

Figura 4. Rede dos códigos e suas relações dos problemas apresentados nos PAQs da Subdimensão 1 - Territorialização da Região Leste – DF



Fonte: Elaboração Própria, Software Atlas.ti (2022).

Através da codificação dos termos recorrentes nos PAQs da região, foi possível construir essa rede (Figura 4), onde podemos perceber quais são as relações e qual o tipo de cada.

Ao centro temos “dificuldade no cadastramento”, código criado abrangendo todas citações que apontavam esse problema, ao analisar podemos criar ligações de associação como “falta de atualização nos cadastros” e ligações de causa, por exemplo “área extensa” e “falta de computadores”. O código “falta de ACS” foi o que houve mais citações na análise dos PAQs (34), fazendo ligações pode-se perceber que ele encadeia alguns outros problemas citados, como “dificuldade para visita domiciliar” e “falta de vínculo com a população”, o déficit de acs dentro da equipe e a rotatividade.

Através dessas associações é possível notar como cada processo de trabalho dentro da UBS está vinculado em uma cadeia de retroalimentação, que influencia toda a consolidação do modelo de atenção à saúde na ESF.

De maneira a perceber e construir essas relações, o profissional que estuda Saúde Coletiva desenvolverá uma visão ampliada sobre os problemas, percebendo suas raízes e determinantes. Durante sua formação, o sanitarista estuda táticas e estratégias para que, junto com os profissionais da assistência seja construído um serviço de saúde que irá conhecer as necessidades dos usuários, e assim prestar um serviço integral

A realização do diagnóstico situacional e a territorialização são processos em que o sanitarista possui competência para realizar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até o momento o programa Qualis APS tem se mostrado potente no apoio aos profissionais das equipes e para a avaliação formativa está sendo realizada. No processo avaliativo, no momento de reflexão para selecionarem as dificuldades existentes dentro dos processos de trabalho, as equipes estão conseguindo observar as lacunas para elaborarem soluções alcançáveis com os recursos disponíveis. Porém, para o funcionamento pleno da APS algumas ações requerem que a gestão apoie às equipes, principalmente no quesito estrutura. É

notório que a falta de profissionais e de recursos materiais incidem na oferta de qualidade dos serviços destinados à população, o que corrobora o Diagnóstico de Estrutura, realizado pela equipe do Programa Qualis na etapa do diagnóstico inicial que compôs o ciclo avaliativo. A territorialização da área, cadastramento dos usuários, visitas domiciliares ficam prejudicadas com o déficit de ACS, em conjunto com isso, a falta de computadores e qualificação desses e dos outros profissionais que compõem o serviço fazem com que princípios básicos da oferta do serviço público a população não sejam cumpridos.

Percebe-se que o uso de estratégias que incluem os profissionais na construção de soluções e do próprio diagnóstico situacional da equipe e da UBS, auxiliou na formação de um plano de ação mais eficaz, com indicadores construídos com objetivos consolidados e possíveis, a depender de cada equipe e de cada RA. Tão importante quanto o empenho das entidades e da gestão em elaborar melhorias, é o reconhecimento por parte dos profissionais de suas potencialidades, com a percepção real das vulnerabilidades e fraquezas de cada equipe.

Conclui-se que o Programa QualisAPS, através do apoio e fomento à elaboração dos PAQS, tem instituído na rotina de trabalho dos profissionais das eSF as ações de planejamento participativo, que possibilitam monitorar o avanço e o alcance das metas e objetivo para uma oferta de assistência de qualidade, porém o apoio da gestão se mostra fundamental para superação dos empecilhos estruturais que atravessam o planejamento das equipes.

O território no modelo de cuidado ofertado na Estratégia de Saúde da Família possibilita trazer para o planejamento a singularidade da população e conseqüentemente a consolidação das diretrizes do SUS. Rememorando que a construção dos padrões de qualidade presentes no instrumento do Programa Qualis APS foram oriundos de processos participativos, ou seja, foram demandados pelos próprios profissionais, atores locais da Secretaria de Saúde do DF, a eleição e priorização do padrão de cadastramento, na dimensão Território, como grau obrigatório e vinculado ao um indicador previsto no acordo de gestão local da SES (Indicador nº 4: Percentual de pessoas cadastradas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde.) reflète a centralidade dessa ação para consolidação da eSF e portanto precisa ser ponto prioritário no planejamento macro da gestão local.

Concluimos, com o desejo profícuo, que a realização deste trabalho de conclusão de curso no campo da análise reflexiva sobre planejamento em saúde e avaliação participativa dê visibilidade à importância da atuação do/a sanitário/a, egresso/a da graduação em Saúde Coletiva, para implementação e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, C. C. et al. **Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica : AMAQ** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a. 164 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. LEI Nº 13.595, DE 5 DE JANEIRO DE 2018. **Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

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] República Federativa do Brasil. Brasília, Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL, Ministério da Saúde. 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)** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde, 2021** Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>.

CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia, Castanheira, Elen Rose Lodeiro e Placideli, Nádía **Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho.** *Saúde e Sociedade* [online]. 2018, v. 27, n. 2 [Acessado 26 Julho 2022] , pp. 518-530.

FURTADO, Juarez Pereira. **Um método construtivista para a avaliação em saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001 .

GONDIM, Grácia Maria de Miranda, et al. **"O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização."** *Território, ambiente e saúde* 1 (2008): 237-256

SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Márcio Florentino; CARDOSO, António José Costa (Org.). **Política, planejamento e gestão participativa em saúde.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2018. 428 p. DOI: doi: <http://d.doi.org/40.26542/9788523044345> Disponível em: <http://livros.unb.br/inde..php/portal/catalog/boo//44>.

MENDES, E.V . **Uma agenda para a saúde.**2. ed. São Paulo: Hucitec,1999

MEDINA, Maria Guadalupe et al. **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?.** *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 8

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadoras: Claudia Flemming Colussi; Katiúscia Graziela Pereira. - Florianópolis: UFSC, 2016. 86 p. : il. color. (Série – Formação para Atenção Básica).

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Cadernos Qualisaps: Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.** Brasília, 2021a.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Cadernos Qualisaps: Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: Instrumento de Autoavaliação das Equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e Saúde Bucal (eSB).** Brasília, 2021b.

SALA, Arnaldo, Nemes, Maria Ines Baptistella e Cohen, Diane. **Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 1998, v. 14, n. 4

TANAKA, Oswaldo Yoshimi e TAMAKI, Edson Mamoru. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2012, v. 17, n. 4