

## Análise dos problemas vinculados aos padrões de qualidade da atenção primária no Distrito Federal

### *Analysis of problems associated with the quality standards of primary care in the Federal District*

Magda Duarte dos Anjos Scherer<sup>1,2</sup>, Thaís Alessa Leite<sup>3,4</sup>, Ricardo Ramos dos Santos<sup>4</sup>, Níliá Maria de Brito Lima Prado<sup>5</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241428607P

**RESUMO** Este artigo analisa os problemas prioritários estabelecidos nos planos de ação da gestão local no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal – QualisAPS. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, conforme autoavaliações descritas nos Planos de Ação para a Qualidade, elaborados por 100 gestores das Gerências de Serviços de Atenção Primária em 2022. Os resultados demonstraram que, das cinco dimensões do instrumento de autoavaliação da qualidade, a atenção ao usuário e a organização do trabalho são as centrais para a melhoria da Atenção Primária à Saúde. Na análise temática dos problemas, foram identificados nós críticos que sinalizam prioridades de intervenção dos gestores: territorialização; planejamento e monitoramento; comunicação com o usuário; organização do trabalho; estrutura; qualificação dos profissionais; e pandemia. Os resultados demonstram que o processo contínuo de identificação de prioridades é essencial para subsidiar o planejamento em saúde pelos gestores e equipes e que o QualisAPS constitui um acertado passo para fomentar experiências com enfoque de planejamento estratégico em outros sistemas locais.

**PALAVRAS-CHAVE** Qualidade dos cuidados de saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Planejamento em saúde. Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** This article analyzes the priority problems established in the local management action plans within the scope of the Federal District's Primary Health Care Qualification Program – QualisPHC. It is a descriptive study, with a qualitative approach, based on the self-assessment described in the Quality Action Plans drawn up by 100 managers of the Primary Health Care Service Departments in 2022. The results showed that of the five dimensions of the quality self-assessment instrument, user care and work organization are the key ones for improving Primary Health Care. In the thematic analysis of the problems, critical nodes were identified that indicate priorities for intervention by managers: territorialization; planning and monitoring; communication with users; work organization; structure; qualification of professionals; and the pandemic. The results show that the continuous process of identifying priorities is essential to support health planning by managers and teams, and the QualisPHC is a good step towards fostering experiences with a strategic planning approach in other local systems.

**KEYWORDS** Quality of health care. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health planning. Health evaluation.

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília (DF), Brasil. [magscherer@hotmail.com](mailto:magscherer@hotmail.com)

<sup>2</sup>Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), Centre de recherche sur le travail et le développement (CRTD) – Paris, França.

<sup>3</sup>Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>4</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde – Salvador (BA), Brasil.



## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se pelo conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Dada a sua importância estratégica, garantir uma APS de qualidade tem sido tema relevante nas questões direcionadas aos sistemas de saúde em vários países<sup>1,2</sup>. Esse pressuposto ganha força, com base nas evidências de que os sistemas que priorizam as ações primárias, como eixo organizador das práticas sanitárias, alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários<sup>3</sup>.

No Brasil, o reconhecido potencial da APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), colocou no centro das discussões aspectos relacionados com a resolutividade e a capacidade de articulação com os demais níveis de atenção<sup>4</sup>. Tais iniciativas viabilizaram maior aproximação da avaliação dos serviços de saúde no cotidiano da gestão da APS, tendo o território como núcleo organizacional e utilizando-se de extensa gama de indicadores relativos à qualidade dos cuidados de saúde, centrando-se nas preferências e nas necessidades dos usuários<sup>4,5</sup>.

Facchini, Tomasi e Dilélio<sup>6</sup>, contudo, em ensaio sobre a qualidade da APS no Brasil, destacaram a necessidade de um conjunto de indicadores de qualidade que expressam processos organizacionais e práticas profissionais de cada equipe da ESF na rede de serviços de saúde e na relação com o território. Nesse cenário, dentre as estratégias de maior efetividade para qualificação da APS, destaca-se o planejamento estratégico, em que as equipes realizam a identificação dos problemas de saúde na área de abrangência das unidades, para efetuar a programação local das ações, a fim de estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento mediante o monitoramento e a avaliação contínuos<sup>7</sup>.

Em conformidade com a perspectiva supra-mencionada, e com um contexto de implantação da Política de Atenção Primária à Saúde e estabelecimento da ESF como modelo único da APS<sup>8,9</sup>, emergiu, no Distrito Federal (DF), a necessidade de qualificação das ações e serviços de saúde como uma questão estratégica. Assim, para fortalecer e institucionalizar a prática, desde 2019, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (QualisAPS) estrutura de forma participativa a avaliação, monitorando e promovendo a melhoria da APS no DF por meio de ciclos avaliativos contínuos. Estes são organizados em três fases cíclicas, sendo a primeira precedida por um diagnóstico da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por autoavaliação dos processos de trabalho das equipes assistenciais e de gestão local, constituindo um estudo de linha de base<sup>10-12</sup>.

O programa fundamenta-se na lógica sistêmica de avaliação como um dispositivo de formação no e pelo trabalho, articulando ações de avaliação das equipes de Saúde da Família (eSF), das equipes de Saúde Bucal (eSB) e das equipes de gestão das UBS, combinando práticas de apoio institucional, de educação permanente e estratégias para fomentar maior empoderamento dos gestores<sup>13</sup>.

O processo avaliativo do QualisAPS baseia-se em padrões de qualidade definidos localmente, construídos por meio de subsídios obtidos em oficinas de trabalho com profissionais de todas as equipes, além de oficinas com membros do Conselho de Saúde do DF e de representantes da sociedade civil organizada. As contribuições recebidas foram analisadas em triangulação com as normativas orientadoras do trabalho na APS e geraram instrumentos de autoavaliação. O primeiro ciclo avaliativo iniciou-se com a elaboração do Plano de Ação para a Qualidade (PAQ), em que as equipes da atenção primária selecionaram problemas prioritários a serem enfrentados, tendo por base os resultados da autoavaliação<sup>10</sup>.

Em meio a esse processo, fica evidente a necessidade de estudos que analisem os

problemas mais significativos para as equipes da APS, expressos nos PAQ, haja vista que estudos anteriores<sup>14,15</sup>, apesar de avaliarem a qualidade da APS no DF, não lograram a análise dos problemas a partir de um processo participativo de elaboração de padrões de qualidade e de priorização das intervenções, tal qual a lógica operacional do programa QualisAPS em curso. Sendo assim, neste artigo, objetiva-se, analisar os problemas prioritários estabelecidos nos planos de ação para a melhoria da qualidade da APS do DF.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em 2022 no DF. Com

população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>16</sup> de 3.094.325 habitantes, o DF é organizado em 33 Regiões Administrativas (RA), que correspondem a cidades, se comparado aos demais estados da federação brasileira, mas que se distinguem por não terem autonomia como os municípios<sup>17</sup>.

A rede de atenção primária é distribuída em sete Regiões de Saúde (RS) compostas pelas 33 RA. No período de realização da pesquisa, contabilizavam 175 UBS, sendo 10 prisionais. As 165 UBS que atendem a população geral funcionam, ao todo, com 100 Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAP), 609 eSF, 286 eSB e 59 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNasf-AB) (tabela 1).

Tabela 1. Quantitativo de UBS, eSF, eSB e equipes das GSAP por Região Administrativa e Região de Saúde no Distrito Federal, 2022

Região de Saúde	Região Administrativa	UBS	eSF	eSB	GSAP
Central	Cruzeiro	2	10	3	2
	Lago Norte	1	4	1	1
	Plano Piloto	5	24	5	4
	Varjão	1	3	1	1
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>41</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
Centro-sul	Candangolândia	1	5	2	1
	Guará	5	23	11	4
	Núcleo Bandeirante	2	7	3	1
	Park Way	1	1	1	0
	Riacho Fundo I	2	10	4	2
	Riacho Fundo II	5	16	4	2
	Scia/Estrutural	2	12	6	1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>74</b>	<b>31</b>	<b>11</b>	
Norte	Fercal	3	4	3	1
	Planaltina	20	48	20	9
	Sobradinho	6	24	14	3
	Sobradinho II	7	21	11	3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>97</b>	<b>48</b>	<b>16</b>	
Oeste	Brazlândia	9	16	8	3
	Ceilândia	18	80	36	18
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>96</b>	<b>44</b>	<b>21</b>

Tabela 1. Quantitativo de UBS, eSF, eSB e equipes das GSAP por Região Administrativa e Região de Saúde no Distrito Federal, 2022

Região de Saúde	Região Administrativa	UBS	eSF	eSB	GSAP
Sudoeste	Águas Claras	2	7	4	1
	Recanto das Emas	9	36	21	5
	Samambaia	13	60	37	9
	Taguatinga	7	49	21	7
	Vicente Pires	1	8	3	1
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>160</b>	<b>86</b>	<b>23</b>
Sul	Gama	10	39	20	7
	Santa Maria	8	28	14	5
	<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>67</b>	<b>34</b>	<b>12</b>
Total		165	603	286	100

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Cada UBS do DF é gerida por um Gerente de Serviços de Atenção Primária e por um Supervisor de Serviços de APS. Em alguns cenários, um mesmo gerente é responsável por mais de uma UBS.

Para analisar as prioridades para a melhoria da APS do DF, foram coletados dados dos PAQ, elaborados de dezembro de 2021 a março de 2022 por 100 gestores das GSAP das 7 RS, responsáveis por gerenciar as 165 UBS. Os dados estão disponíveis na Plataforma QualisAPS<sup>18</sup>, ferramenta criada para que as equipes de APS pudessem responder aos

instrumentos de autoavaliação, monitorar o desenvolvimento da autoavaliação, bem como realizar a elaboração e acompanhamento do PAQ.

Para este estudo, foram extraídos do banco de dados da Plataforma QualisAPS<sup>18</sup>, em cada região de saúde, os quatro principais padrões de qualidade incluídos no PAQ dos gestores durante o primeiro ciclo avaliativo, que expressam os problemas a serem enfrentados, conforme resultados da autoavaliação orientada por instrumento que continha 36 padrões (*tabela 2*).

Tabela 2. Padrões de qualidade por dimensão e subdimensão – instrumento de autoavaliação das GSAP

Dimensões	Dimensões	Nº de padrões
Atenção ao usuário	Acesso	2
	Atenção Integral	3
	Educação e Comunicação em Saúde	1
	Participação e Controle Social	3
Estrutura	Estrutura Física e Equipamentos	2
	Materiais, Insumos e Medicamentos	2
Gestão do trabalho	Força de trabalho	3
	Qualificação e Educação Permanente	2
Organização da rede de atenção	Integração da Rede	5
	Integração Ensino-Serviço	2
Organização do trabalho	Ações no território	3
	Planejamento, Monitoramento e Avaliação	8

Fonte: Cadernos QualisAPS<sup>10</sup>.

A seleção dos padrões para o PAQ obedecia aos seguintes critérios: inclusão de, pelo menos, quatro padrões, sendo dois classificados com grau I (áreas prioritárias para a qualidade da APS) e associados aos indicadores dos Acordos de Gestão Local (AGL), e outros dois de livre escolha, considerando critérios de baixo cumprimento, especificidades do território, magnitude do problema diante das demandas da população, repercussão na qualidade do atendimento ao usuário, governabilidade da equipe na execução das ações a serem propostas. Em situações em que mais de um padrão foi contemplado em quarto lugar, optou-se pela inclusão de todos.

Na sequência, nas sete RS, para cada um dos padrões selecionados, localizaram-se os problemas a serem objeto de intervenção, descritos pelos gestores. Considera-se que um problema é algo fora dos padrões de normalidade, definido a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator social que analisou a situação, ou seja, ele é sempre situacional<sup>19</sup>.

Observou-se que, em muitos casos, os participantes, ao invés de descrever um problema, repetiam a redação do padrão de qualidade ou descreviam causas ou consequências, as quais foram excluídas da análise.

Nesse sentido, submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>20</sup>, os problemas passaram pelos procedimentos de leitura fluente, interpretação, identificação de temas, agrupamento segundo critério semântico e categorização de acordo com o que emergiu da análise.

Na etapa posterior, os problemas foram organizados conforme a presença em cada padrão, segundo região de saúde, possibilitando a comparação entre as regiões. Em seguida, para identificar as prioridades estabelecidas nos planos de ação, realizou-se análise transversal dos problemas identificados em todos os padrões selecionando aqueles que se repetem, constituindo nós críticos, ou seja, seleção dos problemas cruciais (subproblemas que, se alterados, modificam os problemas) e

que explicam a problemática<sup>21</sup>. Os nós críticos foram sistematizados, *a posteriori*, em seis categorias temáticas, indicando as prioridades de ação para a melhoria da APS no DF: territorialização; planejamento e monitoramento; comunicação com o usuário; organização do trabalho; estrutura das UBS; qualificação dos profissionais; e pandemia.

O presente estudo é fruto de colaboração entre profissionais da área técnica e da gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e de pesquisadores da Universidade de Brasília. Outrossim, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 29640120.6.0000.0030 e parecer nº 5.396.127, tendo respeitado todos os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos, em conformidade com que define o Conselho Nacional de Saúde por intermédio das Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016.

## Resultados

Os resultados obtidos dos PAQ das GSAP mostram que, das cinco dimensões do instrumento de autoavaliação da qualidade da APS (*tabela 2*), a atenção ao usuário e a organização do trabalho são as que abrigam os problemas prioritários a serem enfrentados pelos gestores nas RS para a melhoria da APS.

Na dimensão atenção ao usuário, o padrão ‘a equipe de gestão disponibiliza informações sobre o funcionamento da UBS de forma clara e acessível à população’ foi selecionado por seis das sete RS, enquanto ‘a equipe estabelece parâmetros para organização da agenda de demandas programada e espontânea’ foi escolhido por quatro regiões. Ainda nessa dimensão, os gestores de três regiões incluíram nos seus PAQ o padrão ‘a equipe de gestão promove a realização de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) na APS’.

O quadro 1 apresenta os problemas referentes a cada padrão da dimensão atenção ao usuário, descritos pelos gestores, destacando-se: a falta de materiais e mapas informativos, de atualização e uniformidade das informações, de definição de fluxos nas UBS e de ações de educação em saúde; a priorização da demanda espontânea, as dificuldades

para organizar a demanda programada e o agendamento, as fragilidades do cadastro da população, além da subutilização de horários estendidos nas UBS; a desmobilização das atividades coletivas pela pandemia; a falta de espaço físico e materiais; as deficiências na qualificação dos profissionais da gestão e assistência.

Quadro 1. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão atenção ao usuário do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Central	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Sobrecarga do serviço de saúde; enfoque nas ações da pandemia; falta informação atualizada; modo de funcionamento não padronizado; divergência de informações; comunicação inadequada com a população.
Centro-Sul	Parâmetros para organização de agenda	Fragilidades dos cadastros; dificuldade de agendamento de cuidado programado; falta de otimização do atendimento em horários alternativos.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Falta de clareza das informações; falta de materiais; sobrecarga do serviço de saúde.
Leste	Parâmetros para organização de agenda	Demanda programada reprimida pela pandemia; dificuldade de controle das agendas pelos gestores; absenteísmo profissional.
	Realização de práticas integrativas em saúde na APS	Espaço físico inadequado; necessidade de educação permanente voltados para a práticas integrativas.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Descontinuidade de reuniões com lideranças locais; espaço físico inadequado; comunicação inadequada; déficit de recursos humanos.
Norte	Parâmetros para organização de agenda	Alta demanda espontânea; parâmetros voltados para a pandemia; dificuldade de organizar a agenda de atendimento nos casos de ausências programadas ou imprevistas dos profissionais.
	Realização de práticas integrativas em saúde na APS	Desmobilização de atividades coletivas na pandemia; espaço físico inadequado para a PIS; gestores não qualificados para o fomento ou valorização das PIS na APS; profissionais sem conhecimentos específicos em PIS; dificuldade de horário protegido na agenda para realização das PIS; desinteresse dos profissionais por capacitações nessa temática.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Enfoque nas ações sobre pandemia, descontinuando algumas ofertas; ausência de informações atualizadas sobre os serviços disponíveis na UBS; sobrecarga do serviço de saúde.
Oeste	Realização de práticas integrativas em saúde na APS	Falta de materiais necessários para o desenvolvimento das PIS; ausência de recursos financeiros; ausência de clareza das informações; déficit de recursos humanos; espaço físico inadequado
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	não identificado.
Sudoeste	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Ausência de mapas de territorialização nas UBS; ausência de reterritorialização; ausência de informações atualizadas; falta de uniformidade de informações; inconsistências de informações no site da SES-DF; ausência de ações de educação em saúde.

Quadro 1. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão atenção ao usuário do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Sul	Parâmetros para organização de agenda	Não inclusão de ações PIS na organização da agenda da equipe/profissional; receio de retomar atividades coletivas; sobrecarga de trabalho dos profissionais.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Falta de materiais para a realização de atividades no serviço; informações desatualizadas sobrecarga do serviço de saúde; absenteísmo profissional.

Fonte: elaboração própria com base no Banco de dados QualisAPS<sup>18</sup>.

Na dimensão organização do trabalho, o padrão ‘a equipe dispõe de diagnóstico situacional do território’ foi incluído no PAQ pelos gestores das sete RS; ‘a equipe de gestão monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL’ foi selecionado em seis RS; ‘a equipe de gestão estabelece mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas na APS’ foi incluído em três; e o padrão ‘a equipe de gestão implementa diretrizes, protocolos e fluxos para orientação dos processos de trabalho das equipes da UBS’, em duas RS.

O quadro 2 mostra os problemas, referentes a cada padrão da dimensão organização do trabalho, descritos pelos gestores, tais como: o baixo percentual de cadastros da população; o déficit de recursos humanos e o

desvio de função (principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS); as dificuldades de acesso ao território; o uso inadequado dos sistemas de informação; a existência de população flutuante e de territórios maiores que o preconizado. Também foram citadas a falta de ações de educação permanente, a sobrecarga dos profissionais, a dificuldade de priorização do tema monitoramento e planejamento e de garantia de reuniões de equipe para discussão de dados, bem como de acesso aos sistemas de informação, em um contexto de restrições de diversas ordens durante a pandemia. Além disso, foram destacados a baixa adesão de profissionais a protocolos, a não padronização de fluxos e processos de trabalho e o déficit de recursos humanos.

Quadro 2. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão organização do trabalho do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Central	Diagnóstico situacional	Déficit de cadastros; absenteísmo; inconsistência de cadastros; sobrecarga; falta de identificação institucional do ACS; déficit de recursos humanos; instabilidade do e-SUS; dificuldade de cadastro de população flutuante; desatualização de mapas de; déficit de ACS.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Lentidão do e-SUS; falta de educação permanente cadastro; absenteísmo; sobrecarga; falta de planejamento; baixa qualidade dos registros; instabilidade do e-sus; falta de educação permanente cadastro; cadastros inconsistentes; dificuldade de cadastro população flutuante.
Centro-Sul	Diagnóstico situacional	Déficit de cadastros; cadastros incompletos e inconsistentes; necessidade de educação permanente cadastro; falta de cadastro por não realização de visitas; rotatividade de moradores; falta de transporte para cadastramento dos usuários; cadastro desatualizado; déficit de cadastros; cadastro inconsistente; falta de priorização da territorialização pela equipe; território de difícil acesso.

Quadro 2. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão organização do trabalho do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Leste	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Demanda espontânea sem vinculação com a equipe; ausência de horário protegido para análise de dados; ausência de instrumento para análise de dados; dificuldade de acesso aos relatórios do e-SUS; gestores não priorizam indicadores; flutuação de usuários no território.
	Estabelecimento de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação	Internet e funcionamento dos computadores instáveis; sobrecarga com atividades administrativas; inexistência de horário para colegiado gestor das unidades; falta de preparo da gestão; dificuldade de acompanhar junto às equipes; profissionais não priorizam avaliação de indicadores; sobrecarga do gestor; falta de treinamento para uso do e-sus; dificuldade de acesso ao território.
Norte	Diagnóstico situacional	Baixo percentual de cadastros; dificuldade de cadastramento na pandemia; dificuldade de coleta e atualização de dados na pandemia; modificações de prioridades em função da pandemia; déficit recursos humanos; déficit de ACS; dificuldade de acesso ao território; sobrecarga dos profissionais; inconsistências nos registros no e-sus; falta de informações sobre o território.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Falta de educação permanente cadastro; absenteísmo; sobrecarga; desatualização de dados; falta de planejamento; baixa qualidade dos registros; instabilidade do e-sus; dificuldade de cadastro de população flutuante.
	Implementação de diretrizes, protocolos e fluxos para orientação dos processos de trabalho	Baixa adesão ao protocolo demanda espontânea; deficiência de acolhimento; enfoque nas ações da pandemia; sobrecarga; rotatividade de gestores.
Oeste	Diagnóstico situacional	Necessidade de educação permanente; baixa qualidade dos registros; dificuldade de acesso ao território e de cadastro; dificuldade de cadastro devido população flutuante; indisponibilidade de dados; fragilidade dos cadastros; não priorização de análise situacional; território de difícil acesso.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Sobrecarga; gestores e profissionais não priorizam avaliação dos indicadores; dificuldades para sistematizar dados sistema de informação; gestores não qualificados.
	Estabelecimento de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação	Não priorização de indicadores; dificuldades para realizar reunião de equipe.
Sudoeste	Diagnóstico situacional	Cadastro inconcluso; déficit de cadastro; desinteresse das equipes; reterritorialização; déficit de recursos humanos/ACS; desvio de atribuições ACS; não cumprimento de ações por ACS e coordenadores das equipes; uso inadequado dos sistemas de informação.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Dificuldade para realizar reuniões de equipe; ausência de educação permanente; sobrecarga gestores; instabilidade de sistemas (e-SUS, Sisab, Auxílio Brasil e e-Gestor); dificuldade no acesso aos dados; inexistência de plano de ação.
	Estabelecimento de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação	Dificuldade para priorizar planejamento e monitoramento dos dados; dificuldade para acompanhar cadastramento; desconhecimento das equipes acerca do número de cadastros; baixo conhecimento do território; inexistência de ações de planejamento, monitoramento e avaliação; falta de recursos materiais; falta de planejamento integrado entre equipes; dificuldade em ajustar inconsistências cadastros; falta de recursos estruturais para monitoramento dos dados; dificuldade de aperfeiçoamento das ferramentas de gestão local.
	Implementação de diretrizes, protocolos e fluxos para orientação dos processos de trabalho	Educação permanente conhecimento de informática; déficit recursos humanos; inconsistências de cadastros; sobrecarga gestores; falta de recursos materiais; falta de engajamento; diferentes modos de trabalho das equipes; fluxos e processos de trabalho sem padronização técnica; resistência a mudanças operacionais.



Quadro 2. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão organização do trabalho do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Sul	Diagnóstico situacional	Área de abrangência maior do que o preconizado; déficit de ACS; desconhecimento da equipe; falta de informações sobre o território; dificuldade inserção registros no e-sus; déficit de recursos humanos desvio de função de ACS; mudança de território adstrito.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Sobrecarga; déficit de recursos humanos; despreparo da gestão; dificuldade de acompanhamento das equipes pela gestão.

Fonte: elaboração própria com base no Banco de dados QualisAPS<sup>18</sup>.

Na análise transversal dos problemas identificados em todos os padrões das dimensões selecionadas pelos gestores no conjunto das RS, identificaram-se os ‘nós críticos’ que são descritos a seguir, segundo agrupamento temático.

### Territorialização

Aspectos relacionados com a territorialização da atenção primária foram citados pelos gestores como fundamentais para organização e prestação dos serviços na APS. A baixa cobertura da população cadastrada, os cadastros inconsistentes ou desatualizados resultam na dificuldade de dispor de informações atualizadas do território de maneira a possibilitar que as equipes tenham diagnósticos que orientem a atenção à saúde da sua população.

### Planejamento e monitoramento

A situação em relação à territorialização traz fragilidades para efetivar o planejamento e o monitoramento das ações, evidenciadas pela dificuldade de acessar informações estratégicas, bem como de dispor de técnicas para análise de dados e do conhecimento dos profissionais para manejá-las.

### Comunicação com o usuário

A comunicação insuficiente com o usuário figura como aspecto restritivo ao acesso aos

serviços, assim como passa a ser temática prioritária nos PAQ dos gestores realizados em 2022. Destaca-se o fato de os profissionais não terem clareza sobre quais informações fornecer, a falta de informação atualizada e de materiais de apoio sobre os serviços existentes que possam facilitar a divulgação, e a descontinuidade das reuniões das equipes com lideranças locais.

### Organização do trabalho

Observa-se que os gestores do DF dão enfoque aos problemas relacionados com a organização do trabalho das equipes da gestão e da assistência. A alta demanda por atendimento e a sobrecarga restringem a atuação dos profissionais. Foram citados ainda aspectos dificultadores relativos a desvios de função dos ACS, dificuldades para acessar o território da UBS tendo em vista as distâncias, a presença de população flutuante ou a ausência de moradores nas residências, assim como a falta de horário protegido das equipes para realizar reuniões.

### Estrutura das Unidades Básicas de Saúde

Quanto à estrutura das UBS, no que diz respeito aos recursos físicos, organizacionais e humanos existentes nos serviços de saúde, os gestores referem: deficiências na gestão de equipamentos (com destaque para

computadores e conectividade) e de insumos e materiais; infraestrutura física inadequada; ausência de transporte para deslocamento no território; e falta de recursos humanos, sobretudo dos ACS, além do problema do absenteísmo.

### Qualificação dos profissionais

Entre os problemas que impactam na qualidade dos serviços de saúde, o insuficiente investimento na qualificação dos profissionais, especificamente no que se refere a poucas iniciativas de educação permanente, segundo os gestores, resulta no conhecimento limitado sobre atenção primária e na baixa adesão ao modelo da ESF, assim como no uso do prontuário eletrônico e-SUS APS.

### Pandemia

Quanto aos fatores externos, apesar de referido em menor número, o cenário de enfrentamento da pandemia da covid-19 foi correlacionado com modificações de prioridades dos serviços ofertados na APS e com certa descontinuidade de ações, especialmente referentes à organização e implementação de atividades coletivas em educação em saúde, à coleta de dados e à atualização de cadastros dos usuários adstritos.

### Discussão

Os resultados do presente estudo, por meio do que foi expresso pelos gestores nos seus planos de ação, sinalizam prioridades de intervenção nas dimensões de atenção ao usuário e de organização do trabalho para a melhoria da qualidade da APS do DF. Nessas dimensões, são apontados problemas a serem enfrentados no que diz respeito, sobretudo, à territorialização, ao planejamento e monitoramento das ações, à disponibilização de informações e comunicação com os usuários, à organização do processo de trabalho e qualificação dos profissionais, assim como no componente estrutural das

UBS. Problemas decorrentes da pandemia da covid-19 aparecem como transversais a todo o processo.

A baixa cobertura da população cadastrada, os cadastros inconsistentes ou desatualizados resultam na dificuldade de dispor de informações atualizadas do território de maneira a possibilitar que as equipes tenham diagnósticos que orientem a atenção à saúde da sua população. No período de realização da pesquisa, a APS no DF dispunha de 955 ACS, correspondendo a menos de um agente por eSF, o que representa um quantitativo muito inferior ao preconizado pelas normativas da APS nacional e distrital, com implicações, conseqüentemente, para o planejamento de ações e serviços a serem ofertados pelas equipes e organização dos fluxos das Redes de Atenção à Saúde.

A atenção territorializada por equipes de APS no SUS constitui um aspecto central para o reordenamento assistencial baseado na ESF, entretanto, é um aspecto apontado como frágil ou inexistente pelas equipes do DF no que se refere à definição do limite político-administrativo, seja devido a um incipiente planejamento territorial, seja por dificuldades para acessar territórios geograficamente distantes ou permeados por condições sociais específicas.

Trata-se de um problema recorrente, que se desdobra em dificuldades organizacionais, como no cadastramento das famílias e indivíduos e na análise sociodemográfica, e em dificuldades assistenciais, como a baixa capacidade de resposta adequada aos problemas de saúde da população<sup>22</sup> limitando o enfrentamento das iniquidades sociais em territórios vulneráveis<sup>23</sup>, com prejuízos à abordagem comunitária, particularmente, a visita domiciliar e a articulação com ações intersetoriais, a exemplo do Programa Bolsa Família e do Programa Saúde na Escola<sup>24</sup>.

Em âmbito nacional, a estratégia e-SUS APS estrutura a coleta e a disponibilização de dados da APS com o objetivo de qualificar a gestão do cuidado e da informação. O DF implantou tardiamente o Prontuário Eletrônico

do Cidadão (PEC) do e-SUS APS, no ano de 2018, e desencadeou um processo de formação de multiplicadores para configuração e uso do prontuário, a partir das estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação<sup>25</sup>.

As dificuldades operacionais mencionadas pelos gestores corroboram outros estudos<sup>26-28</sup> ao desvelarem demandas relativas ao manuseio das ferramentas digitais, como o prontuário eletrônico, assim como erros no preenchimento do sistema e para atualização de dados, com conseqüente perda de dados de pacientes, e aspectos estruturais relativos à infraestrutura tecnológica nas UBS, computadores danificados, falta de suporte técnico e treinamento/educação continuada dos profissionais de saúde.

Outro ponto que merece destaque é a comunicação e a disseminação de informações, ferramentas importantes no contexto da ESF, uma vez que proporcionam às eSF, a seus profissionais e à população assistidas meios para melhorar a assistência à saúde e aprimorar a vigilância epidemiológica e seus indicadores<sup>29</sup>. É imprescindível o conhecimento de todos os profissionais das eSF para utilizar o conjunto de dados estruturados pelos sistemas de informação em saúde, a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como para avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe<sup>30</sup>. Essas condições confirmam a falta de segurança, a confiabilidade e a fragilidade no apoio à decisão, prejudicando a atenção/atendimento ao usuário e dificultando a atuação de profissionais e gestores.

No que concerne ao domínio dos dados e à produção das informações, as lacunas identificadas podem estar associadas aos problemas na comunicação com os usuários. Nesse sentido, a falta de interação com as lideranças locais, associada às informações desatualizadas ou inadequadas, pode afetar diretamente os atributos essenciais da APS.

Entre as diversas ferramentas disponíveis para aprimorar a comunicação no âmbito da APS, o aplicativo WhatsApp® é um dos meios

mais utilizados para levar informação às equipes e à população. No âmbito da SES-DF, é comum que as GSAP criem grupos para divulgar as mais diversas informações e os assuntos de interesse das eSF. Há ainda algumas UBS que utilizam o aplicativo para comunicação direta com a comunidade, quer seja para informações gerais dos serviços ofertados pela Unidade, quer seja como canal de divulgação de conteúdo técnico/científico<sup>30-32</sup>.

Nessa relação com os usuários, um problema recorrente para a organização do trabalho tem sido o desvio de função do ACS, bem descrito em estudos<sup>33,34</sup> que tratam da importância desse profissional para a existência da ESF, não sendo exclusividade do DF. Há crescente burocratização do seu trabalho, muito voltado ao preenchimento de formulários e coleta de dados, distanciando o ACS da sua atuação comunitária<sup>34,35</sup>. Segundo Santos et al.<sup>36</sup>, o ACS é visto como um trabalhador polivalente, com definição pouco clara das suas atribuições, sendo que, muitas vezes, a própria equipe as desconhece, o que é associado à pouca valorização da sua atuação, gerando desmotivação no trabalhador.

Com relação às questões estruturais da APS, de acordo com os gestores locais, a estrutura física das UBS e os transportes inadequados, as dificuldades de gestão de equipamentos, materiais e insumos e a existência de equipes incompletas ou o alto absenteísmo profissional figuram também entre os principais problemas levantados. A estrutura refere-se aos recursos físicos, organizacionais e humanos existentes nos serviços de saúde. Assim, preconiza-se adequar-se ao amplo escopo de atuação das equipes de APS, para o desempenho profissional eficiente, satisfação dos usuários e melhor qualidade e resultados em saúde<sup>37</sup>.

No âmbito normativo, tanto a Política de Atenção Primária do DF<sup>38</sup> quanto a Política Nacional de Atenção Básica<sup>39</sup> estabelecem as diretrizes para a garantia da infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS. Entretanto, os resultados da tipologia de estrutura das UBS do DF

revelam que, das 157 UBS avaliadas de acordo com tipos de equipe, elenco de profissionais, serviços disponíveis, estrutura física, insumos e equipamentos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), apenas 1,9% atingiram classificação máxima, tipo A, o que corresponde a 3 UBS. As demais foram classificadas em tipo B (33,8%), tipo C (33,1%), tipo D (19,1%) e tipo E (12,1%)<sup>40</sup>. Esse estudo evidenciou as diferenças de distribuição de tipos de UBS nas RS, sendo que as menores notas foram atribuídas às dimensões serviços disponíveis e tipos de equipes.

Quanto ao problema da sobrecarga dos profissionais, um dos nós críticos mais citados, os gerentes se referem apenas à alta demanda por atendimento, no entanto, a literatura destaca como aspectos relacionados com isso as condições precárias de trabalho, as dificuldades nas relações interpessoais no seio da equipe assistencial e dessa com a equipe de gestão, assim como a atuação em áreas de grande vulnerabilidade social e riscos de violência<sup>10</sup>.

Os resultados deste estudo evidenciam que a capacitação e a educação permanente dos profissionais são um nó crítico que perpassa todos os agrupamentos temáticos analisados até aqui, a exemplo do uso inadequado do e-SUS APS, no que se refere tanto ao planejamento e monitoramento quanto à comunicação com o usuário. Nesse contexto, ressalta-se que, além da presença de profissionais na composição das equipes, a formação e a qualificação destes voltadas às especificidades da APS, que os aproximem cada vez mais das necessidades da comunidade, assim como o tempo de permanência na equipe, associam-se a melhores resultados<sup>41</sup>.

Os gestores sinalizam a necessidade de ampliar o conhecimento dos profissionais sobre a APS visando à adesão ao modelo de saúde da família. Todavia, é preciso ter cuidado para não fazer uma associação linear de causa e efeito, tendo em vista que outros aspectos, tais como os valores das pessoas, a experiência de trabalho na APS, a existência de gestão democrática e de espaços que permitam a

criatividade, concorrerão para maior ou menor adesão a um projeto coletivo.

A literatura relata dificuldades para efetivar a Educação Permanente em Saúde (EPS), os quais estão relacionadas com falta de recursos, desalinhamento conceitual, rotatividade de gestores, fragmentação das áreas que compõem a gestão de recursos humanos, desconhecimento e burocracia na execução das ações, mesmo muitas vezes havendo recursos financeiros. Seriam facilitadores dos processos de EPS: a existência de ações regionalizadas, os espaços colegiados envolvendo os trabalhadores e o estabelecimento de convergências entre as áreas de educação e a do trabalho<sup>42</sup>.

Cabe destacar o absenteísmo profissional que se caracteriza como importante problema nos serviços de saúde, sendo também apontado pelos gestores do DF – e ainda, localizar essa questão no contexto pandêmico, em que estudos demonstraram impacto nos motivos e na duração dos afastamentos<sup>43</sup>. Ademais, somam-se mudanças ao processo de trabalho, com a inclusão de tecnologias digitais, especialmente para ofertar o monitoramento dos casos nos territórios e se adequar às medidas de distanciamento físico, assim como para garantir a continuidade dos atendimentos e do acompanhamento individual e familiar.

O cenário pandêmico foi destacado nos registros dos gestores quanto às dificuldades para a continuidade de atividades rotineiras na APS, tais como das atividades coletivas de educação em saúde e cuidado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, resultado encontrado em outros estudos<sup>44,45</sup>, com repercussões para o planejamento das ações de saúde.

## Considerações finais

Os achados do presente estudo demonstram a existência, no DF, de um movimento potencializador de processos de planejamento e monitoramento das ações e serviços ofertados pela APS. Entretanto, as fragilidades na formulação dos problemas sinalizam a necessidade de

apoio da gestão central aos gestores locais para qualificar ainda mais os seus planos de ação.

Nesse contexto, como limitação do estudo, podem ser apontados problemas que não foram devidamente explicitados pelos gestores nos planos de ação, e que, pela ausência de dados, não puderam ser analisados. Além disso, este estudo se limitou a um recorte específico do cenário pesquisado, evidenciando assim os desafios do processo de trabalho inscritos em um contexto singular e baseado apenas na ótica dos gestores.

A experiência de planejamento analisada neste manuscrito pode direcionar

contribuições acerca de elementos importantes para suscitar o fortalecimento do planejamento e da avaliação não apenas no DF como também em outros sistemas locais de saúde.

## Colaboradores

Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)\*, Leite TA (0000-0001-9307-4807)\*, Santos RR (0000-0003-1202-3579)\* e Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

- Pandhi N, Kraft S, Berkson S, et al. Building quality-ready primary care teams: a mixed methods assessment and lessons learned from implementing a microsystems approach. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):847. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3650-4>
- Macinko J, Harris MJ, DPhil MBBS, et al. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J Ambul Care Manage.* 2017;40(supl2):4-11. DOI: <https://doi.org/10.1097/jac.0000000000000189>
- Champagne F, Contandriopoulos AP, Tanon A, et al. Utilizar a avaliação. In: Brousselle A, Contandriopoulos AP, Hartz Z, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2016. p. 242-261.
- Tomasi E, Nedel FB, Barbosa ACQ. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. *Rev APS.* 2021;3(2):131-143. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>
- Ramos M, Brandão AL, Graever L, et al. Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2023;16(43):2736. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf16\(43\)2736](https://doi.org/10.5712/rbmf16(43)2736)
- Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate.* 2018;42(esp1):208-223. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
- Ribeiro LA, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saude Soc.* 2019;28(2):95-110. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>
- Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2017 fev 15; Seção 1:7-8.
9. Poder Executivo (DF). Lei nº 6.133, de 6 de abril de 2018. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2018 abr 9; Seção I:1.
  10. Scherer MDA, Freitas SBF. Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília; 2022. (Cadernos QualisAPS).
  11. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2019 fev 14; Seção I:6.
  12. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, et al. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(8):e00247820. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820>
  13. Secretaria de Estado de Saúde (DF); Universidade de Brasília; Fundação Oswaldo Cruz. Manual da Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Programa Qualificação da Atenção Primária do Distrito Federal. Elaboração e implantação de sistemática de avaliação da Atenção Primária do Distrito Federal. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2020. (Cadernos QualisAPS).
  14. Shimizu HE, Ramos MC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):385-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0130>
  15. Poças K. Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal [tese]. Brasília, DF: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília; 2017.
  16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades: Distrito Federal [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2021 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasilia/panorama>
  17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – e-Gestor [Internet]. [Brasília, DF]: Sisab; 2023 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/municipio/indicadores/indicadorCadastrtro.xhtml>
  18. Universidade de Brasília. Programa QUALIS APS. Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [Internet]. [Brasília, DF]: UnB; 2023 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/home>
  19. Matus C. Política, planejamento e governo. 3. ed. Brasília, DF: IPEA, 1997.
  20. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
  21. Teles IDF, Costa MTG, Cândido JAB, et al. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2020;8(1):27-38. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4454>
  22. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(11):4521-4530. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
  23. Fiorati RC, Cândido FCA, Souza LB, et al. Rede de atenção intersetorial para enfrentamento das iniquidades nos territórios: uma abordagem interpretativa-reconstrutiva. Lisboa: CIAIQ; 2018.

24. Scherer MDA, Sacco RCCS, Santana SO, et al. O Programa Saúde na Escola no Distrito Federal antes e durante a pandemia da Covid-19. *Saúde de debate*. 2022;46(esp3):45-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E303>
25. Soder MR, Sarturi F, Fontana DGR, et al. Atributos da Atenção Primária à Saúde: elementos para o planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. *Conj*. 2022;22(17):503-515. DOI: <https://doi.org/10.53660/CONJ-2231-2W60>
26. Schönholzer TE, Pinto IC, Zacharias FCM, et al. Implantação do sistema e-SUS Atenção Básica: impacto no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3447. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4174.3447>
27. Araújo AC, Vieira LJES, Ferreira Júnior AR, et al. Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220330. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0330pt>
28. Medeiros JB, Holmes ES, Albuquerque SGE, et al. O e-SUS Atenção Básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2017;20(1):145-149. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017v20.15784>
29. Souza Machado C, Cattafesta M. Benefícios, dificuldades e desafios dos sistemas de informações para a gestão no Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2019;21(1):124-134.
30. Vitorino DCC, Oliveira ICP. A importância da comunicação entre as equipes de saúde e usuários: a busca da qualidade no atendimento [Internet]. Piau: Unasus; 2020 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14673>
31. Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl2):1535-1547. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>
32. Nied MM, Bulgarelli PT, Rech RS, et al. Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. *Cad Saúde Colet*. 2020;28(3):362-372. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030434>
33. Travagim MF, Pini JS, Labegalini CMG, et al. Ações de educação em saúde na estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais. *Cienc Cuid Saude*. 2022;21:e61606. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v21i0.61606>
34. Gonçalves N. Trabalho em saúde na Atenção Primária no contexto de pandemia: novos instrumentos de trabalho podem possibilitar rupturas e transformações? *J Manag Prim Health Care*. 2021;12:1-5. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1028>
35. Lima A, Pedrosa CM, Furlanetto DLC, et al. Diagnóstico de estrutura das unidades básicas de saúde do Distrito Federal e capacidade de resposta à covid-19: resultados. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília; 2022. (Cadernos QualisAPS).
36. Santos JCG, Araújo DS, Alencar FS, et al. Acolhe APS: capacitando agentes comunitários em saúde mental no município de Iguatu-CE. *Rev. Foco*. 2023;16(02):e1139. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n2-187>
37. Santos LT, Souza FO, Freitas PSP. Efeitos do trabalho sobre o adoecimento entre agentes comunitários de saúde - uma revisão de literatura. *Rev Aten Saúde*. 2019;17(61):105-113. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n61.5600>
38. Amaral VS, Oliveira DM, Azevedo CKM, et al. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis*. 2021;31(1):e310106. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>
39. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Publicada no Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2017 fev 15; Seção 1:4-7.

40. Ministério da Saúde (BR). 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, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 set 22: Seção I: 68.
41. Assis BCS, Sousa GS, Silva GG, et al. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? REAS. 2020;12(6):e3134. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3134.2020>
42. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, et al. A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200014>
43. Silva CBG, Scherer MDA. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. Interface (Botucatu). 2020;24:e190840. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>
44. Garbin AJI, Nascimento CCMP, Zacharias FCM, et al. Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic. Rev Bras Enferm. 2022;75(supl1):e20220028. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0028>
45. Silva BRG, Corrêa APV, Uehara SCSA. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. Rev Saúde Pública. 2022;56:94. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004374>

---

Recebido em 15/05/2023

Aprovado em 25/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, financiadora do Programa QualisAPS

**Editor responsável:** Sandro Rogerio Rodrigues Batista