

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Michele Vieira Miranda

**Protocolo do acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: análise da  
implantação**

Brasília

2021

Michele Vieira Miranda

**Protocolo do Acesso da Atenção Primária à saúde do Distrito Federal: análise da  
implantação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elenice Machado da Cunha.

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Cláudia Figueiró.

Brasília

2021

Título do trabalho em inglês: Primary health care access protocol in Distrito Federal: implementation analysis.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

M672p Miranda, Michele Vieira.  
Protocolo do acesso da atenção primária à saúde do Distrito Federal: análise da implantação / Michele Vieira Miranda. -- 2021.  
133 f. : il. color. ; mapas ; tab.

Orientadora: Elenice Machado da Cunha.  
Coorientadora: Ana Cláudia Figueiró.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília-DF, 2021.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde.  
3. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 4. Protocolos Assistenciais.  
5. Análise de Implantação. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1098174

Michele Vieira Miranda

**Protocolo do Acesso da Atenção Primária à saúde do Distrito Federal: análise da  
implantação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 14 de dezembro 2021.

Banca Examinadora

Prof<sup>ª</sup> Dra. Juliana Fernandes Kabad  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof<sup>ª</sup> Dra. Euglébia Andrade de Oliveira  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof<sup>ª</sup> Dra. Ana Cláudia Figueiró (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elenice Machado da Cunha (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Brasília

2021

Dedico esse trabalho ao meu pai, Miranda, que sempre me incentivou em minhas escolhas, a minha mãe, Diva, que sempre estará presente em minha vida, a minha filha Natássia e meu genro Guilherme, e minha irmã de coração, Cíntia, que acompanharam e me apoiaram ao longo dessa caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Secretaria de Saúde do Distrito Federal por ter proporcionado minha capacitação profissional.

Agradeço as minhas orientadoras que foram compreensivas, pacientes e persistentes.

Agradeço aos colegas de turma, que mantiveram as mãos dadas, para que juntos, atingíssemos a linha de chegada.

Agradeço a ENSP, que compreendeu o momento atípico, de pandemia do coronavírus, e promoveu adequações ao curso.

*Não negues um benefício a quem o solicita, quando está em teu poder conceder-lhe.*

*Provérbios 3:27 - BÍBLIA CATÓLICA (2021).*

## RESUMO

O acesso do usuário ao SUS é direito constituído, e a unidade básica da Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial. Para promover essa garantia, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (DF) instituiu o Protocolo do Acesso da APS do DF como estratégia para ampliação do acesso. O objetivo deste estudo foi analisar a implantação da intervenção desse Protocolo nas unidades básicas de saúde (UBS), da Região Administrativa de São Sebastião, da Região Leste de Saúde, do Distrito Federal sob o ponto de vista dos profissionais de saúde membros das equipes da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo avaliativo quantitativo com apreciação normativa. Construiu-se o modelo lógico para compreensão do processo (recursos, atividades e resultados esperados) de implantação do protocolo. Para proceder o estudo elaborou-se o instrumento com indicadores representativos das ações previstas no Protocolo a partir de cinco blocos: Territorialização e análise situacional do território, Fluxo dos serviços, Acolhimento qualificado, Demanda espontânea e Construção da agenda. Os mesmos foram considerados como categorias para a análise. Os achados mostraram que, para os profissionais, o Protocolo de Acesso foi totalmente implantado nas UBS de São Sebastião. O bloco sobre Acolhimento qualificado obteve o maior percentual de cumprimento (81%), com destaque para os critérios “realização da inserção do encaminhamento para especialidade no sistema” (99%) e “referenciar o usuário para a rede de atenção” (95%), indicando que a continuidade do cuidado e a articulação da rede de atenção ocorrem de fato. Os profissionais – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, apresentaram consonâncias em seus pontos de vista para a maioria dos critérios, inclusive para os de menor percentual de cumprimento. Contudo, os resultados indicaram que persistem dificuldades em relação a alguns dos critérios, como a utilização da análise situacional do território, a participação social no planejamento das ações de saúde e a oferta suficiente de serviços para a demanda local. Sugere-se a realização de capacitações para que os profissionais se apropriem das orientações propostas Protocolo objeto deste estudo e outros protocolos assistenciais a fim de ampliar sua utilização.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Protocolos Assistenciais, Atenção Primária à Saúde, Análise de Implantação, Avaliação dos Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

User access to SUS is a given right and the Primary Health Care Basic Unit (APS) is the preferred entry gateway. To promote this assurance, the Distrito Federal Health Department established the APS access protocol as a strategy for its expansion. The study's objective is to analyze the implementation of intervention of this Protocol at Basic Health Units in the São Sebastião Administrative Region, part of the Public Health Eastern Region of Distrito Federal, from the perspective of health professionals who are members of Family Health Strategy teams. It is a quantitative evaluative study with normative appreciation. A logical model was built for comprehension of the process (resources, activities and expected results) for the protocol implementation. To carry out the study, the instrument was created with indicators representing actions foreseen in the Protocol from five blocks: Territorialization and situational analysis of the territory, Service Flow, Qualified Hosting, Spontaneous Demand and Agenda Construction. For the analysis, the respective blocks were defined as categories. The findings showed that as for the professionals, the Access Protocol was fully implemented at the Basic Health Units of São Sebastião. It had Qualified Hosting as the category with the highest compliance percentage (81%) and the criteria "completion of insertion of the referral to a specialty in the system (99%) and "referring the user to the care network" (95%), showing the continuity of care and the articulation of the care network. Professionals – physicians, nurses, nursing technicians and community health agents – presented conformity in most of the criteria addressed, including those with the lowest compliance percentage. Challenges still persisted, such as the difficulty in using the territory's situational analysis and social engagement, the planning of health actions, and the insufficient provision of demanded services. Training is suggested for professionals to take ownership of the guidelines proposed by the care protocols, so that they can use them during their own work practice.

Keywords: Access to Health Services, Assistance Protocols, Primary Health Care, Implementation Analysis, Health Services Evaluation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1 - Esquematização da identificação do Problema e da Intervenção, Distrito Federal, 2021. ....	21
Figura 2- Componentes do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.....	24
Figura 3 - Blocos de Ação do Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, 2021. ....	25
Figura 4 - Tipos de demandas da Atenção Primária, Brasil, 2021. ....	27
Figura 5- Modelo Lógico do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, 2021. ....	29
Figura 6 - Mapa de distribuição das Unidades Básicas de Saúde no Distrito Federal, Brasília, 2021 .....	39
Figura 7 - Mapa das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2021 .....	41
Figura 8 - Mapa da Região Administrativa de São Sebastião, Distrito Federal, 2021.....	42
Figura 9 - Mapa de localização das Unidades Básicas de Saúde, São Sebastião, DF, 2021 ....	52

### QUADROS

Quadro 1 – Marcos da constituição da Atenção Primária à Saúde no Brasil. ....	31
Quadro 2 - Grupo de procedimentos e/ou ações da CaSAPS segundo blocos e quantitativos. ....	34
Quadro 3 – Marcos da constituição da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal - 2021 .....	34
Quadro 4 - Distribuição das Regiões Administrativas por Região de Saúde, Distrito Federal, 2021 .....	40
Quadro 5 - Composição das Gerências de Serviços da Atenção Primária, conforme Unidades Básicas e quantidade de Equipes de Saúde da Família instaladas, São Sebastião, DF, 2021 ..	53
Quadro 6 - Componentes do Protocolo e respectivos critérios abordados segundo Blocos do Formulário, São Sebastião, 2021.....	56
Quadro 7 - Matriz de Análise da categoria Territorialização e Análise Situacional do Território, São Sebastião, DF, 2021. ....	63
Quadro 8 - Matriz de Análise da Categoria - Fluxo dos Serviços, São Sebastião, DF, 2021. ....	64
Quadro 9 - Matriz de Análise da Categoria Acolhimento Qualificado, São Sebastião, DF, 2021. ....	65
Quadro 10 - Matriz de Análise da Categoria Demanda Espontânea, São Sebastião, DF, 2021. ....	66
Quadro 11 - Matriz de Análise da Categoria Construção da Agenda, São Sebastião, DF, 2021. ....	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de Equipes de Saúde da Família credenciadas por anos, Distrito Federal, 2021. ....	37
Tabela 2 - Quantitativo de Equipes de Saúde por Unidade Básica, por Região Administrativa, das Regiões de Saúde. Distrito Federal, 2021. ....	38
Tabela 3 - Quantitativo de profissionais de saúde lotados por categoria, nas Gerências de Saúde, São Sebastião, DF, 2021. ....	54
Tabela 4 – Apresentação dos motivos de exclusão dos profissionais que compunham o universo do estudo, São Sebastião-DF, 2021. ....	60
Tabela 5 - Ponto de Corte dos critérios abordados, Brasília, 2021. ....	68
Tabela 6 - Valores de Corte das Categorias, por questão, por critério, esperada e total, para análise do Protocolo de Acesso, São Sebastião, DF, 2021. ....	69
Tabela 7 - Matriz de Julgamento do Grau de Implantação conforme a classificação, Brasília, 2021. ....	69
Tabela 8 - Escala de medição gradativa da porcentagem de cumprimento dos temas das categorias - DF, 2021. ....	70
Tabela 9 - Caracterização da amostra por categoria profissional e a representatividade dos participantes da pesquisa, São Sebastião -DF, 2021. ....	71
Tabela 10 – Relação do número de profissionais e o tempo, em anos, de trabalho na Atenção Primária, São Sebastião, DF, 2021. ....	72
Tabela 11 - Tempo, em anos, que o profissional está lotado na equipe atual, São Sebastião, DF, 2021. ....	72
Tabela 12 - Matriz de Julgamento para as categoria, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida, o Grau e a Classificação da Implantação, Brasília, 2021. ....	73
Tabela 13 - Matriz de Julgamento para os critérios da categoria Territorialização e Análise Situacional do Território, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida e o percentual alcançado. Brasília, 2021. ....	74
Tabela 14 - Matriz de Julgamento para os critérios da categoria Fluxo dos Serviços, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida e percentual alcançado. Brasília, 2021. ....	75
Tabela 15 - Matriz de Julgamento para os critérios da categoria Acolhimento Qualificado, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida e percentual alcançado. Brasília, 2021. ....	75
Tabela 16 - Matriz de Julgamento para os critérios da categoria Demanda Espontânea, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida e percentual alcançado. Brasília, 2021. ....	76
Tabela 17 - Matriz de Julgamento para os critérios da categoria Construção da Agenda, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida e percentual alcançado. Brasília, 2021. ....	77
Tabela 18 – Pontuação alcançada segundo categoria profissional para os critérios do bloco Territorialização e Análise do Território, Protocolo de Acesso da APS do DF , São Sebastião, 2021. ....	78
Tabela 19 - Pontuação alcançada segundo categoria profissional para os critérios do bloco Fluxo dos Serviços, Protocolo de Acesso da APS do DF , São Sebastião, 2021. ....	79
Tabela 20 - Pontuação alcançada segundo categoria profissional para os critérios do bloco Acolhimento Qualificado, Protocolo de Acesso da APS do DF , São Sebastião, 2021. ....	80
Tabela 21 - Pontuação alcançada segundo categoria profissional para os critérios do bloco Demanda Espontânea, Protocolo de Acesso da APS do DF , São Sebastião, 2021. ....	81

Tabela 22 - Pontuação alcançada segundo categoria profissional para os critérios do bloco Construção da Agenda, Protocolo de Acesso da APS do DF , São Sebastião, 2021. ....	83
Tabela 23 - Conhecimento do profissional acerca dos Protocolos Assistenciais da SES/DF, Brasília, 2021.....	84

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

AP – Atenção Primária

APS - Atenção Primária à Saúde

CaSAPS - Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde

CEPAV - Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica

CMAP - Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPPAS - Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde

CSAP - Causas Sensíveis à Atenção Básica

DF - Distrito Federal

DIRAPS - Diretoria Regional da Atenção Primária

DODF - Diário Oficial do Distrito Federal

eAPP – Equipe de Atenção Prisional

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ECR – Equipe Consultório de Rua

EMAD – Equipe multiprofissional de atenção domiciliar

EMAP – Equipe Multiprofissional de apoio

eNASFAP – Equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Primária

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ESF – Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FHDF - Fundação Hospitalar do Distrito Federal

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FZ - Fundação Zerbini

GCET - Gratificação por Condições Especiais de Trabalho

GDF - Governo do Distrito Federal  
GSAP - Gerências de Serviço da Atenção Primária  
GSAP - Gerentes de Serviço da Atenção Primária  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICS - Instituto Candango de Solidariedade  
ICSAB - Internações por condições sensíveis à Atenção Básica  
ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
IEP/HSL - Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
MS - Ministério da Saúde  
NASF - Núcleo Ampliado Saúde da Família  
NRAD - Núcleo de Atenção Domiciliar  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PDS - Plano Distrital de Saúde  
PES - Planejamento Estratégico Situacional  
PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde  
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas  
PGRS - Programa de Gestão Regional de Saúde  
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PSC - Programa Saúde em Casa  
PSE - Programa Saúde na Escola  
PSF - Programa Saúde da Família  
RA - Região Administrativa  
RHS - Rede Humaniza SUS  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SEI - Sistema Eletrônico de Informação  
SES - Secretaria de Estado de Saúde  
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UB - Unidade Básica (UB)

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

USP - Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
2	<b>DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO</b> .....	18
2.1	PROTOCOLO DE ACESSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL COMO INTERVENÇÃO PARA RESOLUÇÃO DE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA .....	22
2.2	MODELO LÓGICO DO PROTOCOLO DE ACESSO DA APS DO DF .....	27
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	30
3.1	A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE .....	30
3.1.1	<b>Estratégia Saúde da Família</b> .....	32
3.1.2	<b>Serviços ofertados pela APS</b> .....	33
3.2	A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL .....	34
3.2.1	<b>Regionalização do DF</b> .....	39
3.2.1.1	Região Administrativa de São Sebastião .....	42
3.2.2	<b>Avaliação em saúde</b> .....	43
3.2.3	<b>Análise de Implantação</b> .....	45
4	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	47
5	<b>PERGUNTAS AVALIATIVAS</b> .....	48
6	<b>HIPÓTESES OU PRESSUPOSTO TEÓRICO</b> .....	49
7	<b>OBJETIVOS</b> .....	50
7.1	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	50
7.2	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	50
8	<b>MÉTODO</b> .....	51
8.1	TIPO DE PESQUISA .....	51
8.2	LOCAL DA PESQUISA .....	52
8.3	UNIVERSO .....	53
8.4	AMOSTRA .....	54
8.5	INSTRUMENTO UTILIZADO .....	55
8.6	COLETA DOS DADOS .....	59
8.7	ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	62
9	<b>RESULTADOS</b> .....	71
9.1	PARTICIPANTES .....	71

9.2	ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACESSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	73
10	<b>DISCUSSÃO</b> .....	85
11	<b>CONCLUSÃO</b> .....	93
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	95
	<b>APÊNDICE A – FORMULÁRIO APLICADO</b> .....	104
	<b>ANEXO A – CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> .	123
	<b>ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ENSP</b> .....	129
	<b>ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA FEPECS</b> .....	131
	<b>ANEXO D - PRORROGAÇÃO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO PROTOCOLO DE ACESSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL</b> .....	133

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como elemento fundamental na estruturação do sistema de saúde. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (GONÇALVES *et al.*, 2017; BRASIL, 1997).

A APS no SUS é composta por um leque de ações, programas e estratégias. A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como “carro chefe” por ser porta de entrada preferencial para o usuário e organizadora da rede de atenção à saúde. A ESF tem favorecido a universalização dos cuidados primários, com valorização da equidade e da integralidade da atenção, além da implantação de processos avaliativos e melhoria do desempenho devido ao trabalho multidisciplinar e enfoque familiar (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A ESF é constituída por equipes de saúde multiprofissionais que desenvolvem ações sanitárias para uma população residente em um território definido (BRASIL, 2017a). A equipe de saúde deve solucionar entre 80 e 95% das demandas de saúde da sua população (LANDSBERG *et al.*, 2012). Essa incumbência denominada resolutividade pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), refere-se à “capacidade das equipes em reconhecer as necessidades locais de saúde e ofertar ações para supri-las” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021e).

Contudo, os desafios para o aprimoramento da APS/ESF ainda se fazem presentes. Financiamento adequado, a formação especializada dos profissionais, a adequação da gestão à realidade local, ações intersetoriais, melhora na organização do acesso aos demais níveis de atenção, planejamento com participação social, o equilíbrio entre a demanda e o atendimento oportuno e a abordagem comunitária, são algumas metas a alcançar (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Gonçalves *et al.* (2017) afirmam que o bom funcionamento da APS está ligado a diversos fatores, cita-se a expansão de cobertura e o acesso. No Brasil, uma parcela da população ainda não tem cobertura da ESF; o acesso é o atributo pior avaliado. Andersen e Aday (1974) apontam a utilização de serviço de saúde como o serviço recebido e a quem o prestou caracterizando - se pelo tipo, local, finalidade e intervalo de tempo envolvido e, o nível e o padrão de utilização real do sistema como a medida usada para testar a validade.

O usuário que busca atenção a sua saúde no DF relata barreiras, como pode ser averiguado nos Relatórios Anuais da Ouvidoria da Secretaria de Estado de Saúde (SES) /DF, referente aos períodos de 2019 e de 2020, onde consta o item “Atendimento em Unidade de Saúde” com o maior percentual de reclamações (SECRETARIA DE SAÚDE, 2019a; SECRETARIA DE SAÚDE, 2020).

Para minimizar as barreiras de acesso, dentre outras iniciativas, são necessárias mudanças no processo de trabalho de toda a equipe. A construção de um plano de ação, sensibilização sobre o tema, a análise da organização do serviço, estudos de demandas e planejamento de mudanças necessárias, o uso de Cadernos de Atenção e Protocolos baseados em evidências e a ampliação da participação da comunidade são exemplos de ações que podem ser trabalhadas nas unidades básicas de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Com o objetivo de nortear a organização do acesso aos serviços de Atenção Primária a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal elaborou o Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. O Protocolo de Acesso apresenta princípios e diretrizes para os profissionais de saúde e gestores como o propósito de proporcionar o atendimento da demanda com equidade, promovendo a ampliação do acesso e a continuidade do cuidado, com vistas ao aumento da resolutividade da Atenção Básica e da longitudinalidade da assistência (DISTRITO FEDERAL, 2018a).

Considerando as dificuldades e desafios que a APS do Distrito Federal enfrenta e tendo o Protocolo de Acesso da APS do DF a finalidade de dirimir, minimizar ou sanar alguns dos problemas enfrentados, esse estudo visa analisar o grau de implantação dessa intervenção, nas unidades básicas da Região Administrativa de São Sebastião, Região Leste de Saúde, sob o ponto de vista dos profissionais de saúde que desempenham suas atividades na Estratégia Saúde da Família.

## 2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO

Ao abordarmos o tema da saúde nos remetemos à questão do direito adquirido, proporcionado pelo Estado para toda a população. Um direito que pode ser visto sob diferentes aspectos, dentre estes, como um direito social, como direito humano fundamental, não só como direito de ser saudável, mas como um direito inclusivo e ampliado. Ao se falar de direito remete-se aos princípios do SUS: universalização – acesso às ações e serviços de saúde garantido a todas as pessoas; integralidade – atendimento do indivíduo em todas as suas necessidades e equidade – tratar desigualmente os desiguais (BRASIL, 2021c).

A equidade é um princípio relativo às necessidades coletivas e individuais, onde se deve atentar para as desigualdades sociais e econômicas na expectativa de superá-las ou minimizá-las. As inequidades podem ocasionar desigualdades no acesso. Portanto, equidade e acesso aos serviços referem-se à capacidade do sistema de saúde de se organizar da melhor maneira possível para responder adequadamente as necessidades de saúde da população. No Brasil, esta diretriz tem sido operacionalizada através das iniciativas governamentais em torno da ampliação do acesso e da utilização dos serviços de saúde (BARROS *et al.*, 2016).

Assis e Jesus (2012) apresentaram um modelo de análise para o acesso universal aos serviços de saúde organizado em cinco dimensões: política (pactuação entre estado e município; participação social; acompanhamento do processo e tomada de decisão); econômico-social (investimentos na rede pública por esfera de poder e nível de complexidade; barreiras sociais; econômicas; culturais e físicas); organizacional (porta de entrada; fluxo do atendimento; barreiras geográficas; regulação/ referência/ contra referência e avaliação); técnica (integralidade do cuidado; acolhimento; vínculo; competência/ habilidade e autonomia; compromisso; projeto terapêutico compartilhado – equipe e usuário; e qualidade da atenção) e simbólica (processo saúde-doença; cultura; crenças; valores e subjetividade). Baseando-se na construção da intervenção, a pesquisa abordará pontos que abarcam as dimensões organizacional e técnica.

O conceito de acesso pode ser visto sob diferentes enfoques. Pode ser centrado nas características dos indivíduos; nas características da oferta; na relação entre usuário e serviço, ou ainda como resultados ou objetivos finais, ou na inter-relação entre vários elementos que atingem esse objetivo (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). O Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS (FIOCRUZ, 2022) define acesso “como a liberdade e a capacidade de obter alguma coisa, ou dela fazer uso”. Entretanto, no campo da saúde “é o conjunto de circunstâncias que viabiliza a entrada de cada usuário na rede de serviço

tanto em seus diferentes níveis de complexidade, como em suas diversas modalidades de atendimento”. O estudo utilizará o conceito de Andersen e Aday (1974) quando apontam acesso como a relação entre a população e sua entrada, ou não entrada, no sistema de saúde e à continuidade do recebimento de cuidados subsequentes.

A reorganização do modelo de atenção ainda enfrenta inúmeros desafios. O primeiro desafio a se considerar é que parcela da população não está coberta por equipes da ESF. Seria necessário ainda, dentre outros aspectos, a revisão: da estrutura física, dos equipamentos básicos de saúde, do mobiliário adequado, do elenco de insumos e do transporte sanitário; estes são alguns dos itens essenciais para garantir o desenvolvimento pleno de ações das equipes de APS. Cita-se ainda a diferença orçamentária da APS, quando comparada com os valores repassados para a atenção especializada e hospitalar (GONÇALVES *et al.*, 2017).

A dificuldade dos usuários do SUS quanto à atenção integral do cuidado pode ser observada pelo percurso dos mesmos em busca da assistência pretendida (GALVÃO *et al.*, 2019). Apesar do empenho em consolidar a unidade básica de saúde como primeira opção de serviços de saúde, no DF, identificou-se que os usuários continuam buscando atendimento em serviços de saúde fora da sua área adscrita, ou de níveis de atenção não recomendáveis para Causas Sensíveis à Atenção Básica (CSAP), como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto-Socorro (FERNANDES *et al.*, 2009).

Além disso, as recorrentes reclamações na Ouvidoria da Saúde levam a crer que as UBS não cumprem plenamente a sua função no sistema público de saúde, tendo em vista as queixas que expressam dificuldades e barreiras de acesso aos serviços da Atenção Básica do Distrito Federal pela população (FERNANDES *et al.*, 2009). No Relatório da Ouvidoria da SES/DF de 2019 (SECRETARIA DE SAÚDE, 2019a), o maior percentual de solicitações/ queixas foi relativo ao atendimento em unidade de Saúde Pública que correspondeu a 18,2% do total, seguido por agendamento de consultas (13,7%), e agendamento de exames (9,8%). No primeiro trimestre de 2020 a distribuição percentual das queixas se manteve próxima a que foi informada no ano anterior. O atendimento em unidade de Saúde Pública correspondeu 17,5% das queixas, seguido por agendamento de consultas (13,7%), e agendamento de exames (8,6%), o que sugere dificuldades importantes no acesso aos serviços de saúde (SECRETARIA DE SAÚDE, 2020).

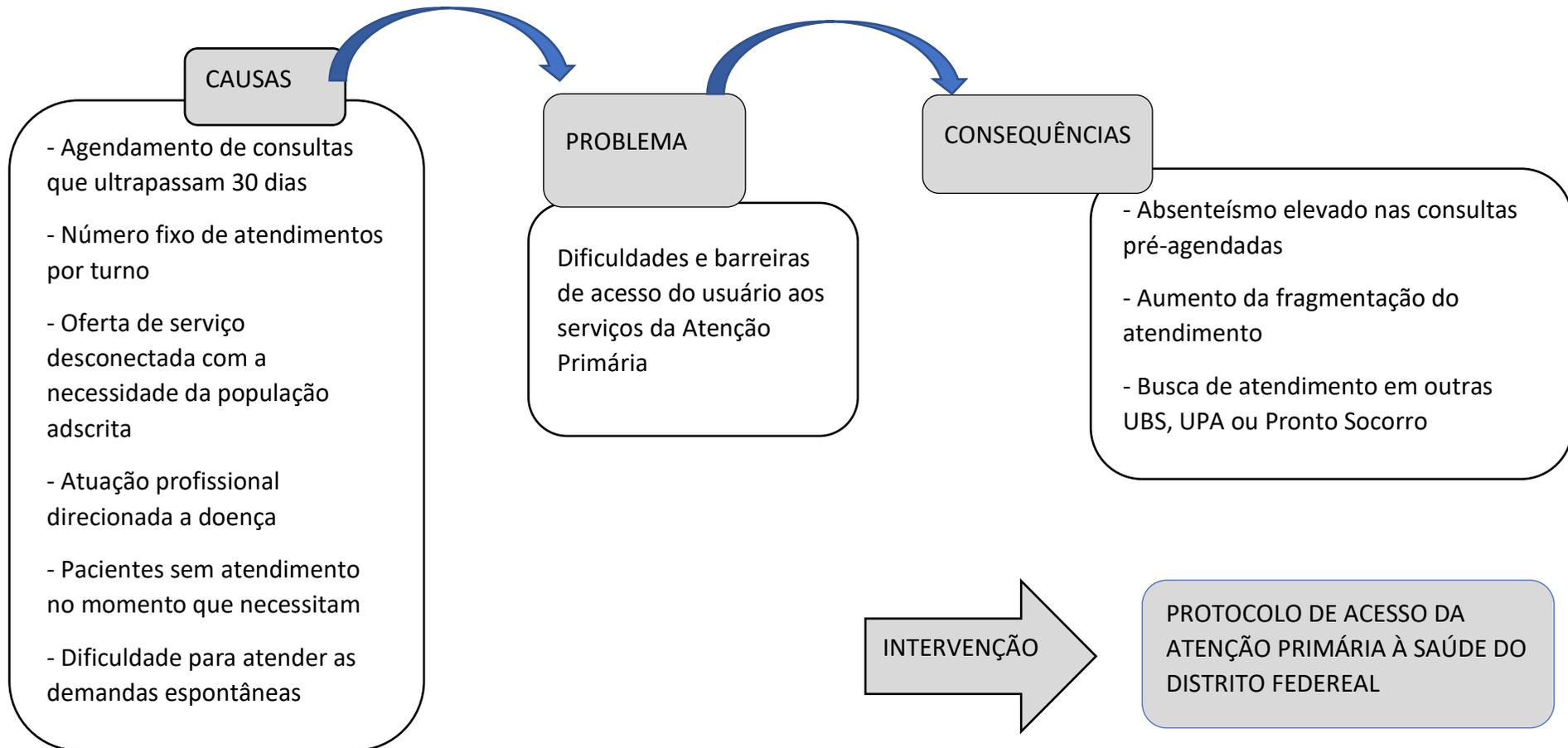
Nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) é percebida a procura de pacientes com quadros muitas vezes passíveis de serem atendidos nas UBS. A procura do serviço de urgência e emergência para aferição da pressão arterial e glicemia capilar, por exemplo, que deveria

acontecer prioritariamente na APS, representou 5% do atendimento de idosos que buscaram o serviço nos prontos-socorros (RISSARDO *et al.*, 2016).

A redução das internações por condições crônicas sensíveis ao acompanhamento na APS depende em parte da conduta médica e dos demais profissionais, sendo que esta tem maior possibilidade de ser efetiva e eficaz quando baseada em protocolos aprovados pela autoridade sanitária (PINTO *et al.*, 2019).

O pré-agendamento prolongado pode contribuir para o absenteísmo do usuário, e pode também fazer com que esse mesmo usuário busque a unidade por outras demandas antes de chegar o dia agendado (GONÇALVES *et al.*, 2017). As agendas com números pré-determinado de vagas disponíveis, que muitas vezes já estão preenchidos, geralmente não possibilitam vagas para os atendimentos que necessitam ser realizados no mesmo dia (DISTRITO FEDERAL, 2018a). A Figura 1 busca delimitar problema/diagnóstico que justificaram o Protocolo de Acesso como objeto deste estudo.

Figura 1 - Esquematização da identificação do Problema e da Intervenção, Distrito Federal, 2021.



Fonte: Elaboração própria baseada no Protocolo de Acesso da APS do DF (Distrito Federal, 2018a).

## 2.1 PROTOCOLO DE ACESSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL COMO INTERVENÇÃO PARA RESOLUÇÃO DE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Os protocolos de saúde são instrumentos importantes de consulta para os profissionais de saúde e servem como guia de trabalho para as equipes e profissionais. Têm como foco a prática clínica, a gestão do cuidado e a organização dos serviços. O Ministério da Saúde (MS) produz três tipos de Protocolos: Protocolos da Atenção Básica, Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (REDE HUMANIZA SUS, 2021).

Os Protocolos da Atenção Básica são construídos a partir das referências da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Regulamenta o processo de trabalho e o acesso aos serviços nos diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), além de organizar os fluxos de atendimento, trazendo oferta de serviços que favorecem o fortalecimento da APS (BRASIL, 2021b).

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos norteadores que estabelecem critérios de diagnósticos, tratamentos, monitoramento e supervisão sobre a efetividade do tratamento das doenças, enquanto os Protocolos de Encaminhamento têm como objetivo principal a regulamentação do acesso as especialidades médicas através da Central de Regulação, aumentando a capacidade resolutiva da Atenção Primária (BRASIL, 2021b).

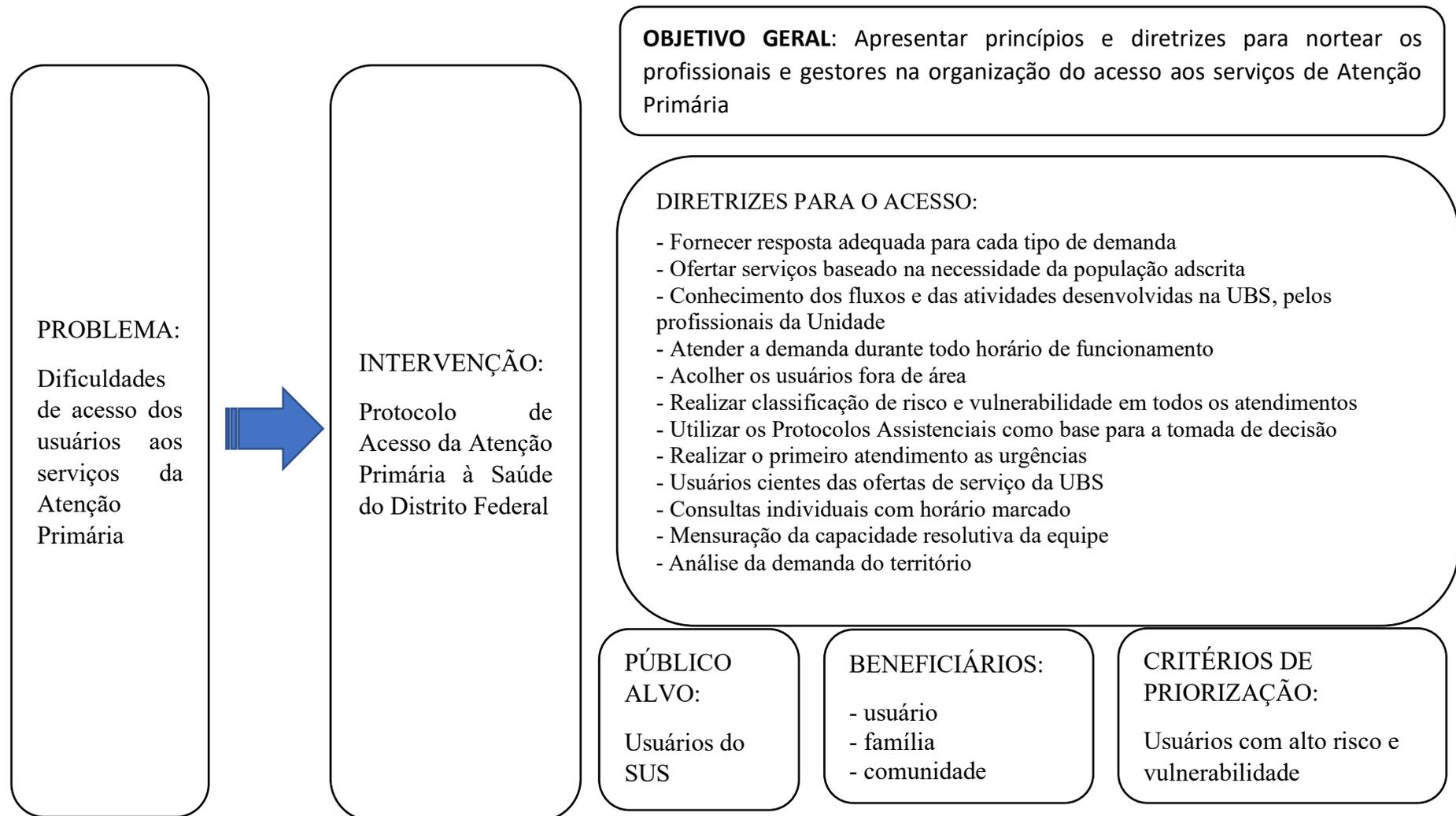
O Ministério da Saúde, em conjunto com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/HSL), têm a responsabilidade na confecção de cada protocolo proposto. O grupo de trabalho é multiprofissional e utiliza evidências científicas, sempre considerando critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade, como base, para a elaboração dos protocolos. Esses instrumentos possuem abrangência nacional podendo ser adotados ou adaptados pelos gestores de qualquer unidade da Federação Brasileira (REDE HUMANIZA SUS, 2021).

No Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde criou a Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF (CPPAS) por meio da Portaria de 28 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) nº 169 de 31 de agosto de 2007 (DISTRITO FEDERAL, 2007).

O Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal foi publicado no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) Nº 238 de 17/12/2018, a partir da Portaria SES-DF Nº 1274 de 22 de novembro de 2018, (DISTRITO FEDERAL, 2018a). Esse Protocolo apresenta, preliminarmente, os principais objetivos da APS: ampliação do acesso e a continuidade do cuidado, pressupondo uma APS que promova o acesso facilitado, com atendimento da demanda espontânea, além de um atendimento resolutivo, que impacte na saúde dos indivíduos. Segundo Tesser e Norman (2014) mesmo com a orientação da PNAB para que ocorra a garantia do acesso e outras atividades na APS, é necessário que exista um parâmetro ou normatização para que promova a compreensão de como realizar tal mecanismo.

O Protocolo aborda caminhos para estimular a conduta acolhedora, planejar a organização do atendimento e divulgar o fluxo e as atividades desenvolvidas na UBS. Ainda, sugere formas de como realizar o atendimento da demanda espontânea, mensurar a capacidade resolutiva das equipes e a importância da monitorização da satisfação do usuário. Os princípios e diretrizes, ao instrumentalizar os profissionais e gestores sobre como ofertar e disponibilizar os serviços na UBS, podem também contribuir para a melhoria dos processos de trabalho e para a ampliação do acesso à APS (DISTRITO FEDERAL, 2018a), conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2- Componentes do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal



Fonte: Elaboração própria, adaptada do Protocolo do Acesso da APS do DF (Distrito Federal, 2018a).

As ações preconizadas no Protocolo são apresentadas em blocos (Figura 3) de forma a facilitar a sua compreensão e a sua operacionalização. No bloco – Análise de demanda do território e ofertas da UBS preconiza-se o diagnóstico de saúde do território para a construção de um Projeto de Saúde para o mesmo. Conhecer a população e as áreas de risco é a base para subsidiar ações de saúde construídas pela equipe. Outro tema abordado é a participação social com espaços coletivos de discussão. Para organizar o acesso é necessário conhecer o que o usuário busca na UBS, identificando quais são esses tipos de demandas. Como resultado, deve-se conceber o redesenho e a inclusão de novos processos na oferta de serviços da UBS para promover a ampliação do acesso.

Figura 3 - Blocos de Ação do Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, 2021.



Fonte: Elaboração própria, adaptada do Protocolo do Acesso (Distrito Federal, 2018a).

No bloco Construção da agenda aborda-se a necessidade de conhecer a população a partir das tipologias de demandas e assim produzir atividades programadas para esse público. Reforça-se a importância de definição da oferta de serviços de forma articulada e pactuada entre as equipes, baseada na Carteira de Serviços da APS, explicitada no anexo 1. Outro componente

refere-se à vinculação do usuário – equipe e a construção das agendas de serviço abordando as diversas atividades pontuadas pela PNAB.

Atender às demandas únicas como queixas agudizadas, imunização, nebulização, retirada de pontos, medicações injetáveis prescritas, entrega de medicamentos são os serviços/procedimentos que devem ser ofertados a qualquer usuário que busca uma unidade básica de saúde; é o que é proposto no Bloco ‘Serviços de livre acesso’.

O bloco ‘Acolhimento’ refere-se à inclusão do indivíduo no sistema de saúde. Aborda o atendimento inicial e a capacidade de escuta qualificada sobre as necessidades do usuário junto ao serviço para posterior definição de conduta; abarca a importância de atender tanto ao usuário agendado como aquele que não programou o seu atendimento, acolhendo-os, independentemente do horário que acessam o serviço e da quantidade de atendimentos já realizados pelo profissional, sempre de forma qualificada, com condutas baseadas nos protocolos assistenciais que devem ser registradas no prontuário do cidadão. Resolutividade, qualificação, organização e satisfação são alguns dos resultados esperados para o acolhimento.

O bloco ‘Classificação de risco e avaliação da vulnerabilidade’ aborda a necessidade de classificação da demanda para o tempo em que a ação deve acontecer. Reforça a adequação da construção da agenda para que o serviço consiga dar a resposta que o usuário necessita.

O bloco ‘Classificação dos casos de demanda espontânea na APS’ orienta a classificação do usuário em dois tipos: “Agudo” e “Não Agudo” para posterior classificação da tipologia de sua situação. Conforme

Figura 4, as tipologias de demandas são variadas e as condutas se tornam específicas para cada usuário.

Para o bloco ‘Fluxo do usuário’ na UBS, ter fluxogramas definidos dos serviços, o conhecimento dos profissionais sobre os serviços disponíveis, como a divulgação dessa oferta para o usuário são fundamentais para a continuidade do cuidado.

Figura 4 - Tipos de demandas da Atenção Primária, Brasil, 2021.



Fonte: BRASIL, CONASS (2015).

## 2.2 MODELO LÓGICO DO PROTOCOLO DE ACESSO DA APS DO DF

O modelo lógico apresenta visualmente a intervenção através da estrutura, do processo e dos resultados desejáveis por meio dos itens correspondentes: recursos, atividades, produtos, resultados intermediários, resultados de longo prazo e impactos. Foram utilizadas setas para auxiliar na compreensão lógica entre os componentes do modelo demonstrando uma relação de dependência entre os temas da esquerda para a direita.

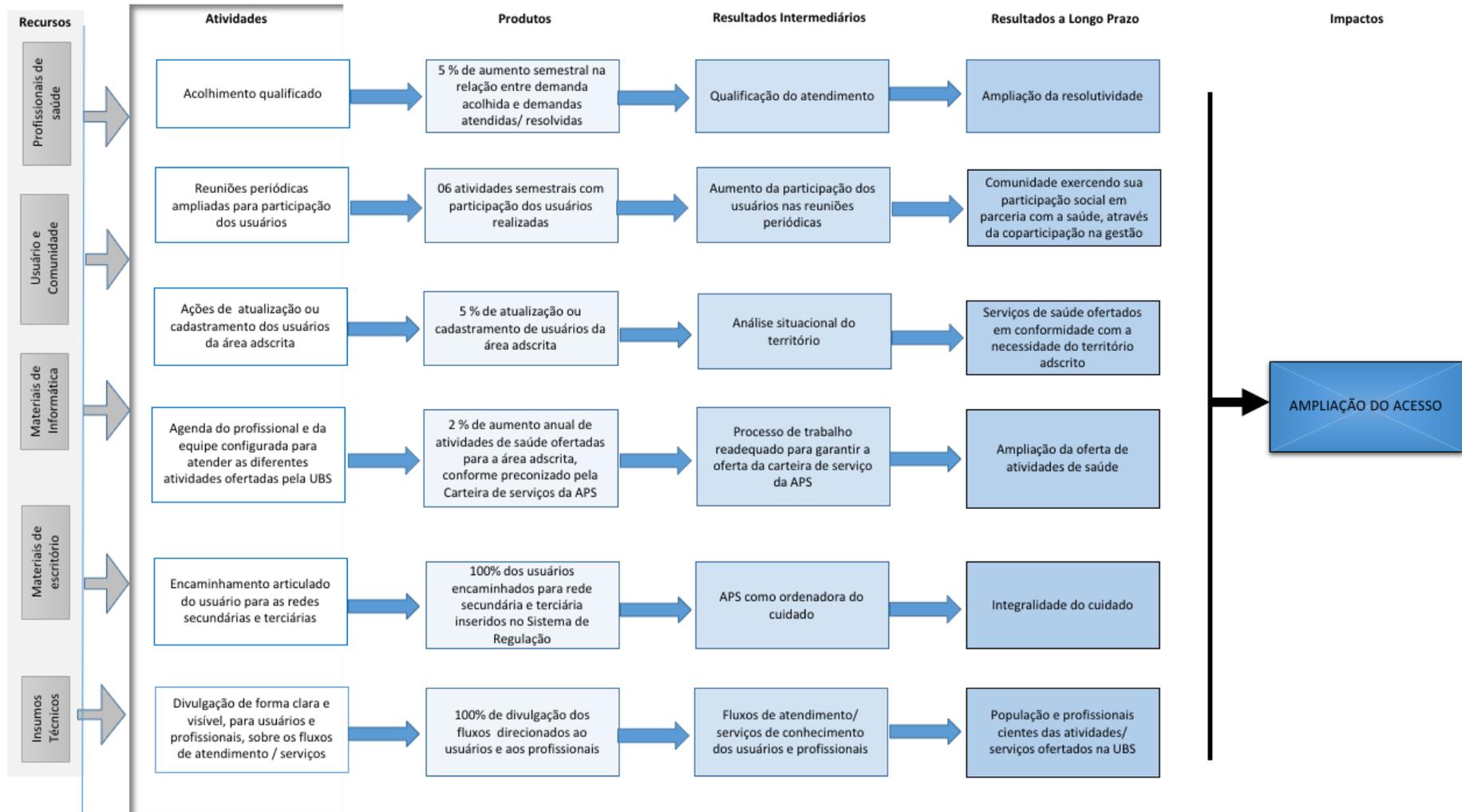
Na estrutura, os recursos apresentam-se com a composição de sete componentes sendo profissionais de saúde (todos os profissionais que executam suas funções na Unidade Básica), comunidade (apresentando-se como o coletivo dos usuários), usuário (o indivíduo), planilhas de controle (instrumentos específicos para organizar e mapear as informações), materiais de informática (composto por todos os insumos necessários para o tratamento da informação mediante o uso de computadores), materiais de escritório (conjunto de objetos, elementos e ferramentas que são necessários para a realização das atividades) e insumos técnicos (elemento de cunho específico da saúde necessário para a realização dos procedimentos).

Para o processo, foram identificadas as atividades preconizadas no instrumento referente à execução e planejamento, que devem ser realizadas pela unidade de saúde como um todo. Na execução propõe-se as atividades de postura acolhedora, resposta adequada para cada caso, realização da análise da demanda do território, identificação de quais tipos de demanda e seu respectivo percentual que chega na UBS, acolhimento do usuário independentemente do local que resida, realização de avaliação de risco e vulnerabilidade de todos os usuários.

As atividades se referem ao planejamento, à participação da comunidade na identificação das necessidades e também à quais procedimentos serão ofertados pela UBS, além do conhecimento do território, das mudanças no processo de trabalho, agendas não fragmentadas por faixa etária ou programas e articulação do cuidado em rede.

Os componentes dos produtos representam a relação entre os recursos e as atividades. Preferencialmente cada atividade gera um produto. Essa sequência está representada por uma seta de cor específica, que perpassa para os resultados. A partir dos componentes estrutura e processo obtém-se os resultados, de médio e de longo prazos, culminando, pôr fim, no impacto desejável. Os impactos desejáveis da intervenção almejam a ampliação do acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde. A modelização do Protocolo de Acesso está apresentada na Figura 5.

Figura 5- Modelo Lógico do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, 2021.



Fonte: Elaboração própria, baseada na intervenção

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) reconheceu-se a relevância da Atenção Primária para a melhoria das condições de saúde da população no mundo (MENDES, 2015).

No Brasil, os serviços de saúde com atribuições que vão ao encontro do arcabouço da APS começaram em 1924, e foram se transformando ao longo dos anos (vide Quadro 1). Em um primeiro momento surgiram os Centros de Saúde na Universidade de São Paulo (USP) e na capital da República, no caso, a cidade do Rio de Janeiro. Posteriormente, também em outras capitais estaduais. No segundo momento, em 1940 têm-se a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Nos anos 1960, já no terceiro momento, advém as Secretarias Estaduais de Saúde. No quarto momento, a APS desenvolve-se na forma de expansão de cobertura. No quinto momento, nos anos 1980, institui-se as Ações Integradas de Saúde (AIS). O sexto momento veio com a instituição do Sistema Único de Saúde por meio da municipalização das unidades de APS; e no sétimo, houve a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) (MENDES, 2015). Em 1991, surge o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em 1994 as primeiras equipes do Programa Saúde da Família. Desde então foi sendo adotada como modelo assistencial (BRASIL, 2006).

O Programa Saúde da Família traz como elemento chave da atenção a corresponsabilização entre os profissionais de saúde e a população, através do estabelecimento de vínculos e corresponsabilização. A família passa a ser o foco de atenção, compreendida a partir do ambiente em que vive, permitindo a compreensão ampliada do processo saúde/doença. Com um território definido promove a organização das atividades com a finalidade de enfrentamento e resoluções dos problemas identificados (BRASIL, 1997). Nesse período, a Atenção Primária teve seu processo de trabalho organizado pelo modelo tradicional, caracterizado pela racionalidade hospitalocêntrica, de livre demanda, sem programação ou planejamento direcionados às necessidades da comunidade (CORRÊA *et al.*, 2019).

Quadro 1 – Marcos da constituição da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

<b>Momentos</b>	<b>ANO</b>	<b>ACONTECIMENTO</b>
1º Momento	1924	Surgem os Centros de Saúde: Universidade de São Paulo e capital federal
2º Momento	1940	Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)
	1948	Criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e o surgimento do médico generalista
3º Momento	1965	Surge as Secretarias Estaduais de Saúde
	1976	Cria-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)
	1978	Acontece a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata - proposta de institucionalização da Atenção Primária como política pública nos países APS como estrutura central de um sistema de saúde.
4º Momento	1979	Ocorre a expansão da cobertura dos serviços de primeiro nível
5º Momento	1980	Implementa-se a proposta de integração de serviços Surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS)
	1986	Acontece XXII Conferência Pan-Americana de Saúde – Sistemas Locais de Saúde (SILOS) O Ministério da Saúde torna-se responsável pela condução e gestão da Política de Saúde do Brasil
6º Momento	1988	A Constituição Brasileira estabelece “Saúde é direito de todos e dever do Estado”
7º Momento	1990	Publicam-se as Lei nº 8.080 e nº 8.145 – regulamentam o Sistema Único de Saúde
	1991	Surge o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
	1994	Implantam-se as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF)
	2002	Realiza-se estudo censitário onde o MS avaliou 13.501 equipes de saúde da família em 70% dos municípios brasileiros - Institui-se o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf): estimular a conversão do modelo e expandir a cobertura populacional
	2006	Publica-se a Política Nacional de Atenção Básica – (PNAB)
	2011	Consolida-se a Lei Orgânica do SUS – APS com estratégia de reordenamento do SUS 1ª revisão da PNAB

Fonte: Elaboração da autora, baseada em MENDES (2015).

Em 2006, com a transformação do Programa Saúde da Família em Estratégia Saúde da Família promove-se a consolidação nacional e a expansão da APS. Na Portaria nº GM/648 do Ministério da Saúde foi enunciada a Política Nacional de Atenção Básica – (PNAB) (BRASIL, 2006). Posteriormente, em 2011, a PNAB foi revisada, ampliando seu escopo. Em setembro de 2017 ocorre uma nova edição da PNAB, desta vez, apresentando modificações questionadas pelos especialistas da área (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizada por uma equipe multiprofissional para uma população de território definido, assumindo a responsabilidade sanitária destes (BRASIL, 2017a).

Atualmente, a Atenção Primária abrange um leque de Ações, Programas e Estratégias, como: Programa Academia da Saúde, Brasil Sorridente, Consultório na Rua, Estratégia Saúde da Família, e-SUS Atenção Primária, Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF) - AB, NutriSUS, Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, Práticas Integrativas e Complementares, Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais, Bolsa Família na Saúde, Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável, Requalifica UBS, Rede Cegonha, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Saúde na Hora, Médicos pelo Brasil e Qualis APS (BRASIL, 2021c).

A população busca os serviços da APS por diferentes motivos que podem variar entre solicitações administrativas, desconfortos psicológicos, anseios e doenças estabelecidas, que apresentam – se como demanda não programada e demanda programada. Os atendimentos concentram-se nas condições crônicas e demandas de problemas gerais e inespecíficos centrada em enfermidades (condição de sentir-se mal), pessoas hiperutilizadoras, cuidados preventivos, atenção domiciliar e autocuidado (BRASIL, 2015).

### **3.1.1 Estratégia Saúde da Família**

Com o intuito de readequar a APS para a nova realidade, em 2011, por intermédio do Ministério da Saúde, o Governo Federal pactuou em reunião da Comissão Intergestores Tripartite novas diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este pacto concretizou-se na publicação da Portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011).

A partir dessa Portaria a ESF é reforçada como elemento fundamental para a organização e fortalecimento da Atenção Básica. Mantém-se a ideia central, de vinculação indivíduo/família e profissionais de saúde, mas também é reforçada como porta de entrada e organizadora dos serviços de saúde, buscando ampliar sua atuação e resolubilidade. Estimular a autonomia das pessoas, resolver a maior parte dos problemas de saúde, identificar riscos, doenças e necessidades da população são algumas das ações que a ESF deve desempenhar (FIGUEIREDO, 2021).

O atendimento deveria ser realizado por uma equipe multiprofissional, com a seguinte composição recomendada: médico de família ou generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (BRASIL, 1997). Cada equipe de saúde responsabiliza-se por um território definido para atuação, seguindo os preceitos da territorialização, com processo de reconhecimento do território. Inicialmente esse território tem limites geográficos pré-estabelecidos. Mas a territorialização vai muito além, pois nele está contido diferentes perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos, que se encontram em constantes transformações (COLUSSI e PEREIRA, 2016).

Algumas das atividades dos profissionais deveriam ser: cadastrar as famílias, identificar situações de riscos e vulnerabilidades, realizar busca ativa, notificar doenças e agravos, a fim de promover a atenção integral, contínua e organizada para a população adscrita (FIGUEIREDO, 2021).

### **3.1.2 Serviços ofertados pela APS**

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a), os serviços que a APS devem oferecer à população encontram-se discriminados na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) – (vide Anexo 1). A princípio, a CaSAPS reflete a orientação da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017a), como forma de garantia da coordenação do cuidado e ampliação do acesso, seguindo padrões essenciais, ou seja, - ações e procedimentos relacionados a acesso e qualidade e ampliados, para alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na APS, conforme especificidades locais. Ressalta-se que a CaSAPS, mesmo sendo norteadora das ações de saúde na APS, pode adaptar-se a oferta nacional para o dinamismo da realidade do município, cabendo ao gestor municipal a adequação necessária para sua população, podendo acrescentar, retirar ou reformular os itens da Carteira de Serviços (BRASIL, 2020a). Os blocos que compõem a CaSAPS e respectivo quantitativo de ações e/ou procedimentos podem ser visualizados no Quadro 2, e o documento completo no Anexo 1.

Quadro 2 - Grupo de procedimentos e/ou ações da CaSAPS segundo blocos e quantitativos.

<b>Blocos</b>	<b>Ações ou procedimentos</b>	<b>Quantitativo</b>
Atenção e cuidados centrados no adulto e no idoso	Cuidados e Atenção à Saúde da Mulher	09 ações
	Cuidados e Atenção à Saúde do Idoso	05 ações
	Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso	31 ações
	Atenção e cuidados centrados na criança e no adolescente	28 ações
Procedimentos na Atenção Primária à Saúde		53 procedimentos
Atenção e cuidados relacionados à Saúde Bucal – Odontologia	Procedimentos de Promoção e Prevenção em Saúde Bucal	10 procedimentos
	Procedimentos Clínicos	10 procedimentos
Vigilância em Saúde e Promoção à Saúde	Vigilância em Saúde	12 ações
	Promoção à Saúde	10 ações

Fonte: Brasil (2020)

### 3.2 A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal possui 5.760.784 km<sup>2</sup> de área e reúne competências das esferas estadual e municipal. Por isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) regional se organiza conforme as normas da União e as diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (REDE APS – ABRASCO, 2019). Encontra-se dividido em 33 Regiões Administrativas bastante distintas entre si e com população estimada de 3.055.149 habitantes para o ano de 2020, sendo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,824 (IBGE, 2020). Göttems *et al.* (2019) em seu estudo apresentaram a cronologia da APS no DF que está representado no Quadro 3.

Quadro 3 – Marcos da constituição da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal - 2021

<b>PERÍODO</b>	<b>MARCO HISTÓRICO</b>
----------------	------------------------

1960	- Criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) como órgão de administração central da saúde do DF responsável pelas atividades executivas e operacionais
1979	- Plano proposto – APS como estratégia de ampliação de cobertura e acesso da população aos serviços de saúde. Devido a insuficiência de médicos de família e comunidade organizou-se a APS por meio de médicos ginecologistas, pediatras e clínico geral - Construção de no mínimo 60 Unidades Básicas (Centros de Saúde/ Postos de Saúde Rurais e Postos de Saúde Urbanos), com cobertura de 30.000 pessoas para cada Centro de Saúde.
1981	- Criação da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) responsável pela formulação de políticas de saúde
1995	A APS altera o modelo de atenção primária até então prestado - Criação do Instituto Candango de Solidariedade (ICS) responsável pela infraestrutura física, instalação das equipes e contratação dos profissionais de saúde
1996/1998	- Parceria do ICS e SES para a implantação do Programa Saúde em Casa (PSC)
1998	- Implantação de 277 equipes promovendo 50,91% de cobertura do PSC
2000	- Desativação da FHDF - SES incorpora as funções do FHDF - cobertura populacional do PSC - 10,5%
1999/2002	Fundação Zerbini (FZ) - Substituição do PSC pelo Programa Saúde da Família (PSF) Substituiu-se a parceria com o ICS e pela FZ para a implantação PFS
2003	- Cobertura populacional do PSC – 0%
2004	- Retomada da implantação da Saúde da Família
2003/2006	- Cancelamento da parceria com a Fundação Zerbini - Profissionais do PSF contratados diretamente pela SES-DF - Conversão da rede tradicional de APS para ESF PACS - Programa Família Saudável (PFS)
2011/ 2014	- Construção de 09 Clínicas de Família
2016	- Lançamento o projeto Brasília Saudável - Nova mudança na organização da APS
2017	- Conversão da APS tradicional em Estratégia Saúde da Família através da Portaria nº 77 e Portaria nº 78
2019	- Programa Previne Brasil (novo modelo de financiamento para a APS)

Fonte: GÖTTEMS *et al.* (2019).

Até 2015 o DF tinha na APS dois modelos: o primeiro com UBS que ofereciam especialidades médicas e o segundo, agendas programadas. A ESF tinha como diretrizes: área de cobertura definida, abordagem familiar com construção de vínculos e o acompanhamento ao

longo do tempo (GÖTTEMS *et al.*, 2019). A rede assistencial estava estruturada a partir de 33 regiões de saúde, com 16 hospitais, 172 UBS, 01 Policlínica, 06 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), responsáveis pelo atendimento à saúde de cerca de 4,5 milhões de pessoas. A cobertura do PSF era de 28% segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A força de trabalho era composta por 328 médicos, 408 enfermeiros e 1.046 técnicos de enfermagem, suficiente para implantar 328 Equipes de Saúde da Família (CORRÊA *et al.*, 2019).

O processo de transformação na APS do DF iniciou com o projeto Brasília Saudável, que orientou a conversão dos serviços de Atenção Primária para equipes de Saúde da Família. O movimento é conhecido como Converte, apresentado através da Portaria SESDF nº 77 e SESDF nº 78 de fevereiro de 2017 (REDE APS – ABRASCO, 2019). O Converte foi baseado nos termos da PNAB (DISTRITO FEDERAL, 2017) e da Resolução nº 465/2016, do Conselho de Saúde do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2016b). Mais recentemente, a Lei Distrital nº 6.133, de 06 de abril de 2018 estabeleceu a ESF como modelo de Atenção Primária do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2018) e em 2019 o Programa Previne Brasil instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019), trouxe o novo modelo de financiamento para a APS condicionando os repasses financeiros para os municípios com base na capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A partir da conversão, após a Capacitação em Saúde da Família e o matriciamento interno, médicos e enfermeiros que permaneceram desempenhando suas atividades nas UBS foram considerados Médicos/ Enfermeiro da Família e da Comunidade. Os profissionais que não aderiram à nova proposta foram remanejados para a Atenção Secundária e Terciária (APS REDES, 2021).

A APS, além de porta de entrada no sistema de saúde, passa a ter função primordial no processo de ordenação da rede e integração do cuidado atendendo a maior parte das demandas da população (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2019). Em janeiro de 2017 o DF contava com 277 equipes de saúde da família em atuação, sendo 243 equipes cadastradas no SCNES, com cobertura de equipes de Saúde da Família abarcando 34% da população (APS REDES, 2021).

Em fevereiro de 2018, com o aporte de mais 272 equipes, totalizando 549 Equipes de Saúde da Família, sendo 322 cadastradas no SCNES, a ESF apresentava - se com a cobertura

populacional de 69,1%, conforme pode ser visualizado na Tabela 1. Com isso, no período de um ano após o processo de conversão, a população do DF assistida pela Estratégia Saúde da Família passou de 1.038.750 para 2.058.750 habitantes (DISTRITO FEDERAL, 2018a).

Tabela 1 - Quantitativo de Equipes de Saúde da Família credenciadas por anos, Distrito Federal, 2021.

ANO	Número de Equipes		
	Equipe Saúde da Família	Equipe Saúde Bucal	NASF
2007	33	6	0
2010	119	23	5
2015	250	86	10
2018	483	191	28
2020	603	259	47

Fonte: Relatório Brasília APS (2019).

A projeção populacional do Distrito Federal para o ano de 2020 foi de 3.052.546 habitantes (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2021a). No referido ano, a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família era de 65% (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021c). Possuía 170 Unidades Básicas de Saúde que abrigavam 603 equipes de atendimento, 47 grupos de trabalho do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF-AB), 259 equipes ofertavam cuidados de saúde bucal, 14 equipes respondiam pelo atendimento à população carcerária e três equipes atuavam no Consultório de Rua (RELATÓRIO BRASÍLIA APS, 2019). Para o ano de 2021 houve incremento de 43 equipes NASF-AB e de 21 equipes da prisional (BRASIL, 2021d), conforme pode ser visualizado na

Tabela 2.

Tabela 2 - Quantitativo de Equipes de Saúde por Unidade Básica, por Região Administrativa, das Regiões de Saúde. Distrito Federal, 2021.

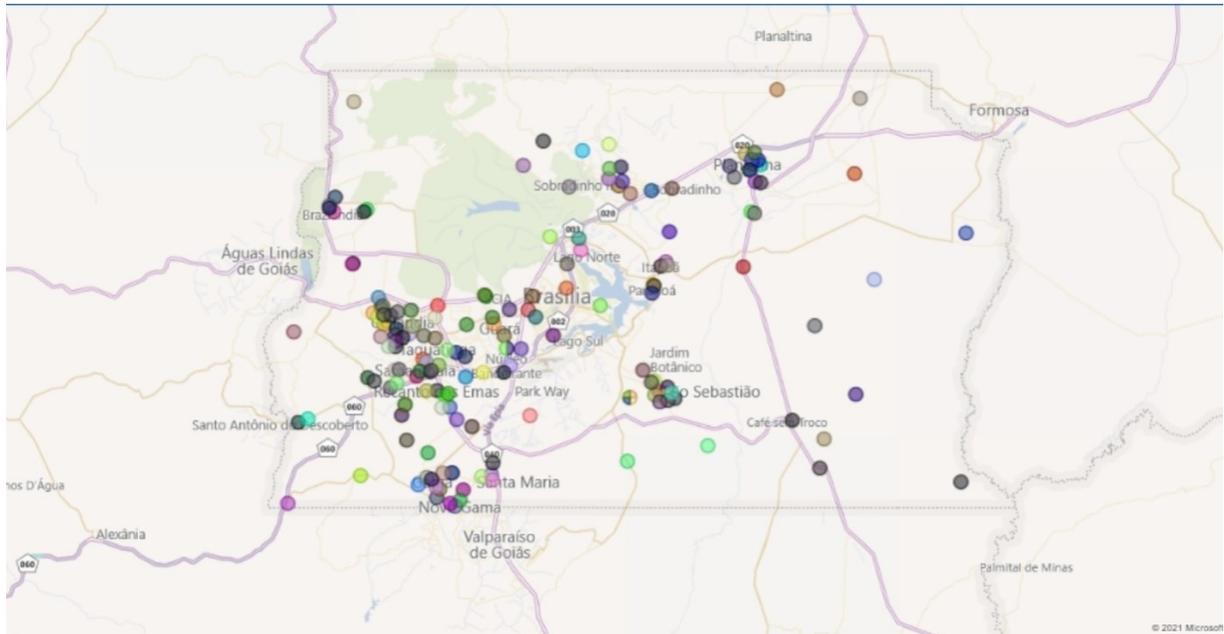
REGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO ADMINISTRATIVA	Nº DE UBS	Nº DE ESF	Nº de ESB	Equipe NASF AP	ECR	eAPP
CENTRAL	Cruzeiro	2	10	3	-	-	-
	Lago Norte	1	4	1	-	-	-
	Plano Piloto	6	23	4	-	1	-
	Varjão	1	3	1	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>40</b>	<b>9</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>
CENTRO-SUL	Candangolândia	1	5	1	1	-	-
	Estrutural	2	13	6	1	-	1
	Guará	5	23	11	2	-	-
	Núcleo Bandeirante	2	7	3	1	-	-
	Park Way	1	1	1	-	-	-
	Riacho Fundo I	2	9	4	1	-	-
	Riacho Fundo II	5	16	4	1	-	-
	SCIA/Estrutural	1	1	-	-	-	1
	SAI	1	1	-	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>76</b>	<b>30</b>	<b>7</b>	<b>-</b>	<b>2</b>
LESTE	Itapoã	3	15	9	1	-	-
	Paranoá	8	23	13	1	-	-
	São Sebastião	19	25	15	-	-	12
	Mangueiral/ Tororó	1	5	-	1	-	-
	<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>68</b>	<b>37</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>12</b>
NORTE	Fercal	3	4	22	-	-	-
	Planaltina	21	48	20	-	-	-
	Sobradinho I	6	24	14	-	-	-
	Sobradinho II	6	21	12	1	-	-
	<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>97</b>	<b>68</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
OESTE	Brazlândia	9	14	6	1	-	-
	Ceilândia	18	78	38	4	1	-
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>92</b>	<b>44</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>-</b>
SUDOESTE	Águas Claras	2	7	4	1	-	-
	Recanto das Emas	9	36	21	2	-	-
	Samambaia	13	60	36	3	-	-
	Taguatinga	7	49	21	6	1	-
	Vicente Pires	1	8	3	1	-	-
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>160</b>	<b>85</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>-</b>
SUL	Gama	13	41	16	2	-	2
	Santa Maria	7	29	13	1	-	-
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>70</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>DISTRITO FEDERAL</b>	<b>Total geral</b>	<b>176</b>	<b>603</b>	<b>302</b>	<b>35</b>	<b>03</b>	<b>16</b>

Fonte: (BRASIL, 2021d)

Siglas: eAPP – Equipe de Atenção Prisional ENASFAP – Equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção primária ESB – Equipe de Saúde Bucal ESF – Equipe de Saúde da Família ECR – Equipe Consultório de Rua

Conforme Figura 6, no Distrito Federal, as Unidades Básicas têm cobertura da área urbana e rural, distribuídas em todas as Regiões Administrativas.

Figura 6 - Mapa de distribuição das Unidades Básicas de Saúde no Distrito Federal, Brasília, 2021



Fonte: SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (2021a)

### 3.2.1 Regionalização do DF

A Região de Saúde é um espaço geográfico formado por um conjunto de regiões administrativas limítrofes, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2017b). O DF possuía em 2021 sete Regiões de Saúde: Central, Oeste, Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Centro-Sul (Quadro 4).

Quadro 4 - Distribuição das Regiões Administrativas por Região de Saúde, Distrito Federal, 2021

Região de Saúde	Região Administrativa	
CENTRAL	RA1 – Brasília (Asa Norte/ Asa Sul)	RA 18 – Lago Norte
	RA 11 – Cruzeiro	RA 22 – Sudoeste/ Octogonal
	RA 16 – Lago Sul	RA 23 - Varjão
CENTRO - SUL	RA 8 – Núcleo Bandeirante	RA 21 – Riacho Fundo II
	RA 10 – Guará	RA 24 – Park Way
	RA 17 – Riacho Fundo I	RA 25 – SCIA (Estrutural)
	RA 19 - Candangolândia	RA 29 – S.I.A
NORTE	RA 5 – Sobradinho I	RA 26 – Sobradinho II
	RA 6 - Planaltina	RA 31 - Fercal
SUL	RA 2 – Gama	RA 13 – Santa Maria
LESTE	RA 7 – Paranoá	RA 27 – Jardim Botânico
	RA 14 – São Sebastião	RA 28 - Itapoã
OESTE	RA 4 – Brazlândia	RA 9 - Ceilândia
	RA 32 – Sol Nascente	
SUDOESTE	RA 3 – Taguatinga	RA 20 – Águas Claras
	RA 12 – Samambaia	RA 30 – Vicente Pires
	RA 15 – Recanto das Emas	RA 33 - Arniqueira

Fonte: RELATÓRIO BRASÍLIA APS (2019b).

A Regionalização da saúde no DF teve início com o Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016, sendo concretizada por meio da criação do Programa de Gestão Regional de Saúde (PGRS) através do Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016 (DISTRITO FEDERAL, 2016a), conforme demonstrado na Figura 7.

Figura 7 - Mapa das Regiões de Saúde, Distrito Federal, 2021



Fonte: Plano Distrital de Saúde (2019)

A Região de Saúde Leste compreende as cidades administrativas do Paranoá, Itapoã e São Sebastião. A cobertura da Atenção Primária à Saúde na Região Leste, segundo dados de outubro/2018, é de 90,4% no Itapoã, 91,4% em São Sebastião e 139,6% no Paranoá (POÇAS, 2020). O percentual do Paranoá justifica-se por dar cobertura da população do Paranoá Parque, área que não é contemplada nas estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a região. Em maio de 2021 foi inaugurada a UBS 01 do Mangueiral, composta por 04 equipes de saúde e foi incorporada uma equipe do Setor Habitacional Tororó, totalizando 31 UBS e 68 ESF, 37 ESB, 03 NASF e 12 eAPP.

A ESF trouxe a Equipe de Saúde como responsável por atender a uma determinada população, assumindo a responsabilidade sanitária sobre ela. No DF, a Portaria nº 77 estabeleceu no âmbito da abrangência, um território como sendo de até 4000 pessoas (DISTRITO FEDERAL, 2017).

A partir da territorialização e da definição do território, deve ser realizado o diagnóstico da situação de saúde da população, identificando suas necessidades, áreas de risco e vulnerabilidade. Essas informações devem subsidiar a análise situacional para o planejamento das ações em saúde (CAMPOS, 2010).

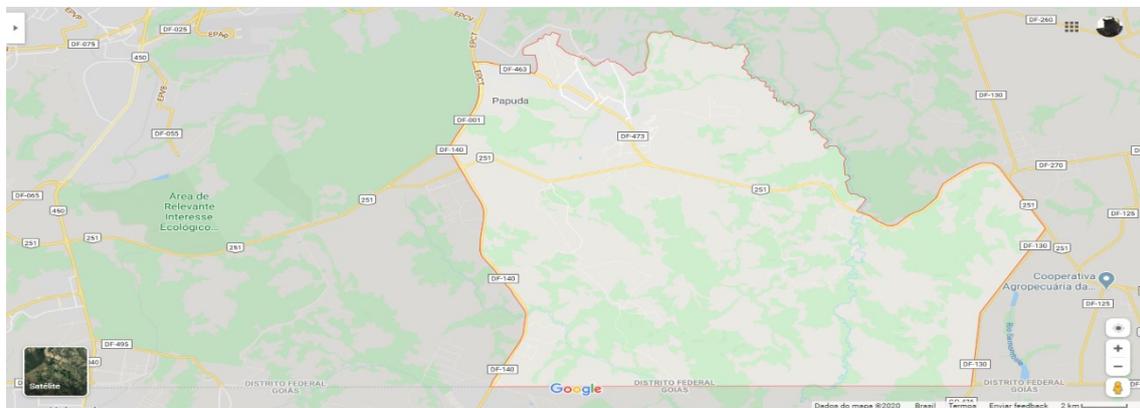
A análise situacional é compreendida como o conhecimento sobre o modo como é produzida determinada situação. Baseado nos resultados obtidos, inicia-se o Planejamento

Estratégico Situacional (PES). Parte-se dos problemas identificados para a definição de quais problemas serão enfrentados e quais os objetivos devem ser alcançados, assim como as alternativas de ação a serem desenvolvidas (COLUSSI e PEREIRA, 2016).

### 3.2.1.1 Região Administrativa de São Sebastião

A Agrovila São Sebastião teve origem em 1957 quando várias olarias se instalaram na região para suprir parte da demanda da construção civil por materiais para construção da nova capital federal. Em 25 de junho de 1993 passou a ser a Região Administrativa de São Sebastião - Lei 467/93 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021a). A estimativa populacional para a região em 2020 era de 115.988 habitantes (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2021a).

Figura 8 - Mapa da Região Administrativa de São Sebastião, Distrito Federal, 2021.



Fonte: *Google Maps* (2021).

A Região Administrativa de São Sebastião Possui 16 bairros urbanos: Bela Vista, Bonsucesso, Capão Comprido, Centro, Parque dos Ipês ou Bairro Crixá, Morro da Cruz, Residencial Oeste, Residencial Vitória, Nova Vitória, São Bartolomeu, São Francisco, São José, Setor Tradicional, Vila do Boa, Vila Nova, Zumbi dos Palmares; além das áreas rurais: Aguilhada, Assentamento 1º Julho, Assentamento 15 de agosto, Assentamento Moxongongo, Assentamento Nova Camapuã, Assentamento Pé da Estrada, Cavas de Baixo, Cavas de Cima, Nova Betânia, Quebrada dos Neres, Recanto da Conquista. Atualmente, dispõe dos seguintes Serviços de Saúde para a população:

- Atenção Primária: 12 Equipes de Saúde Prisional, 15 Equipes de Saúde Bucal, 02 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), 19 Unidades Básicas de Saúde com 25 Equipes de Saúde da Família.

- Atenção Secundária: 01 Casa de Parto, 01 Centro de Especialidade para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV), 01 Policlínica da Atenção Secundária (EMAP), 01 Núcleo de Atenção Domiciliar (NRAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

- Unidade de Vigilância Ambiental

Por não existir hospital na Região Administrativa, os atendimentos são realizados na Região Administrativa do Paranoá no Hospital Regional da Leste, antigo Hospital do Paranoá.

### **3.2.2 Avaliação em saúde**

A avaliação como atividade sistemática, embora remonte à antiguidade (DUBOIS *et al.*, 2011), volta-se para programas e políticas públicas a partir da 2ª Grande Guerra. Porém, identifica-se sua incorporação mais amplamente ligada às ações sanitárias e serviços de saúde a partir da década de 1970 (HARTZ, 1997). Ainda segundo essa autora, a avaliação em saúde surge vinculada à epidemiologia e à estatística, através da testagem da utilidade das intervenções direcionadas ao controle das doenças infecciosas e ao sistema de informação das políticas sanitárias (HARTZ, 2020).

A Avaliação em saúde “corresponde ao exercício de mensurar, compreender e julgar os efeitos de uma determinada intervenção, de maneira a subsidiar as escolhas da comunidade política no processo de tomada de decisão, seja ele na etapa de formulação ou implementação da intervenção avaliada” (SOUSA, 2018). Os conteúdos produzidos devem ser mobilizados para subsidiar melhores escolhas por parte dos atores envolvidos, utilizando alternativas viáveis que podem contribuir para a resolução dos problemas identificados (SOUSA, 2018).

Como uma atividade de produção de conhecimento e de ações, a avaliação em saúde é entendida como um processo crítico-reflexivo sobre as práticas e os processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, tendo como propósito reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde (BRASIL, 2005).

Para Caminhas Santana e Burlandy (2019) a avaliação na Atenção Básica consiste em um poderoso instrumento de transformações. A prática avaliativa pode produzir mudanças no

dia a dia dos serviços de saúde conduzindo à melhoria de qualidade dos cuidados prestados, gerando sentido quando os conhecimentos adquiridos com esta prática e o uso das informações produzidas propiciam aprimoramento institucional e profissional.

Nesse estudo será utilizado o conceito:

[a avaliação é] uma atividade que consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011c, pág. 44).

A avaliação é função importante da gestão devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde (BRASIL, 2005). No caso do setor público de saúde, essa conduta deve ter como objetivo a melhoria contínua da atenção à saúde, propiciando ao usuário um atendimento de qualidade (COLUSSI e CALVO, 2012).

O setor da saúde composto por instituições que desenvolvem ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação e voltados para a população, pode ter os seguintes temas sendo abordados: ações desenvolvidas pelos agentes individualmente, serviços desenvolvidos por diversos agentes que executam atividades voltadas a um grupo etário ou problema de saúde, unidades sanitárias (estabelecimentos) e sistema seja municipal, estadual ou nacional (SILVA, 2005). Em todos esses espaços de atuação as práticas avaliativas podem ser desenvolvidas visando a produção de informação para tomada de decisão.

Cada avaliação é um caso particular. Donabedian (2003) em sua abordagem sistematizou a tríade: estrutura-processos-resultados. A estrutura refere-se aos recursos materiais, humanos e organizacionais. O processo refere-se à relação profissional-usuário, os resultados discorrem sobre o produto das ações, como consultas, exames e visitas, como também a modificação no estado de saúde de indivíduos e da população (SILVA, 2005).

O contexto do estudo determinará a abordagem avaliativa que será utilizada, podendo ser a apreciação normativa ou a pesquisa avaliativa. A apreciação normativa irá julgar o que foi previsto ou planejado em relação ao que está sendo realizado e seus possíveis resultados. A pesquisa avaliativa poderá avaliar a pertinência (análise estratégica), a lógica (análise lógica), a produtividade (análise de produção), os efeitos (análise dos efeitos) e a eficácia (análise da

eficiência), e a relação entre a intervenção e o contexto (análise da implantação) de uma intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011c),

Para Costa e Castanhar (2003), a avaliação pode ter diversas finalidades dentre elas: a finalidade estratégica, a finalidade normativa, a finalidade somativa, a finalidade transformadora e a finalidade fundamental. Quanto as metodologias de avaliação, estas podem ser de três tipos: a avaliação de metas, avaliação de impacto e avaliação de processos. A avaliação de metas é considerada o tipo mais tradicional pois seu propósito é medir o grau de êxito em relação as metas pré-estabelecidas, e seus produtos são mais imediatos. Na avaliação de impacto investiga-se a efetividade do programa através dos efeitos produzidos sobre a população-alvo, sendo que esta avaliação só pode acontecer após o encerramento do programa ou de etapas. A avaliação de processo ou avaliação formativa, a qual será utilizada nessa pesquisa, investiga de forma sistematizada o desenvolvimento de uma intervenção com o propósito de estabelecer o grau em que se está realizando o que foi planejado e está alcançando a população beneficiária, podendo ser realizada simultaneamente com o desenvolvimento do programa (COSTA e CASTANHAR, 2003).

### **3.2.3 Análise de Implantação**

A análise de implantação apresenta-se como um dos seis tipos de análise da pesquisa avaliativa. Visa analisar a variação do grau de implantação (GI) sobre os efeitos obtidos, mas considerando a influência do contexto. Permite ver o planejado e o implementado, sendo fundamental para explicar o sucesso ou o fracasso na implantação da intervenção (COELHO, 2014).

Para que se possa emitir um juízo de valor após a institucionalização de uma intervenção no processo de trabalho, é primordial que seja feito uma avaliação do grau de implantação dessa intervenção. A análise da implantação apresenta um estudo das relações de uma intervenção com o contexto na qual está inserida, delimitando os fatores que facilitam e comprometem sua implantação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a).

Para avaliar a implantação é fundamental conhecer como a intervenção vinculou os recursos, as atividades e os efeitos, demonstrando a relação entre as estruturas, os processos e os resultados. Mostrar quais objetivos deseja alcançar, quem se beneficia e quais fatores influenciam o sucesso da intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a). O instrumento utilizado para representar ou modelizar a intervenção é o Modelo Lógico.

A construção do Modelo Lógico é uma representação gráfica das relações entre as atividades previstas e os resultados esperados, revelando o conjunto de ações necessárias a se fazer para melhorar a situação problema (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a). MEDINA *et al.* (2005) complementam ao afirmar que se relaciona os pressupostos teóricos do protocolo e as atividades aos resultados de médio e de longo prazo quando estabelecido critérios e normas, devendo esclarecer como a intervenção idealmente funciona.

#### 4 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho encontra-se posto no âmbito do Mestrado Profissional, que tem como uma de suas finalidades produzir informação para o serviço o qual o mestrando encontra-se inserido, como também buscar aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos, nesse caso, voltado à Atenção Básica de Saúde. Por trabalhar na Região de Saúde Leste do Distrito Federal como gestora de Unidades Básicas e também, recentemente, como enfermeira assistencial, observei a dificuldade de alguns usuários em conseguirem ter suas necessidades acolhidas, amenizadas e até resolvidas na Atenção Básica.

Como gestora/ profissional que escolheu trabalhar na saúde e pela saúde do indivíduo, preocupo-me como os usuários estão sendo atendidos, sendo acolhidos, escutados em suas demandas, conseguindo receber atenção à sua saúde sem necessidade de constrangimentos e/ou desconfortos, seja passando horas em filas, seja esperando longos períodos para conseguir ter uma consulta, em um momento agudizado, dentre outras situações.

Todos esses fatores convergem para o acesso do usuário ao sistema de saúde. O tema é de grande relevância entre todos os interessados na saúde, desde o Ministério da Saúde até o próprio usuário. Contudo, dificuldades existem em todos os processos e as readequações são sempre necessárias. Apesar dos avanços para a ampliação da oferta dos serviços de saúde, garantir o direito constitucional à saúde para toda a população ainda é um desafio (VIEGAS e PENNA, 2013).

Com a finalidade de propor possíveis ações que possam levar a ampliação do acesso, a SES/DF publicou o Protocolo de Acesso da APS do DF. O protocolo traz à tona a necessidade de “discutir a reorganização do processo de trabalho dos profissionais, as formas de acesso, a organização da agenda das equipes e os fluxos dentro da rede de atenção” (DISTRITO FEDERAL, 2018a). Considerando que essa intervenção foi aprovada em 2018 e que sua implantação ocorreu ao longo de três anos, essa pesquisa visa analisar sua implantação.

A pesquisa avalia a situação da implementação do protocolo em São Sebastião, Região de Saúde Leste, dando assim um *feedback* para a Superintendência e a Diretoria Regional da Atenção Primária (DIRAPS). Como resultado, apresenta sugestões de melhoria para o processo de trabalho das unidades de saúde, além de identificar fragilidades, propor soluções e otimizar recursos como também outras reflexões, conhecimentos, competências, habilidades, dando possibilidades de retorno positivo nas ações desenvolvidas junto à população usuária do sistema de saúde.

## **5 PERGUNTAS AVALIATIVAS**

- Qual o grau de implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal na Região Administrativa de São Sebastião?

- Como os profissionais de saúde avaliam os critérios implementados do Protocolo de Acesso?

- Os profissionais conhecem os protocolos assistenciais instituídos pela Secretaria de Saúde e os utilizam como aporte em suas condutas ocupacionais?

## **6 HIPÓTESES OU PRESSUPOSTO TEÓRICO**

A implantação das ações sugeridas pela gestão em saúde do DF, a partir do Protocolo de Acesso da APS no DF visa a promover a ampliação do acesso aos usuários que buscam aos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde, na Região Leste de Saúde do Distrito Federal, em Sebastião. Contudo, ainda persistem barreiras.

## 7 OBJETIVOS

### 7.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, segundo os profissionais de saúde que desempenham suas atividades laborais na Estratégia de Saúde da Família da Região Administrativa de São Sebastião, na Região Leste de Saúde do Distrito Federal.

### 7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicitar as ações preconizadas do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do DF nas Unidades Básicas de Saúde de São Sebastião.
- Identificar consonâncias e/ou dissonâncias, sob o grau de implantação das ações preconizadas pelo Protocolo de Acesso da APS do DF, segundo as diferentes categorias profissionais que compõem a equipe de saúde na ESF da APS.
- Discorrer sobre o conhecimento dos profissionais a respeito dos protocolos assistenciais instituídos pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal e a utilização destes como aporte em suas condutas
- Sugerir adequações para que ocorra a implantação das ações do Protocolo de Acesso da APS no DF, em sua totalidade, nas Unidades Básicas de Saúde de São Sebastião.

## 8 MÉTODO

### 8.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa consiste na análise do grau de implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Trata-se de estudo avaliativo, com uso da apreciação normativa com abordagem quantitativa. A avaliação em saúde implica em medir e emitir um julgamento de valor sobre uma intervenção, alicerçado em um modelo teórico (MATIDA e CAMACHO, 2004; CHAMPAGNE *et al.*, 2011d). Segundo PISCO (2006) “é avaliar uma realidade a fim de nela intervir..., e deve ser vista como um incentivo para que serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade”.

Uma intervenção visa orientar uma mudança ou transformar uma realidade de forma a solucionar a situação-problema, sobretudo de situações potencialmente aperfeiçoáveis. É um sistema organizado de ação em um ambiente, onde se tem os atores, o conjunto dos recursos e regras, as relações entre os recursos e as atividades e o objetivo. A melhor forma de visualizar uma intervenção é através de sua modelização (CHAMPAGNE *et al.*, 2011d).

A pesquisa utiliza a definição de Hartz (1997) quando se refere que o conceito de implantação expressa a extensão da operacionalização adequada da intervenção. Sua medição, ou seja, o grau de implantação exige que se apresente os componentes da intervenção, quais práticas são necessárias para que ocorra essa implantação, identificar quais áreas devem estar envolvidas e analisar a variação conforme as características estipuladas. Champagne *et al.* (2011a) complementa que, quando acontece uma intervenção nova, ao se fazer a análise da implantação permite-se identificar como aconteceu esse processo, além de identificar fatores críticos.

Para operacionalizar uma análise de implantação, a apreciação normativa permite comparar atividades previstas na intervenção e as operacionalizadas na prática. É utilizada estrategicamente de maneira formativa para o aperfeiçoamento contínuo da intervenção (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b).

A pesquisa quantitativa enfatiza as preocupações do pesquisador em apresentar resultados generalizáveis (O’CATHIAN; THOMAS, 2009), com uma atitude científica que busca explicação do comportamento das coisas, tendo sua força atribuída à alta confiabilidade e reprodutibilidade dos resultados obtidos (TURATO, 2005).

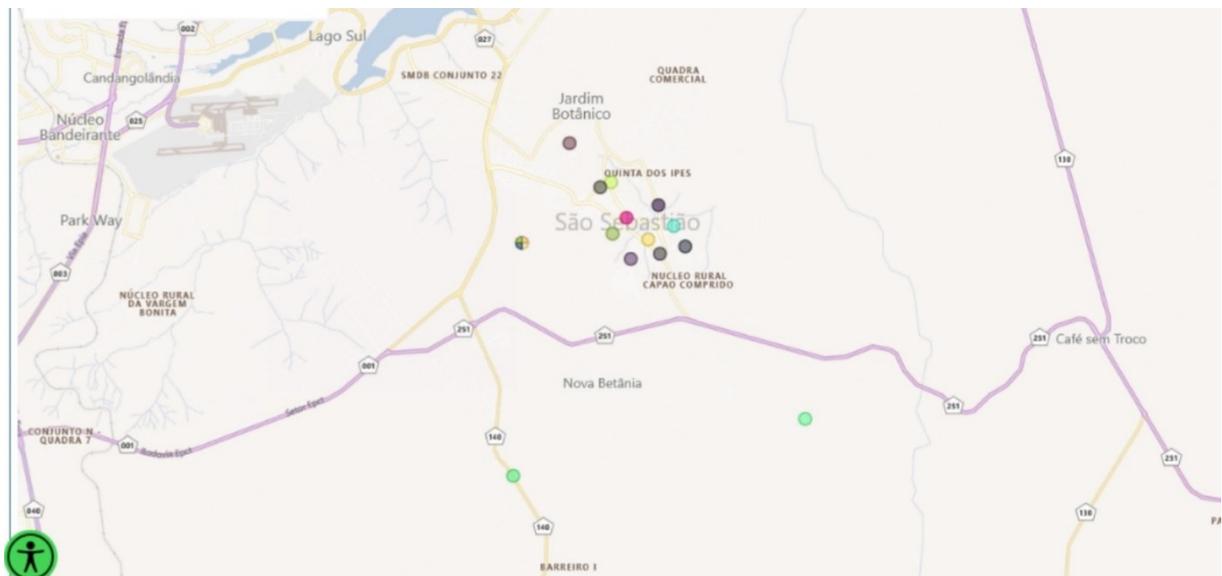
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, CAAE: 45143221.1.0000.5240 5553, que foi favorável à sua execução através do parecer 4.747.100, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS, CAAE: 45143221.1.3001, que foi favorável à sua execução através do parecer 4.813.714.

## 8.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Região Administrativa de São Sebastião, que faz parte da Região de Saúde Leste, no Distrito Federal. São Sebastião possui população estimada em 115.000 habitantes, sendo 82,2% usuários do Sistema Único de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2020). Segundo dados de outubro/2018, a cobertura da Estratégia da Família é de 91,4% em São Sebastião (POÇAS *et al.*, 2020).

Escolheu-se São Sebastião por possuir o maior número de Unidades Básicas quando comparadas com Itapoã e Paranoá, devido as UBS serem geograficamente próximas, atender aos critérios de regionalidade e cobertura populacional e ser a região onde a pesquisadora desempenha suas atividades laborais (vide Figura 8). Possui em sua Rede de Atenção à Saúde, na Atenção Primária – 13 Unidades Básicas com 25 Equipes Saúde da Família; e na Atenção Secundária possui 01 Casa de Parto, 01 Policlínica e 01 Unidade de Pronto Atendimento.

Figura 9 - Mapa de localização das Unidades Básicas de Saúde, São Sebastião, DF, 2021



Fonte: SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (2021a).

### 8.3 UNIVERSO

Compõe o universo da pesquisa todos os profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitário de saúde da assistência direta ao usuário que, no momento da pesquisa de campo, atuavam na Estratégia de Saúde da Família de São Sebastião, excetuando os que se encontravam em afastamento legal, como férias ou licença médica. Optou-se pela abordagem do ponto de vista dos profissionais por estes realizarem as ações que recepcionam, acolhem e encaminham o usuário dentro da rede de atenção.

As Gerências de Serviço da Atenção Primária (GSAP) são responsáveis por Unidades Básicas específicas, conforme demonstrado no Quadro 5. As UBS podem ser do Tipo I – até 03 equipes ou do tipo II – com até 10 equipes. As Unidades Tipo I funcionam de segunda a sexta-feira das 07hs às 17hs. As Unidades tipo II - funcionam de segunda a sexta-feira das 07hs às 22hs e sábado das 07h às 12hs. **Erro! Fonte de referência não encontrada.**

Quadro 5 - Composição das Gerências de Serviços da Atenção Primária, conforme Unidades Básicas e quantidade de Equipes de Saúde da Família instaladas, São Sebastião, DF, 2021

GERÊNCIAS	Unidades Básicas	Composta por:
GSAP1	UBS 1	10 equipes
GSAP2	UBS 2 - TRE	2 equipes
	UBS 3 - Oeste	2 equipes
	UBS 19 – Vila do Boa	1 equipe
GSAP3	UBS 4 – Morro Azul	1 equipe
	UBS 5 – Nova Betânia	1 equipe
	UBS 6 – São Francisco	1 equipe
	UBS 7 – Morro da Cruz	1 equipe
	UBS 8 – Cavas	1 equipe
GSAP4	UBS 9 – Bosque	2 equipes
	UBS 10 – João Cândido	1 equipe
	UBS 11 – Bosque 2	1 equipe
	UBS 12 – São José	1 equipe

Fonte: Elaboração própria

Conforme apresentado na Tabela 3, a ESF de São Sebastião é composta por 151 profissionais de saúde, das seguintes categorias profissionais: 23 médicos, 27 enfermeiros, 46 técnicos de enfermagem e 55 agentes comunitários de saúde.

Tabela 3 - Quantitativo de profissionais de saúde lotados por categoria, nas Gerências de Saúde, São Sebastião, DF, 2021.

<b>Gerências</b>	<b>Médicos</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Técnico de Enfermagem</b>	<b>Agentes Comunitários</b>	<b>TOTAL</b>
GSAP 01	10	10	19	18	57
GSAP 02	4	7	10	12	33
GSAP 03	4	5	7	13	29
GSAP 04	5	5	10	12	32
<b>TOTAL:</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>46</b>	<b>55</b>	<b>151</b>

Fonte: E-SUS AB (2021)

Os critérios de inclusão para os participantes foram: 1) querer participar da pesquisa; 2) estar vinculado a uma equipe de São Sebastião 3) Concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 4) ter acesso a internet; “WhatsApp” ou e-mail e a uma ferramenta de comunicação como computador, celular ou tablete.

A não participação na pesquisa foi condicionada aos seguintes critérios: 1) não querer participar da pesquisa; 2) não laborar em uma equipe da APS de São Sebastião; 3) não concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 4) não ter acesso a internet; 5) não ter e-mail e 6) não ter acesso a uma ferramenta de comunicação como computador, celular ou tablet e 7) não ter o aplicativo whatsapp instalado na ferramenta tecnológica.

#### 8.4 AMOSTRA

Para o cálculo da amostra utilizou-se a fórmula proposta por Barbetta (2015), considerando que:

$N$ = tamanho (número de elementos) da população

$n$ = tamanho (número de elementos) da amostra

$N^{\circ} 0$  uma primeira aproximação para o tamanho da amostra, e:

$E_0$ = erro amostral tolerável

Para isso, inicialmente faz-se o seguinte cálculo:

$$n^0 = \frac{1}{E_0^2}$$

Posteriormente, com base no resultado anterior, calculou-se o tamanho da amostra através da seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot n^0}{N + n^0}$$

Nesse sentido, considerando o erro amostral de 5% e o intervalo de confiança de 95%, o cálculo amostral mostrou ser necessária a participação de 94 profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família.

Sabendo que as 13 UBS estão distribuídas em 4 GSAPS, optou-se por uma amostra aleatória estratificada. Nessa estratificação, os estratos são formados com base nos atributos (categorias profissionais) sendo usada para destacar as diferenças entre os grupos de uma população. Buscou-se o ponto de vista das categorias profissionais, não sendo relevante a Gerência na qual está inserido.

## 8.5 INSTRUMENTO UTILIZADO

Considerando o momento atual da pandemia do coronavírus e as medidas protetivas para evitar a disseminação, a coleta dos dados teve que ser readequada para a realidade. Conforme determinação do Comitê de Ética e Pesquisa da FEPECS, a coleta presencial estava suspensa, como também a utilização de impressos. Optou-se por utilizar ferramenta tecnológica que evita o contato - o formulário virtual.

O Formulário virtual foi confeccionado na Plataforma Google Forms de propriedade da Empresa Google. Segundo a Política de Privacidade da empresa, os formulários desenvolvidos na referida plataforma usufruem de recursos de segurança que protegem continuamente as informações, através da utilização de criptografia (GOOGLE, 2021).

A elaboração do instrumento de coleta de dados baseou-se exclusivamente no próprio documento da intervenção – Protocolo de Acesso da APS do DF. Iniciou-se fazendo releituras e a identificação dos pontos-chaves. Condensou-se os temas principais em Blocos de Análise para a pesquisa. Buscou-se, na medida do possível, preservar a nomenclatura dos conjuntos que constam no protocolo, que são sete. Contudo, com reagrupamento dos temas abordados para a nova configuração, constitui-se 05 blocos de análise com 51 questões. Segue quadro com os referidos blocos (Quadro 6).

Quadro 6 - Componentes do Protocolo e respectivos critérios abordados segundo Blocos do Formulário, São Sebastião, 2021.

COMPONENTES DO PROTOCOLO	CRITÉRIOS	BLOCO NO FORMULÁRIO
Análise de demanda do território e ofertas da UBS	- Ter a análise situacional do território	Territorialização e Análise Situacional do Território
	- Construção do Projeto de Saúde do território	
	- Conhecer a população	
	- Conhecer as áreas de risco	
	- Participação social como coparticipante no projeto de saúde do território	
Construção da agenda	- Identificar os tipos de demandas que chegam na UBS	Demanda Espontânea
	- Serviços ofertados construídos através da articulação e pactuação das equipes da UBS	Fluxo dos Serviços
	- Desempenhar as atividades previstas na Portaria nº 77	Construção da agenda
Serviços de livre acesso	- Realizar o 1º atendimento aos usuários agudizados inclusive os de fora da área de abrangência	Demanda Espontânea
	- Disponibilizar vacina para todos os usuários	
	- Disponibilizar imunização todos os dias úteis	
	- Realizar curativos sem continuidade	
	- Disponibilizar medicamentos para todos os usuários	
	- Realizar procedimentos com prescrição	
	- Referenciar o usuário para sua Unidade de Saúde	

(continua)

Quadro 6 - Componentes do Protocolo e respectivos critérios abordados segundo Blocos do Formulário, São Sebastião, 2021.

<b>COMPONENTES DO PROTOCOLO</b>	<b>CRITÉRIOS</b>	continuação <b>BLOCO NO FORMULÁRIO</b>
Serviços de livre acesso	- Agendar consultas programadas para até 20 dias	Construção da agenda
	- Atender no horário agendado	
	- Monitorar absenteísmo	
	- Ofertar serviços em quantidade suficiente para a população do território	Fluxo dos serviços
Acolhimento	- Adequar atendimentos entre as consultas programadas e não programadas	Construção da agenda
	- Registrar todos os atos assistenciais no prontuário do usuário	Acolhimento Qualificado
	- Realizar escuta inicial	
Classificação de risco e avaliação vulnerabilidade	- Realizar classificação de risco	
	- Realizar avaliação da vulnerabilidade do usuário	
Classificação dos casos de demanda espontânea na APS	- Utilizar documento norteador da Classificação de Demanda Espontânea na APS	Demanda Espontânea
Fluxo dos usuários na UBS	- Divulgar os serviços ofertados e disponíveis para a população	Fluxo dos serviços
	- Conhecer os fluxos internos do serviço (profissionais)	
	- Divulgar os fluxos internos dos serviços para a população	
	- Garantir continuidade do cuidado através da rede de atenção	

Fonte: Elaboração própria.

Ao término da construção do instrumento, a Plataforma gera um link de acesso para que este possa ser compartilhado com os convidados. Ao receber e clicar no link, o convidado pode acessar o instrumento, sendo direcionado para o formulário virtual. Uma vez terminado de respondê-lo, um novo link ao final do termo solicita “enviar resposta”. Ao clicar sobre o link, as respostas são enviadas para a plataforma, onde é armazenada. O acesso ao ambiente onde ficam armazenados os dados é realizado somente mediante senha do pesquisador.

O Formulário eletrônico foi estruturado em nove seções:

1ª seção – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

2ª seção – Seção explicativa – onde consta esclarecimentos sobre a estruturação dos blocos do formulário e também como cada questão é apresentada e as possibilidades de resposta

3ª seção – Identificação do Participante, contemplando: 1. A identificação da categoria profissional; 2. A UBS de lotação/nome da equipe de saúde; 3. A GSAP à qual pertence; 4. Tempo em que trabalha na Estratégia Saúde da Família e; 5. Tempo que trabalha na equipe atual.

Da 4ª a 8ª seções constam as questões referentes ao objeto do estudo:

4ª seção – Territorialização e Análise Situacional do Território (05 questões)

5ª seção – Fluxo dos serviços (08 questões)

6ª seção – Acolhimento Qualificado (05 questões)

7ª seção – Demanda Espontânea (09 questões)

8ª seção – Construção da agenda (06 questões)

9ª seção – Protocolos da Atenção Primária da SES/DF (06 questões)

Diferente das demais, a nona seção foi elaborada para fins de esclarecimento sobre o conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos protocolos assistenciais construídos pela Secretaria de Saúde. Tais protocolos servem como organizadores dos processos de trabalho e devem ser utilizados dentro da Instituição pelos profissionais. Ressalta-se que esse bloco não compõe a análise do grau de implantação da intervenção, e que foi abordado, pontualmente, o conhecimento sobre o Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

Na intenção de captar informações, seja de cunho crítico, positivos, exemplos de situações, sugestões ou elogios que possam agregar elementos à análise, ao final de cada bloco incluiu-se um espaço livre, com o seguinte enunciado: “Caso deseje, comente sobre os temas abordados acima”.

Considerando que a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é requisito para o profissional participar da pesquisa, o instrumento inicia-se com o termo. Ao final da leitura do Termo, o convidado opta por “concordo” ou “não concordo” com a participação. Caso opte por “não concordo”, abre-se a opção pelo envio imediato da resposta para o ambiente da plataforma. Caso opte por “concordo” abre-se o formulário da pesquisa.

Construído de forma estruturada com questões fechadas, o formulário utilizou-se da Escala de Likert. As questões apresentam-se em forma afirmativa e a resposta do participante está condicionada ao seu grau de concordância. Optou-se por utilizar as categorias: com certeza SIM, provavelmente SIM, com certeza NÃO e provavelmente NÃO. A inclusão da categoria do meio “não sei” ou “não aplico”, não foi incluída para que não gerasse dúvida ou tendência de marcar quando o respondente não soubesse ou não tivesse experiência com o assunto abordado (ALEXANDRE; ANDRADE e VASCONCELOS, 2003).

Para fins de aumentar a clareza e compreensão do questionário pelos participantes da pesquisa, realizou-se o pré-teste mediante a participação de quatro profissionais sendo 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico e 01 ACS, seguindo-se com os ajustes necessários.

## 8.6 COLETA DOS DADOS

O processo de coleta dos dados iniciou-se após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/ Fiocruz e da FEPECS. Atualizou-se o processo no Sistema Eletrônico de Informação (SEI) informando sobre a aprovação da pesquisa e solicitando junto a Diretoria Regional da APS (DIRAPS) a comunicação as GSAPS sobre o início da coleta dos dados. Realizou-se o contato direto com as Gerentes de Serviço da Atenção Primária (GSAP) através do “whatsapp” para que houvesse o compartilhamento com os profissionais, sob sua gerência, do link do formulário da pesquisa.

O WhatsApp é um aplicativo que permite a troca de mensagens instantâneas de texto e áudio, chamadas de voz e de vídeo, envio de fotos e de vídeos, compartilhar documentos, localização geográfica e contatos, além de promover conversa em grupo de até 256 pessoas ao mesmo tempo (WHATSAPP, 2021). O aplicativo também tem sido utilizado para a coleta de dados em pesquisas científicas em função do relativo baixo custo e facilidade de obtenção de dados, em curto período de tempo (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Dos 151 profissionais lotados da APS de São Sebastião, foram excluídos sete que se encontravam em afastamento legal – férias e licença médica, e 13 pelo motivo de não obtenção do contato telefônico. Dos 131 profissionais, três foram excluídos porque não possuíam o aplicativo whatsapp. Os 128 profissionais restantes, todos foram convidados para participar da pesquisa, como pode ser visualizado na Tabela 4. As informações sobre os profissionais afastados e os números dos telefones de contato foram obtidos com as Gerências e nos grupos de trabalho no whatsapp. A não utilização do aplicativo de whatsapp por três profissionais foi confirmada por outro membro da equipe.

Tabela 4 – Apresentação dos motivos de exclusão dos profissionais que compunham o universo do estudo, São Sebastião-DF, 2021.

<b>Universo</b>	<b>N = 151</b>
Exclusão por afastamento legal	7
Exclusão por não ter número de celular para contato	13
Exclusão por não ter o aplicativo whatsapp	3
<b>Participantes</b>	<b>128</b>

Fonte: Elaboração própria

Planejou-se inicialmente o envio do link da pesquisa por e-mail, sendo que o profissional disporia de até 30 minutos de seu horário de trabalho para responder o formulário. Devido a pandemia do coronavírus os servidores foram realocados conforme a demanda do serviço, podendo permanecer em sua unidade ou ser deslocado para diferentes locais. Alguns dos locais não dispunham de computadores e/ou internet. Outra questão observada foi que vários profissionais não acessavam seus e-mails de forma regular. Diante dessas situações a pesquisadora readequou a ferramenta tecnológica a ser utilizada.

Como a maioria dos profissionais utilizavam do aplicativo do WhatsApp como ferramenta de trabalho, estando sempre “on line”, pela necessidade de permanecer alertas às mensagens recebidas, viu-se a oportunidade de utilizar o aplicativo como ferramenta de coleta dos dados. O link do formulário foi enviado para todos os profissionais que atendiam os critérios de inclusão. A pesquisadora, após três dias sem retorno, e pela possibilidade de os convidados estarem indisponíveis no momento em que recebiam o link da pesquisa, reforçava novamente o contato para lembrá-los, sendo que essa conduta foi repetida no máximo por três vezes.

A coleta aconteceu no período de 28/08/2021 a 12/10/2021. O formulário foi enviado para 128 profissionais, sendo 16 médicos, 26 enfermeiros, 37 técnicos de enfermagem e 49 agentes comunitários de saúde. No contato inicial pelo aplicativo, a pesquisadora identificava-se e mencionava o contato prévio, realizado pela Gerente, informando sobre o estudo para os profissionais. Então, o objetivo da pesquisa era apresentado e, solicitava-se a participação na pesquisa, com explicação de como acessar o formulário. Enviava-se o link da pesquisa com a informação de que todos os membros da equipe estavam sendo convidados para participar, e agradecia-se. Ao identificar a não resposta do profissional, era realizado um segundo contato questionando se por acaso o profissional havia respondido.

No terceiro e último contato reforçava-se a importância de o profissional apresentar o seu ponto de vista sobre os assuntos da pesquisa. Quando o profissional retornava informando que havia respondido, a pesquisadora realizava o agradecimento. Devido a pesquisa garantir o anonimato do participante, o monitoramento das respostas obtidas era feito através da identificação da categoria profissional e da equipe de lotação.

Os profissionais lotados nas GSAP 02 e GSAP 04 tiveram o convite e a continuidade do contato exclusivamente via whatsapp. Para os profissionais da GSAP 1 por frequentemente estarem em atividades fora da UBS, optou-se pelo convite à participação na pesquisa presencialmente, no período noturno, na UBS, oportunamente em acordo à escala das equipes responsáveis para o atendimento dos sintomáticos respiratórios. Esse contato aconteceu respeitando os critérios de distanciamento de dois metros. Os profissionais da GSAP 03 receberam, primeiramente, o convite via whatsapp, porém por estarem escalados na vacina contra SARS COV2, onde a pesquisadora era também membro da equipe, fazia-se um reforço do convite presencialmente. Todos os participantes utilizaram seus próprios celulares para responderem ao formulário. Ao final, cada respondente recebeu um número identificador, representado por R N°.

## 8.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Construiu-se a Matriz de Análise para cada bloco das categorias a ser perscrutado, demonstrado em sequência, do Quadro 7 ao Quadro 11. Posteriormente, os dados foram organizados em planilha eletrônica, seguida de contabilização dos itens em frequência absoluta e relativa e caracterização das variáveis de análise utilizadas. Para isso efetuou-se a importação das tabelas geradas pela Plataforma do Google Forms sendo necessárias algumas adequações. A tabela foi constituída por todas as respostas fornecidas de todos os participantes.

Quadro 7 - Matriz de Análise da categoria Territorialização e Análise Situacional do Território, São Sebastião, DF, 2021.

Territorialização e Análise Situacional do Território			
<b>Critérios</b>	<b>Afirmativas</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Pontuação Máxima do Bloco</b>
- Conhecer o território	- Conheço o perfil epidemiológico da área de abrangência da equipe na qual estou inserido. - Conheço o perfil socioeconômico da área de abrangência da equipe na qual estou inserido.	Com certeza SIM: 4 Provavelmente SIM: 3 Provavelmente NÃO: 2 Com certeza NÃO: 1	20 pontos
- Ter a análise situacional do território	- A equipe, na qual estou inserido, dispõe da análise situacional da saúde (identificação dos problemas, áreas de riscos e necessidades) da área de abrangência.		
- Utilizar a análise situacional do território para o plano de ação de saúde	- A equipe, na qual estou inserido (a), utiliza a análise situacional da área de abrangência para planejar a priorização das ações de saúde que serão disponibilizadas para a comunidade		
- A população como coparticipante no projeto de saúde do território	- O planejamento do projeto de saúde do território têm a população da área de abrangência como coparticipante.		

Fonte: Elaboração própria

Quadro 8 - Matriz de Análise da Categoria - Fluxo dos Serviços, São Sebastião, DF, 2021.

FLUXO DOS SERVIÇOS			
Critérios	Afirmativas	Pontuação	Pontuação Máxima do Bloco
- Conhecimento dos fluxos dos serviços	- Conheço todos os serviços/ procedimentos que a UBS, na qual estou inserido (a), oferta para a população.	Com certeza SIM: 4 Provavelmente SIM: 3 Provavelmente NÃO: 2 Com certeza NÃO: 1	32 pontos
- Referenciar o usuário para a rede de atenção	- Referencio para a rede de saúde, o usuário que busca um serviço/ procedimento não ofertado pela UBS, na qual estou inserido (a).		
- Divulgação dos Serviços ofertados e disponíveis para a população	- Os serviços ofertados pela UBS, na qual estou inserido, são informados em local visível para a população.		
- Conhecimento dos fluxos internos	- Conheço os fluxos internos dos serviços realizados na UBS na qual estou inserido (a).		
- Divulgação dos fluxos internos dos serviços para a população	- Existem informes, em lugares de fácil acesso, sobre o fluxo dos serviços internos da UBS, para o usuário consultar.		
- Serviços ofertados construídos através da articulação e pactuação das equipes da UBS	- As equipes da UBS organizam de forma articulada e pactuada os serviços que são ofertados para a população.		
- Continuidade do cuidado	- A inserção do pedido de consultas com as especialidades no sistema de regulação é realizada pela própria equipe.		
- serviços ofertados em quantidade suficiente para a população do território	- A UBS que atuo, dispensa a utilização de senhas em todos os serviços, porque o quantitativo de consultas/ procedimentos ofertados é suficiente.		

Fonte: Elaboração própria

Quadro 9 - Matriz de Análise da Categoria Acolhimento Qualificado, São Sebastião, DF, 2021.

ACOLHIMENTO QUALIFICADO			
<b>Crítérios</b>	<b>Afirmativas</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Pontuação Máxima do Bloco</b>
- Realizar escuta inicial	Realizo a escuta inicial do usuário quando este chega na UBS.	Com certeza SIM: 4 Provavelmente SIM: 3 Provavelmente NÃO: 2 Com certeza NÃO: 1	20 pontos
- Realizar classificação de risco	Realizo a classificação de risco ao atender o usuário.		
- Realizar avaliação da vulnerabilidade do usuário	Avalio a vulnerabilidade do usuário ao atendê-lo.		
- Registrar todos os atos assistenciais no prontuário do usuário	Realizo o registro de todos os atos assistenciais prestados ao usuário, em seu prontuário.		
- Monitorar o serviço de acolhimento da UBS	O acolhimento é uma pauta frequente nas reuniões de equipe.		

Fonte: Elaboração própria

Quadro 10 - Matriz de Análise da Categoria Demanda Espontânea, São Sebastião, DF, 2021.

DEMANDA ESPONTÂNEA			
Critérios	Afirmativas	Pontuação	Pontuação Máxima do Bloco
- Utilizar documento norteador da Classificação de Demanda Espontânea na APS	- Utilizo a Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea para a Atenção Primária, ao atender o usuário.	Com certeza SIM: 4 Provavelmente SIM: 3 Provavelmente NÃO: 2 Com certeza NÃO: 1	36 pontos
- Identificar os tipos de demanda	- O profissional que realiza o acolhimento identifica e registra qual tipo de demanda o usuário buscou na UBS.		
- Realizar o 1º atendimento aos usuários agudizados, fora de área	- A equipe realiza o 1º atendimento às situações agudas ou crônicas agudizadas dos usuários que buscam os serviços da UBS, independentemente do local de residência.		
- Disponibilizar vacina para todos os usuários	- A vacinação, na UBS na qual estou inserido (a), está disponível para qualquer usuário do SUS, independente do lugar de residência.		
- Disponibilizar imunização todos os dias úteis	- A vacinação, na UBS na qual estou inserido (a), está disponível, no mínimo, 03 dias na semana.		
- Realizar curativos sem continuidade	- Curativos que não necessitam de continuidade são realizados na UBS, na qual estou inserido(a), independentemente do local de residência do usuário.		
- Disponibilizar medicamentos para todos os usuários	- A entrega de medicamentos está disponível para todos os usuários do SUS, na UBS na qual estou inserido(a), independente do lugar de residência.		
- Realizar procedimentos com prescrição	- Nebulização e medicação injetável com prescrição médica estão disponíveis para qualquer usuário do SUS, na UBS na qual estou inserido(a), independente do lugar de residência.		
- Referenciar o usuário para sua Unidade de Saúde	- Sempre referencio por escrito, o usuário fora de área, para a sua Equipe de Saúde.		

Fonte: Elaboração própria

Quadro 11 - Matriz de Análise da Categoria Construção da Agenda, São Sebastião, DF, 2021.

CONSTRUÇÃO DA AGENDA			
Critérios	Afirmativas	Pontuação	Pontuação Máxima do Bloco
- Atendimento eletivo em até 20 dias	- O usuário que busca uma consulta com o profissional de nível superior tem o atendimento realizado em até 20 dias.	Com certeza SIM: 4 Provavelmente SIM: 3 Provavelmente NÃO: 2 Com certeza NÃO: 1	24 pontos
- Atendimento no horário marcado	- Realizo o atendimento do usuário conforme o horário agendado diminuindo o tempo de espera e possibilidade de tumulto.		
- Realizar visita domiciliar	- Realizo visitas domiciliares sistematizadas e regulares, - conforme preconizado na Portaria nº 77 da SES/DF.		
- Desempenhar as atividades previstas na Portaria nº 77	- Participo da reunião de equipe, matriciamento e educação em saúde.		
- Adequar atendimentos entre as consultas programadas e não programadas	- A agenda dos profissionais de nível superior é construída na proporção de 50% a 70% das vagas para atendimentos previamente agendados e de 30% a 50% para atendimento da demanda espontânea.		
- Monitorar absenteísmo	- Nas consultas agendadas, realizo o monitoramento dos usuários faltosos.		

Fonte: Elaboração própria

Para todas as respostas das seções 4ª a 8ª estipulou-se as mesmas pontuações (Tabela 5), não havendo diferenciação de peso entre as respostas por entender que todas as questões compõem temas imprescindíveis no processo de implantação do Protocolo.

Tabela 5 - Ponto de Corte dos critérios abordados, Brasília, 2021.

<b>Item da resposta</b>	<b>Pontuação</b>
Com certeza SIM	4
Provavelmente SIM	3
Provavelmente NÃO	2
Com certeza NÃO	1

Fonte: Elaboração própria

Para o cálculo da pontuação por critério foi aplicado a seguinte fórmula:

$$Ep = n^4 \times 4 + n^3 \times 3 + n^2 \times 2 + n^1 \times 1$$

Sendo:

Ep (Escore parcial por tema)

$n^4$  = nº total de respostas Com Certeza SIM

$n^3$  = nº total de respostas Provavelmente SIM

$n^2$  = nº total de respostas Provavelmente NÃO

$n^1$  = nº total de respostas Com Certeza NÃO

Escore obtido por Bloco de Análise = Ep 1 + Ep 2 + Ep 3 + Ep 4 ... (sendo que a variação de Ep corresponde ao número de critérios do bloco)

Diante da resposta do Escore obtido por cada bloco de análise procedeu-se com o cálculo da proporção entre a pontuação esperada para implantação e o escore obtido para implantação (MEDEIROS, 2017).

$$\text{Escore Final} = \frac{\text{Escore obtido}}{\text{Pontuação Máxima}} \times 100$$

Escore obtido =  $\sum$  da pontuação obtida de cada bloco de análise

Pontuação máxima =  $\sum$  da pontuação máxima de cada bloco de análise

Para a pontuação total correspondente de cada Categoria foi calculado a soma dos itens do bloco, de todos respondentes ( $n = 101$ ), conforme apresentado na Tabela 66.

Tabela 6 - Valores de Corte das Categorias, por questão, por critério, esperada e total, para análise do Protocolo de Acesso, São Sebastião, DF, 2021.

CATEGORIAS	Nº DE CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA POR CRITÉRIO	PONTUAÇÃO MÁXIMA DO BLOCO	PONTUAÇÃO MÁXIMA (n = 101)
Territorialização e Análise Situacional do Território	5	4	20	2020
Fluxo dos serviços	8	4	32	3232
Acolhimento Qualificado	5	4	20	2020
Demanda Espontânea	9	4	36	3636
Construção da Agenda	6	4	24	2424
<b>Total do Formulário</b>	<b>33</b>	<b>404</b>	<b>132</b>	<b>13.332</b>

Fonte: dados da pesquisa

Mediante o percentual cumprido em cada bloco, procedeu-se com o julgamento do grau de implantação baseado nos critérios utilizados por Medeiros (2017) adaptados para esse estudo, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 - Matriz de Julgamento do Grau de Implantação conforme a classificação, Brasília, 2021

Classificação da Implantação	Grau de Implantação
Totalmente implantado	76% a 100%
Parcialmente implantado	51% a 75%
Implantação incipiente	26% a 50%
Não implantado	0% a 25%

Fonte: Medeiros (2017)

No segundo momento, analisou-se o ponto de vista dos profissionais de saúde sobre os temas abordados de cada bloco. Para a apresentação dos percentuais de cumprimento utilizou-se a medição gradativa por ordem de grandeza no formato gráfico das escalas (MINDSIGHT TALENT ANALYTICS, 2021), vide Tabela 8.

Tabela 8 - Escala de medição gradativa da porcentagem de cumprimento dos temas das categorias - DF, 2021.

<b>% de cumprimento</b>	<b>Medição</b>
90% a 100%	Excelente
70% a 89%	Bom
50% a 69%	Razoável
30% a 49%	Ruim
0% a 30%	Péssimo

Fonte: construção própria

Para o bloco - Protocolos da Atenção Primária da SES/DF, utilizou-se a mesma metodologia da Escala de Likert, não sendo utilizado na avaliação do grau de implantação, pois o intuito do bloco foi avaliar o conhecimento do profissional acerca dos protocolos instituídos e sua utilização como parte da conduta profissional.

## 9 RESULTADOS

### 9.1 PARTICIPANTES

Todos os 128 profissionais que compõem o universo do estudo (16 médicos, 26 enfermeiros, 37 técnicos de enfermagem e 49 agentes comunitários de saúde) receberam o convite para a participação voluntária na pesquisa. Desses, 101 concordaram com a participação na pesquisa, sendo 11 médicos, 23 enfermeiros, 33 técnicos de enfermagem e 34 ACS, correspondendo a 78,9% dos profissionais convidados (Tabela 9). Os médicos tiveram o menor percentual de participação (68%), e os profissionais de enfermagem o maior, sendo 89% para técnicos e 88% para enfermeiros. Houve representatividade de profissionais das 13 Unidades Básicas de Saúde e das 25 Equipes de Saúde, sob as gerências das GSAP01, GSAP02, GSAP03 e GSAP04.

Tabela 9 - Caracterização da amostra por categoria profissional e a representatividade dos participantes da pesquisa, São Sebastião -DF, 2021.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Incluídos N</b>	<b>Participantes N/%</b>
Médico	16	11 ( 68%)
Enfermeiro	26	23 (88%)
Técnico de Enfermagem	37	33 (89%)
Agente Comunitário	49	34 (69%)
<b>Total:</b>	<b>128</b>	<b>101 (79%)</b>

Fonte: Elaboração própria

A média de tempo que o profissional executa suas funções laborais na Estratégia Saúde da Família é de 10 anos, com mediana de 11 anos. No período entre os anos de 2001 a 2011 houve incremento do quantitativo de profissionais na AB, voltando a ser contemplada somente a partir de 2017 quando se instituiu a ESF no DF, conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 – Relação do número de profissionais e o tempo, em anos, de trabalho na Atenção Primária, São Sebastião, DF, 2021.

<b>Faixa de Tempo – em anos</b>	<b>N de profissionais</b>	<b>%</b>
até 2 anos	14	13
3 a 5 anos	20	19
6 a 10 anos	16	15
11 a 15 anos	24	23
16 a 20 anos	26	25
21 a 30 anos	1	0,9

Fonte: Elaboração própria

Os profissionais estão lotados na equipe atual em média há cinco anos, e mediana de três anos. Observa-se um aporte do quantitativo de profissionais no período de 3 a 5 anos, demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11 - Tempo, em anos, que o profissional está lotado na equipe atual, São Sebastião, DF, 2021.

<b>FAIXA DE TEMPO EM ANOS</b>	<b>QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS</b>
até 2 anos	46
3 a 5 anos	27
6 a 10 anos	9
11 a 15 anos	12
16 a 20 anos	7

Fonte: Elaboração própria

## 9.2 ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACESSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

A análise do grau de implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal apresentou, conforme Tabela 12, na categoria Territorialização e análise do território, classificação como parcialmente implantado (70%). Nos demais blocos, o desempenho foi melhor, sendo classificadas como totalmente implantado. Como resultado, conclui-se que o Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal apresentou o Grau de Implantação de 79% nas Unidades Básicas de Saúde de São Sebastião, classificando-se como totalmente implantado (vide Tabela 12).

Tabela 12 - Matriz de Julgamento para as categoria, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida, o Grau e a Classificação da Implantação, Brasília, 2021.

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACESSO				
<b>Categorias</b>	<b>Pontuação Máxima</b>	<b>Pontuação Obtida</b>	<b>Grau de Implantação</b>	<b>Classificação da Implantação</b>
TERRITORIALIZAÇÃO E ANÁLISE SITUACIONAL DO TERRITÓRIO	2.020	1.429	70%	Parcialmente implantado
FLUXO DOS SERVIÇOS	3.232	2.568	79%	Totalmente implantado
ACOLHIMENTO QUALIFICADO	2.020	1.763	87%	Totalmente implantado
DEMANDA ESPONTÂNEA	3.636	2.949	81%	Totalmente implantado
CONSTRUÇÃO DA AGENDA	2.424	1.921	79%	Totalmente implantado
<b>TOTAL DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACESSO</b>	<b>13.332</b>	<b>10.630</b>	<b>79%</b>	<b>Totalmente implantado</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

A Matriz de julgamento apresenta o condensado de cada categoria proposta pela pesquisa para avaliação do grau de implantação da intervenção. Em cada bloco, os critérios abordados foram apresentados pela pontuação máxima, referente ao valor máximo da questão multiplicado pela quantidade total de respondente, pontuação obtida que consiste na soma da

pontuação das respostas fornecidas de todos os respondentes e o cumprimento que representa o percentual executado daquele tema. Ao final, apresenta-se o total geral da categoria.

Tabela 13 - Matriz de Julgamento para os critérios da categoria Territorialização e Análise Situacional do Território, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida e o percentual alcançado. Brasília, 2021.

TERRITORIALIZAÇÃO E ANÁLISE SITUACIONAL DO TERRITÓRIO			
<b>Critério</b>	<b>Pontuação Máxima</b>	<b>Pontuação Obtida</b>	<b>Cumprimento %</b>
- Conhecer o território – perfil epidemiológico	404	308	76%
- Conhecer o território – perfil socioeconômico	404	332	82%
- Ter a análise situacional do território	404	297	73%
- Utilizar a análise situacional do território para o plano de ação de saúde	404	264	65%
- A população como coparticipante no projeto de saúde do território	404	228	56%
<b>TOTAL</b>	<b>2.020</b>	<b>1.429</b>	<b>70%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

No bloco da categoria - Territorialização e análise situacional do território observa-se que os profissionais informam maior conhecimento acerca do perfil socioeconômico. Nos critérios “utilizar a análise situacional para planejar as ações de saúde” e “participação da população nos projetos de saúde do território”, os percentuais foram razoáveis (Tabela 13).

No bloco da categoria Fluxo dos serviços, cujos achados encontram-se apresentados na Tabela 14, os critérios “referenciar os usuários para a rede de atenção” e “realizar a inserção do encaminhamento no sistema de regulação” obtiveram os melhores percentuais de cumprimento para a implantação. Os critérios que abordam divulgação dos serviços e “serviços ofertados em quantidade suficiente para a população do território” (uso de senhas) conquistaram percentuais em grau razoável.

Tabela 14 - Matriz de Julgamento para os critérios da categoria Fluxo dos Serviços, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida e percentual alcançado. Brasília, 2021.

FLUXO DOS SERVIÇOS			
Critério	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento %
- Conhecimento dos fluxos/ procedimentos ofertados pelo serviço	404	362	89%
- Referenciar o usuário para a rede de atenção	404	385	95%
- Divulgação dos Serviços ofertados e disponíveis para a população	404	268	66%
- Conhecimento dos fluxos internos da UBS	404	364	90%
- Divulgação dos fluxos internos dos serviços para a população	404	251	62%
- Serviços ofertados construídos através da articulação e pactuação das equipes da UBS	404	296	73%
- Realização da inserção do encaminhamento para especialidade no sistema	404	400	99%
- serviços ofertados em quantidade suficiente para a população do território (uso de senhas)	404	242	59%
<b>TOTAL:</b>	<b>3232</b>	<b>2.568</b>	<b>79%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Os dados apresentados na Tabela 15, referem-se à categoria - Acolhimento Qualificado, sendo possível observar que os critérios abordados obtiveram resultados variando de bom (80%) a excelente (94%) para a implantação.

Tabela 15 - Matriz de Julgamento para os critérios da categoria Acolhimento Qualificado, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida e percentual alcançado. Brasília, 2021.

ACOLHIMENTO QUALIFICADO			
Critério	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento %
- Realizar escuta inicial	404	368	91%
- Realizar classificação de risco	404	340	84%
- Realizar avaliação da vulnerabilidade do usuário	404	382	94%
- Registrar todos os atos assistenciais no prontuário do usuário	404	326	80%
- Monitorar o serviço de acolhimento da UBS	404	347	85%
<b>TOTAL</b>	<b>2.020</b>	<b>1.763</b>	<b>87%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

No bloco da categoria - Demanda espontânea (Tabela 16), somente o critério sobre a realização de curativos sem continuidade teve o cumprimento razoável. O critério melhor implantado refere-se à disponibilização dos medicamentos para todos os usuários do SUS (94%).

Tabela 16 - Matriz de Julgamento para os critérios da categoria Demanda Espontânea, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida e percentual alcançado. Brasília, 2021.

DEMANDA ESPONTÂNEA			
Critério	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento %
- Utilizar documento norteador da Classificação de Demanda Espontânea na APS	404	327	80%
- Identificar os tipos de demanda que chegam na UBS	404	345	85%
- Realizar o 1º atendimento aos usuários agudizados, inclusive os fora de área	404	337	83%
- Disponibilizar vacina para todos os usuários do SUS	404	346	85%
- Disponibilizar imunização todos os dias úteis	404	297	73%
- Realizar curativos sem continuidade para todos os usuários que buscam o serviço	404	280	69%
- Disponibilizar medicamentos para todos os usuários do SUS	404	380	94%
- Realizar procedimentos com prescrição independentemente do local de residência do usuário	404	283	70%
- Referenciar o usuário para sua Unidade de Saúde após acolhê-lo	404	354	87%
<b>TOTAL:</b>	<b>3.636</b>	<b>2.949</b>	<b>81%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na Categoria - Construção da agenda, o tema “monitorar absenteísmo”, a afirmativa de cumprimento foi de 74%, todos os demais critérios tiveram o percentual ainda mais elevado, conforme demonstrado na Tabela 17.

Tabela 17 - Matriz de Julgamento para os critérios da categoria Construção da Agenda, segundo a pontuação máxima, pontuação obtida e percentual alcançado. Brasília, 2021.

CONSTRUÇÃO DA AGENDA			
Critério	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento %
- Atendimento de consulta realizado até 20 dias	404	368	91%
- Atendimento no horário marcado	404	340	84%
- Realizar visita domiciliar	404	382	94%
- Participação em reunião de equipe, matriciamento e educação em saúde	404	326	80%
- Adequar atendimentos entre as consultas programadas e não programadas	404	347	85%
- Monitorar absenteísmo dos usuários	404	287	71%
<b>TOTAL</b>	<b>2.424</b>	<b>1.921</b>	<b>79%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Para analisar os critérios conforme o ponto de vista por categoria profissional, as tabelas foram construídas por bloco. Os critérios abordados em cada bloco foram calculados através da soma das respostas de todos os participantes e o percentual de cumprimento calculado pela porcentagem alcançada quando comparado com o valor máximo, por categoria profissional.

Os resultados do bloco Territorialização e análise do território estão apresentados na Tabela 18. Observa-se diferença de percentual de cumprimento para o tema “ a população como coparticipante no projeto de saúde do território” quando o grau de concordância dos médicos alcança somente 34% e dos demais profissionais encontra-se acima de 50%. A avaliação da categoria médica sobre o cumprimento dos temas apresenta-se com percentuais inferiores quando comparado com as demais categorias profissionais. Na avaliação dos ACS nota-se os altos percentuais sobre o conhecimento do território.

Tabela 18 – Pontuação alcançada segundo categoria profissional para os critérios do bloco Territorialização e Análise do Território, Protocolo de Acesso da APS do DF , São Sebastião, 2021.

TERRITORIALIZAÇÃO E ANÁLISE SITUACIONAL DO TERRITÓRIO								
Categoria Profissional / Percentual	Médico (n = 11)		Enfermeiro (n = 23)		Técnico de Enfermagem (n = 33)		ACS (n = 34)	
	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada	%
Critério/ pontuação								
- Conhecer o território (perfil epidemiológico)	26	59%	60	65%	98	74%	118	86%
- Conhecer o Território (perfil socioeconômico)	32	72%	74	80%	105	79%	121	88%
- Ter a análise situacional do território	25	56%	43	68%	96	72%	113	83%
- Utilizar a análise situacional do território para o plano de ação de saúde	23	52%	52	56%	87	65%	96	70%
- A população como coparticipante no projeto de saúde do território	15	34%	49	53%	81	61%	83	61%
<b>Total do Bloco</b>	<b>121</b>	<b>55%</b>	<b>278</b>	<b>60%</b>	<b>467</b>	<b>70%</b>	<b>531</b>	<b>78%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Nota: Médico: Pontuação Máxima por tema = 44 Pontuação Máxima por bloco = 220. Enfermeiro: Pontuação Máxima por tema = 92 Pontuação Máxima pelo bloco = 460. Téc.de Enf.: Pontuação Máxima por tema = 132 Pontuação Máxima por bloco = 660. ACS: Pontuação Máxima por tema = 136 Pontuação Máxima por bloco = 680.

No espaço para respostas abertas do questionário, foram registrados temas como: alta demanda (R12, R60, R68, R91); perda do foco de estratégia em seus planejamentos (R16, R79); a influência da pandemia na oferta dos serviços da APS (R19, R48, R68); falta de tempo para a equipe discutir as condicionalidades do território (R30, R48); não inserção da participação social (R30); equipe incompleta (R50, R68, R97); funcionamento conforme a demanda (R57, R60); várias demandas para cumprir (R64); distância geográfica da área de abrangência (R83).

Tabela 19 - Pontuação alcançada segundo categoria profissional para os critérios do bloco Fluxo dos Serviços, Protocolo de Acesso da APS do DF , São Sebastião, 2021.

FLUXO DOS SERVIÇOS								
Categoria Profissional / Percentual	Médico (n = 11)		Enfermeiro (n = 23)		Técnico de Enfermagem (n = 33)		ACS (n = 34)	
	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada	%
Critério/ pontuação								
- Conhecimento, do profissional, dos fluxos dos serviços	34	77%	80	86%	121	91%	118	86%
- Referenciar o usuário para a rede de atenção	43	97%	87	94%	126	95%	121	88%
- Divulgação dos Serviços ofertados e disponíveis para a população	19	43%	54	58%	92	69%	113	83%
- Conhecimento dos fluxos internos	33	75%	81	88%	119	90%	96	70%
- Divulgação dos fluxos internos dos serviços para a população	20	45%	47	51%	89	67%	83	61%
- Serviços ofertados construídos através da articulação e pactuação das equipes da UBS	24	54%	62	67%	120	90%	108	79%
- Realização da inserção do encaminhamento para especialidade no sistema	43	97%	91	98%	130	98%	136	100%
- serviços ofertados em quantidade suficiente para a população do território	21	47%	54	58%	74	56%	93	68%
<b>Total do Bloco</b>	<b>237</b>	<b>67%</b>	<b>556</b>	<b>75%</b>	<b>871</b>	<b>82%</b>	<b>868</b>	<b>79%</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Nota: Médico: Pontuação Máxima por tema = 44 Pontuação Máxima por bloco = 352. Enfermeiro: Pontuação Máxima por tema = 92 Pontuação Máxima por bloco = 736. Téc. de Enf.: Pontuação Máxima por tema = 132 Pontuação Máxima por bloco = 1056. ACS: Pontuação Máxima por tema = 136 Pontuação Máxima por bloco = 1088.

Em relação ao bloco Fluxo dos Serviços, os achados estão apresentados na Tabela 19. Observa-se que os critérios sobre ‘divulgação dos fluxos internos’ e sobre ‘serviços ofertados em quantidade suficiente para os usuários’ foram avaliados como ruim (45% e 47% respectivamente) pelos médicos, sendo que para este último item os profissionais das demais

categorias consideraram o grau de implantação como razoável (enfermeiros: 58%, técnicos: 56% e ACS: 68%).

Positivamente têm-se a realização da inserção do encaminhamento para a especialidade, cujo grau de concordância foi elevado, alcançando o patamar classificado como excelente, por todas as categorias. Para o critério construção dos serviços de forma articulada e pactuada entre as equipes, os técnicos de enfermagem, em seu conjunto, avaliaram como excelente (90%), divergindo significativamente dos médicos (54%). No tema “conhecimento dos fluxos dos serviços ofertados”, os médicos informam baixa concordância.

Os profissionais pontuaram, no espaço aberto, como dificuldades: população maior que o quantitativo de serviços ofertados (R1, R11, R24, R28, R79, R97) mudança e incorporação de novos fluxos (R60), uso de senha para organizar (R62, R93), uso de senha para limitar (R64, R91), equipes sobrecarregadas (R72, R83).

Tabela 20 - Pontuação alcançada segundo categoria profissional para os critérios do bloco Acolhimento Qualificado, Protocolo de Acesso da APS do DF, São Sebastião, 2021.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

ACOLHIMENTO QUALIFICADO									
Categoria Profissional / Percentual	Médico (n = 11)		Enfermeiro (n = 23)		Técnico de Enfermagem (n = 33)		ACS (n = 34)		Critério/ pontuação
	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada	%	
- Realizar escuta inicial	27	61%	84	91%	130	98%	127	93%	
- Realizar classificação de risco	30	68%	81	88%	123	93%	106	77%	
- Realizar avaliação da vulnerabilidade do usuário	41	93%	86	93%	126	95%	129	94%	
- Registrar todos os atos assistenciais no prontuário do usuário	39	88%	81	88%	105	79%	101	74%	
- Monitorar o serviço de acolhimento da UBS	33	75%	80	86%	130	98%	116	85%	

Nota: Médico: Pontuação Máxima por tema = 44 Pontuação Máxima por bloco = 220 Enfermeiro: Pontuação Máxima por tema = 92; Pontuação Máxima pelo bloco = 460 Téc. de Enf.: Pontuação Máxima por tema = 132 Pontuação Máxima por bloco = 660 ACS: Pontuação Máxima por tema = 136 Pontuação Máxima por bloco = 680.

Na categoria Acolhimento Qualificado; observa-se que a realização da escuta inicial (61%) e a classificação de risco (68%) do usuário foram avaliadas como razoáveis para os

médicos e de bom (77%) a excelente (98%) pelas demais categorias (vide Tabela 20). Quanto a avaliação de vulnerabilidade do usuário foi classificada como excelente quanto ao seu cumprimento. Profissionais de todas as categorias consideram que o registro dos atos assistenciais no prontuário dos usuários tem boa execução. Quanto à monitorização do serviço de acolhimento, o ponto de vista dos técnicos de enfermagem é que sua execução é excelente (98%).

No espaço aberto relativo a esse tema os comentários foram os seguintes: grande demanda impossibilitando todos os atos assistenciais (R19, R28, R62, R71); qualidade dos atendimentos é prejudicado devido à grande demanda (R60, R62); problemas com e-SUS (R65, R72); absenteísmo profissional (R68).

Para a categoria – Demanda espontânea, o critério “utilização do documento norteador de classificação da demanda espontânea da APS” foi considerado bem utilizado pelas diferentes categorias, exceto para os médicos. Avaliados como bons em suas execuções tem-se os critérios “identificar os tipos de demanda”, “realizar o 1º atendimento aos usuários agudizados”, “disponibilizar medicamentos para todos os usuários” e “referenciar o usuário para sua unidade de saúde”. Quanto ao critério “disponibilizar vacina para todos os usuários” houve dissonância entre os técnicos de enfermagem (92%) e os médicos (45%). Os ACS avaliaram a oferta diária de vacina como razoável (64%). Quanto à realização de curativos únicos e realização de procedimentos com prescrição, o cumprimento ficou entre razoável (56%) a bom (77%). Os demais dados encontram-se na Tabela 21.

Os profissionais também teceram comentários sobre: servidores escalados em atividades relacionadas à covid (R9, R10); afastamento do profissional (R12, R68); servidores em quantidade insuficiente (R13, R71); instabilidade do e-SUS (R62); usuário mal informado sobre os serviços (R62).

DEMANDA ESPONTÂNEA									
Categoria Profissional/ Percentual	Médico (n = 11)		Enfermeiro (n = 23)		Técnico de Enfermagem (n = 33)		ACS (n = 34)		
	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada	%	
Critério/ pontuação									
- Utilizar documento norteador da Classificação de Demanda Espontânea na APS	27	61%	76	82%	115	87%	109	80%	
- Identificar os tipos de demanda	34	77%	69	75%	114	86%	119	87%	
- Realizar o 1º atendimento aos usuários agudizados, fora de área	36	81%	69	75%	111	84%	109	80%	
- Disponibilizar vacina para todos os usuários	20	45%	78	84%	122	92%	117	86%	
- Disponibilizar imunização todos os dias úteis	38	86%	81	88%	100	75%	88	64%	
- Realizar curativos sem continuidade	30	68%	52	56%	94	71%	99	72%	
- Disponibilizar medicamentos para todos os usuários	39	88%	83	90%	108	81%	104	76%	
- Realizar procedimentos com prescrição	34	77%	57	61%	94	71%	101	74%	
- Referenciar o usuário para sua Unidade de Saúde	36	81%	83	90%	114	86%	115	84%	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Nota: Médico: Pontuação Máxima por tema = 44 Pontuação Máxima por bloco = 396. Enfermeiro: Pontuação Máxima por tema = 92 Pontuação Máxima por bloco = 828 Téc. de Enf.: Pontuação Máxima por tema = 132 Pontuação Máxima por bloco = 1188 ACS: Pontuação Máxima por tema = 136 Pontuação Máxima por bloco = 1224.

Os valores para a categoria Construção da Agenda estão apresentados na Tabela 22. Quatro temas tiveram seu grau de implantação ponderado como bom: consultas programadas agendadas até 20 dias, atendimentos realizados no horário agendado, participação da equipe nas atividades de reunião de equipe, matriciamento e educação em saúde, e, adequação dos

atendimentos programados e não programados. Para o critério realização das visitas domiciliares houve dissonância; seu grau de implantação é de 75% para os ACS e de 54% para os médicos. O tema “monitorar absenteísmo” foi avaliado pelos médicos, enfermeiros e técnicos como bom.

Tabela 22 - Pontuação alcançada segundo categoria profissional para os critérios do bloco Construção da Agenda, Protocolo de Acesso da APS do DF, São Sebastião, 2021.

CONSTRUÇÃO DA AGENDA								
Categoria Profissional/ Percentual	Médico (n = 11)		Enfermeiro (n = 23)		Técnico de Enfermagem (n = 33)		ACS (n = 34)	
	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada	%
- Atendimento eletivo em até 20 dias	34	77%	72	78%	104	78%	111	81%
- Atendimento no horário marcado	31	70%	81	88%	117	86%	118	86%
- Realizar visita domiciliar	24	54%	62	67%	82	62%	102	75%
- Participação em reunião de equipe, matriciamento e educação em saúde	33	75%	76	82%	111	84%	123	90%
- Adequar atendimentos entre as consultas programadas e não programadas	34	77%	79	85%	114	86%	120	88%
- Monitorar absenteísmo	32	72%	66	71%	92	69%	97	71%

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Nota: Médico: Pontuação Máxima por tema = 44 Pontuação Máxima por bloco = 264 Enfermeiro: Pontuação Máxima por tema = 92 Pontuação Máxima por bloco = 552 Téc. de Enf.: Pontuação Máxima por tema = 132 Pontuação Máxima por bloco = 792 ACS: Pontuação Máxima por tema = 136 Pontuação Máxima por bloco = 816.

Os profissionais, nesse bloco teceram comentários sobre o monitoramento dos faltosos somente para gestantes, puérperas e recém-nascidos (R5, R10, R13, R19, R24), preferência para

ações relacionadas ao covid sobre as demais ações da APS (R9, R10, R32, R41, R59, R65, R71, R79, R97), demanda espontânea se sobrepondo à demanda programada (R12, R60), absenteísmo do profissional (R59, R97).

O bloco sobre os Protocolos da Atenção Primária da SES/DF foi aplicado com o propósito de explorar o conhecimento dos profissionais quanto a finalidade e a utilização desses instrumentos na prática profissional. Quanto à “ciência de que os protocolos são organizadores do processo de trabalho” e sobre “sua utilização para tomada de decisão”, sob o ponto de vista do conjunto dos enfermeiros ambos os critérios são realidade, enquanto que as outras categorias a concordância com a afirmativa foram menores que 90%. No que diz respeito à capacitação relativa ao protocolo da intervenção, médicos e enfermeiros avaliaram seu cumprimento como ruim (38% e 47%) e ACS e técnicos como razoável (50% e 67%). Entretanto somente a categoria médica refere como razoável o cumprimento do conhecimento sobre o Protocolo de Acesso e sua utilização para organizar os processos de trabalho da equipe, enquanto as demais categorias avaliam como bom, vide Tabela 23.

Houve comentários sobre a influência da pandemia sobre os demais serviços (R10, R28), ausência de capacitação (R59), uso dos protocolos nos processos da equipe (R31, R71), necessidade de implantação dos protocolos para melhorar a oferta dos serviços (R60, R75), divulgação seletiva dos protocolos (R79).

PROTOCOLOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SES/DF									
Categoria Profissional	Médico (n = 11)		Enfermeiro (n = 23)		Técnico de Enfermagem (n = 33)		ACS (n = 34)		Percentual
	Pontos	%	Pontos	%	Pontos	%	Pontos	%	
Temas									
- Ciência que os protocolos aprovados da SES/DF são organizadores do processo de trabalho dentro da Instituição	39	88%	85	92%	110	83%	116	85%	
- Utilização dos Protocolos da APS da SES/DF como base para as próprias condutas profissionais	35	79%	88	95%	118	89%	114	83%	
- Os protocolos aprovados da APS da SES/DF são discutidos e implementados dentro da UBS que atuo	26	59%	75	81%	104	78%	114	83%	
- Participação na capacitação para implementação do Protocolo de Acesso da APS no DF	17	38%	44	47%	89	67%	68	50%	
- Conheço o Protocolo de Acesso da APS do DF	23	52%	77	83%	102	77%	128	94%	
- Utilização das diretrizes do Protocolo de Acesso da APS do DF para organizar os processos de trabalho, na equipe	29	65%	69	75%	106	80%	112	82%	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Este estudo buscou analisar o grau de implantação do Protocolo Assistencial - Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, aprovado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e que propõe princípios e diretrizes para subsidiar condutas dos profissionais e gestores da Instituição. A análise aconteceu a partir do ponto de vista dos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de Saúde que desenvolvem suas atividades laborais na Estratégia Saúde da Família, na Região Administrativa de São Sebastião, localizada na Região Leste de Saúde, no Distrito Federal.

O acesso aos serviços de saúde é discutido e avaliado intensamente por diferentes estudiosos. Apesar dos avanços para a ampliação da oferta dos serviços de saúde, garantir o direito constitucional à saúde para toda a população ainda é um desafio (VIEGAS; CARMO e LUZ, 2015). Com a finalidade de propor possíveis ações que possam levar a ampliação do acesso, a SES/DF publicou o Protocolo de Acesso da APS do DF. Este documento traz à tona a necessidade de “discutir a reorganização do processo de trabalho dos profissionais, as formas de acesso, a organização da agenda das equipes e os fluxos dentro da rede de atenção” (DISTRITO FEDERAL, 2017). Essa intervenção foi aprovada em 2018 e sua implantação vem ocorrendo ao longo de três anos.

A construção do modelo lógico constituiu-se como a primeira etapa no processo de avaliação para o entendimento da estrutura da intervenção, demonstrando as relações causais definidas entre o que se deve produzir e o resultado que se deseja alcançar. Propôs-se ver a intervenção desenhada para a visualização das atividades que culminariam no impacto.

Para a construção do modelo lógico é necessário que este transmita a percepção objetiva do funcionamento proposto (GARCIA SHIMABUKURO, 2018). Observou-se no Protocolo que a explanação apresentada pode trazer dúvidas quanto as definições das atividades que devem ser realizadas e instituídas na Unidade de Saúde. O ensejo em apontar as propostas de soluções para o problema, talvez possa ter ocasionado a repetição dos temas ao longo dos blocos de ações propostos. Para uma melhor compreensão é importante que as regras estejam claras (TESSER e NORMAN, 2014).

Outro ponto observado recaiu sobre a definição das responsabilidades dos executores das ações previstas. A matriz de responsabilidades ou matriz de designação de responsabilidades é um instrumento muito eficiente pois identifica as atribuições de funções (quem faz o quê) e responsabilidades (quem decide o quê) dentro de um processo (PROJECT BUILDER, 2021). O instrumento não menciona esse organizador de processo, e esse fato pode contribuir para que as atividades propostas não sejam implementadas em sua totalidade.

Segundo Costa e Castanhar (2003), na avaliação de processos é possível identificar possíveis desvios que possam produzir barreiras à sua implementação.

A partir do modelo lógico observa-se que as seis atividades pontuadas, ao gerar inicialmente, cada uma, um único produto, e um único resultado intermediário, guardam relação com outros resultados previstos a médio prazo. Catanante *et al.* (2017) reforça a vinculação e corresponsabilização do usuário para a participação na unidade de saúde, através do envolvimento da população para junto, com a instituição de saúde, construir um projeto que transpasse o foco assistencial, pois os empodera como cidadãos.

Os resultados de longo prazo demonstraram que os temas possuem potencialidade para serem alcançados a partir da realização das atividades apresentadas. Para o impacto desejável foi estabelecido “Ampliação do Acesso”. Baseado em Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2007), quando existem os recursos certos, e estes forem sendo transformados em ações certas para beneficiários certos irá desaguar no resultado que o programa pretende alcançar. Pode-se inferir que o Protocolo de Acesso tem potencialidade para atingir os resultados propostos, refletindo na mudança do problema, carecendo, ainda, definir indicadores para aferir o desempenho da implantação (CASSIOLATO e GUERESI, 2010) e, incorporando no dia-a-dia não somente a produção de dados e a alimentação de sistemas, como o processo de avaliação e monitoramento (CAMPOS, 2010).

Com relação à participação no estudo, a adesão dos enfermeiros (88%) e técnicos de enfermagem (89%) pode ser considerada excelente. O alto percentual de adesão pode ter sido influenciado pelo fato da pesquisadora ser enfermeira, ex-gestora e conhecer grande parte dos profissionais dessas categorias. A categoria médica (68%) apresentou o maior quantitativo de exclusão prévia por critérios e menor percentual de participação dos profissionais.

Os profissionais estão lotados na APS em média a 10,25 anos ou 123 meses, e lotados na equipe em média cinco anos ou 60 meses, não sendo mensurado por categoria profissional. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Paula *et al.*, (2019), onde os profissionais graduados têm em média 115,4 meses e os não graduados, de 72,79 meses de tempo na função na atenção primária. Mas pode-se inferir que os profissionais da atenção primária tendem a ficar na APS devido ao incentivo financeiro criado pela Lei N° 2.339, de 12 de abril de 1999, que gratifica os profissionais com jornada de 40 horas, prestadas exclusivamente nos Centros de Saúde que possuam Programa Saúde da Família (DISTRITO FEDERAL, 1999).

Analizou-se o Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal a partir de cinco blocos, considerados como categorias para a análise (Tabela 12). A apreciação

dos dados permite afirmar que, sob o ponto de vista dos profissionais, a intervenção se apresenta totalmente implantada (79%) nas Unidades Básicas de Saúde da Região Administrativa de São Sebastião.

Dentre o conjunto de critérios apreciados, os do bloco Territorialização e Análise situacional do território apresentam-se parcialmente implantados (70%); e os conjuntos de critérios dos outros blocos: Fluxo dos serviços (79%), Acolhimento qualificado (87%), Demanda espontânea (81%) e Construção da agenda (79%) apresentam-se totalmente implantados.

Na categoria de análise Territorialização e Análise situacional do território dois critérios chamaram atenção, conforme demonstrado na Tabela 13. Apesar dos profissionais relatarem conhecer o perfil da população da sua área de abrangência e ter a análise situacional do território, somente cerca de 65% refere utilizar os dados encontrados no planejamento das ações de saúde. Como ponto principal de todas as dificuldades apresentadas na ESF, o período pandêmico mostrou-se fator preponderante para as dificuldades apresentadas como barreiras para a realização da análise situacional.

Outra observação é que sob o ponto de vista dos profissionais, a comunidade é pouco participativa no processo de construção do projeto de saúde. A participação popular é elemento imprescindível para que se evite decisões unilaterais. Furtado e Campos (2008) também encontraram restritas participações dos usuários, como também Bispo Júnior e Martins (2014), que evidenciaram existir desinteresse das comunidades pelas práticas participativas.

O limitado poder de interferir no desenvolvimento das políticas pode despertar o sentido de que essa participação não implicará em mudança para a vida pessoal do usuário como também a da comunidade. Não se pode deixar de mencionar que as práticas dos gestores e dos profissionais são decisivas para que o processo de participação ocorra. Entender as diferenças e promover um equilíbrio entre o saber técnico e o senso popular podem ampliar essa participação popular. A divulgação das diferentes maneiras para fazer parte desse processo, objetivos também deve acontecer (BISPO JÚNIOR e MARTINS, 2014).

A categoria médica atribuiu para os critérios do bloco Territorialização e análise situacional do território, os mais baixos percentuais, sendo o menor a participação social (34%). Por outro lado, os ACS foram os que melhor avaliaram esse mesmo critério. Pode-se inferir que, considerando que o ACS está presente na sua área de cobertura e em contato direto com a população, ele conheça o perfil dos usuários e utilize o seu conhecimento para subsidiar a sua prática e tomada de decisão. Araújo e Assunção (2004) trazem a atuação dos ACS como criador

de ambientes auspiciosos à saúde, no desenvolvimento de habilidades e incentivos para a atuação comunitária junto à saúde. Sua força de trabalho é imprescindível para o SUS, pois é o elo da população com sua própria saúde e com a saúde das famílias, levando as orientações necessárias para se promover prevenção (SANTANA *et al.*, 2009).

Em relação ao bloco Fluxo dos serviços (Tabela 14), os critérios que abordam a divulgação dos serviços para os usuários e a quantidade dos serviços ofertados como suficientes para a população apresentaram-se com baixa avaliação, mostrando-se como itens com margem para serem melhorados. Quando a oferta de serviço é insuficiente para a demanda alguns problemas podem surgir. Pode-se falar sobre a insatisfação do usuário, a descontinuidade do cuidado e a necessidade de utilização de senhas que implicam na limitação do acesso. Viegas, Carmo e Luz (2015) também encontraram em sua pesquisa a insuficiente divulgação dos fluxos de funcionamento, apontando ser um fator prejudicial à inserção do cidadão no sistema além de impactar na relação do profissional com o usuário e ainda ser imprescindível para se fazer escolhas. Reforça, também, que o fortalecimento da APS pode ser prejudicado quando se constroem atendimentos baseados nos tipos de demandas que chegam na UBS. Lima *et al.* (2015) corroboram os achados sobre a falta de informação dos usuários, podendo ser por inexistência de divulgação.

As quatro categorias profissionais, a princípio, conhecem os fluxos dos serviços ofertados e disponíveis na Unidade, conforme apresentado na Tabela 19. Contudo, o melhor critério avaliado foi a realização da inserção do encaminhamento para especialidade no sistema, apontando claramente a continuidade e a integralidade do cuidado sendo exercidas.

Acolhimento qualificado foi o bloco que teve os critérios com a melhor avaliação quando comparado com os demais critérios (Tabela 12). Os profissionais cumprem com as diretrizes de como o acolhimento deve ser. Esse resultado indica que o usuário está sendo acolhido, escutado em sua demanda, avaliado em seus riscos e vulnerabilidades. A reavaliação dos processos do acolhimento junto com toda a equipe pode estar contribuindo para este excelente resultado, apresentado na Tabela 15. Este bloco pode ser apresentado como a síntese do que é o acolhimento, proposto por Garuzi *et al.* (2014), quando se tem o cumprimento dos critérios de escuta das necessidades do usuário e a responsabilização pelas demandas identificadas.

Observa-se que a categoria médica, em relação à realização da escuta inicial e da realização da classificação de risco, apresentou os percentuais mais baixos. Este resultado pode ser devido a responsabilidade dos médicos pelos atendimentos individuais do tipo consulta, não

participando desse primeiro contato com o usuário, (apesar de preconizado pela PNAB), deixando essa atividade a cargo dos enfermeiros ( Tabela 20).

Quanto ao registro dos atos assistenciais no prontuário, os médicos (88%) e enfermeiros (88%) referem fazer esses registros, possivelmente por realizarem seus atendimentos em consultas individuais. Os técnicos de enfermagem (79%) apesar de avaliarem bem, podem não ter atingido melhores percentuais por estarem na função de acolher a todos os usuários que buscam o serviço, não priorizando a realização do registro e sim o atendimento aos usuários como mencionado por R19 “A quantidade de usuários impede que "todos" os atos sejam registrados por diversos motivos” e R28 “(...) nem sempre é registrado devido à alta demanda e o tempo de atendimento ser insuficiente (...)”. Fracolli e Zoboli (2004) também encontraram em seu estudo limitações nos registros dos atendimentos, e ressaltam a importância do registro ampliado para além das características biológicas e individuais da queixa.

O conjunto de itens da categoria Demanda espontânea obteve boa avaliação em relação a sua execução (81%). Considerando a inter-relação entre a demanda espontânea e a acessibilidade abordada por Chávez, Rennó e Viegas (2020), esses resultados apresentam grande relevância. Para estes autores, o atendimento ao usuário “não esperado” é considerado como meio de acesso ao sistema, podendo permitir a construção do vínculo entre profissional e usuário, contribuindo para o fortalecimento e a legitimação da APS. O bloco tem a enfermagem como a maior executora dos critérios, representada na Tabela 21, sendo os técnicos de enfermagem os que melhor avaliaram a implantação, seguido pelos enfermeiros.

Na perspectiva dos profissionais, eles realizam as atividades mesmo com as dificuldades que acontecem regularmente na instituição como falta de insumos, excesso de usuários, absenteísmo dos profissionais ou outros fatores. Viegas, Carmo e Luz (2015) relatam em sua pesquisa sobre as visões distintas entre gestor e profissional assistencial. Os técnicos podem ser os profissionais mais exigidos das categorias estudadas, pois estão a frente de todos os critérios elencados nesse bloco, exceto o relativo à “disponibilização de vacina todos os dias úteis”, que é de competência da vigilância epidemiológica.

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos achados de outros autores que tratam da continuidade do cuidado, quando interpretada como sinônimo de longitudinalidade, como um dos quatro atributos essenciais da APS definidos por Starfield (2002). A longitudinalidade/continuidade do cuidado mostra-se como o acompanhamento do usuário ao longo dos anos caracterizada pelo comprometimento do profissional e a confiança do usuário (CUNHA e GIOVANELLA, 2011). Tesser e Normam (2014) apontam a importância de garantir o acesso

fácil com longitudinalidade, que pode ser compreendido, neste estudo, como resultado proposto pela intervenção.

O bloco Construção da agenda apresentou-se como totalmente implantado. O critério “realizar visita domiciliar” apresentou percentuais relativamente baixos quando considerado o ponto de vista por categorias em separado, tendo a categoria médica com 54% de execução (Tabela 22). Barreiras para a execução da visita domiciliar é realidade na APS. Não ter veículos de transporte, não ter horário reservado para a realização da tarefa, área de abrangência com distância geográfica muito superior a três quilômetros, áreas de riscos de segurança para os profissionais, áreas de abrangência com alto índice de criminalidade são alguns dos impeditivos para a realização das visitas domiciliares conforme consta no estudo de Matos *et al.*, (2016).

Critérios desse bloco vão ao encontro dos resultados da pesquisa de Viegas, Carmo e Luz (2015) com relação à marcação de consultas para curtos períodos, de uma a duas semanas no máximo, diminuindo-se assim o absenteísmo. O critério sobre a construção da agenda com 50% para consultas programadas e 50% para as demandas apontam para o lado positivo de não existir mais filas para marcação de consultas. O acesso avançado é considerado como causa do aumento da produtividade e redução do absenteísmo, o que pode ser uma alternativa de trabalho nas UBS (VIDAL *et al.*, 2019).

O absenteísmo do usuário é considerado como um problema crônico, que pode impactar no acesso aos serviços, como também trazer prejuízo para a gestão, usuários e profissionais (BELTRAME *et al.*, 2020). A busca pelos faltosos apresentou-se com a execução relativamente abaixo do esperado (71%). Conforme relatado pelos profissionais, a busca ativa dos faltosos concentra-se em gestantes, deixando os demais públicos sem investigação das causas motivacionais (R10, R13, R19 e R24). Os índices de absenteísmo em consultas médicas podem variar de 2% a 45%, conforme estudo apresentado por Silveira *et al* (2018). Contudo, estudo realizado em São Paulo indicou ser possível solucionar essa questão ao expor a experiência de um ambulatório de HIV que conseguiu reduzir o quantitativo de pacientes faltosos por meio da busca ativa por telefone ou visita domiciliar onde tentam estabelecer o vínculo entre o profissional e o usuário além de reforçar a importância da adesão estimulando-os a retornarem o tratamento (USP, 2021).

As ponderações realizadas pelos profissionais sobre todas as categorias de análise demonstraram que a pandemia do coronavírus influenciou as ações desenvolvidas. No período da pandemia foram necessárias adequações para manter a oferta dos serviços. Mesmo assim, afastamentos e licenças médicas dos profissionais e sobrecarga de serviços apareceram como

barreiras para a oferta adequada dos serviços. Contudo, a implantação do Protocolo, objeto deste estudo, reforça a importância de um instrumento que sirva como parâmetro norteador da prática de acolhimento organizador do processo de trabalho com vias à ampliação do acesso aos serviços de APS, conforme sugerem Tesser e Normam (2014).

## 11 CONCLUSÃO

Concluiu-se que o Protocolo de Acesso da APS do DF foi totalmente implantado nas Unidades Básicas de Saúde da Região Administrativa de São Sebastião, da Região Leste de Saúde do Distrito Federal. Dito isto, o Protocolo de Acesso pode ser considerado um importante instrumento ao estabelecer regras claras para servir como referência para ampliação do acesso.

Entretanto, reconhece-se como limitação do estudo a utilização da autodeclaração dos profissionais, priorizando a experiência em detrimento da apreciação técnica dos serviços prestados, cabendo essa abordagem para futuros estudos. A autoavaliação profissional, excessivamente positiva, pode influenciar no percentual de cumprimento. O ponto de vista do profissional pode ser diferente da apresentada pelo gestor ou pelo usuário. Ainda, o período pandêmico interferiu significativamente nas atividades do dia a dia de todos que trabalham na saúde conforme abordado pelos profissionais em seus comentários no campo aberto após cada bloco de critério, bem como nos processos de realização da pesquisa.

O bloco com maior grau de implantação foi o do Acolhimento qualificado, que pode ser considerado como representativo da verdadeira porta para o acesso do usuário. “Porta” que acolhe, que escuta, que proporciona empatia por ‘quem busca’, e, que resolve. Os critérios com maior percentual de concordância, que aponta completude da implantação foram “realização da inserção do encaminhamento para especialidade no sistema” (99%) e “referenciar o usuário para a rede de atenção” (95%), indicando que a continuidade do cuidado e a articulação da rede de atenção ocorrem de fato.

Contudo, os achados demonstram que alguns critérios ainda necessitam de maior atenção pelos gestores e profissionais, como a utilização da análise situacional do território, a participação social no planejamento das ações de saúde e a abastância de serviços insuficientes, persistindo como desafios da APS. A divulgação dos serviços e dos fluxos, em local visível, para os usuários apresenta-se como uma ação de fácil e rápida solução.

O ponto de vista dos profissionais das diferentes categorias apresentou consonância para a maioria dos critérios, indicando harmonização e consenso sobre a importância da implantação das ações, além de sinalizar que os próprios profissionais buscam realizar as respectivas ações.

Algumas dissonâncias foram observadas, em especial quando se tratava de ações cuja realização era de responsabilidade exclusiva de alguma categoria profissional. No espaço para os comentários algumas questões apareceram com maior frequência, como alta demanda por

atendimento, quantitativo de profissionais insuficientes para garantir a oferta dos serviços, e sobrecarga de trabalho, sobretudo devido a pandemia do coronavírus.

Sugere-se a construção de indicadores de desempenho para aferir os critérios implantados, incorporando o monitoramento como atividade sistemática e rotineira nas equipes. O aumento e a mobilidade populacional da área adscrita, por vezes, podem ser desproporcionais à capacidade de cadastramento das equipes da ESF, tendo em vista o processo de trabalho dos profissionais responsáveis por essa atividade. Nesse aspecto, o uso de ferramentas tecnológicas pode facilitar e agilizar tal tarefa. A ampliação da busca ativa para os usuários faltosos necessita ganhar espaço entre as ações a serem executadas. Em relação aos protocolos assistenciais aprovados pela Instituição, uma aproximação dos profissionais se torna importante, sendo que para isso a SES deve investir em capacitações como parte integrante da educação continuada.

A expectativa é que o presente estudo possa contribuir para a ampliação do acesso em prol dos usuários do SUS e da confirmação da Atenção Primária como porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado no sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, J. W. C.; DE ANDRADE, D. F.; DE VASCONCELOS, A. P. Análise do número de categorias da escala de likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. XXIII Encontro Nac. de Eng. de Produção - ENEGEP, Ouro Preto, 21 a 24 out. 2003.

ANDERSEN, R; ADAY, L. A. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**. 1974, Fall; 9(3): 208-220.

APS REDES. **APS forte**. Disponível em: [apsredes.org/organiza%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_aten%C3%A7%C3%A3o\\_prim%C3%A1ria\\_sa%C3%ADe\\_no\\_distrito\\_federal](https://apsredes.org/organiza%C3%A7%C3%A3o_da_aten%C3%A7%C3%A3o_prim%C3%A1ria_sa%C3%ADe_no_distrito_federal). Acesso em: 19 jul. 2021.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, mai 2016.

ARAÚJO, E. T. *et al.* Use of Social Networks for Data Collection in Scientific Productions in the Health Area: Integrative Literature Review. **Aquichan**. 2019, vol.19, n.2, e1924.

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 1, p. 19–25, fev. 2004.

BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 9. ed. Florianópolis: Ed. UFSC, 2015.

BARROS, F. P. C. DE *et al.* Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 264–271, set. 2016.

BELTRAME, S. M. *et al.* Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1015–1030, 9 mar. 2020.

BÍBLIA CATÓLICA. Antigo Testamento. Provérbios, 3: 27. Disponível em: <https://www.bibliacatolica.com.br/biblia-ave-maria/proverbios/3/>. Acesso em: 03 out. 2021

BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 440–451, set. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério da Economia – **Relatório de Avaliação Atenção Primária à Saúde** – APS. Ciclo 2020. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP).

Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos. Ciclo CMAP 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/gastos-diretos/relatorio-de-avaliacao-cmag-2020-aps>. Acesso em: 05 nov. 2021a

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília, v.143, n.61, 2006. Seção 1, p. 71-76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 68, 21 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 out. 2011, Brasília – DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>. Acesso em 10 set. 2021b

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2017. Edição: 159, Seção 1, Página 96, 18 ago. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. **Sistema Único de Saúde (SUS):** estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em: 15 nov. 2021c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS):** versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] –Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. e-SUS Atenção Primária à Saúde. **Unidades de Saúde/Equipes**. Disponível em: [sisaps.saude.gov.br/esus/](http://sisaps.saude.gov.br/esus/). Acesso 20 out. 2021d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde:** caminhos da institucionalização. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Indicadores da PMAQ:** resolutividade. Disponível em: [aps.saude.gov.br/noticia/2464](http://aps.saude.gov.br/noticia/2464). Acesso em 09 nov. 2021e

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **O que é Atenção Primária**. Disponível em: [aps.saude.gov.br/smp/smpoquee](https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee). Acesso em 09 nov. 2021f.

CAMINHAS SANTANA, V.; BURLANDY, L.. **Inflexões na avaliação e financiamento da atenção básica com o PMAQ-AB**. *OIDLES*, n. 26. Jun. 2019. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/oidles/26/pmaq.html>. Acesso em: 09 ago. 2020.

CAMPELO, L. M.; SANTOS, E. M. DOS; OLIVEIRA, P. DE T. R. DE. Análise estratégica do processo de formulação da PM&A-SUS: lições aprendidas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 34–49, mar. 2017.

CAMPOS, F. C.. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2010.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar Modelo Lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Nota técnica N° 6, Brasília: IPEA, 2010.

CATANANTE, G. V. *et al.* Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3965–3974, dez. 2017.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise da Implantação. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. p. 217.

CHAMPAGNE *et al.* A apreciação normativa. IN: **Avaliação conceitos e métodos** Organizadores: Brouselle *et al.* – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011b.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011c. p. 44.

CHAMPAGNE *et al.* A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos IN: **Avaliação conceitos e métodos** Organizadores: Brouselle *et al.* – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011d.

CHÁVEZ, G. M.; RENNÔ, H.M.; VIEGAS, S.M. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.30 (3), e300320, 2020.

COELHO, K. R. **Avaliação do Grau de Implantação do Programa de Humanização do parto e nascimento no médio Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Orientadora: Gazzinelli, A. Universidade Federal Do Estado De Minas Gerais. Escola De Enfermagem. p. 137, 2014.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura [Evaluation in Oral Health Care in Brazil: a review of the literature]. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 3, n. 1, p. 92–100, 2012.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** (recurso eletrônico)/ Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadoras: Claudia Flemming Colussi, Katuscia Graziela Pereira. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: [www.ufsc.br](http://www.ufsc.br) . Acesso em 03 ago 2021.

CORRÊA, D. S. R. C. *et al.* Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2031–2041, 27 jun. 2019.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

CUNHA, E.M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/Continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl.1):1029-1042, 2011.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PGRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. **Diário Oficial do Distrito Federal**. Brasília, 2016a, nº 143 de 27 jul. 2016a.

DISTRITO FEDERAL - LEI Nº 2.339, DE 12 DE ABRIL DE 1999 Cria Gratificação por Condições Especiais de Trabalho - GCET, na Fundação Hospitalar do Distrito Federal para servidores com jornada de quarenta horas semanais. **Diário Oficial do Distrito Federal**, nº 70, seção 1, publicado 13 abr. 1999.

DISTRITO FEDERAL. Portaria de 28 de agosto de 2007. Institui a Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. **Diário Oficial do Distrito Federal**. Brasília, 2007, nº 169 de 31 ago. 2007.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**. Brasília, 2017. 15 fev. 2017, páginas 4 a 7.

DISTRITO FEDERAL. Resolução CSDF nº 465, de 04 de outubro de 2016. **Diário Oficial do Distrito Federal**. Brasília, 2016b.

DISTRITO FEDERAL. LEI Nº 6.133, DE 06 de abril de 2018. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. **Diário Oficial do Distrito Federal**. Brasília, 2018. Seção 1, nº 67, 09. mar. 2018, p. 1.

DISTRITO FEDERAL. PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2011 **Diário Oficial do Distrito Federal**, publicado em 13 nov. 2019 Nº 220 Seção:1 p. 97.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. Portaria SES-DF Nº 1274, de 22 de novembro de 2018. Diário Oficial do Distrito Federal Nº 238 de 17.12.2018 - Protocolo de Atenção à Saúde. Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do DF. **Diário Oficial do Distrito Federal**. Brasília, 2018. Seção 1, p. 15, 17 dez. 2018a.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Economia do Distrito Federal. Info DF. **Portal de Informações Estatísticas do DF**. Companhia de Planejamento do Distrito Federal - CODEPLAN – Disponível em: <blob:http://brasiliametropolitana.codeplan.df.gov.br/802b53eb-4b57-4fd5-9946-8066ca5c85a5> / portal de informações estatísticas do Distrito Federal – Info DF <http://infodf.codeplan.df.gov.br/> . Acesso em: 06 set. 2020.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

DUBOIS, C. *et al.* Histórico da Avaliação. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

FERNANDES, V. B. L. *et al.* Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 928–936, dez. 2009.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R.. **Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico**. Nota técnica. Brasília: IPEA, 2007.

FIGUEIREDO, E.N.. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica no SUS – UNASUS/UNIFESP – Especialização em Saúde da Família**. Disponível em: [www.unasus.unifesp.br](http://www.unasus.unifesp.br) Acesso em: 24 ago. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. PROADESS. Laboratório de Informação em Saúde - ICICT. Acesso. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=acesso>. Acesso em: 25 jan. 2022.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, p. 143–151, jun. 2004.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 2671–2680, nov. 2008.

GALVÃO, J. R. *et al.* Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, 2019.

GARCIA SHIMABUKURO, F. **Modelo Lógico: instrumento de avaliação para a Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal**. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica** 35(2), 2014.

GONÇALVES, M. R. *et al.* **Desafios da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. UFRGS. 2017. 85 p.

GOOGLE MAPS. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/place/S%C3%A3o+Sebasti%C3%A3o,+Bras%C3%ADlia+>

-+DF/@-15.959952,  
47.8504345,11z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x9359f596fc0fff41:0x5b2c74fdaa5fea04!8m2!  
3d-15.9028899!4d-47.7760971. Acesso em 20 abr. 2021.

GOOGLE. **Política de Privacidade.** Disponível em:  
<https://policies.google.com/privacy?hl=pt-BR>. Acesso em 20 jun. 2021.

GÖTTEMS, L. B. D. *et al.* O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 1997–2008, jun. 2019.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Administração Regional de São Sebastião. **Conheça a RA.** Disponível em: <https://www.saosebastiao.df.gov.br/category/sobre-a-ra/conheca-a-ra/>. Acesso em 21 ago. 2021a).

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>. Acesso em: 21 ago. 2021b.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Saúde da Família cobre 65% dos lares no Distrito Federal.** Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/03/08/saude-da-familia-cobre-65-dos-lares-no-distrito-federal/>. Acesso em 20 jul. 2021c.

HARTZ, Z. M.. **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. [s.l.] Editora: FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. M. **Avaliação em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acesso em: 09 set. 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Cidades e Estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/df/.html>. Acesso: 06 set. 2020.

LANDSBERG, G. DE A. P. *et al.* Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3025–3036, nov. 2012.

LIMA, S.A.V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [2]: 635-656, 2015.

MATIDA, Á. H.; CAMACHO, L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 37–47, fev. 2004.

MATOS, D.S. *et al.* Visita domiciliar: dificuldades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde. **EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires, Año 20, Nº214, Marzo de 2016. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em 05 nov. 2021.

MEDEIROS, E. R. **Avaliação do Grau da implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Natal**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, 2017.

MEDINA, M. G., *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 41-63.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Eugênio Vilaça Mendes, Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINDSIGHT TALENT ANALYTICS. **Como escolher as melhores escalas na avaliação de desempenho**. Disponível em: <https://mindsight.com.br/como-escolher-as-melhores-escalas-na-avaliacao-de-desempenho/>. Acesso em 07 nov. 2021.

O’CATHIAN, A.; THOMAS, K. Combinando métodos qualitativos e quantitativos. In: **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 117–126.

PINTO, L. F. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2105–2114, 2019.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, 2018.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 566–568, 2006.

POCAS, K. C. *et al.* **Relatório de Gestão 2015-2018** - Superintendência da Região de Saúde Leste. [s.l: s.n.]. Acesso em: 3 jul. 2020.

PROJECT BUILDER. **Matriz de responsabilidades**. Disponível em: <https://www.projectbuilder.com.br/blog/matriz-de-responsabilidades-tudo-que-voce-precisa-saber/>. Acesso em 08 nov. 2021.

REDES APS – ABRASCO. **Brasília Saudável: a Estratégia Saúde da Família e a conversão do modelo assistencial**. Estudo de Caso/ Relatório. Equipe: Aylene Bousquat, Luciana Bezerra gomes, Nelson Filice de Barros. Apoio OPAS, nov. 2019.

REDE HUMANIZA SUS. **Conheça os Protocolos da Atenção Básica**. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/95806-conheca-os-protocolos-da-atencao-basica/>. Acesso em: 03 fev. 2021.

RELATÓRIO BRASÍLIA APS – **Plano Distrital de Saúde (PDS) 2020 – 2023**. Gerência de Planejamento e Programação em Saúde. Disponível em: [conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/2020\\_06\\_01\\_PDS-2020-2023\\_Aprovada\\_CSDF\\_v\\_publicizada.pdf](https://conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf), 2019b. Acesso em: 03 jul. 2021.

RISSARDO, L. K. *et al.* Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **REME Rev. Min. Enferm**, 2016; 20: e971.

SANTANA, J. C. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: percepções na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, 2009. out/dez; 14(4): 645-52.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – Ouvidoria GDF. **Relatório Anual 2019**. Distrito Federal; 2019a. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2019/09/Relato%CC%81rio-Anual-2019a.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - Ouvidoria GDF. **Relatório 1º Trimestre 2020**. Distrito Federal; 2020. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2019/09/Relato%CC%81rio-1%C2%BA-trimestre-2020.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. INFOSAÚDE-DF. **Projeção da população do Distrito Federal e por Região Administrativa**. Disponível em: [info.saude.df.gov.br/população](http://info.saude.df.gov.br/população). Acesso em 20 ago. 2021a.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Protocolos da SES**. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolos-da-ses-cppas/>. Acesso em: 11 nov. 2021b.

SILVA, L.M.. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A., and SILVA, L.M.V. orgs. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 289–301, set. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869–883, 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507–514, jun. 2005.

USP. Universidade de São Paulo. Busca ativa de pacientes faltosos reduziu abandono de tratamento de HIV. Disponível em: <https://www5.usp.br/noticias/saude-2/busca-ativa-de-pacientes-faltosos-reduziu-abandono-de-tratamento-de-hiv/>. Acesso em: 17 nov. 2021.

VIDAL, T. B. *et al.* Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, 2019.

VIEGAS, A. P.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

VIEGAS, S. M.; PENNA, C. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 133–141, mar. 2013.

WHATSAPP. Segurança do whatsApp. Disponível em: <https://www.whatsapp.com/security>. Acesso em: 20 mai. 2021.

## APÊNDICE A – FORMULÁRIO APLICADO

Avaliação do Grau de Implantação do  
Protocolo de Acesso da Atenção  
Primária à Saúde do Distrito Federal, na  
Região Administrativa de São Sebastião.

---

\*Obrigatório

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ac

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado/a participante

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa "Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: avaliação do grau de implantação", desenvolvida por MICHELE VIEIRA MIRANDA, discente de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das pesquisadoras Dra. Ana Cláudia Figueiró e Dra. Elenice Machado da Cunha.

O objetivo central do estudo é analisar o Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, pela ótica dos gestores e profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) da Região Administrativa de São Sebastião, na Região Leste de Saúde do Distrito Federal. O convite à sua participação se deve ao fato do(a) senhor(a) ser profissional da saúde e desenvolver suas atividades laborais na ESF da referida região. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa.

Em respeito às normas sanitárias de restrição ao contágio do coronavírus, para a coleta dos dados, está sendo utilizada ferramenta de tecnologia da informação que dispensa o contato presencial.

Sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário disponibilizado por e-mail e/ou whatsapp cuja previsão de tempo necessário para respondê-lo é de, no máximo, 10 minutos. As perguntas referem-se à oferta dos serviços na Unidade de Saúde, abordando os seguintes temas: Territorialização e Análise Situacional do Território, Fluxo dos Serviços, Acolhimento Qualificado, Demanda Espontânea, Construção da Agenda e Protocolos da Atenção Primária da SES/DF.

Após responder ao questionário, não será possível a retirada de suas respostas do banco de dados, uma vez que o questionário é anônimo, e a identificação será somente por um código. Contudo, o anonimato, o sigilo e a confidencialidade estão garantidos e as informações não serão utilizadas para qualquer outra finalidade.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Se o(a) Senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para subsidiar informações sobre as ações implantadas, sugeridas pelo Protocolo de Acesso da APS no DF, em sua Unidade de Saúde; reforçar as ações que não estão em conformidade com as preconizadas; ampliar as ações que estão tendo respostas positivas para a sociedade e buscar melhoria nos processos já instituídos.

Ao final da pesquisa, o senhor/a receberá uma via por e-mail e/ou impressa (conforme for da sua vontade), assinada pelo pesquisador em todas as páginas, dos resultados obtidos, para que possa ter ciência dos resultados e das sugestões de melhoria, para produzir uma atenção integral e ampliação do acesso do usuário aos serviços de saúde do Distrito Federal.

Os resultados da pesquisa serão divulgados pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) localizada no Rio de Janeiro, como também na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, o senhor/a poderá entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou ainda, com o Comitê de Ética e Pesquisa da FEPECS. Os Comitês são formados por um grupo de profissionais de diferentes áreas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

19/11/2021 02:24 Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região A

1. Para participar da pesquisa, é necessário que o senhor (a) concorde com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Você concorda em participar desta pesquisa? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- CONCORDO *Pular para a pergunta 2*
- NÃO CONCORDO

*Pular para a seção 2 (Sessão explicativa)*

**Sessão explicativa**

**O questionário têm 07 blocos e os itens estão redigidos de forma afirmativa. O(a) senhor(a) deve escolher somente uma única resposta clicando em uma das opções, aonde representará seu grau de concordância com a afirmação.**

- ( ) Com certeza SIM  
( ) Provavelmente SIM  
( ) Provavelmente NÃO  
( ) Com certeza NÃO

O último item de cada bloco é um momento para que o(a) senhor(a) possa comentar sobre os temas abordados na questão, podendo ser comentários positivos, dificuldades, exemplos positivos, sugestões, etc.

*Identificação do Participante*

## 2. 1. Categoria profissional: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Agente Comunitário de Saúde
- Enfermeiro de Equipe da ESF
- Enfermeiro do Acolhimento
- Técnico de Enfermagem
- Médico da SES
- Médico do Programa Mais Médicos
- Assistente Social
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Fonoaudióloga
- Odontólogo
- THD
- AOSD
- Psicóloga
- Farmacêutica
- Residente
- Outros

## 3. 2. UBS de lotação/ Nome da Equipe: \*

---

## 4. 3. GSAP \*

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região A

5. 4. Tempo, em anos, que trabalho na Estratégia Saúde da Família: \*

---

6. 5. Tempo, em anos, que trabalho na Equipe atual: \*

---

*Territorialização e Análise Situacional do Território*

7. 1. Conheço o perfil epidemiológico (quadro geral de saúde) da área de abrangência da equipe na qual estou inserido (a). \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

8. 2. Conheço o perfil sócioeconômico da área de abrangência da equipe na qual estou inserido (a). \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad...

9. 3. A equipe, na qual estou inserido, dispõe da análise situacional da saúde (identificação dos problemas, áreas de riscos e necessidades) da área de abrangência. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

10. 4. A equipe, na qual estou inserido (a), utiliza a análise situacional da área de abrangência para planejar a priorização das ações de saúde que serão disponibilizadas para a comunidade. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

11. 5. O planejamento do projeto de saúde do território têm a população da área de abrangência como coparticipante. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad...

12. 6. Caso deseje, comente sobre os temas abordados acima:

---

---

---

---

---

*Fluxo dos Serviços*

13. 1. Conheço todos os serviços/ procedimentos que a UBS, na qual estou inserido (a), oferta para a população. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

14. 2. Referencio para a rede de saúde, o usuário que busca um serviço/ procedimento não ofertado pela UBS, na qual estou inserido (a). \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad

15. 3. Os serviços ofertados pela UBS, na qual estou inserido, são informados em local visível para a população. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

16. 4. Conheço os fluxos internos dos serviços realizados na UBS na qual estou inserido (a). \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

17. 5. Existem informes, em lugares de fácil acesso, sobre o fluxo dos serviços internos da UBS, para o usuário consultar. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad...

18. 6. As equipes da UBS organizam de forma articulada e pactuada os serviços que são ofertados para a população. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19. 7. A inserção do pedido de consultas com as especialidades no sistema de regulação é realizada pela própria equipe. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

20. 8. A UBS que atuo, dispensa a utilização de senhas em todos os serviços, porque o quantitativo de consultas/ procedimentos ofertados é suficiente. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad...

21. 9. Caso deseje, comente sobre os temas abordados acima.

---

---

---

---

---

*Acolhimento Qualificado*

22. 1. Realizo a escuta inicial do usuário quando este chega na UBS. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

23. 2. Realizo a classificação de risco ao atender o usuário. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

24. 3. Avalio a vulnerabilidade do usuário ao atendê-lo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad...

25. 4. Realizo o registro de todos os atos assistenciais prestados ao usuário, em seu prontuário. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

26. 5. O acolhimento é uma pauta frequente nas reuniões de equipe. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

27. 6. Caso deseje, comente sobre os temas abordados acima.

---

---

---

---

---

*Demanda Espontânea*

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad...

28. 1. Utilizo a Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea para a Atenção Primária, ao atender o usuário. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

29. 2. O profissional que realiza o acolhimento identifica e registra qual tipo de demanda o usuário buscou na UBS. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

30. 3. A equipe realiza o 1º atendimento às situações agudas ou crônicas agudizadas dos usuários que buscam os serviços da UBS, independentemente do local de residência. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região A

31. 4. A vacinação, na UBS na qual estou inserido (a), está disponível para qualquer usuário do SUS, independente do lugar de residência. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

32. 5. A vacinação, na UBS na qual estou inserido (a), está disponível, no mínimo, 03 dias na semana. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

33. 6. Curativos que não necessitam de continuidade são realizados na UBS, na qual estou inserido(a), independentemente do local de residência do usuário. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região A

34. 6. A entrega de medicamentos está disponível para todos os usuários do SUS, na UBS na qual estou inserido(a), independente do lugar de residência. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

35. 8. Nebulização e medicação injetável com prescrição médica estão disponíveis para qualquer usuário do SUS, na UBS na qual estou inserido(a), independente do lugar de residência. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

36. 9. Sempre referencio por escrito, o usuário fora de área, para a sua Equipe de Saúde. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24 Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad...

37. 10. Caso deseje, comente sobre os temas abordados acima.

---

---

---

---

---

*Construção da agenda*

38. 1. O usuário que busca uma consulta com o profissional de nível superior tem o atendimento realizado em até 20 dias. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

39. 2. Realizo o atendimento do usuário conforme o horário agendado, diminuindo o tempo de espera e possibilidade de tumulto. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad...

40. 3. Realizo visitas domiciliares sistematizadas e regulares, conforme preconizado na Portaria nº 77 da SES/DF. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

41. 4. Participo da reunião de equipe, matriciamento e educação em saúde. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

42. 5. A agenda dos profissionais de nível superior é construída na proporção de 50% a 70% das vagas para atendimentos previamente agendados e de 30% a 50% para atendimento da demanda espontânea. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad...

43. 6. Nas consultas agendadas, realizo o monitoramento dos usuários faltosos. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

44. 7. Caso deseje, comente sobre os temas abordados acima.

---

---

---

---

---

#### Protocolos da Atenção Primária da SES/DF

45. 1. Tenho ciência que os protocolos aprovados da SES/DF são organizadores do processo de trabalho dentro da Instituição. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad...

46. 2. Utilizo os Protocolos da Atenção Primária da SES/DF como base para minhas condutas profissionais. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

47. 3. Os Protocolos aprovados da Atenção Primária da SES/DF são discutidos e implementados dentro da UBS que atuo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

48. 4. Participei da capacitação para implementação do *Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do DF*. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

19/11/2021 02:24

Avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, na Região Ad.

49. 5. Conheço o *Protocolo de Acesso da APS do DF*. \*

Marcar apenas uma oval.

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

50. 6. A equipe que atuo, utiliza as diretrizes do *Protocolo de Acesso da APS do DF* para organizar os processos de trabalho. \*

Marcar apenas uma oval.

- Com certeza SIM
- Provavelmente SIM
- Provavelmente NÃO
- Com certeza NÃO

51. 7. Caso deseje, comente sobre o tema acima.

---

---

---

---

---

Agradeço pelo preenchimento. Pode enviar seu formulário.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

## ANEXO A – CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Anexo 1 - Carteira de Serviços da Atenção Primária, Brasil, 2015

ATENÇÃO E CUIDADOS CENTRADOS NO ADULTO E NO IDOSO
Cuidados e Atenção à Saúde da Mulher
1. Assistência ao pré-natal da gestante e do parceiro
2. Assistência no período do puerpério
3. Assistência à mulher no período do climatério
4. Abordagem em saúde sexual e reprodutiva
5. Manejo de problemas ginecológicos mais comuns
6. Prevenção, identificação, acolhimento e acompanhamento de situações de violência
7. Manejo de problemas mamários comuns à lactação
8. Rastreamento e acompanhamento para neoplasia de colo uterino
9. Rastreamento e acompanhamento para neoplasia de mama
Cuidados e Atenção à Saúde do Idoso
10. Atendimento domiciliar para pessoas idosas e restritas ao lar ou com dificuldade de mobilidade
11. Identificação e acompanhamento da pessoa idosa vulnerável
12. Prevenção, identificação, acolhimento e acompanhamento de situações de violência contra idosos
13. Prevenção de acidentes domésticos, quedas e fraturas
14. Prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de distúrbios nutricionais no adulto e idoso
Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso
15. Acompanhamento de adultos e idosos em cuidados integrados e continuados, incluindo cuidados paliativos
16. Atendimento das populações em situação de vulnerabilidade
17. Atendimento à demanda espontânea com avaliação de risco para adultos e idosos
18. Acompanhamento de pessoas com doenças relacionadas ao trabalho
19. Atendimento domiciliar de pessoas em situação de restrição ao leito/acamados, situações com indicação de avaliação domiciliar pós-óbito ou de resistência ao tratamento
20. Prevenção, busca ativa, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com hanseníase
21. Prevenção, rastreamento de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com tuberculose
22. Prevenção, identificação e aconselhamento em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas
23. Prevenção, identificação, aconselhamento e tratamento em relação ao tabagismo
24. Prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de sífilis, hepatites virais, outras IST e da pessoa vivendo com HIV
25. Rastreamento de neoplasia de cólon e reto em pessoas entre 50 e 75 anos
26. Rastreamento e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos
27. Rastreamento e identificação de risco cardiovascular global
28. Identificação, manejo e acompanhamento de pessoas com diabetes mellitus (DM)
29. Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS)

30. Manejo e acompanhamento da pessoa com doenças cardiovasculares
31. Manejo e acompanhamento da pessoa com condições endocrinológicas mais prevalentes
32. Manejo de pessoas com parasitoses intestinais
33. Manejo e acompanhamento de exposição e agravos a doenças negligenciadas, como raiva, doença de Chagas, esquistossomose, leishmaniose, tracoma e malária
34. Manejo de arboviroses
35. Manejo de condições mais prevalentes do aparelho digestivo
36. Manejo de doenças crônicas respiratórias mais prevalentes
37. Manejo das condições neurológicas mais frequentes
38. Manejo das condições musculoesqueléticas mais frequentes
39. Manejo das condições geniturinárias mais prevalentes
40. Manejo das condições hematológicas mais prevalentes
41. Manejo das condições em dermatologia mais prevalentes
42. Manejo das condições mais prevalentes em oftalmologia
43. Manejo das condições mais prevalentes em otorrinolaringologia
44. Manejo das condições mais prevalentes em alergia e imunologia
45. Identificação e manejo da pessoa em situação de sofrimento psíquico e com transtornos mentais mais prevalentes
Atenção e cuidados centrados na criança e no adolescente
46. Prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de situações relacionadas a distúrbios nutricionais
47. Rastreamento em saúde da criança
48. Suplementação nutricional quando indicado
49. Prevenção, busca ativa, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança e adolescente com hanseníase
50. Prevenção, rastreamento de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento e acompanhamento e investigação de contactantes da criança e adolescente com diagnóstico de tuberculose
51. Acompanhamento da criança com microcefalia/ zika vírus
52. Prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança e adolescente com sífilis, hepatites virais, HIV e outras ISTs.
53. Prevenção, identificação, aconselhamento e tratamento em relação ao tabagismo
54. Prevenção, identificação, aconselhamento em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas
55. Prevenção, identificação, acolhimento e acompanhamento de situações de violência contra crianças e adolescentes, preferencialmente em parceria intersetorial com serviços de assistência social e segurança pública
56. Prevenção e promoção da segurança da criança e do adolescente contra injúrias físicas
57. Acompanhamento de crianças e adolescentes com necessidades de cuidados paliativos
58. Atendimento domiciliar de crianças e adolescentes acamadas, com impossibilidade de locomoção, em algumas situações pós-óbito ou de resistência ao tratamento
59. Identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes com dificuldade de aprendizado e problemas relacionados ao contexto escolar e/ou trabalho infantil
60. Identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes com deficiências físicas e/ou mentais
61. Identificação e manejo de problemas de crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência

62. Identificação e seguimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade
63. Atendimento à demanda espontânea com avaliação de risco
64. Atendimento de urgências/emergências para crianças e adolescentes
65. Identificação e manejo dos problemas mais comuns do recém-nascido e lactente
66. Identificação e manejo de condições graves de saúde em crianças menores de 2 meses
67. Identificação e manejo dos problemas mais comuns na infância
68. Atendimento aos agravos prevalentes na adolescência
69. Identificação, manejo e acompanhamento do adolescente com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou com dificuldades na acuidade visual
70. Manejo das doenças respiratórias mais prevalentes
71. Atendimento e escuta do adolescente em qualquer situação, mesmo desacompanhado, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente
72. Identificação, acompanhamento e atenção integral à adolescente gestante e puérpera
73. Identificação, acompanhamento e manejo de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico incluindo ações de prevenção ao suicídio com adolescentes
<b>PROCEDIMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>
74. Abordagem e tratamento da pessoa com alterações em seu pé devido a doenças neuropáticas, como diabetes e hanseníase
75. Administração de medicamentos
76. Aferição, monitoramento de pressão arterial e realização de glicemia capilar
77. Cauterização química de pequenas lesões da pele
78. Realização do parto em casos de urgência/ emergência
79. Biópsia/punção de tumores superficiais de pele
80. Busca ativa de faltosos e contactantes/ parcerias de pessoas com doenças transmissíveis
81. Sondagem vesical
82. Cirurgia de unha
83. Coleta de exames
84. Coleta de material para realização do citopatológico cérvico uterino
85. Colocação de imobilização provisória
86. Cuidado com estomas
87. Curativos simples e complexos com ou sem coberturas especiais
88. Desbridamento autolítico, enzimático ou mecânico
89. Drenagem de abscesso
90. Drenagem de hematoma subungueal
91. Estesiometria
92. Exérese de calosidades
93. Exérese de cistos, lipomas e nevos
94. Vacinação/ administração de vacinas
95. Inalação com espaçador e nebulímetro
96. Inserção e retirada de DIU
97. Manobras para diagnóstico e reposição otolítica para manejo de vertigem posicional paroxística benigna
98. Realização de práticas integrativas e complementares
99. Retirada de leite mamário
100. Acompanhamento e cuidados a pessoas em tratamento com oxigenioterapia domiciliar
101. Realização de intradermoreação com derivado proteico purificado (PPD)

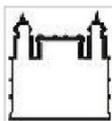
102. Realização de Prova do Laço para avaliação de pessoas com quadro clínico suspeito de dengue
103. Remoção de cerume de conduto auditivo externo
104. Remoção de molusco contagioso
105. Remoção manual de fecaloma
106. Remoção não cirúrgica de vermes e parasitas
107. Retirada de pontos
108. Retirada/ remoção de corpo estranho
109. Sondagem nasogástrica
110. Suturas de lesões superficiais da pele
111. Tamponamento de epistaxe
112. Terapia de reidratação oral
113. Teste KOH (teste de amins positivo ou Whiff test)
114. Teste rápido para gravidez
115. Teste rápido para hepatite B
116. Teste rápido para hepatite C
117. Teste rápido para HIV
118. Teste rápido para sífilis
119. Tratamento de feridas
120. Tratamento de miíase furunculoide
121. Tratamento/ cuidado da pessoa com queimaduras (exceto grande queimado)1
122. Utilização de ferramentas de abordagem e orientação familiar
123. Utilização de ferramentas de abordagem e orientação comunitária
124. Utilização de referência e contra-referência como ferramentas para o compartilhamento do cuidado com os demais serviços da rede de atenção, bem como os serviços de apoio assistencial, como o Telessaúde
125. Troca de sonda de cistostomia
126. Troca de cânula de traqueostomia
<b>ATENÇÃO E CUIDADOS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL – ODONTOLOGIA</b>
<b>Procedimentos de Promoção e Prevenção em Saúde Bucal</b>
127. Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel
128. Ação coletiva de escovação dental supervisionada
129. Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)
130. Atendimento odontológico por gestante
131. Atividade educativa/ orientação em grupo na atenção primária
132. Consulta/ atendimento domiciliar
133. Evidenciação de placa bacteriana
134. Exame bucal com finalidade epidemiológica
135. Orientação de higiene oral
136. Orientação de higienização de próteses dentárias
<b>Procedimentos Clínicos</b>
137. Acesso a polpa dentária e medicação
138. Adaptação de prótese dentária
139. Aplicação de carióstático
140. Aplicação de selante
141. Atendimento de urgência odontológica na APS
141. Biópsia de tecidos moles da boca
142. Capeamento pulpar
143. Cimentação de próteses dentária
144. Confecção, instalação e ajuste de placa miorelaxante

145. Contenção de dentes por esplintagem
146. Coroa provisória
147. Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico
148. Curetagem periapical
149. Diagnóstico de distúrbio de articulação têmporo-mandibular (ATM)
150. Drenagem de abscesso da boca e anexos
151. Excisão e sutura de lesão na boca
152. Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele, anexos e mucosas
153. Excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar
154. Exodontia de dente decíduo
155. Exodontia de dente permanente
156. Frenectomia
157. Gengivectomia
158. Instalação de prótese dentária
159. Moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária
160. Oferta de práticas integrativas e complementares na saúde bucal
161. Primeira consulta odontológica programática
162. Profilaxia e remoção de placa bacteriana
163. Pulpotomia dentária
164. Radiografia interproximal e perapical
165. Raspagem e alisamento subgengivais por sextante
166. Realização de procedimento estético em urgência sentida
167. Reembasamento e conserto de prótese dentária
168. Reimplante dental
169. Restauração de dente decíduo posterior, anterior, permanente anterior e permanente posterior
170. Retirada de pontos de cirurgias básicas de pele/anexo e mucosas
171. Selamento provisório de cavidade dentária
172. Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental
173. Tratamento de alveolite
174. Tratamento de gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA)
175. Tratamento de lesões da mucosa oral
176. Tratamento de nevralgias faciais
177. Tratamento de pericoronarite
178. Tratamento endodôntico de dente decíduo e permanente anterior
179. Tratamento inicial do dente traumatizado
180. Tratamento restaurador atraumático (TRA)
181. Ulotomia/ ulectomia
<b>VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PROMOÇÃO À SAÚDE</b>
<b>Vigilância em Saúde</b>
182. Análise epidemiológica da situação de saúde local
183. Discussão e acompanhamento dos casos de violências em parcerias com outros setores
184. Emissão de atestados médicos e laudos, declaração de óbito quando solicitados e indicados
185. Identificar e acompanhar adultos, idosos, crianças e adolescentes inscritos no Programa Bolsa Família ou outros programas de assistência social ou benefícios sociais
186. Identificar, mapear e adotar medidas, em seu território de atuação, com relação a prováveis áreas de risco relativos ao controle de vetores, reservatórios e animais peçonhentos, em conjunto com a vigilância em saúde

187. Imunização conforme Calendário Vacinal da criança e do adolescente, orientação aos pais ou responsáveis, avaliação e monitoramento da situação vacinal e busca ativa de faltosos
188. Imunização conforme Calendário Vacinal do adulto e do idoso, atentando para situações de surtos de doenças imunopreveníveis e situações clínicas específicas
189. Investigação de óbitos em mulheres em idade fértil em conjunto com a vigilância em saúde
190. Investigação de óbitos infantis e fetais em conjunto com a vigilância em saúde
191. Rastreamento e aconselhamento para o uso abusivo de medicamentos e polifarmácia
192. Notificação de doenças de notificação compulsória e ações de vigilância em saúde do adulto, do idoso, da criança e do adolescente em conjunto com os serviços de vigilância em saúde
193. Vigilância do recém-nascido de risco/vulnerável tendo por base os registros e informes oferecidos pelas maternidades
Promoção à Saúde
194. Aconselhamento para introdução da alimentação complementar na criança
195. Consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança
196. Desenvolvimento de ações de promoção à saúde relacionadas ao reconhecimento étnico-racial, acolhimento e respeito à diversidade religiosa e/ou sexual, estratégias que contribuam para a promoção da convivência pacífica e respeitosa e atividades que fortaleçam vínculos familiares e comunitários
197. Estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis
198. Oferta de práticas integrativas e complementares
199. Promoção da paternidade responsável e ativa
200. Promoção de alimentação e hábitos saudáveis na criança e no adolescente
201. Promoção do envelhecimento ativo e saudável
202. Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 02 anos ou mais, e manejo de problemas relacionados à lactação
203. Promoção, aconselhamento e cuidado integral à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes

Fonte: Brasil (2020).

## ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ENSP



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** HIPERTENSO E DIABÉTICO: AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.

**Pesquisador:** MICHELE VIEIRA MIRANDA

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 45143221.1.0000.5240

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.747.100

**Apresentação do Projeto:**

Este parecer refere-se a uma solicitação de emenda 1 com a seguinte justificativa

"Emenda - Versão: 4 Alterações realizadas na emenda:

1. Inclusão de membro na Equipe de pesquisa: - Elenice Machado da Cunha
2. Inclusão de Instituição Coparticipante - Secretaria de Estado de Saúde - CEP FEPECS
3. Adequações realizadas nos RCLE, devido exigências da Instituição Coparticipante
  - emenda\_RCLE\_implantacao\_marcacao\_fepecs
  - emenda\_RCLE\_profissional\_marcacao\_fepecs
  - emenda\_RCLE\_usuario\_marcacao\_fepecs
  - emenda\_RCLE\_implantacao\_versao\_final\_fepecs
  - emenda\_RCLE\_profissional\_versao\_final\_fepecs
  - emenda\_RCLE\_usuario\_versao\_final\_fepecs
4. Inclusão de Termo de Anuência da Instituição Coparticipante
  - emenda\_termo\_de\_aprovacao\_GSAP1SSB
  - emenda\_termo\_de\_aprovacao\_GSAP2SSB
  - emenda\_termo\_de\_aprovacao\_GSAP3SSB
  - emenda\_termo\_de\_aprovacao\_GSAP4SSB

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manginhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.747.100

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_usuario_modificado_versao_final.docx	09/05/2021 12:43:12	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Cronograma	cronograma_modificado.docx	09/05/2021 12:39:56	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	31/03/2021 21:57:46	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Outros	questionario_usuario.docx	31/03/2021 21:56:07	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Outros	questionario_profissional.docx	31/03/2021 21:55:30	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Outros	Questionario_Grau_de_implantacao.docx	31/03/2021 21:54:43	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_TAI.pdf	28/03/2021 18:52:33	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Encaminhamento_de_projeto.pdf	28/03/2021 15:05:42	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Outros	Encaminhamento_CEPENSP.pdf	28/03/2021 15:00:52	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao_proponente.pdf	28/03/2021 14:47:17	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/03/2021 14:44:13	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

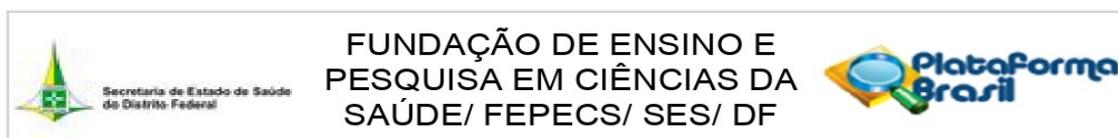
Não

RIO DE JANEIRO, 31 de Maio de 2021

Assinado por:  
**Jennifer Braathen Salgueiro**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.041-210  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

## ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA FEPECS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** HIPERTENSO E DIABÉTICO: AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.

**Pesquisador:** MICHELE VIEIRA MIRANDA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 45143221.1.3001.5553

**Instituição Proponente:** DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.813.714

#### Apresentação do Projeto:

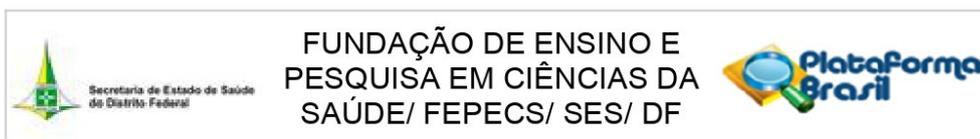
Trata-se de dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Informações retiradas do PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1764653\_E1.pdf postado em 27/05/2021 21:24:10

#### Introdução

"Existe uma anuência de que a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária a Saúde (APS) é importante e necessária para o sistema de saúde, funcionando como porta de entrada e ordenadora das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017a). Para alcançar estes propósitos, os desafios enfrentados pelos serviços na Atenção Básica são inúmeros. O cuidado continuado dos pacientes crônicos, pode ser considerado como um dos mais laboriosos, devido a necessidade de vinculação usuário-equipe de saúde, além da manutenção de frequência e continuidade do cuidado, principalmente dos hipertensos e diabéticos (YOSHIDA; ANDRADE, 2016). MALTA et al.(2017) demonstraram que cerca de um quarto da população adulta residente nas capitais brasileiras refere ter hipertensão arterial e sua associação com a diabetes é consolidada por mecanismos fisiopatológicos. Sendo assim a prevenção e o tratamento dessas comorbidades é essencial no

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-907  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.813.714

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_usuario_modificado_marcacao.docx	09/05/2021 12:45:13	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_usuario_modificado_versao_final.docx	09/05/2021 12:43:12	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Outros	questionario_usuario.docx	31/03/2021 21:56:07	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Outros	questionario_profissional.docx	31/03/2021 21:55:30	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Outros	Questionario_Grau_de_implantacao.docx	31/03/2021 21:54:43	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_TAI.pdf	28/03/2021 18:52:33	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito
Outros	Encaminhamento_CEPENSP.pdf	28/03/2021 15:00:52	MICHELE VIEIRA MIRANDA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

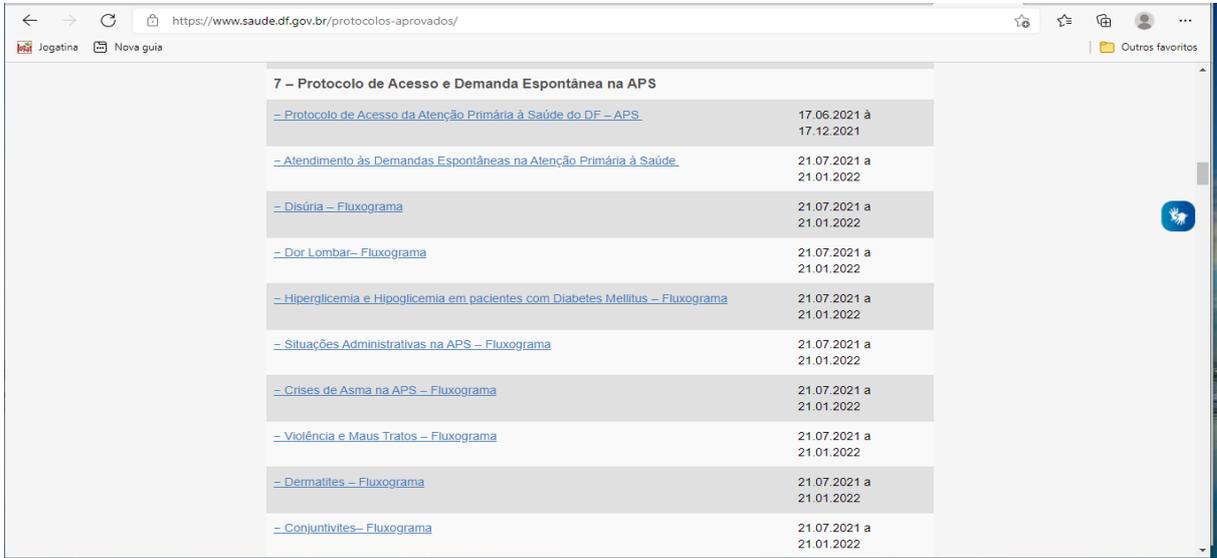
BRASILIA, 29 de Junho de 2021

---

**Assinado por:**  
**Marcondes Siqueira Carneiro**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-907  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

## ANEXO D - PRORROGAÇÃO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO PROTOCOLO DE ACESSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL



7 – Protocolo de Acesso e Demanda Espontânea na APS	
<a href="#">– Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do DF – APS</a>	17.06.2021 a 17.12.2021
<a href="#">– Atendimento às Demandas Espontâneas na Atenção Primária à Saúde</a>	21.07.2021 a 21.01.2022
<a href="#">– Disúria – Fluxograma</a>	21.07.2021 a 21.01.2022
<a href="#">– Dor Lombar – Fluxograma</a>	21.07.2021 a 21.01.2022
<a href="#">– Hiperglicemia e Hipoglicemia em pacientes com Diabetes Mellitus – Fluxograma</a>	21.07.2021 a 21.01.2022
<a href="#">– Situações Administrativas na APS – Fluxograma</a>	21.07.2021 a 21.01.2022
<a href="#">– Crises de Asma na APS – Fluxograma</a>	21.07.2021 a 21.01.2022
<a href="#">– Violência e Maus Tratos – Fluxograma</a>	21.07.2021 a 21.01.2022
<a href="#">– Dermatites – Fluxograma</a>	21.07.2021 a 21.01.2022
<a href="#">– Conjuntivites – Fluxograma</a>	21.07.2021 a 21.01.2022

Print de tela realizado no dia 09.08.2021