



**QualisAPS**  
PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO  
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CADERNOS  
**QualisAPS**

Metodologia da Avaliação da  
Atenção Primária à Saúde  
do Distrito Federal

**VOLUME I**

2022

Odontologia

Administração



Programa de Qualificação da Atenção  
Primária do Distrito Federal

Elaboração e implantação  
de sistemática de avaliação da  
Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

**CADERNOS QualisAPS**  
**Metodologia da avaliação da Atenção  
Primária à Saúde do Distrito Federal**  
**Volume I**

Brasília, março de 2022

## **PROGRAMA QUALIS APS**

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde  
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde  
Coordenação da Atenção Primária à Saúde  
Diretoria da Estratégia Saúde da Família  
Gerência de Estratégia Saúde da Família  
Gerência de Apoio à Saúde da Família  
Gerência de Qualidade da Atenção Primária

Fundação Oswaldo Cruz – Gerência Regional de Brasília  
(Gereb/Fiocruz Brasília)

O Programa Qualis APS tem por objetivo cooperar no processo de qualificação da gestão e da assistência, visando à melhoria dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. É viabilizado por meio de convênio com a Fiocruz Brasília e conta com a colaboração de pesquisadores da Universidade de Brasília – UnB.

## **Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal - Volume I**

### **Coordenação geral**

Adriano de Almeida de Lima  
Claudia Mara Pedrosa  
Denise de Lima Costa Furlanetto  
Leonor Maria Pacheco Santos  
Magda Duarte dos Anjos Scherer  
Maria Silvia Fruet de Freitas  
Wallace Enrico Boaventura G. Dos Santos

### **Coordenação técnica**

Magda Duarte dos Anjos Scherer  
Maria Silvia Bruni Fruet de Freitas

### **Elaboração**

Aimê Oliveira  
Amanda Kellen Pereira da Silva  
Brenda Ferreira de Abreu  
Fabrício Vieira Cavalcante  
Magda Duarte dos Anjos Scherer  
Maria Silvia Bruni Fruet de Freitas

### **Colaboração**

Adriano de Almeida de Lima  
Cláudia Mara Pedrosa  
Denise de Lima Costa Furlanetto  
Kátia Crestine Poças  
Leonor Maria Pacheco Santos  
Wallace Enrico Boaventura G. Dos Santos  
Thaís Alessa Leite  
Caroline Pereira da Silva

### **Projeto gráfico**

Sergio Velho Junior

### **Diagramação**

Sergio Velho Junior  
Revisão: Sheila Souza

### **Revisão ortográfica**

Miriam Junghans

# **Lista de abreviaturas e siglas**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACSA - Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ADMC - Administração Central da Secretaria de Saúde

AGL - Acordo de Gestão Local

AGR - Acordo de Gestão Regional

AMAQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

AMAQ/AB - Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP/FS-UnB - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

COAPS - Coordenação de Atenção Primária à Saúde

DESF - Diretoria da Estratégia Saúde da Família

DF - Distrito Federal

DIRAPS - Diretorias Regionais da Atenção Primária à Saúde

eSB - Equipe de Saúde Bucal

eSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FIOTEC - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

GAPAPS - Gerências de Áreas Programáticas de Atenção Primária à Saúde

GEAQAPS - Gerências de Acesso e Qualidade em Atenção Primária à Saúde

GENF - Gerências de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde

GPMA - Gerentes de Planejamento, Monitoramento e Avaliação GSAP - Gerentes de Serviços da Atenção Primária

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica PAQ - Plano de Ação Para Qualidade

*PCAtool* - Primary Care Assessment Tool

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

QualisAPS - Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

*REDCAp* - Reserch Electronic Data Capture

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SINJ - Sistema Integrado de Normas Jurídicas

SUS - Sistema Único de Saúde

SUS/DF - Sistema Único de Saúde do Distrito Federal

SMAS - Sistema Municipal de Acreditação em Saúde de Florianópolis

TIC - Tecnologia de Informação e Comunicação

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UnB - Universidade de Brasília

UNESP - Universidade Estadual Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [livro eletrônico] / coordenação Magda Duarte dos Anjos Scherer, Maria Silvia Bruni Fruet de Freitas. -- Brasília, DF : Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2022. -- (Cadernos QualisAPS ; 1) PDF

Bibliografia.  
ISBN 978-65-88309-25-4

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Atenção Primária à Saúde (APS) - Avaliação - Distrito Federal (Brasil) I. Scherer, Magda Duarte dos Anjos. II. Freitas, Maria Silvia Bruni Fruet de. III. Série.

22-135999

CDD-616.0252098174

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Brasil : Atenção Primária à Saúde : Avaliação : Distrito Federal : Medicina 616.0252098174

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

# Sumário

**APRESENTAÇÃO ►►► 8**

**INTRODUÇÃO ►►► 8**

**1. BASES TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICAS DA AVALIAÇÃO ►►► 10**

**2. DESENHO GLOBAL DA AVALIAÇÃO ►►► 13**

**3. DIAGNÓSTICO INICIAL - LINHA DE BASE ►►► 17**

    3.1. DIAGNÓSTICO DA ESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ►►► 17

    3.2. TIPOLOGIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL ►►► 19

    3.3. AUTOAVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO ►►► 25

        3.3.1. Elaboração dos padrões de qualidade e dos instrumentos de avaliação ►►► 27

        3.3.2. Ações preparatórias para a autoavaliação ►►► 34

        3.3.3 Realização da autoavaliação e sistematização dos resultados ►►► 36

**4. FERRAMENTAS DE APOIO À AVALIAÇÃO ►►► 37**

**REFERÊNCIAS ►►► 38**

**APÊNDICE 1 ►►► 43**

**APÊNDICE 2 ►►► 44**

# APRESENTAÇÃO

Este Caderno apresenta o percurso teórico-metodológico de construção da Sistemática de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal (DF), no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualisAPS).

O QualisAPS, instituído pela Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019, no contexto do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2019a), busca qualificar a gestão e os serviços prestados pela APS do DF e consolidar esse nível de atenção como porta de entrada preferencial e resolutiva, que organiza e coordena o acesso dos usuários a outros pontos da rede de atenção. Foi concebido com a lógica de articular ações de avaliação, de capacitação e de certificação das Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de se constituir em espaço de construção coletiva entre a gestão central do SUS/DF e gestores regionais, fundamentado no apoio institucional e no empoderamento dos profissionais da gestão (DISTRITO FEDERAL, 2019a).

O Programa é fruto de uma parceria entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) e a Universidade de Brasília (UnB), o que está detalhado no Projeto Básico (DISTRITO FEDERAL, 2019a).

O Programa visa colaborar para a produção do conhecimento científico frente à necessidade de qualificar a assistência à saúde, considerando os princípios e diretrizes da Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2017) no que tange à avaliação dos serviços de saúde. Em especial, almeja a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e gestão de forma participativa com gestores, trabalhadores e usuários, considerando a sistemática de avaliação como um dispositivo de formação no e pelo trabalho.

As ações do Programa estão organizadas em três eixos interligados: 1) elaboração e implantação da sistemática de avaliação; 2) oferta de cursos de aperfeiçoamento e especialização para profissionais da APS e; 3) comunicação e divulgação científica de conhecimentos sobre o SUS/DF.

Este Caderno, no seu primeiro volume, relata em detalhes o percurso teórico metodológico de desenvolvimento do eixo 1, sob coordenação de uma equipe de pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB). Descreve-se o caminho percorrido na elaboração e implantação da sistemática de avaliação da APS do DF até a finalização do diagnóstico inicial, prévio ao primeiro ciclo avaliativo.

# INTRODUÇÃO

O Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualisAPS) é uma oportunidade para enfrentar desafios relacionados à organização do trabalho das equipes, à sobrecarga e ao absenteísmo dos profissionais, à necessidade de qualificar a assistência e a gestão, e de consolidar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção no DF (DISTRITO FEDERAL, 2019a).

A APS do DF, até o início de 2017, possuía mais de um modelo de atenção implantado: as eSF tinham cobertura de apenas 30,7% da população; e a atenção estava organizada com base em especialidades médicas, com baixa resolutividade e o cuidado fragmentado, pouca atenção às demandas espontâneas, incipiente retaguarda de outras especialidades médicas, bem como baixa coordenação entre os níveis de atenção, com frágil participação social (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Com a implantação da Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e o estabelecimento da ESF como modelo único da APS (DISTRITO FEDERAL, 2017; DISTRITO FEDERAL, 2018), a qualificação das ações e serviços de saúde se impôs como uma questão estratégica, sendo uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação em termos éticos (DISTRITO FEDERAL, 2019b, p. 2).

Nessa perspectiva, traçou-se a implantação da sistemática de avaliação da APS com o objetivo de: instituir cultura de avaliação entre os profissionais; garantir a transparência do processo de diagnóstico e avaliação; promover o contínuo acompanhamento das ações e resultados do Programa por parte dos profissionais e da sociedade; envolver, mobilizar e responsabilizar gestores da Administração Central, das Superintendências das Regiões de Saúde, das Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS), das Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAPS), das eSF, dos NASF-AB, das eSB e dos usuários no processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da APS (DISTRITO FEDERAL, 2019b).

A avaliação, no âmbito do QualisAPS, é regulamentada pela Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019 (DISTRITO FEDERAL, 2019a) e pelo Projeto Básico, de 18 de janeiro de 2019, que ressalta o caráter inovador da iniciativa que “associando processos avaliativos com educacionais, pode ser considerada uma inovação tecnológica do tipo incremental, dando continuidade no processo de mudança na Atenção Primária já desencadeado pela SES/DF” (DISTRITO FEDERAL, 2019b). Tanto assim que o convênio nº 001/2019 da SES/DF com a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) foi firmado sob a égide do novo marco de Ciência e Tecnologia, a Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016, que dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico (BRASIL, 2016).

O método desenvolvido baseia-se em experiências consagradas nacional e internacionalmente, tais como o Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, e o Sistema de Monitoramento e Avaliação QualiAB.

Entretanto, tem caráter inovador na medida em que articula ações de avaliação do trabalho e processos formativos de profissionais, cujos resultados são combinados com os da avaliação da estrutura das UBS, para, dessa maneira, culminar na certificação de equipes e UBS.

O Programa inova, também, ao desenvolver uma sistemática de avaliação participativa, com base em padrões de qualidade definidos localmente, num processo de coprodução entre profissionais da gestão e da assistência, conselheiros de saúde, representantes de usuários, de movimentos sociais e de categorias profissionais, além de pesquisadores da Universidade de Brasília, condutores do processo.

No percurso, busca-se produzir conhecimento acerca da APS do DF nas suas diversas dimensões, e no âmbito do trabalho dos profissionais, da assistência e da gestão, fornecer subsídios para qualificá-los, assim como para a definição de ações de educação permanente e de educação continuada. A perspectiva é que a avaliação participativa, o conhecimento e a experiência produzidos sejam incorporados de forma sustentável no cotidiano dos serviços.

O QualisAPS é organizado em ciclos compostos por três fases, conforme a Figura 1, visando a contribuir para o fortalecimento do monitoramento no âmbito da APS, estimular processos contínuos e progressivos de planejamento, negociação e contratualização com os atores envolvidos, tendo como ponto de partida a realização do diagnóstico inicial – estabelecimento da linha de base da APS do DF.

**Figura 1 - Diagnóstico inicial e ciclos de avaliação do Programa de Qualificação da Atenção Primária do Distrito Federal**



Fonte: DISTRITO FEDERAL, 2019a.

Os ciclos do QualisAPS são contínuos e as fases se repetem a cada novo ciclo, promovendo melhorias crescentes na qualidade. Conforme Portaria nº 39/2019, que institui o Programa, as fases são divididas em: I - Plano de Ação para Qualidade; II - Avaliação; III - Certificação.

A operacionalização, com base em pressupostos epistemológicos e éticos, foi desenhada com os seguintes passos: realização de diagnóstico inicial para estabelecimento da linha de base da estrutura e do processo de trabalho das eSF, das eSB e das Gerências de Serviços de Atenção Primária, com base na construção participativa de padrões de qualidade a serem alcançados; desenvolvimento de Tipologia das UBS do DF; realização de dois ciclos avaliativos; e certificação das equipes e das UBS.

Cumpre destacar que a construção da sistemática de avaliação, iniciada em setembro de 2019, precisou ser adequada às medidas de distanciamento e isolamento social advindas da pandemia do novo coronavírus, a partir de março de 2020.

Neste primeiro volume é descrito o percurso metodológico até a realização do Diagnóstico inicial – linha de base, organizado nos seguintes tópicos: 1) bases teórico-epistemológicas da avaliação; 2) desenho global da avaliação; 3) diagnóstico de estrutura; 4) tipologia das UBS; 5) autoavaliação das equipes e da gestão; 6) ferramentas de apoio ao processo avaliativo.

O protocolo da implantação e desenvolvimento da sistemática de avaliação foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB), em 26 de março de 2020, com parecer nº 3.937.242 (CAAE no 29640120.6.0000.0030).

## 1) BASES TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICAS DA AVALIAÇÃO

O desenvolvimento e a implementação de uma sistemática de avaliação da qualidade da APS consiste na produção de conhecimentos por meio de um julgamento com base em valores de proteção da saúde, de defesa da vida e de respeito aos trabalhadores que produzem a atenção à saúde e ao cidadão, sujeito objeto do cuidado. Pressupõe um processo de tomada de decisões a respeito de quem são os avaliadores, quais os objetivos e o que avaliar, quais os destinatários e usuários prioritários potenciais dos resultados da avaliação (PATTON, 1997).

A experiência sobre a avaliação de políticas e programas de saúde no Brasil não era extensa, tornando-se mais comum a partir do ano 2000 (SANTOS; SANTOS, 2007; VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020). Na área social, avaliar é uma prática intensificada a partir dos anos 1990 (MINAYO, 2005) e marcada por polissemia conceitual e diferentes tipos de abordagem (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020). Predominam modelos focados em medir a execução de objetivos quantificados por meio de indicadores de desempenho, substanciando uma técnica de gestão da sociedade moderna (FOUCHECOURT-DROMARD, 2018). Além disso, historicamente, as avaliações têm se caracterizado pelo paradigma positivista, pela ênfase na visão gerencial e pela não inclusão de pontos de vista e experiências dos diversos atores relacionados ao que se pretende avaliar (FURTADO, 2001; GUBA; LINCOLN, 2011).

Entretanto, considerando-se que ao avaliar desempenho e resultados de serviços de saúde avaliamos a ação de pessoas, torna-se necessário levar em conta o significado do propósito da ação e as condições de sua eficácia, superando dicotomias entre quantitativo e qualitativo (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005), entre os valores dimensionáveis, configurados pelos números, e os valores sem dimensão, relacionados às escolhas que as pessoas fazem nos seus processos de trabalho (SCHWARTZ; DURRIVE, 2009).

Avaliação implica não apenas em olhar para características mensuráveis, mas também subjetivas e inter-subjetivas que modulam e constroem as múltiplas faces da prestação de serviços (GUBA; LINCOLN, 2011). Uma vez que o processo avaliativo envolve um conjunto de atores, ele envolve diversos interesses e é fonte de tensões, não sendo apenas uma atividade técnica (PATTON; LABOSSIÈRE, 2012).

São várias as rationalidades que guiam o trabalho assistencial e de gestão e várias as formas de produção de conhecimento. As pessoas podem modificar o seu comportamento em função do conhecimento que sobre ele adquirem (SANTOS, 1995), o que pode ser potencializado num processo de autoconhecimento e de engajamento num projeto comum. Considerando-se que a realidade é construída nas interações sociais (SHOTTER, 1993; SPINK, 2013), no QualisAPS busca-se não apenas o conhecimento científico que se expressa por meio das teorias e conceitos, mas também o conhecimento prático que orienta as ações e dá sentido à vida no trabalho dos profissionais (SANTOS, 1995).

O trabalho é produtor de história, de vida e de saúde, tem uma dimensão individual, mas também coletiva. Tem um lado técnico, de um protocolo a ser seguido, que prescreve uma padronização, e um lado de experiência única ao ser realizado num momento singular, nunca será nas mesmas condições, sendo que sofre muitas variabilidades, o que faz com que tenha sempre um aspecto de reinvenção local (SCHERER *et al.*, 2022).

Na APS, as equipes multiprofissionais devem articular os saberes técnicos e populares e mobilizar os recursos necessários para enfrentar os problemas de saúde, compreendendo seus determinantes sociais e econômicos. Elas são responsáveis pelos cuidados individuais, das famílias e da coletividade em geral. Nesse contexto cheio de desafios, a criatividade constitui um elemento-chave no cotidiano de trabalho na busca por eficácia das ações, nas relações entre os profissionais e destes com os usuários, assim como na organização e gestão do trabalho (SCHERER; MENEZES, 2015).

Nesse sentido, avaliar a qualidade da APS implica em compreender que há sempre uma distância entre o que é prescrito para o trabalho e o que é efetivamente realizado, porque as situações são sempre singulares (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009; SCHWARTZ, 2019). É preciso associar medidas de desempenho com análises dos processos que influenciam nos resultados em cada contexto.

A perspectiva é de compreender, por diversos ângulos, o que contribui para a qualidade dos serviços da APS e para os seus limites, com a participação dos atores envolvidos. Ou seja, traçar medidas de correções e estratégias de ação, ampliar a capacidade técnica, e fazer da avaliação “um eixo reflexivo sobre caminhos” (AKERMAN, MENDES; BÓGUS, 2004, p. 608), um processo de co-aprendizagem (SANTOS FILHO, 2009, p. 29) “em que se integram avaliadores e avaliados em busca de comprometimento e do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 24), como apoio na tomada das melhores decisões ao possibilitar a criação de espaços de análise e de transformação das práticas (FELISBERTO *et al.*, 2008).

Além disso, espaços democráticos, não hierárquicos, contribuem para o exercício necessário da crítica das normas vigentes ultrapassando a mera verificação de cumprimento de padrões. Essas são condições básicas para a institucionalização da avaliação (CONTANDRIOPoulos, 2006). Acresce-se como elemento contributivo, a postura da equipe técnica da SES/DF e dos pesquisadores da UnB condutores do processo avaliativo, denominado Grupo Condutor (GC), pautados, no dizer de Minayo (2012, p. 11), por “uma visão de complexidade dos processos e suas implicações e na elaboração de investigações com a participação de múltiplos atores”, os “interessados nos resultados das investigações para melhorar sua vida” (no trabalho), na geração do conhecimento, na discussão do significado e na aplicação no seu contexto (MINAYO, 2012).

Sendo assim, a participação e a coprodução são conceitos-chave no desenho da avaliação pelo Programa QualisAPS. A realidade é construída por diversos atores, não há uma única e uniforme visão da realidade, assim como não há uma única e melhor maneira de fazer. Torna-se essencial considerar os conhecimentos e a experiência dos que produzem as ações (CONILL, 2002), consideradas como parte fundamental dos êxitos e limites das ações, tornando-os sujeitos de autoavaliação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

É uma questão central fomentar o sentimento de pertencimento e potencializar a chance de internalização e de incorporação dos resultados em prol das mudanças necessárias nos serviços (KANTORSKI *et al.*, 2009; PATTON; LABOSSIÈRE, 2012). Desse modo, busca-se promover envolvimento amplo, com tempo adequado, do conjunto dos trabalhadores e gestores que atuam nos serviços.

Conforme estabelecido nas diretrizes do QualisAPS, deve-se envolver e responsabilizar todos os níveis de gestão, equipes assistenciais e usuários no estabelecimento dos padrões de qualidade. Para tanto, as ações precisam estar fundamentadas num processo de “cooperação horizontal, que deve ocorrer entre equipes da assistência e da gestão, com o intuito de promover a sistematização dos conhecimentos e a troca de experiências sobre as práticas desenvolvidas na APS, fomentando mudanças organizacionais” e na “construção coletiva, fundamentada no envolvimento dos profissionais no processo decisório de definição dos critérios de avaliação, na instituição de espaço permanente de diálogo entre a gestão central e a gestão regional da APS e na elaboração ativa do Plano de Ação para Qualidade” (DISTRITO FEDERAL, 2019a).

Com base nesses pressupostos, o ponto de partida para o desenho da avaliação foi identificar a definição de APS, presente na legislação do DF, e os conceitos de avaliação e de qualidade da APS na literatura.

Conforme Portaria SES/DF nº 77/2017,

Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada atenção básica à saúde, é o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde, desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade (DISTRITO FEDERAL, 2019a, p. 2).

Avaliação é uma atividade que consiste em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construirão (individualmente ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CONTANDRIOPoulos 2006, p. 706).

Também pode ser definida como um julgamento de práticas sociais, nesse caso, práticas de saúde, em diferentes contextos e dimensões (VIEIRA-DA-SILVA, 2005) e “ação, força, virtude de produzir um efeito” (SILVA; FORMIGLI, 1994, p. 82).

O conceito de qualidade em saúde abrange uma polissemia de significados que está associada ao contexto histórico, político, econômico, científico e cultural de cada sociedade.

No QualisAPS, a qualidade em saúde está correlacionada à adequação e ao aperfeiçoamento das ações no âmbito da assistência e da gestão e da estrutura dos serviços de forma a garantir uma APS resolutiva, com base no compromisso com a valorização da vida, a promoção da saúde, a universalização do acesso e a adequação das ações.

Entretanto, como mais um aspecto inovador, o Programa não se restringe ao uso de conceitos de avaliação e qualidade consagrados na literatura, mas vai buscar junto aos atores da APS o que estes entendem a respeito. E, com base nesse novo conhecimento sistematizado, são produzidos parâmetros para avaliar a qualidade da APS no DF, que se expressam por meio dos padrões contidos nos instrumentos de avaliação. Um padrão pode ser definido como um nível de referência de qualidade que deve ser atingido pelas equipes e gestão da APS, com a finalidade de demonstrar um determinado grau de qualidade e excelência dos serviços de saúde prestados à população (BRASIL, 2009).

Um padrão de qualidade deve ser: a) abrangente e considerar uma visão integral do sistema; b) sensível para captar mudanças: os padrões têm que ter a capacidade de evidenciar efetivamente o processo de aprimoramento e evolução da qualidade, os avanços e, inclusive, os retrocessos nos estágios de qualidade alcançados no que se refere aos aspectos de gestão, organização e prestação de serviços; e c) de fácil compreensão e aplicação, permitindo ponderações durante os momentos de avaliação. Na formulação dos padrões de saúde deve-se considerar que sejam apropriados ao momento, aceitáveis para os usuários e aplicáveis à realidade local (BRASIL, 2005).

Toda avaliação tem uma intencionalidade que se concretiza por meio de modelos, instrumentos e técnicas. “Cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões” (VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p. 20).

Considera-se que a melhor maneira de incentivar o uso dos resultados de uma avaliação é construí-la no contexto em que será utilizada, propiciar a ampliação da capacidade de ação dos profissionais e gestores, levando em consideração as aspirações, interesses, necessidades e problemas que são significativos para eles (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994; PATTON, 1997; DENNIS; CHAMPAGNE, 1997; KANTORSKI, 2009; PATTON; LABOSSIÈRE, 2012). E é na perspectiva da co-construção que o QualisAPS é conduzido (TRAYNOR; DOBBINS; DECORBY, 2015; FILIPE; RENEDO; MARSTON, 2017; LANGLEY; WOLSTENHOLME; COOKE, 2018).

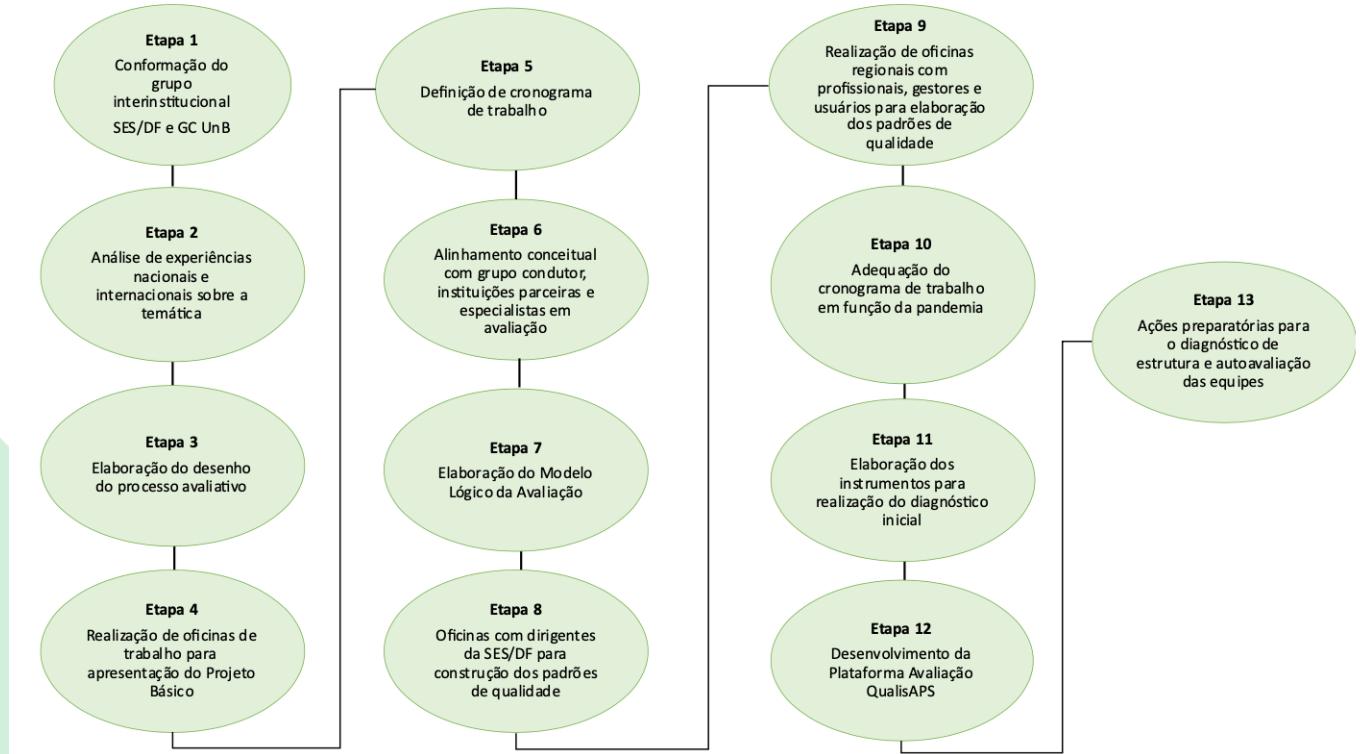
## 2) DESENHO GLOBAL DA AVALIAÇÃO

No QualisAPS é adotada a avaliação do tipo formativa ou de processo, com desenho pouco estruturado e abordagem construtivista, coerente com a escolha metodológica de ser participativa, de acordo com as singularidades do contexto da APS do DF, além de ser dispositivo para produção de inovações (GUBA; LINCOLN, 2011) e para a análise institucional (L'ABBATE, 2003; PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2013; ROSSI; PASSOS, 2014).

É uma avaliação que ocorre durante a execução de uma política, no caso a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2017), tendo como objeto componentes associados à qualidade (DONABEDIAN, 1966): estrutura; processo (ações desenvolvidas pelas equipes assistenciais e de gestão); e resultados. Cada uma dessas dimensões constitui um *continuum* no processo da avaliação; isso porque a estrutura somente cumpre suas finalidades se os processos forem adequados e inversamente, os processos não podem, sozinhos, ultrapassar limitações estruturais e todas as três dimensões somente atingem seus objetivos finais com o alcance dos resultados (SANTOS; SANTOS, 2007, p. 1032-1033).

Tomando-se como ponto de partida o Projeto Básico do QualisAPS, para o desenvolvimento da sistemática de avaliação do Programa, as etapas estabelecidas, de forma não linear, estão descritas na Figura 2.

**Figura 2 - Etapas do desenvolvimento da sistemática de avaliação do Programa QualisAPS**

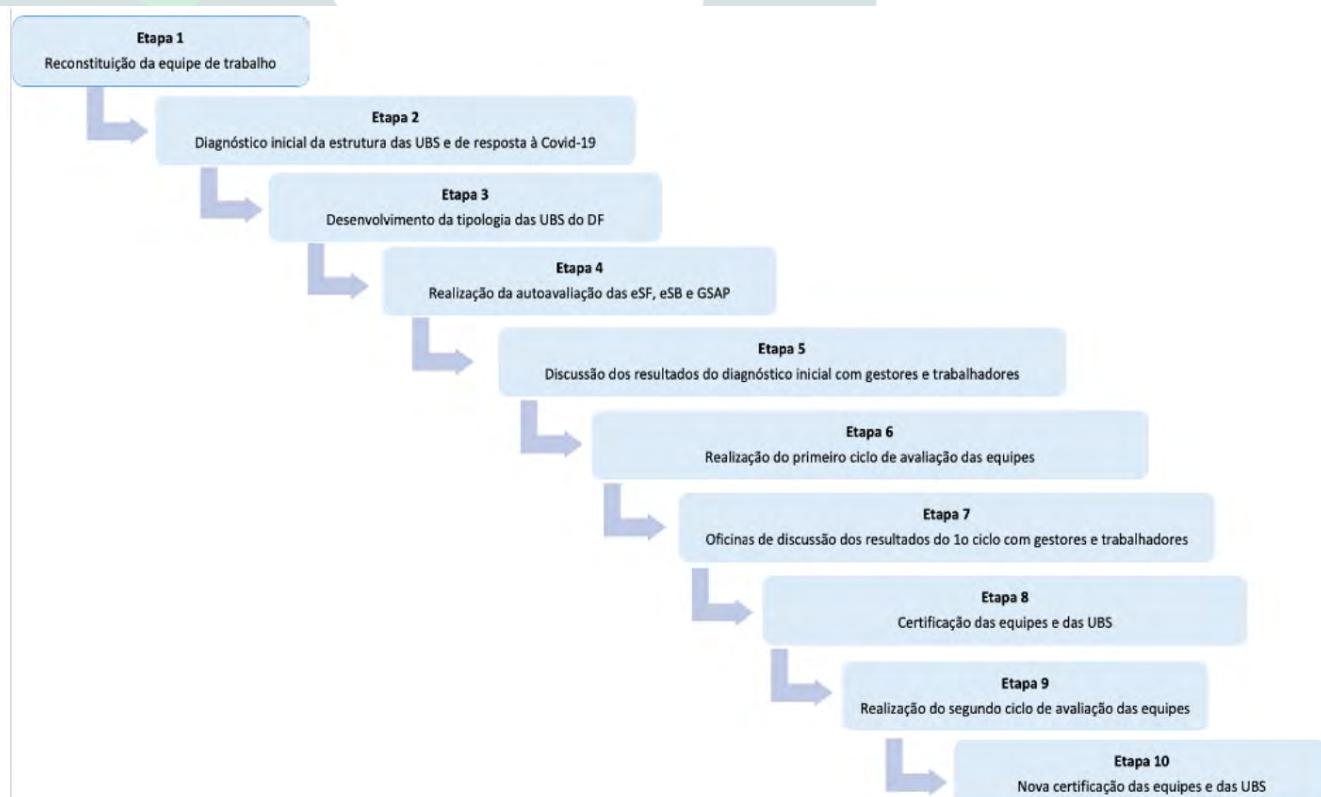


Legenda: SES/DF= Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal; GC= Grupo Condutor da UnB.

Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

Para a implantação da avaliação da qualidade, as etapas estabelecidas estão apresentadas na Figura 3.

**Figura 3 - Etapas para implantação da avaliação da qualidade do Programa QualisAPS**



Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

Nas experiências brasileiras de avaliação da APS analisadas para obtenção de subsídios para o QualisAPS, observou-se que as propostas foram construídas a partir da revisão e adaptação de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente.

A sistemática de avaliação da APS do DF tem como referência o Modelo de Acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), o Sistema Municipal de Acreditação em Saúde de Florianópolis (SMAS) – AcreditaSUS Floripa, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, e o Sistema de Monitoramento e Avaliação QualiAB.

Inicialmente, o Modelo de Acreditação da ACSA, adotado pelo Ministério da Saúde de Portugal, foi a primeira fonte consultada que influenciou diretamente na construção do Programa QualisAPS. Tendo como referência a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (PORTUGAL, 2014), neste modelo o certificado aplicado a um determinado serviço ou unidade de saúde atesta a conformidade com as especificações e os padrões estabelecidos nos Manuais de *Standards* e demais requisitos do Modelo Acreditação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde de Portugal. O modelo traz uma abordagem integral da qualidade e tem caráter progressivo e estruturante para os serviços de saúde.

No modelo da ACSA, durante a autoavaliação os profissionais/equipes de saúde identificam a sua posição atual face aos padrões do modelo da qualidade, determinam onde querem chegar e planejam as ações necessárias. A partir disso, ocorre um processo de acreditação, que seria um conjunto de procedimentos, com base em padrões mínimos pré-estabelecidos, para avaliar a qualidade da prestação de serviços de saúde ofertados à população (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Esse modelo tem orientado e inspirado programas de avaliação no Brasil, a exemplo do implementado pela Secretaria de Municipal de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina, que em 2019 implementou o SMAS - AcreditaSUS Floripa (FLORIANÓPOLIS, 2019). Uma das principais contribuições do AcreditaSUS Floripa, no âmbito do QualisAPS, foi orientar o preenchimento do instrumento de autoavaliação, preferencialmente em reunião conjunta com todos os integrantes das equipes eSF e eSB.

O ACSA também influenciou na definição do modelo de apresentação dos padrões nos instrumentos de autoavaliação do QualisAPS, em que cada padrão é acompanhado da sua descrição e de seus elementos avaliáveis.

A AMQ, lançada em julho de 2005, foi uma das primeiras iniciativas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em termos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. A AMQ buscava avaliar a qualidade por meio de padrões de referência a serem atingidos, ampliando a proposta da avaliação para além do simples inquérito avaliativo. Na metodologia construída para a avaliação da APS do DF, de modo semelhante ao proposto pelo AMQ (BRASIL, 2005), a construção dos padrões de referência na sistemática de avaliação do DF foi estruturada em duas unidades de análise, uma para a gestão e outra para as eSF e eSB e estas, posteriormente, tiveram seus resultados agrupados em estrutura, processo e atenção ao usuário.

O AMQ inspirou, em 2011, a criação da ferramenta Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), instrumento de avaliação utilizado no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), responsável por promover uma cultura de autoavaliação nos serviços de saúde. O PMAQ-AB buscou promover melhorias nos serviços de saúde e gestão (União, Estados, Distrito Federal, e Municípios) por meio da contínua avaliação, análise dos resultados e tomada de decisão para a melhoria da qualidade dos serviços. O PMAQ-AB foi uma das fontes consultadas para desenhar o processo da autoavaliação do Programa QualisAPS e influenciou na construção e organização dos padrões e na criação do instrumento de autoavaliação e de coleta de dados do diagnóstico de estrutura. Além disso, o PMAQ-AB também foi inspiração para a elaboração do *Manual de Avaliação da Atenção Primária do Distrito Federal* (DISTRITO FEDERAL, 2021c).

Para a elaboração dos instrumentos de avaliação também foi consultado o *PCATool*, instrumento desenvolvido pelo *The Johns Hopkins Primary Care Policy Center* para medir a extensão e a qualidade dos serviços de cuidados primários. Assim como o AMQ, o *PCATool* mede os aspectos da estrutura, dos processos e dos resultados dos serviços de saúde por meio da presença e da extensão dos atributos essenciais e derivados da APS (DONABEDIAN, 1996; SHI; STARFIELD; XU, 2001).

O *PCATool* é o modelo que mais se aproxima da proposta de avaliar a APS e subsidiar a qualificação da Saúde da Família, “pois permite avaliar a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural, e guarda coerência com a Política Nacional de Atenção Básica Brasileira (PNAB), que tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS” (FRACOLLI *et al.*, 2014, p. 4858). O *PCATool* orientou a construção dos padrões de qualidade relacionados aos atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) da APS, em triangulação com o que emergiu das narrativas dos gestores, profissionais e usuários, em oficinas realizadas.

O Sistema de Monitoramento e Avaliação QualiAB, desenvolvido pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Neto (Unesp - *Campus de Botucatu*), entre 2006 e 2007, é outra referência para o QualisAPS, na elaboração dos padrões de qualidade, mas, principalmente, na organização do processo via plataforma *web* (utilizada para adesão, cadastro dos respondentes, resposta ao instrumento pelas equipes e acesso aos resultados). Inicialmente, ele foi aplicado em três Regionais de Saúde do Estado de São Paulo e, em 2010, ampliado para 2.735 unidades de saúde de 586 municípios do estado. Mais recentemente, em 2014/2016, o sistema foi atualizado e validado em amostra nacional (CASTANHEIRA *et al.*, 2011; CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

Partindo-se dos modelos de avaliação acima descritos, desenvolveu-se, por meio de processo participativo que envolveu escuta de gestores, trabalhadores e usuários da APS, os padrões de qualidade utilizados na autoavaliação, organizados em dimensões, subdimensões, graus, contendo a descrição do padrão (declaração da qualidade esperada) e os elementos avaliáveis, que são descritos mais adiante neste Caderno.

Ressalta-se que no QualisAPS, diferentemente dos outros modelos, na construção dos Instrumentos, os padrões é que foram o ponto de partida para a elaboração das dimensões e das subdimensões, conferindo a lógica de estruturação do Caderno. Ou seja, dimensões e subdimensões surgiram *a posteriori* e não *a priori*, com base no conteúdo dos padrões.

A avaliação externa também é um passo comum a todos os processos de certificação analisados, contribuindo para identificar os pontos fortes da unidade, as suas potencialidades e as áreas que necessitam de melhoria e determinando o nível de certificação obtido pelas equipes de saúde. No QualisAPS essa modalidade de avaliação foi adaptada ao desenho da sistemática de avaliação do Distrito Federal, sendo descrita no volume II do Caderno do Método como “avaliação *in loco*”.

O desenho da avaliação da APS do DF, portanto, contempla a realização de avaliações sistemáticas e periódicas, com permanente discussão e aprimoramento dos padrões a serem alcançados pelas equipes. No mesmo sentido, em cada ciclo avaliativo, descrito no Caderno do Método volume II, desenvolve-se um conjunto de estratégias para apoiar as equipes na mudança de práticas visando alcançar os padrões pactuados, tais como ações de educação permanente, apoio institucional, elaboração de plano de ação, entre outros (DISTRITO FEDERAL, 2019a).

Considera-se que a mera instituição da avaliação com vistas à certificação não se faz suficiente para incidir de forma decisiva na qualificação dos processos de trabalho. O desenvolvimento profissional dos servidores atuando na APS é um desafio premente nesse contexto, especialmente pela recente mudança no modelo de atenção, adensado pelas constantes exigências de mudanças nos processos de trabalho e de atualização técnico-científica advindas do cenário mutante em que a saúde está inserida como área de conhecimentos e práticas.

A satisfação do usuário também se inclui como componente importante na avaliação da qualidade da APS (FURLANETTO *et al.*, 2020; CANTALINO *et al.*, 2021). Sendo assim, “há necessidade da construção de um processo de corresponsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção à saúde, em que se incluem a gestão e o controle social” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, apud DISTRITO FEDERAL, 2019b, p. 2).

### **3) DIAGNÓSTICO INICIAL - LINHA DE BASE**

A avaliação, no QualisAPS, tem como ponto de partida a realização do diagnóstico inicial da estrutura das UBS, dos serviços prestados e dos processos de trabalho das eSF, eSB e equipes das GSAP, para estabelecer linha de base sobre a qualidade dos serviços no âmbito da APS no DF.

Esse diagnóstico consiste na realização de um levantamento da situação da estrutura e dos serviços por meio de instrumentos respondidos pelos GSAP, que possibilitaram a elaboração da tipologia das UBS, e na autoavaliação dos processos de trabalho pelas eSF, eSB e GSAPs.

#### **3.1 Diagnóstico da estrutura das Unidades Básicas de Saúde**

A estrutura pode ser compreendida como as condições estruturais estáveis dos serviços de saúde, como os recursos materiais e humanos e como um ambiente físico no qual os serviços de saúde acontecem (DONABEDIAN, 1988). Uma estrutura efetiva possibilita melhorias nos processos de trabalho dos profissionais, o que resulta em uma melhor assistência aos usuários (BRASIL, 2008).

Para avaliação da estrutura das UBS do DF foi realizado um diagnóstico inicial, utilizando-se instrumento especificamente construído para esse fim (FURLANETTO *et al.*, 2022). O diagnóstico foi inicialmente planejado para ser executado por meio de pesquisa *in loco* nas UBS, no entanto, com o advento da pandemia de covid-19 e das medidas de distanciamento e isolamento social decretadas pelo Governo do Distrito Federal (GDF), a alternativa encontrada para manter o cronograma de execução previsto no Programa QualisAPS foi realizá-lo de forma remota (*on-line* e por telefone).

Técnicos da SES/DF participaram ativamente no esforço de co-construção do instrumento de avaliação e sugeriram incluir a avaliação da capacidade de resposta das UBS à pandemia do novo coronavírus.

Para a elaboração do instrumento de avaliação da estrutura das UBS, realizou-se análise das normativas e dos documentos técnicos listados a seguir: Manual do PMAQ/AB de 2012 e 2017 (BRASIL, 2012a, 2017); AMAQ/AB (BRASIL, 2012b); Manual de estrutura física das UBS (BRASIL, 2008); Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2017); Plano de Contingência do DF para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19 (DISTRITO FEDERAL, 2020a); Atendimento da Rede de Atenção à Saúde durante a pandemia - Covid-19 (CONASS, 2020), *Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community* (WHO, 2020); e Protocolo de Atenção à Saúde: Guia de Enfermagem da APS (DISTRITO FEDERAL, 2020b).

Após a análise documental, foram associados os Indicadores do Acordo de Gestão Local (AGL) da SES/DF, que é uma ferramenta de contratualização celebrado entre as Superintendências das Regiões de Saúde do DF e as UBS do seu território (DISTRITO FEDERAL, 2016). Os indicadores serviram de base para a formulação dos eixos do instrumento, utilizando critérios de clareza, simplicidade, objetividade, técnica e adequação contextual e considerando o contexto da pandemia.

O instrumento de avaliação de estrutura da APS do DF foi estruturado em 11 eixos: 1) Identificação do Respondente (dados gerais); 2) Identificação da UBS (caracterização geral das UBS); 3) Funcionamento da UBS durante a pandemia de covid-19 (funcionamento e oferta de serviços, incluindo atendimento aos usuários sintomáticos respiratórios ou grupos de cuidados prioritários); 4) Força de Trabalho (questões sobre os desdobramentos da Covid-19 para os trabalhadores); 5) Organização e Processo de Trabalho (questões também relacionadas às medidas adotadas durante a pandemia); 6) Estrutura (questões sobre a estrutura física da UBS e as conformações frente à covid-19); 7) Equipamentos, Mobiliários e Insumos (questões sobre a disponibilidade); 8) Medidas de Proteção (questões sobre equipamentos de proteção individual e medidas de redução de contágio da covid-19); 9) Acompanhamento de Usuários e Exames (questões sobre atenção domiciliar, fornecimento de O<sub>2</sub> e os fluxos para exames moleculares); 10) Informação, Vigilância, Integração e Comunicação (informações de utilização dos sistemas de informação para Vigilância Epidemiológica); 11) Gestão (gestão frente à covid-19).

Considerando o contexto epidemiológico da pandemia da covid-19, adotou-se como estratégia de coleta dos dados junto aos gerentes de GSAP ou supervisores das UBS respondentes, a divisão do instrumento em dois, intitulados “Instrumento de Telefone” (aplicado por meio de entrevista telefônica) e “Instrumento de Autopreenchimento” (preenchido por meio eletrônico).

O Instrumento de Telefone é composto por 60 questões, distribuídas em seis eixos (eixo 1, 2, 5, 6, 8 e 11) e o Instrumento de Autopreenchimento conta com 67 questões, distribuídas em cinco eixos (3, 4, 7, 9 e 10). A Figura 4 apresenta a distribuição dos 11 eixos nos dois instrumentos.

**Figura 4:** Instrumentos de Telefone e Autopreenchimento e seu quantitativo de questões por eixo e instrumento

INSTRUMENTO DE TELEFONE (60 QUESTÕES)	INSTRUMENTO DE AUTOPREENCHIMENTO (67 QUESTÕES)
Eixo 1: <b>Identificação do respondente</b> (4 questões); Eixo 2: <b>Identificação da UBS</b> (5 questões); Eixo 5: <b>Organização e Processo de Trabalho</b> (22 questões); Eixo 6: <b>Estrutura</b> (5 questões); Eixo 8: <b>Medidas de Proteção</b> (18 questões); e Eixo 11: <b>Gestão</b> (6 questões).	Eixo 3: <b>Funcionamento da UBS</b> durante a pandemia da COVID-19 (11 questões); Eixo 4: <b>Força de Trabalho</b> (17 questões); Eixo 7: <b>Equipamentos, Mobiliário e Insumos</b> (8 questões); Eixo 9: <b>Acompanhamento de Usuários e Exames</b> (3 questões); e Eixo 10: <b>Informação, Vigilância, Integração e Comunicação</b> (28 questões).

Fonte: arquivos do Programa QualisAPS.

Para hospedar o instrumento, realizar e acompanhar a coleta dos dados, foi utilizado o *software Research Electronic Data Capture (REDCap)*, disponível para maiores informações no link: <https://redcapbrasil.com.br/en/> formulado pela *Vanderbilt University* (Tennessee, Estados Unidos) (HARRIS et al., 2019). O *REDCap* é considerado um aplicativo seguro para armazenar e gerenciar pesquisas e bancos de dados de maneira *on-line*, podendo ser acessado por meio de um computador, *tablet* e/ou *smartphone*. Além disso, a ferramenta possibilita a criação de instrumentos de coletas de dados, o acompanhamento dinâmico da coleta por meio de relatórios descritivos, exportação e importação de dados em variados formatos, entre outras funcionalidades (HARRIS et al., 2009). Todas as respostas preenchidas por via eletrônica são salvas automaticamente, a cada avanço de página ou conclusão do questionário, havendo internet disponível.

Para verificação da adequação e factibilidade dos instrumentos foi realizado pré-teste em duas UBS do Sistema Prisional do DF. O Instrumento de Telefone foi aplicado por meio de entrevista telefônica, enquanto o *link* para o Instrumento de Autopreenchimento sediado no *REDCap* foi enviado para o *e-mail* do respondente, com prazo de uma semana para a resposta. Na sequência, foram analisadas as respostas, a clareza das perguntas, a compreensão pelos entrevistados e as lacunas na aplicação dos instrumentos. Após os ajustes propostos no pré-teste, os instrumentos foram disponibilizados para aplicação.

A coleta de dados foi realizada em UBS de todas as Regiões de Saúde do DF no período de agosto de 2020 a fevereiro de 2021 por pesquisadores da UnB. Para a coleta, foram organizados quatro grupos distribuídos nas sete Regiões de Saúde descritas a seguir: grupo 1 (Região Centro Sul e Oeste), grupo 2 (Região Central e Sudoeste), grupo 3 (Região Sul e Leste) e grupo 4 (Região Norte).

Todos os entrevistadores passaram por treinamento realizado em três etapas, visando uniformizar a aplicação dos instrumentos, tanto no que se refere às estratégias de abordagem dos entrevistados, quanto na forma de registrar as informações obtidas. A primeira etapa teve o objetivo de apresentar o campo de coleta, as responsabilidades e atribuições de cada entrevistado e a apresentação *offline* do *software REDCap*; a segunda etapa focou na explicação do fluxo de comunicação interna da equipe e na discussão das dificuldades e potencialidades da aplicação do instrumento na fase piloto; e a terceira etapa teve o propósito de apresentar a versão online do *REDCap* e as maneiras de preenchimento do instrumento no *software*, além de orientar a comunicação entre o entrevistador e os gerentes e supervisores das GSAPs das UBSs. Também foi utilizado Manual de Trabalho de Campo do Diagnóstico de Estrutura, elaborado para subsidiar as ações dos entrevistadores na coleta de dados.

O trabalho de campo foi monitorado por meio de uma planilha de acompanhamento, que serviu de subsídio para a geração de relatórios descriptivos parciais sobre o *status* da coleta, encaminhados semanalmente à SES/DF. Os relatórios continham a frequência relativa do preenchimento dos instrumentos, com base nos dados armazenados no software *REDCap*.

Os resultados foram analisados para o DF como um todo, bem como desagregados por regiões de saúde, o que permitiu identificar a situação da estrutura de cada uma das UBS do DF e dos recursos disponíveis para o enfrentamento de situações emergenciais, tais como a pandemia de covid-19. A descrição dos resultados por questões, eixos e Regiões de Saúde está apresentada no Caderno QualisAPS Diagnóstico de Estrutura das UBS do DF e capacidade de resposta à covid-19 - Resultados (DISTRITO FEDERAL, 2021b).

Os resultados do diagnóstico também estão disponíveis para consulta de todos os trabalhadores de saúde e gestores da APS do DF na Plataforma QualisAPS no link: <https://qualisaps.unb.br/home>, no menu “Resultados Estrutura” (DISTRITO FEDERAL, 2021d; 2021e). Os dados foram organizados em gráficos, conforme os instrumentos de coleta (por telefone e por autopreenchimento), utilizando-se a ferramenta *Microsoft Power BI* (POWER, 2021). Em cada relatório eletrônico é possível verificar as respostas do diagnóstico para todo DF, além da possibilidade de realizar a seleção por região de saúde, região administrativa ou por UBS. Para facilitar o acesso e a utilização dos filtros gerados pela ferramenta foi elaborado um tutorial, disponível na plataforma digital *YouTube* (DISTRITO FEDERAL, 2021f).

### **3.2 Tipologia das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal**

De acordo com as especificidades do DF identificadas no Diagnóstico de Estrutura realizado em 2020/2021, foi criada a Tipologia das UBS do DF, classificando-as de acordo com as condições de estrutura e de funcionamento. O desempenho dos serviços de saúde está fortemente associado à estrutura e ao cumprimento dos objetivos e funções do sistema (VIACAVA *et al.*, 2004; VIACAVA *et al.*, 2012), o que permite orientar a tomada de decisão institucional e a elaboração de planos de ação para garantia da qualidade da atenção oferecida.

A elaboração dessa Tipologia teve como referência os trabalhos desenvolvidos por Giovanella *et al.* (2015) e Bousquat *et al.* (2017) que, a partir de dados do Ciclo 1 do PMAQ-AB, desenvolveram a “Tipologia da estrutura das Unidades Básicas de Saúde brasileiras”, documento que classifica as UBS de acordo com a sua estrutura.

Também foram norteadores os seguintes documentos: Nota Técnica nº 5, que traz informações detalhadas sobre a construção da “Tipologia da estrutura das Unidades Básicas de Saúde brasileiras” (GIOVANELLA *et al.*, 2015); Portaria nº 77 de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal; Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018, que trata da estruturação e funcionamento dos NASF-AB; Portaria nº 496, de 25 de maio de 2018, que aborda o processo de transição das equipes de Atenção Básica, além de dados secundários de Monitoramento da Atenção Básica da SES/DF, fornecidos pela Diretoria da Estratégia Saúde da Família (DESF) da SES/DF.

A tipologia proposta por Giovanella *et al.* (2015) é dividida em cinco dimensões: Tipos de equipe; Elenco de profissionais; Turnos disponíveis, Serviços disponíveis; e Infraestrutura, com três subdimensões: Estrutura física e equipamentos; Insumos; e Equipamentos de Tecnologia, Informação e Comunicação (TIC). A cada dimensão é atribuída uma pontuação de acordo com variáveis associadas, a partir dos seguintes pressupostos: relevância para a observação da dimensão; capacidade de discriminação das UBS através da observação da variável; e potencial de ser um marcador do que se pretende medir.

Para a tipologia das UBS do DF foram considerados os documentos acima citados e realizadas adaptações alinhadas à realidade do DF, como a inclusão de novas variáveis nas dimensões/subdimensões e novas pontuações. Ressalta-se que a versão inicial da proposta de tipologia construída pela equipe QualisAPS foi apresentada às pesquisadoras Lígia Giovanella e Aylene Bousquat por meio de videoconferência, onde se promoveu discussão detalhada, que resultou em contribuições das autoras para sua versão final.

## Dimensões e Subdimensões da Tipologia

As cinco dimensões propostas por Giovanella *et al.* (2015) fornecem subsídios para análise da infraestrutura física e disponibilidade de profissionais para garantia da qualidade na APS. Mantiveram-se todas as dimensões da tipologia base e a elas foram adicionadas variáveis, a partir das especificidades do DF, de documentos técnicos, de normativas e de diretrizes específicas.

Para a dimensão “Infraestrutura”, as subdimensões “Estrutura física e equipamentos”, “Insumos” e “Equipamentos de TIC” foram incorporadas como dimensões, e a “Infraestrutura” deu lugar às três subdimensões que a compunham. Essa incorporação foi resultado de avaliação estatística realizada por análise fatorial (GIOVANELLA *et al.*, 2015) que permitiu determinar o peso que cada dimensão teria na tipologia.

A função da análise fatorial é reduzir o número de variáveis observadas a um número menor de fatores que representem as dimensões (HAIR *et al.*, 2006). Quando realizada com os dados referentes às UBS do DF, verificou-se que as três subdimensões que compunham a dimensão “Infraestrutura” contribuíam com um peso baixo no conjunto da Tipologia, o que fez com que fossem excluídas. Considerou-se ainda que a dimensão “Turnos disponíveis” presente no modelo de referência (Giovanella *et al.*, 2015; Bousquat *et al.*, 2017) não seria incluída, por não ser capaz de discriminar as UBS do DF, pois todas elas funcionam em pelo menos dois turnos e cinco dias na semana.

Dessa maneira, para a versão final da Tipologia das UBS do DF, as variáveis preconizadas por Giovanella *et al.* (2015) foram mantidas e a elas adicionadas outras, conforme detalhado nas Figuras 5 e 6.

**Figura 5 - Relação das dimensões e respectivas variáveis selecionadas para a Tipologia de UBS**

DIMENSÃO	VARIÁVEIS SELECIONADAS
TIPOS DE EQUIPES	Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal
	Equipe de Saúde da Família sem Saúde Bucal
	Equipe de atenção básica parametrizada com Saúde Bucal
	Equipe de atenção básica parametrizada sem Saúde Bucal
	Outras configurações
ELENCO DE PROFISSIONAIS	Médico
	Enfermeiro
	Cirurgião-dentista
	Técnico ou auxiliar de enfermagem
	Técnico ou auxiliar de Saúde Bucal
	Agente comunitário de saúde
TURNOS DE FUNCIONAMENTO	Turnos de atendimento da unidade de saúde
	A unidade funciona quantos dias na semana
SERVIÇOS DISPONÍVEIS	Consultas médicas
	Consultas de enfermagem
	Consultas odontológicas
	Dispensação de medicamentos pela farmácia
	Vacinação
INFRAESTRUTURA	
ESTRUTURA FÍSICA E EQUIPAMENTOS	Sala de vacina
	Aparelho de nebulização
	Geladeira exclusiva para vacina
	Glicosímetro
INSUMOS	Vacina tetravalente
EQUIPAMENTOS DE TIC	Computador
	Acesso à internet

Fonte: Giovanella *et al.* (2015).

**Figura 6 - Relação das dimensões e respectivas variáveis incluídas para a Tipologia de UBS do DF**

DIMENSÃO	VARIÁVEIS DF
TIPOS DE EQUIPES	Equipe de saúde da família apoiada pela saúde bucal e pelo NASF, com número de usuário cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF
	Equipe de saúde da família com saúde bucal ou NASF, com número de usuário cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF
	Equipe de saúde da família sem saúde bucal e sem NASF, com número de usuário cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF
	Equipe de saúde da família com apoio da saúde bucal e apoio do NASF
	Equipe de saúde da família sem saúde bucal e com o apoio do NASF
	UBS com até 4 equipes de saúde família
ELENCO DE PROFISSIONAIS	Equipe NASF de referência
SERVIÇOS DISPONÍVEIS	Coleta laboratorial
	Atividade coletiva
ESTRUTURA FÍSICA E EQUIPAMENTOS	Situação do imóvel
	Equipe saúde da família por UBS
	Consultórios por equipe de saúde família
	Cadeira odontológica
	Manutenção de cadeira odontológica
	Farmácia
	Estrutura para lixo contaminado
	Balança infantil
	Balança para adulto
	Régua antropométrica infantil
	Régua antropométrica para adulto
	Tiras reagentes de medidas de glicemia capilar
INSUMOS	Vacina Tríplice viral + Varicela/Pentavalente
	O2 (fixo ou para transporte)
	Sabão ou sabonete líquido
	Carrinho de emergência
	Abastecimento e monitoramento do estoque estratégico de insumos laboratoriais
	Abastecimento e monitoramento do estoque estratégico de EPIS
	Abastecimento e monitoramento do estoque estratégico de medicamentos
EQUIPAMENTOS DE TIC	Aparelho telefônico

Fonte: arquivos do Programa QualisAPS.

Com essas adaptações, a Tipologia de estrutura das UBS do DF ficou com seis dimensões, conforme discriminado no Apêndice 2. Para cada dimensão foi definido um “padrão de referência”, que corresponde a itens elementares do Manual de Estrutura Física das UBS necessários para ofertar ações com qualidade e resolutibilidade na APS (BRASIL, 2008). As UBS que atenderem a esse padrão de referência recebem a melhor pontuação.

**Figura 7 - Relação final das dimensões e variáveis que compõem a Tipologia das UBS do DF**

DIMENSÕES	VARIÁVEIS
TIPOS DE EQUIPES	Equipe de saúde da família apoiada pela saúde bucal e pelo NASF, com número de usuário cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF
	Equipe de saúde da família com saúde bucal ou com NASF, com número de usuário cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF
	Equipe de saúde da família sem saúde bucal e sem NASF, com número de usuário cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF
	Equipe de saúde da família com apoio da saúde bucal e apoio do NASF
	Equipe de saúde da família sem saúde bucal e com o apoio do NASF
	Equipe de saúde da família com saúde bucal
	Equipe de saúde da família sem saúde bucal
	Equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal
	Outras configurações
	Médico
ELENCO DE PROFISSIONAIS	Enfermeiro
	Cirurgião-dentista
	Técnico ou auxiliar de enfermagem
	Técnico ou auxiliar de saúde bucal
	ACS
	Equipe NASF de referência
SERVIÇOS DISPONÍVEIS	Consultas médicas
	Consultas de enfermagem
	Consultas odontológicas
	Dispensação de medicamentos pela farmácia
	Vacinação
	Atividade coletiva
ESTRUTURA FÍSICA	Coleta laboratorial
	Situação do imóvel
	Equipe saúde da família por UBS
	Consultórios por ESF
	Cadeira odontológica
	Manutenção das cadeiras odontológicas
	Farmácia
	Sala de vacina
	Estrutura para lixo contaminado
	Aparelho de nebulização
	Geladeira exclusiva para vacina
	Glicosímetro/tiras reagentes de medidas de glicemia capilar
	Balança infantil
	Balança para adulto
INSUMOS	Régua antropométrica infantil
	Régua antropométrica para adulto
	Vacina tetravalente/Tríplice viral + Varicela/Pentavalente
	O2 (fixo ou para transporte)
	Sabão ou sabonete líquido
	Carrinho de emergência
	Abastecimento e monitoramento do estoque estratégico de insumos laboratoriais
Abastecimento e monitoramento do estoque estratégico de EPIS	
Abastecimento e monitoramento do estoque estratégico de medicamentos	

'Continua'

DIMENSÕES	VARIÁVEIS
EQUIPAMENTOS DE TIC	Computador
	Acesso à internet
	Aparelho telefônico

Fonte: arquivos do Programa QualisAPS.

## Critérios de Pontuação

A definição dos critérios de pontuação se deu pela análise da relevância da variável dentro da dimensão e o grau de cumprimento dos elementos (Giovanella *et al.*, 2015; Bousquat *et al.*, 2017). A seguir é descrita a forma de calcular cada dimensão:

1- A dimensão “tipos de equipes” deve ser pontuada elegendo-se uma entre as variáveis descritas, exceto a variável “equipe de consultório na rua”, que agrega pontuação adicional. Por exemplo, uma UBS pode contar com todas as suas eSF com apoio da eSB e do NASF-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF e, portanto, pontuar 8 pontos nesta dimensão. Porém, se também contar com equipe de consultório na rua, será somado mais 0,5 ponto, totalizando 8,5 pontos, que é o valor máximo para a dimensão.

2- Em “elenco de profissionais” cada variável possui pontuação gradativa. Uma das opções entre as disponíveis para cada variável deve ser escolhida, e as pontuações das variáveis devem ser somadas. A pontuação máxima nesta dimensão é de 12 pontos.

3- Na dimensão “serviços disponíveis” há duas formas de pontuação: uma direta por meio do cumprimento ou não da variável ou da eleição da pontuação de variáveis gradativas. Após a pontuação das variáveis, elas devem ser somadas, sendo o valor máximo da dimensão igual a 7,5 pontos.

4- Em “estrutura física”, além das variáveis de pontuação gradativa e direta, há duas variáveis em que os componentes da pontuação devem ser somados para gerar a pontuação final da variável, configurando a pontuação somatória. Para as variáveis: “local adequado para usuário sintomático respiratório” e “sinalização”, há mais de um componente que deve ser analisado para a pontuação da variável. Eles podem ocorrer simultaneamente e, portanto, terem suas pontuações somadas. Nessas duas variáveis, a pontuação varia de 0 a 1 ponto. Após cada variável da dimensão ser pontuada individualmente, elas devem ser somadas, sendo a pontuação máxima da dimensão de 20 pontos.

5- Nos “insumos” deve ser observado que as variáveis podem ser do tipo de pontuação gradativa, quando ela deve ser estabelecida elegendo-se apenas uma das opções, e diretas, em que deve ser observado o cumprimento ou não da descrição da variável. Ao final, os pontos devem ser somados, podendo chegar ao limite máximo de 7 pontos.

6- Por fim, a dimensão “equipamentos de TIC” possui variáveis de pontuação gradativa e direta. Os pontos das variáveis devem ser somados, sendo o valor máximo da pontuação da dimensão de 4 pontos.

Após a análise do conjunto de dimensões e suas respectivas variáveis, foi realizada a padronização da pontuação a fim de permitir comparabilidade entre elas. Essa padronização ocorreu a partir da escala 0-1 e pode ser obtida dividindo-se a pontuação da UBS na dimensão pelo número de pontos máximos na dimensão (Quadro 1).

**Quadro 1** - Cálculo para padronização das pontuações das dimensões na tipologia de estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2020/2021

DIMENSÕES	CÁLCULO
Tipos de equipes*	Pontuação da UBS na dimensão/8
Elenco de profissionais	Pontuação da UBS na dimensão/12
Serviços disponíveis	Pontuação da UBS na dimensão/7,5
Estrutura física	Pontuação da UBS na dimensão/20
Insumos	Pontuação da UBS na dimensão/7
Equipamentos de TIC	Pontuação da UBS na dimensão/4

\* Apesar da pontuação máxima da dimensão “tipos de equipes” ser 8,5 devido a possibilidade de ser acrescentado 0,5 ponto pela presença de equipes de consultório na rua, para o cálculo de padronização das dimensões foi considerado o valor máximo de 8,0 pontos. Isso ocorreu pelo entendimento de que nem todas as UBSs possuem perfil para a presença de tais equipes e que, portanto, o ponto deveria ser de fato adicional, não prejudicando as demais UBS que não possuem equipe de consultório na rua. Por esse motivo, para a dimensão “tipos de equipes”, há a possibilidade de uma pontuação padronizada de até 1,0625 pontos, o que difere das demais dimensões que têm pontuação máxima igual a 1.

Fonte: arquivos do Programa QualisAPS.

### Análise factorial e escore final

Em seguida, para definir o peso que cada dimensão teria na nota final da tipologia, foi empregada a análise factorial. Nesse processo, foram utilizadas as notas obtidas pelas UBS em cada dimensão, já com a pontuação padronizada para uma escala de 0-1. Os coeficientes das cargas fatoriais de cada dimensão determinaram o peso que cada uma delas teria, tendo em vista sua representatividade no conjunto de dimensões avaliadas. Com a utilização desse método, foi possível o ajuste do escore final por UBS e o cálculo da Tipologia de Estrutura das UBS do DF. A equação final pode ser determinada pela seguinte fórmula:

$$\begin{aligned} \text{Peso1 (0, 155)} * \text{Escore}_{\text{TipodeEquipe pad}} + \text{Peso2 (0, 179)} * \text{Escore}_{\text{ElencodeProf pad}} + \text{Peso3 (0, 226)} * \text{Escore}_{\text{Serviços pad}} \\ + \text{Peso4 (0, 187)} * \text{Escore}_{\text{Est.física pad}} + \text{Peso5 (0, 175)} * \text{Escore}_{\text{insumos pad}} + \text{Peso6 (0, 078)} * \text{Escore}_{\text{TIC pad}} = \\ \text{Tipologia da UBS} \end{aligned}$$

Após ter sido determinado o escore final das UBS foi realizado um ajuste de acordo com o número de eSF presente nas UBS. Assim, as UBS que possuíam até 4 eSF mantiveram seu escore final inalterado; UBS com 5 a 7 eSF tiveram seu escore final reduzido em 5%; e UBS com mais de 7 eSF tiveram seu escore final reduzido em 10%.

Esse ajuste foi realizado para garantir que UBS grandes que possuíssem uma ampla gama de oferta de serviços, não alcançassem uma classificação que não representasse a realidade. Apesar da oferta de serviços ser primordial como componente da estrutura das UBS, quando os espaços que permitem essa oferta, como sala de vacina e coleta de exames, por exemplo, são divididos entre muitas equipes, a qualidade da oferta dos serviços pode ser reduzida. Ademais, a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde recomenda que as UBS tenham até 4 eSF cada, e as diretrizes da Coordenação de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2017a) direcionam a construção de UBS com até 7 eSF cada, justificando a redução da pontuação das UBS com uma maior quantidade de eSF.

### Classificação da Tipologia das UBS

Foram criadas cinco categorias onde as UBS puderam ser classificadas de acordo com o percentual de alcance no cumprimento dos critérios de qualidade de estrutura e serviços oferecidos. Das 165 UBS inclu-

idas no diagnóstico de estrutura das UBS do DF, 157 possuíam os dados necessários para a classificação segundo a tipologia de estrutura. As perdas ocorreram em virtude de quatro UBS não terem respondido o questionário de autopreenchimento; duas UBS terem preenchido esse questionário de forma incompleta, não fornecendo todas as informações necessárias à determinação da pontuação da tipologia de estrutura; e duas UBS terem sido fechadas no intervalo de tempo entre a realização do diagnóstico e a avaliação por meio da tipologia de estrutura.

Na sequência realizou-se análise do conjunto das dimensões, suas respectivas variáveis e cálculo e ajuste do escore final por UBS, que variaram de 0 a 1. A partir dos escores finais das UBS foram criadas categorias de acordo com o percentual de alcance no cumprimento dos critérios de qualidade de estrutura estabelecidos. Para essa categorização, foi utilizado o cálculo de quintis, que apontou para uma faixa superior acima da pontuação de 0,8 (ou 80%) e uma faixa média de 0,1 (ou 10%) entre as demais quatro faixas. Dessa forma, as UBS puderam ser classificadas de acordo com os tipos A, B, C, D ou E, sendo as UBS do tipo A as com melhor estrutura e as do tipo E as com maiores fragilidades estruturais. O apêndice 2 apresenta a faixa de pontuação requerida para a classificação de acordo com os tipos de UBS. Assim, a depender do escore final atribuído na análise, temos:

**UBS Tipo A:** atende 80% ou mais dos critérios de qualidade de estrutura e dispõe de condições próximas ou ideais para o funcionamento e fornecimento de ações e serviços de APS de qualidade.

**UBS Tipo B:** atende de 70 a menos de 80% dos critérios de qualidade de estrutura, apresentando bom funcionamento, mas ainda necessita de investimento para a melhoria de suas instalações e/ou aumento dos insumos disponíveis para alcançar a referência.

**UBS Tipo C:** atende de 60 a menos de 70% dos critérios de qualidade de estrutura, com estrutura mínima e/ou ações oferecidas reduzidas para a oferta de serviços à população.

**UBS Tipo D:** atende de 50 a menos de 60% dos critérios de qualidade de estrutura, e apresenta condições insuficientes de estrutura, necessitando de importantes adequações.

**UBS Tipo E:** atende 50% ou menos dos critérios de qualidade de estrutura, apresentando graves falhas estruturais que influenciam negativamente na capacidade de ação das eSF.

Essa classificação das UBS poderá ser utilizada em associação com a autoavaliação das equipes e na elaboração dos Planos de Ação para a Qualidade da APS (PAQ).

### 3.1 Autoavaliação dos processos de trabalho

A autoavaliação dos processos de trabalho das eSF, eSB e das GSAP compõem, com a análise da estrutura das UBS, o diagnóstico inicial - linha de base da APS do DF, e se configura como uma ferramenta pedagógica com potencial reflexivo e problematizador, que auxilia os profissionais na análise do que fazem e como fazem para alcançar uma APS de qualidade.

O percurso para efetivação da autoavaliação consistiu na realização do seguinte grupo de ações: levantamento de subsídios para a construção dos padrões de qualidade da APS do DF; elaboração dos padrões e dos instrumentos de avaliação; ações preparatórias para a autoavaliação; ações de comunicação; realização da autoavaliação; sistematização dos resultados.

## Oficinas com atores da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

Coerente com a metodologia de avaliação participativa, um dos pilares do QualisAPS, foram realizadas oficinas com os atores envolvidos na atenção e gestão dos serviços de saúde da APS do DF para obter subsídios para elaboração dos padrões de qualidade. A primeira aproximação ocorreu com a realização de oficinas com gestores das Regiões de Saúde: superintendentes e diretores das DIRAPS; gerentes de planejamento, monitoramento e avaliação (GPMA); de acesso e qualidade (GEAQAPS); de enfermagem (GENF); e de áreas programáticas da APS (GAPAPS).

Posteriormente, foram realizadas oficinas nas sete regiões de saúde com gestores e trabalhadores das eSF e eSB, cujo objetivo foi identificar, junto aos participantes, o que seria um serviço de qualidade. O levantamento foi feito por meio de grupos focais com três segmentos: (i) trabalhadores de nível superior, sendo enfermeiros, cirurgiões-dentistas e médicos; (ii) trabalhadores de nível técnico, sendo técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde; (iii) gerentes/supervisores de UBS. Também foram realizadas rodas reflexivas multiprofissionais para discussão dos atributos da APS. A aplicação de dupla técnica de coleta de dados (grupos focais e rodas reflexivas) foi propícia e necessária para garantir participação de grande número de atores, tendo sido incluídos cerca de 500 profissionais de saúde.

O grupo focal é uma forma de entrevista com grupos que valoriza a interação de cada participante para a construção de respostas. É uma técnica que possibilita a coleta de dados qualitativos a partir de discussões coletivas entre diferentes atores de modo que possam expressar suas percepções, valores, representações e atitudes em relação a um determinado tema (HALCOMB *et al.*, 2007). A produção de dados se faz pela sinergia do grupo, sem busca de consenso, possibilitando o surgimento de ideias ou concepções distintas daquelas obtidas por meio de entrevistas individuais (GATTI, 2012).

Foram realizados 20 grupos focais, orientados pela seguinte questão norteadora da discussão: “para mim, uma oferta de serviço de qualidade na APS do DF é...”, solicitando-se aos participantes que considerassem o trabalho das eSF e eSB, o trabalho dos gestores e a atenção ao usuário. Para condução dos grupos focais havia um moderador da equipe de pesquisadores da UnB e dois relatores. O conteúdo foi gravado, com garantia de preservação de sigilo, e posteriormente transscrito para servir de base para a elaboração dos padrões de qualidade. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Também foram realizadas 21 rodas reflexivas nas sete Regiões de Saúde, nas quais participaram cerca de 425 trabalhadores de saúde de diferentes serviços da APS: profissionais das eSF e eSB, dentre agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e médicos; profissionais do NASF-AB, incluindo psicólogo, assistente social, farmacêutico, terapeuta ocupacional, nutricionista e fisioterapeuta; gerentes de serviços (GSAP) e supervisores.

As rodas desenvolveram-se em três momentos. O primeiro consistiu na reflexão sobre como deve ser um serviço de saúde de qualidade na APS que garanta a efetivação dos atributos da APS: acesso, integralidade, longitudinalidade, continuidade do cuidado, coordenação da atenção, orientação familiar e comunitária, e competência cultural. Posteriormente, os participantes elaboraram sínteses das reflexões, considerando os seguintes elementos: 1. estrutura dos serviços; 2. organização do trabalho; e 3. atenção ao usuário. Na sequência, dissolveram-se as rodas, os conteúdos foram debatidos em plenária e obteve-se um relatório final.

Na continuidade, com o apoio do Conselho de Saúde do DF, foram realizados quatro grupos focais com a participação de conselheiros de saúde usuários, representantes da sociedade civil organizada e de categorias profissionais. Como condição para participação, os indicados pelo Conselho deveriam ser usuários de UBS de seu território e ter acesso à internet para acessar a plataforma *Teams Meeting*, onde ocorreram as reuniões, com duração aproximada de duas horas. Todos os participantes assinaram o TCLE. Esses grupos aconteceram de forma remota em função da pandemia de covid-19.

A realização de grupos focais de forma virtual tem sido utilizada em várias pesquisas que propõe a coleta de dados qualitativos quando o processo de realização de um grupo presencial não é possível ou viável.

Esta interação pode ser assíncrona (em tempo não real) ou síncrona. Em estudos que descrevem a realização de grupos focais com interação dos participantes de forma síncrona, estes estão reunidos em salas de bate-papo ou em plataformas de videoconferência, onde os participantes podem interagir de forma mais dinâmica e em tempo real com os demais convidados (ABREU, BALDANZA; GONDIM, 2009; BORDINI; SPERB, 2011).

Os relatórios produzidos nos 20 grupos focais e nas 21 rodas reflexivas forneceram os principais subsídios para a construção dos padrões que compõem os instrumentos de autoavaliação da qualidade.

### Análise documental

Além das experiências dos usuários, profissionais e gestores do DF, a análise documental foi incluída na construção dos padrões de qualidade, de forma que estes pudessem estar alinhados às normativas vigentes e aos instrumentos pactuados no âmbito da SES-DF da APS. Para isso, foi realizada pesquisa documental de normativas e documentos técnicos, além da PNAB, estabelecida na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. A pesquisa documental trabalha com fontes primárias, aquelas que ainda não receberam tratamento analítico, contribuindo para compreensão de determinados fenômenos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

A busca foi realizada no Sistema Integrado de Normas Jurídicas (SINJ) (<http://www.sinj.df.gov.br/sinj/>) e na seção de Protocolos Clínicos Aprovados e Notas Técnicas relacionadas à APS do site da SES-DF (<https://www.saude.df.gov.br/>). Foram incluídos na análise 14 documentos técnicos e normativas vigentes com conteúdo relacionado a diretrizes e orientações de funcionamento da APS.

Na sequência, foi realizada leitura integral do material, e como metodologia de análise dessas informações foi elaborado o Mapa de Associação de Ideias, que é uma técnica para análise de práticas discursivas, pela qual é construída uma tabela onde as colunas são definidas por temas de forma a orientar a sistematização e o processo de análise (SPINK, 2013).

O conteúdo das normativas foi sistematizado em estrutura, processo e atenção aos usuários nas unidades de análise gestão (equipe GSAP) e equipe (eSF e eSB). Os dados também foram vinculados aos atributos da APS.

Foram incluídos na análise os 11 indicadores pactuados no Acordo de Gestão Local (AGL). Primeiramente, o conteúdo relacionado ao alcance dos indicadores foi identificado nas normativas e depois esse conteúdo foi incluído no Mapa de Associação de Ideias conforme a estrutura já existente nesse documento.

#### 3.1.1 Elaboração dos padrões de qualidade e dos instrumentos de avaliação

As percepções dos participantes sobre “como deve ser um serviço de APS de qualidade” e “sobre como deve ser a qualidade na atenção ao usuário, no trabalho da gestão e no trabalho da equipe” geraram a matéria-prima base para a construção dos padrões de qualidade que compõem os instrumentos de autoavaliação das eSF, eSB e equipes das GSAP.

As narrativas originadas dos grupos focais e das rodas reflexivas foram transcritas e salvas em arquivos formato DOC. O material produzido foi analisado e identificados os pontos relevantes com vistas à sistematização e identificação de componentes e subcomponentes para construção e organização dos padrões de qualidade. A análise foi feita utilizando-se um Mapa de Associação de Ideias em que as narrativas foram categorizadas em estrutura, processo ou atenção ao usuário, conforme mais se identificassem, seguido da vinculação às unidades analíticas de gestão e equipe (eSF e eSB).

Cada uma dessas categorias foi baseada nos pilares da qualidade preconizados por Donabedian (1990), com adaptação para a de resultados, que aqui representa a atenção ao usuário. A categoria estrutura serve para analisar a capacidade estrutural de uma organização para prover cuidados de saúde, seja em seu aspecto físico (material, equipamentos, edificações, pessoal) seja em seu aspecto organizativo (normas, rotinas, protocolos, planejamento). A categoria processos descreve como se realiza uma atividade (ações, práticas, procedimentos em saúde). A categoria relacionada à atenção ao usuário auxilia no dimensionamento do grau ou nível de qualidade alcançada e seus efeitos de acordo com os requerimentos previamente estabelecidos.

Após a construção do Mapa de Associação de Ideias de cada região, passou-se à etapa de elaboração das assertivas ou declarações da qualidade esperada, ou seja, do padrão. Na sequência, foi realizada a qualificação das assertivas, com a elaboração de uma descrição de cada afirmativa e definição de novas assertivas, quando necessário, sempre em duplas de pesquisadores, de forma a garantir confiabilidade e adequação da informação gerada. A Figura 8 ilustra o processo.

**Figura 8 - Análise das narrativas dos grupos focais - G1: agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal**

LINHAS/CATEGORIAS	1. GESTÃO (ADMC, DIRAPS, GSAPS)	2. EQUIPES (eSF e eSB)	PRIMEIRA VERSÃO DA ASSERTIVA	SEGUNDA VERSÃO DA ASSERTIVA
22 a 25	<p><b>Uma escuta qualificada.</b></p> <p><b>É como eu falo? Igual lá na nossa equipe, está sem médico, está sem dentista. Dentista uma está de atestado médico, outra está de licença-maternidade.</b></p>	<p><b>Nós temos uma escuta qualificada, mas nós não temos o pessoal da equipe, um retorno da equipe do trabalho.</b></p>	<p>A gestão garante protocolos de acesso de serviços no primeiro contato do usuário.</p> <p>A gestão garante o número de profissionais mínimo previsto, inclusive a sua reposição.</p> <p>A equipe garante acessibilidade, escuta qualificadas e utilização dos serviços disponíveis no primeiro contato.</p>	<p>A gestão mantém o número de profissionais mínimo previsto, inclusive a sua reposição.</p> <p>A equipe realiza escuta qualificada a cada contato com usuário.</p>

#### Legenda

- █ Estrutura
- █ Processo de Trabalho
- █ Atenção ao Usuário

Fonte: Mapa de Associação de Ideias, QualisAPS (2020).

Em seguida, as assertivas foram classificadas segundo os atributos da APS de acesso, integralidade, longitudinalidade, continuidade do cuidado, coordenação da atenção, orientação familiar e comunitária, e competência cultural como forma de verificar se os padrões conseguiam expressar os diferentes atributos esperados para a APS, além de identificar possíveis lacunas nas narrativas para composição dos padrões de qualidade.

A etapa seguinte consistiu na elaboração de evidências ou elementos avaliáveis, presentes no trabalho das equipes, que permitem verificar se os padrões estão sendo cumpridos. Esses elementos devem estar em sintonia com as normas vigentes no âmbito distrital e nacional, a fim de impulsionar o cumprimento dos padrões. Devem também considerar as distintas responsabilidades e atribuições dos gestores e trabalhadores das eSF e eSB. Nessa etapa da análise, também foram incluídos na composição das assertivas e dos elementos avaliáveis, os indicadores definidos no AGL e no Acordo de Gestão Regional do DF (AGR) (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Em paralelo ao trabalho de análise, os documentos transcritos e codificados foram inseridos no software ATLAS.ti® (*Qualitative Research and Solutions*), versão 9, sendo que cada degravação foi inserida no software como um documento para a organização dos dados. O banco de dados armazenados no software

Atlas.ti é composto por 26 documentos oriundos dos grupos focais, das rodas reflexivas e das normativas relacionadas a APS, com 109 códigos (assertivas) e 1.862 citações (trechos de narrativas com significado).

As assertivas foram agrupadas em dimensões e subdimensões para organização dos padrões de qualidade nos instrumentos de avaliação e de autoavaliação das eSF e eSB e de GSAP. Os Quadros 2 e 3 ilustram as codificações realizadas e extraídas do software ATLAS.ti®.

**Quadro 2 - Processo de sistematização das narrativas dos participantes das oficinas sobre a qualidade da Atenção Primária no Distrito Federal – Assertiva para gestão**

CITAÇÃO	CÓDIGO PRIMÁRIO	CÓDIGO SECUNDÁRIO	GRUPO	CATEGORIA
<i>Falas dos participantes</i>	<i>Padrão de Qualidade</i>	<i>Padrão de Qualidade - código de interpretação</i>	Assertivas	<i>Assertivas divididas em Dimensões e Subdimensões de Avaliação da Qualidade</i>
A demanda é grande, falta profissional médico, falta profissional enfermeiro...  Eu acho que a prioridade no DF seria a gente ter equipe constituída, completar as equipes mesmo.  Uma oferta de serviço de qualidade, é claro que tem que ter o médico, o enfermeiro, o ACS, tudo em quantidade adequada. Mas eu sonho que um dia a gente vai chegar lá...	Gestão/Estrutura	Gestão/Estrutura-Quantitativo de Profissionais	A gestão mantém equipe de SB e SF em quantitativo adequado às necessidades do território	Dimensão: Gestão do Trabalho Subdimensão: Força de Trabalho

Fonte: grupos focais e rodas reflexivas sistematizadas no software Atlas.ti (2020).

**Quadro 3 - Processo de sistematização das narrativas dos participantes das oficinas sobre a qualidade da Atenção Primária no Distrito Federal – Assertiva para equipe**

CITAÇÃO	CÓDIGO PRIMÁRIO	CÓDIGO SECUNDÁRIO	GRUPO	CATEGORIA
<i>Falas dos participantes</i>	<i>Padrão de Qualidade</i>	<i>Padrão de Qualidade - código de interpretação</i>	Assertivas	<i>Assertivas divididas em Dimensões e Subdimensões de Avaliação da Qualidade</i>
Então, eu acho que um acolhimento em primeiro lugar, acolher de verdade, fazer com que a palavra acolhimento realmente tenha o seu significado e seja efetivado, ou seja, principalmente na Unidade onde nós trabalhamos, nós conseguimos.  O usuário merece ser atendido com atenção, com cuidado humanizado e resolvido.	Equipe/Usuário	Equipe/Usuário – Acolhimento/Humanização	A equipe realiza acolhimento humanizado a cada contato com o usuário	Dimensão: Organização do Trabalho-Subdimensão: Acesso

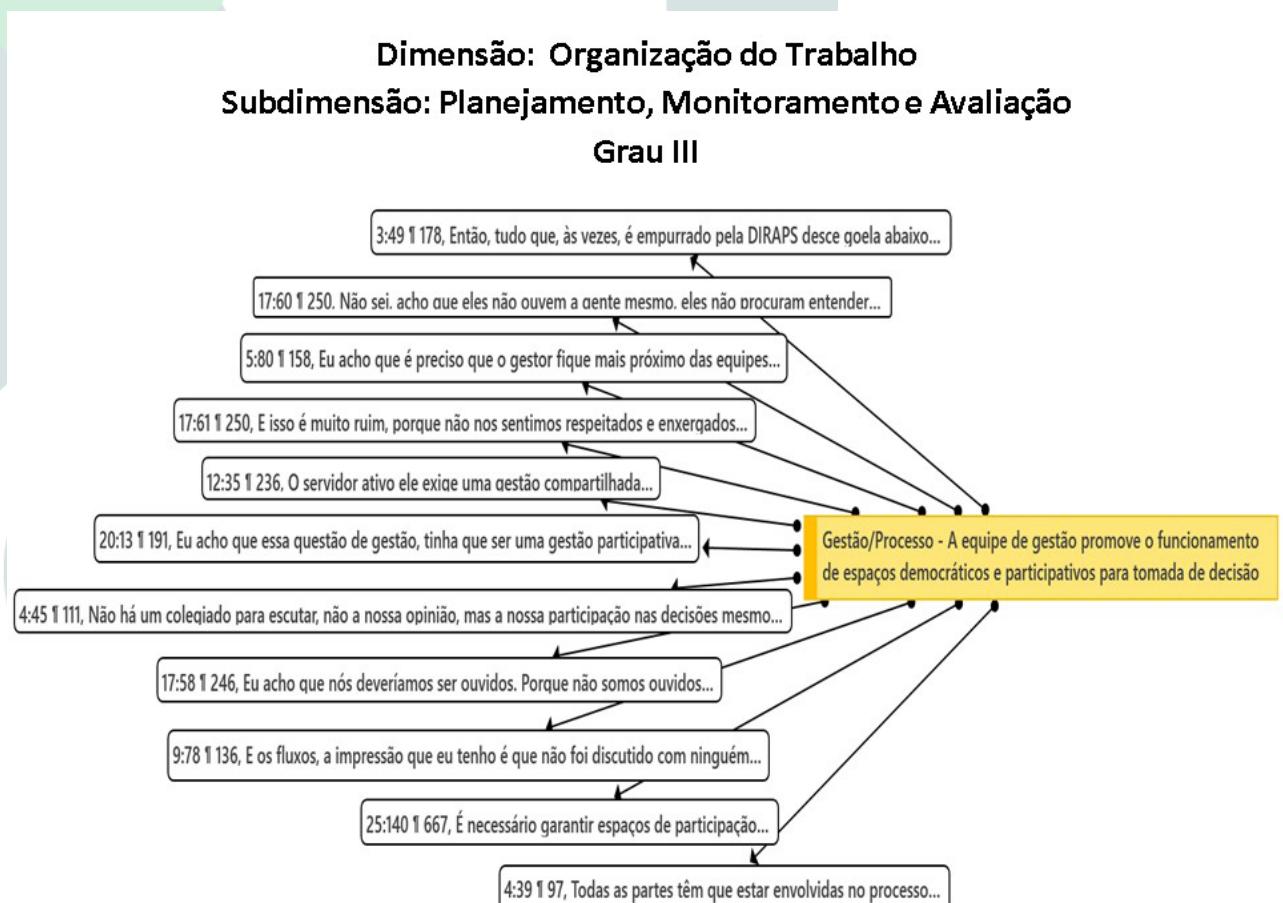
Fonte: grupos focais e rodas reflexivas sistematizadas no software Atlas.ti (2020).

Posteriormente, as assertivas ou padrões de qualidade foram distribuídas em três grupos, conforme descrição abaixo, segundo o grau de prioridade e de mobilização de recursos das equipes para o seu cumprimento. A divisão em graus permite identificar prioridades de atuação por parte das equipes e, consequentemente, a busca de soluções para melhoria da qualidade. Também foi considerada nessa definição dos graus a magnitude em que estes temas foram tratados nos grupos focais e rodas reflexivas.

- Padrões do Grupo I (Grau I) correspondem a áreas prioritárias para o alcance da qualidade na APS do DF, segundo o que é preconizado pelas normativas e as percepções dos profissionais envolvidos nas etapas de construção dos padrões, associados a indicadores do AGL. Entre estes, alguns foram classificados como “Obrigatórios” (IO) por serem considerados fundamentais para a garantia da qualidade.
- Padrões do Grupo II (Grau II) exigem maior desenvolvimento de autonomia e capacidade de mobilização de recursos para a melhoria da qualidade dos serviços, segundo percepção dos atores da APS do DF, acrescidos aos desenvolvidos com base em normativas locais e nacionais e, ainda, considerando a realidade da estrutura atual dos serviços.
- Padrões do Grupo III (Grau III) exigem maior esforço das equipes para alcançá-los, e que são mais dependentes de estrutura e/ou de ações intersetoriais e/ou formações específicas, do trabalho integrado da equipe com outros níveis de atenção e/ou disponibilidade de tempo e condições para atuação no território.

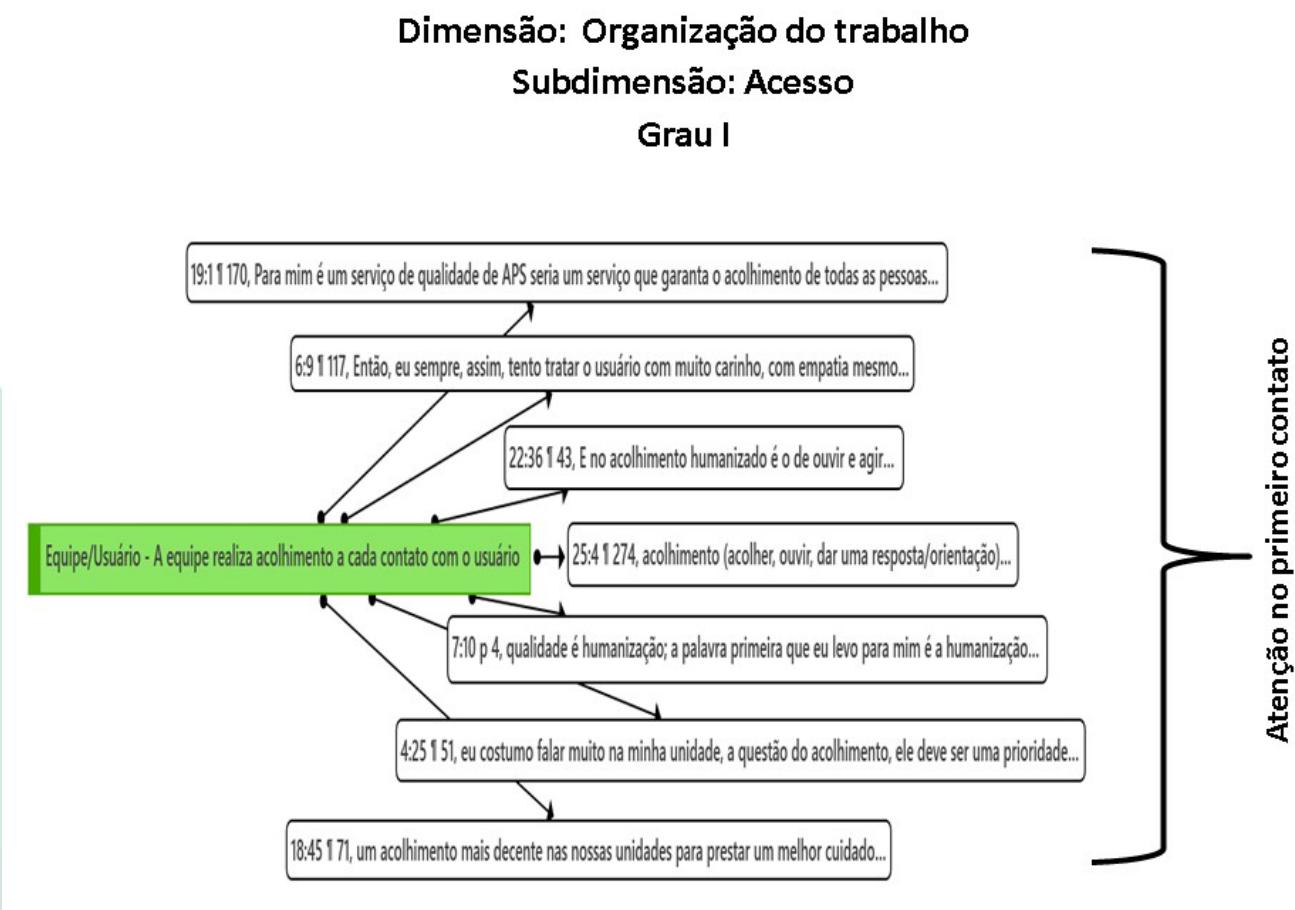
Ao final de toda a análise foi possível verificar que cada padrão esteve associado a múltiplas narrativas dos atores da APS, a um determinado atributo e grau de qualidade, conforme as Figuras 9 a 11.

**Figura 9 - Exemplo de padrão associado a múltiplas narrativas segundo unidade analítica equipe de gestão, dimensão, subdimensão e grau de qualidade**



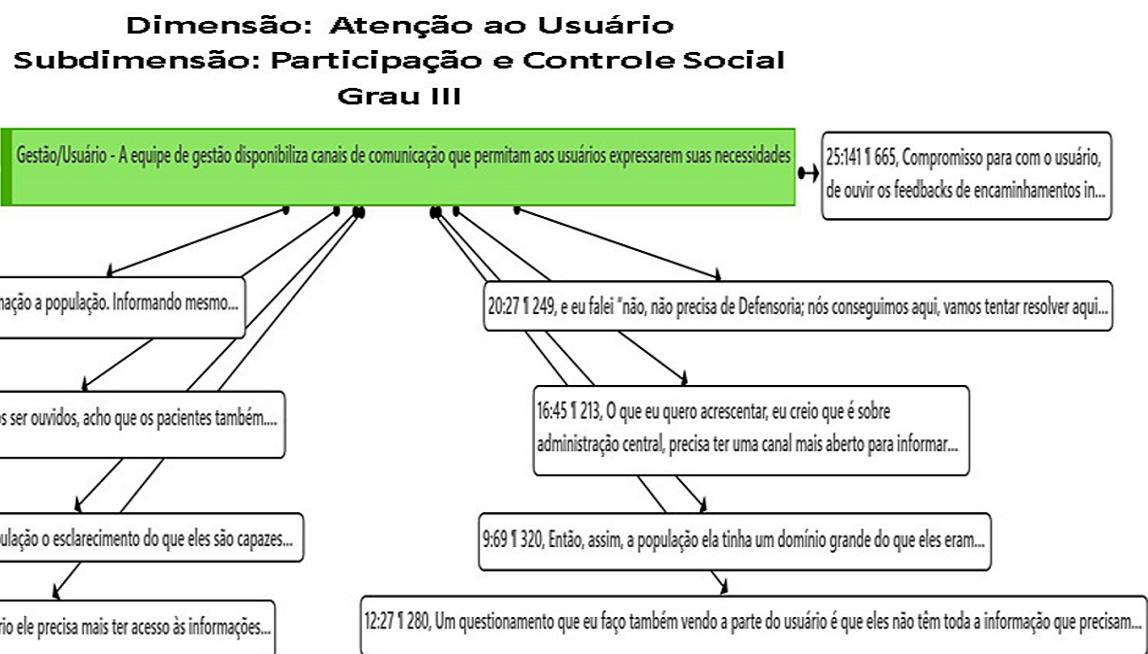
Fonte: grupos focais e rodas reflexivas sistematizadas no software Atlas.ti (2020).

**Figura 10** - Exemplo de padrão associado a múltiplas narrativas segundo unidade analítica equipe, dimensão, subdimensão e grau de qualidade



Fonte: grupos focais e rodas reflexivas sistematizadas no software Atlas.ti (2020).

**Figura 11** - Exemplo de padrão associado a múltiplas narrativas segundo unidade analítica equipe de gestão, dimensão, subdimensão e grau de qualidade



Fonte: grupos focais e rodas reflexivas sistematizadas no software Atlas.ti (2020).

Tendo em vista a necessidade de integrar os padrões de qualidade com os processos de trabalho desenvolvidos no âmbito da SES/DF, os padrões foram alinhados com metas e indicadores já estabelecidos para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas na APS do DF. Além disso, de modo a representarem a realidade local, os padrões foram produzidos por meio da triangulação de várias abordagens e procedimentos metodológicos (FLICK, 2009). Dessa forma, os instrumentos de avaliação, cotejados com instrumentos consagrados nacional e internacionalmente, foram construídos a partir de saberes e experiências de diferentes atores da APS do DF, expressos nos grupos focais e nas rodas reflexivas, da análise das normativas que orientam o trabalho dos profissionais e gestores, dos indicadores do AGL e dos atributos de qualidade da APS (STARFIELD, 2002).

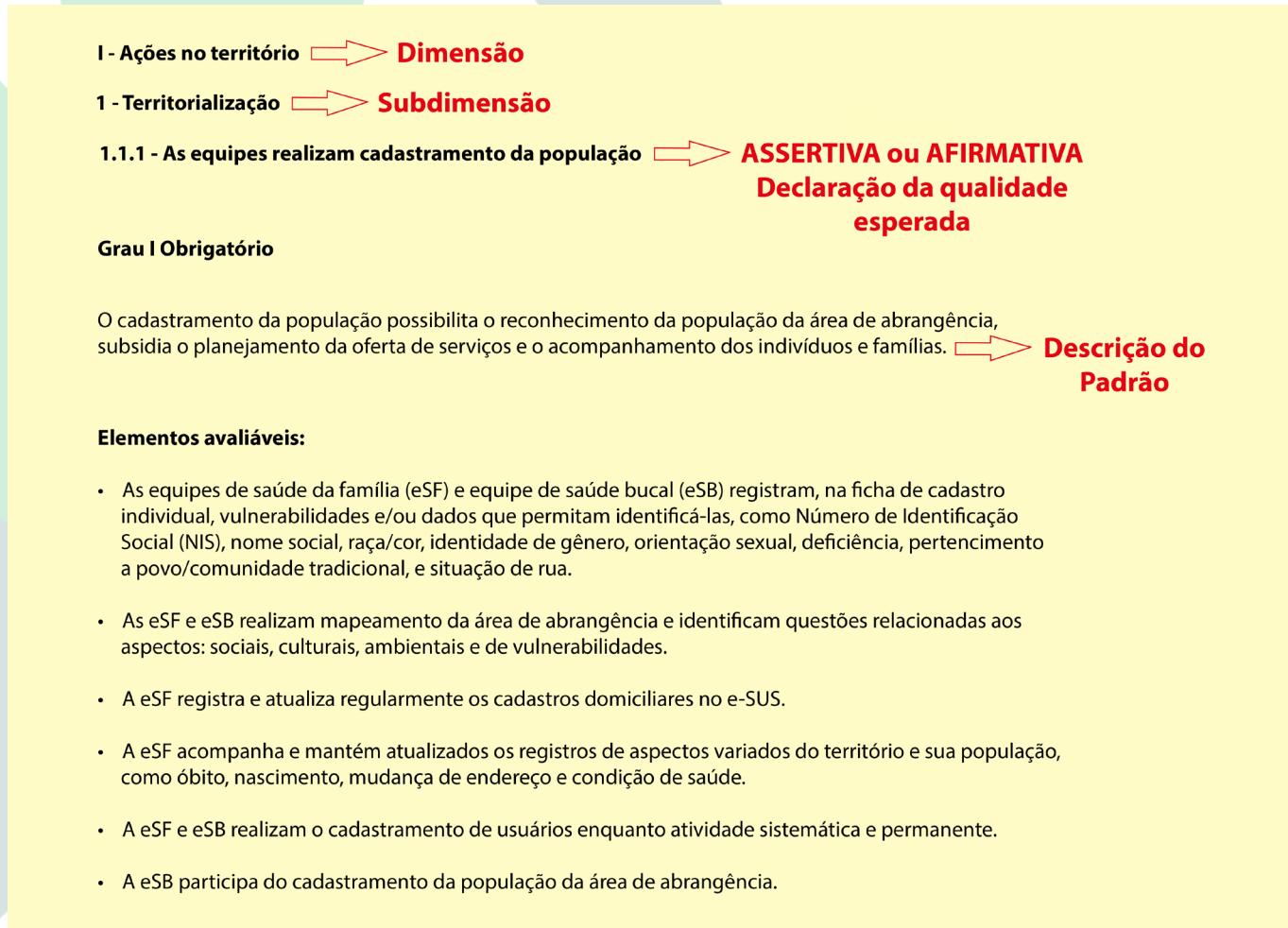
### Instrumentos de Autoavaliação (eSF, eSB e GSAP)

Os padrões, acompanhados da sua descrição conceitual e de elementos avaliáveis que orientam a análise do seu cumprimento, foram organizados em dimensões e subdimensões, compondo dois instrumentos contidos no Caderno das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal e no Caderno da Equipe de Gestão.

Os elementos avaliáveis, como “construções sociais da realidade” (BERGER; LUCKMANN, 1985), são conhecimentos sistematizados e validados que orientam o trabalho na Atenção Primária, conferindo objetividade “socialmente instituída” nas análises (FOUREZ, 1995), em que sujeito e objeto se intercruzam. Os elementos avaliáveis possibilitam graus de aproximação ao objeto de análise, ou seja, ao padrão como um recorte do trabalho cotidiano, criando as condições para que os profissionais confrontem o que está prescrito com o efetivamente realizado.

A Figura 12 possibilita visualizar como se estrutura um padrão de qualidade.

**Figura 12 - Exemplo do Padrão de Qualidade**



O Caderno da Equipe de Gestão foi construído com 36 padrões de qualidade, agrupados em cinco dimensões, divididas em doze subdimensões (Quadro 3).

**Quadro 3 - Número de padrões de qualidade por dimensão e subdimensão – Caderno de Equipe de Gestão**

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	Nº DE PADRÕES
Atenção ao usuário	Acesso	2
	Atenção Integral	3
	Educação e Comunicação em Saúde	1
	Participação e Controle Social	3

‘Continua’

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	Nº DE PADRÕES
Estrutura	Estrutura Física e Equipamentos	2
	Materiais, Insumos e Medicamentos	2
Gestão do trabalho	Força de trabalho	3
	Qualificação e Educação Permanente	2
Organização da rede de atenção	Integração da Rede	5
	Integração Ensino-Serviço	2
Organização do trabalho	Ações no território	3
	Planejamento, Monitoramento e Avaliação	8

Fonte: Cadernos QualisAPS - Instrumento de Autoavaliação da Equipe de Gestão da Atenção Primária à Saúde.

O Caderno das Equipes eSF e eSB foi estruturado com 45 padrões de qualidade, divididos em quatro dimensões e dez subdimensões (Quadro 4).

**Quadro 4** - Número de padrões de qualidade por dimensão e subdimensão – Caderno de eSF e eSB

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

Fonte: Cadernos QualisAPS - Instrumento de Autoavaliação das Equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e Saúde Bucal (eSB).

Cabe destacar que os Cadernos eSF e eSB e o Caderno de Gestão não possuem o mesmo número de padrões, nem de dimensões e subdimensões, tendo em vista que eles refletem o que foi expresso pelos participantes dos grupos focais e das rodas reflexivas. Todos os instrumentos passaram por revisão semântica e contaram com a participação ativa de técnicos da SES/DF num processo de co-construção.

### 3.1.2 Ações preparatórias para a autoavaliação

O Programa QualisAPS estrutura-se de modo a dar suporte às ações de realização e condução da autoavaliação e posteriormente dos ciclos avaliativos por meio do desenvolvimento de ações de comunicação e estratégias formativas, incluindo em sua agenda temas que mobilizem e qualifiquem tanto as equipes de profissionais e da gestão, como os apoiadores do QualisAPS. Dessa forma, como parte da metodologia preparatória para a autoavaliação foram realizadas as seguintes ações: Seminários Preparatórios para a Autoavaliação da APS do DF; Pré-Teste do Instrumento de Autoavaliação; e Oficinas de Mobilização com as GSAP.

O Seminário Preparatório para a Autoavaliação teve como público-alvo gestores da Coordenação da Atenção Primária à Saúde (COAPS) e das Diretorias Regionais da Atenção Primária (DIRAPS). O Seminário foi dividido em três encontros.

No primeiro, realizado na modalidade virtual, realizou-se apresentação do Programa QualisAPS, dos resultados do Diagnóstico de Estrutura, foram transmitidas informações sobre a autoavaliação, e apresentada a Plataforma Avaliação QualisAPS.

No segundo encontro, presencial, foi realizada simulação da aplicação dos Instrumentos. Os participantes, organizados em grupos, representavam o papel de um membro de uma equipe eSF/eSB e ao final contribuíram com a qualificação do instrumento.

Participaram do terceiro encontro, na modalidade virtual, representantes das equipes da Diretoria da Estratégia de Saúde da Família (DESF), da COAPS e das DIRAPS. Nesse dia houve apresentação detalhada dos resultados do Diagnóstico inicial de estrutura, por meio da ferramenta *Microsoft Power BI*; e da Plataforma Avaliação QualisAPS e suas funcionalidades. O acesso à Plataforma foi concedido aos participantes para exploração da ferramenta.

O pré-teste, importante para viabilizar “validade e precisão” aos instrumentos (GIL, 2008), teve como objetivo verificar a análise semântica dos padrões e dos itens avaliáveis, o acesso e o preenchimento dos Instrumentos na Plataforma, e a dinâmica de preenchimento pelas equipes eSF, eSB e de gestão (GSAP). O pré-teste foi realizado nas Regiões de Saúde Central, Centro-Sul e Leste, totalizando nove equipes eSF/eSB e seis de gestão. O processo foi acompanhado por mediadores da equipe da UnB e apoiadores do QualisAPS, previamente capacitados para a função.

O Instrumento de Autoavaliação das equipes (eSF e eSB) foi dividido em 12 grupos, de acordo com a dimensão e subdimensão, sendo que cada grupo, com quatro padrões em média, foi analisado por uma equipe. Já o instrumento da Gestão (GSAP) foi dividido, inicialmente, em oito grupos, de acordo com a dimensão e subdimensão, em que cada grupo representava uma gerência, que analisou, em média, seis padrões. Cabe destacar que, a princípio, o pré-teste seria realizado em quatro Regiões de Saúde, porém, uma das regiões não pôde participar. Dessa forma, foram respondidos 33 padrões no Instrumento eSF e eSB e 26 padrões no da Gestão.

No momento do pré-teste, as equipes (eSF, eSB e de GSAP) receberam um *kit* contendo um arquivo com informações da Plataforma, diário de campo do respondente do Instrumento de Autoavaliação, os padrões do Instrumento de Autoavaliação a serem respondidos pelas equipes conforme distribuição de padrões por equipes, *logins* e senhas para acesso à Plataforma, e um gabarito para registro das respostas. As equipes foram orientadas a acessar a Plataforma Avaliação QualisAPS por meio de computador, *smartphone* ou *tablet*, e responder os padrões simulando um contexto de reunião de equipe.

A partir das informações obtidas no pré-teste, foram identificadas as necessidades de melhorias e ajustes nos instrumentos e no acesso e usabilidade da Plataforma para o processo de autoavaliação.

A fim de preparar e mobilizar as equipes para a autoavaliação, foram realizadas oficinas com as GSAP e supervisores das sete Regiões de Saúde do DF. Nas oficinas foram apresentados resultados do Diagnóstico de Estrutura e a Tipologia da UBS, bem como os Instrumentos das equipes (eSF, eSB e de Gestão) e o processo de construção. Houve, ainda, a navegação e exploração da Plataforma Avaliação QualisAPS. Nesse momento foram sanadas dúvidas sobre o Programa QualisAPS e sobre a autoavaliação.

Em todos os encontros reforçou-se a importância da participação de todos os profissionais das equipes e da reserva de espaços na agenda para possibilitar a reflexão conjunta sobre os processos de trabalho e a realização da autoavaliação.

A comunicação tem um lugar central no QualisAPS. Por meio dela se estabelece contato permanente com os atores da APS vinculados ao Programa, buscando informá-los e mobilizá-los para participarem da avaliação. Dessa forma, para maior aproximação com as equipes e as GSAPs, desenvolveram-se as seguintes ações: produção e divulgação de vídeos informativos; webinário preparatório para a autoavaliação; e postagens nas redes sociais.

Foram produzidos vídeos apresentando o Programa QualisAPS, sobre o diagnóstico de estrutura e a autoavaliação, nos quais é destacado o protagonismo das equipes e a importância da participação dos profissionais. Também foi desenvolvido vídeo informativo sobre o QualisAPS, utilizado em eventos presenciais e virtuais. Os vídeos estão disponíveis no canal do *YouTube* Qualifica APS: Qualifica APS.

O Webinário Preparatório para a autoavaliação da APS do DF foi um evento aberto aos profissionais das equipes de saúde e gestores da APS, transmitido pelo canal do *YouTube* Qualifica APS, disponível no *link* <https://www.youtube.com/watch?v=muClVaicUHU>.

Outra ação da comunicação foram as postagens contínuas em redes sociais com a finalidade de mobilizar os trabalhadores da APS para o processo da autoavaliação. Por meio do *Twitter*, *Facebook* e *Instagram* são divulgados os vídeos produzidos pela equipe de comunicação do QualisAPS e *posts* informativos.

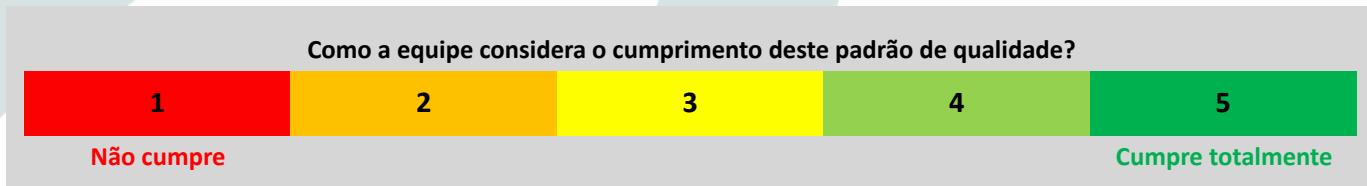
### 3.1.3 Realização da autoavaliação e sistematização dos resultados

A autoavaliação iniciou-se com o preenchimento dos instrumentos pelas equipes, de forma colaborativa e consensual, na Plataforma Avaliação QualisAPS. Para orientar as equipes quanto ao processo de avaliação em suas diferentes etapas foi elaborado o Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. O Manual traz orientações sobre o Programa QualisAPS e para a realização da autoavaliação, incluindo o passo a passo para acesso e preenchimento dos instrumentos na Plataforma.

O Caderno das Equipes eSF e eSB deve ser preenchido, preferencialmente, pela equipe completa. O Caderno da Equipe de Gestão deve ser respondido pela Gerência de Serviços de APS (GSAP), ou seja, cada gerente deverá preencher o instrumento com sua equipe local, composta pelos supervisores e pessoal administrativo.

As equipes devem marcar, numa escala de 1 a 5 (Figura 13), quanto cumprem de cada padrão. O alcance dos padrões é indicado por uma semaforização, na visualização dos resultados na plataforma virtual, de forma a orientar aqueles que devem ser trabalhados prioritariamente no Plano de Ação para a Qualidade (PAQ), que será descrito no volume II do Caderno da Metodologia. Dessa forma, a proposta avaliativa tem objetivo de promover reflexões e estratégias para melhoria da qualidade dentro da rotina das equipes.

**Figura 13 - Semaforização do cumprimento do padrão**



Fonte: Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde.

Durante o processo de autoavaliação, apoiadores do QualisAPS estiveram disponíveis para esclarecer dúvidas, auxiliar no estabelecimento de horário protegido na agenda das equipes e dar respaldo durante as reflexões sobre o processo de trabalho, no preenchimento dos instrumentos e na inserção das respostas na Plataforma.

Após o preenchimento dos Instrumentos na plataforma, as equipes tiveram acesso a relatórios e gráficos gerados a partir da sistematização dos dados informados na autoavaliação. Eles aparecem agrupados por padrão, dimensão e subdimensão, de modo a facilitar a identificação, por parte do usuário da Plataforma, do desempenho das equipes. Os resultados subsidiaram os gestores e as equipes na tomada de decisão

a partir do reconhecimento dos pontos fracos e fortes de cada equipe e UBS, permitindo elencar prioridades e elaborar o PAQ. Os gestores, além dos resultados da sua própria autoavaliação, podem analisar os resultados das equipes sob sua responsabilidade.

#### 4) FERRAMENTAS DE APOIO À AVALIAÇÃO

##### **Plataforma Avaliação QualisAPS**

Inicialmente, a proposta da “Plataforma Avaliação QualisAPS” (<https://qualisaps.unb.br/home>) era criar um ambiente para espelhar a ferramenta *REDCap*, utilizada pelos trabalhadores e gestores para responder aos instrumentos de avaliação. Entretanto, identificou-se a necessidade de ampliar o seu escopo, e a plataforma, que possibilitava acessar e responder aos instrumentos, passou também a permitir, aos seus usuários, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da autoavaliação e observar a evolução do preenchimento pelos profissionais e gestores.

No ambiente da Plataforma é possível conhecer os resultados do Diagnóstico de Estrutura, por meio de relatórios do *PowerBI* que permitem filtros por região de saúde, região administrativa e UBS, obter relatórios da autoavaliação, bem como realizar a elaboração e acompanhamento do PAQ.

A Plataforma tem formato modular, o objetivo é que ela seja uma ferramenta para todas as etapas e ciclos da avaliação, disponibilizando os instrumentos a serem utilizados, facilitando a sistematização e análise dos resultados, com a extração de relatórios personalizados.

##### **Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**

O Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal é direcionado às eSF, eSB, e Gestão (GSAP). Na sua construção foram consultados materiais de outros programas de avaliação, como o Manual do Sistema de Acreditação em Saúde de Florianópolis (FLORIANÓPOLIS, 2019) e os manuais de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica - QualiAB da Unesp (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

O Manual de Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal foi elaborado para orientar a realização da avaliação, desde a autoavaliação até os ciclos contínuos que vêm após o diagnóstico inicial. Sendo modular, ao longo do desenvolvimento do QualisAPS, também serão incluídas informações e orientações sobre o PAQ, sobre a avaliação *in loco* e sobre a Certificação, etapas estas descritas no Caderno da Metodologia volume II. O Manual está disponível na Plataforma Avaliação QualisAPS.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, N. R.; BALDANZA, R. F.; GONDIM, S. M. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **JISTEM - Journal of Information Systems and Technology Management**, v. 6, n. 1, p. 5-24, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.4301/S1807-17752009000100001>.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 605-615, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300013>.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
- BORDINI, G. S.; SPERB, T. M. O uso dos grupos focais on-line síncronos em pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 3, p. 437-445, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/MjNSyC5m4mbfPVbrLJCsPxt/>.
- BOUSQUAT, A. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. e00037316, 2017.
- BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da equipe de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Saúde da Família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Auto-Avaliação nº 3: Unidade Saúde da Família**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- BRASIL. Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016. Dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 de janeiro de 2016.
- 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, 22 de setembro de 2017, Seção 1, n. 183, p. 68.
- CANTALINO, J. L. R. et al. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 22, 2021.
- CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 935-947, 2011.
- CASTANHEIRA, E. R. L. et al. **Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB**. Botucatu: UNESP-FM, 2016.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atendimento da Rede de Atenção à Saúde durante pandemia - Covid-19.** Brasil, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/04/ATENDIMENTO-DA-REDE-DE- ATENCAO-A-SAUDE-PANDEMIA.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

CONILL, E. M. Políticas de Atenção Primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. suppl., p. 191-202, 2002.

CONTANDRIOPoulos, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

DENNIS, J-L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde-PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, 27 de julho de 2016, n. 143, p. 11.

DISTRITO FEDERAL. Programa Brasília Saudável. **O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no DF.** Brasília, 2016. Disponível em: [https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA\\_SAUDADEVOL\\_DOCUMENTO\\_REFERENCIAL.pdf](https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDADEVOL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf).

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do 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, 15 de fevereiro de 2017, n. 33, seção 1, 2 e 3, p. 4.

DISTRITO FEDERAL. Lei Distrital 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, 9 de abril de 2018, n. 67, p. 1.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualis-APS). **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, 14 de fevereiro de 2019, n. 32, p. 6, 2019a.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Projeto Básico SEI-GDF - SES/SAIS/COAPS/DESF. Publicado no **SEI-GDF**, 9 maio 2019b.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde, Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica. **Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus - Covid-19.** Brasília, 2020a.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde:** Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde, Brasil, 2020b. p. 1-128. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/ENFERMAGEM-1-Protocolo\\_Final\\_Parte\\_1.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/ENFERMAGEM-1-Protocolo_Final_Parte_1.pdf). Acesso em: 25 set. 2021a.

DISTRITO FEDERAL. Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde (QualisAPS). **Caderno Diagnóstico de Estrutura das UBS do DF e capacidade de resposta à covid-19:** resultados 1. In: QUALIS APS, 2021b.

DISTRITO FEDERAL. Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde (QualisAPS). **Manual da Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.** In: QUALIS APS, 2021c.

DISTRITO FEDERAL. Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde (QualisAPS). Relatório Eletrônico do Diagnóstico de Estrutura 1. In: QUALIS APS. **Relatório Eletrônico do Diagnóstico de Estrutura 1.** 1. Brasil, 2021d. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoIYjRmNGQ5ODYtOTk0MS00MmM2LTgxYjYtYzg0MDliOTlkMmE0liwidCl6ImVjMzU5YmExLTyzMGItNGQyYi1iODMzLWM4ZTzkNDhmODA1OSJ9>. Acesso em: 2 out. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde (QualisAPS). Relatório Eletrônico do Diagnóstico de Estrutura 1. In: QUALIS APS. **Relatório Eletrônico do Diagnóstico de Estrutura 2.** 1. Brasil, 2021e. Disponível: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoIYjI4NTM0MmQtMmMyNC00ZWYwLWIwZDQtNDg4MmZlYjc4YjY3liwidCl6ImVjMzU5YmExLTyzMGItNGQyYi1iODMzLWM4ZTzkNDhmODA1OSJ9>. Acesso em: 2 out. 2021.

DISTRITO FEDERAL. **Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde (QualisAPS).** Dicas para visualização dos relatórios - QualisAPS. Produção: QualisAPS. Brasília: [s. n.], 2021f. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Khu7MSbiPdw>. Acesso em: 2 out. 2021.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 44, n. 3, p. 166-206, 1966.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743- 1748, 1988.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. A eficácia da garantia de qualidade. **Revista Internacional de Qualidade em Saúde**, v. 8, n. 4, p. 401-407, 1996.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, p. 213-219, 2005.

FELISBERTO, E. et al. Uso da avaliação e formação profissional: impulsionando a prática da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (orgs). **Atenção básica e integralidade:** contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 59-72.

FILIPE, A.; RENEDO, A.; MARSTON, C. The co-production of what? Knowledge, values, and social relations in health care. **PLoS Biol**, v. 15, n. 5, e2001403, 2017.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. **Acreditação em Saúde.** Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=acreditacao+em+saude&menu=1\\_2&submenuid=1982](http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=acreditacao+em+saude&menu=1_2&submenuid=1982). Acesso em: 15 out. 2021.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de. **Manual do Sistema de Acreditação em Saúde de Florianópolis.** Florianópolis, 2019.

FOUCHECOURT-DROMARD, I. A abordagem “ergológica” para uma outra avaliação do trabalho social. **Laboreal**, Porto, v. 14, n. 1, p. 59-64, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxiv0118id>.

FOUREZ, G. **A construção das ciências:** introdução à filosofia e à ética das ciências. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1995.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

FURLANETTO, D. L. C. et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1851-1863, 2020.

FURLANETTO, D. L. C. et al. Estrutura e responsividade: a Atenção Primária à Saúde está preparada para o enfrentamento da covid-19? **Saúde em Debate**, v. 46, n. 134, p. 630-647, 2022.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** Brasília: Liber Livro, 2012. p.1-82.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p.1-248. GIOVANELLA, L. et al. Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. Novos Caminhos, n. 5, 2015.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de 4ª geração.** Campinas: Ed. Unicamp, 2011. p.1-320.

HAIR, J. et al. **Multivariate Data Analysis**. 6 ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2006.

HALCOMB, E. J. et al. Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, n. 6, p. 1000-1011, 2007.

HARRIS, P. A. et al. Research electronic data capture (*REDCap*) - a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 42, n. 2, p. 377-381, 2009.

HARRIS, P. A. et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 95, p. 103208, 2019.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração. **Interface**, v. 13, n. 31, p. 343-355, 2009.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

LANGLEY, J.; WOLSTENHOLME, D.; COOKE, J. 'Collective making' as knowledge mobilisation: the contribution of participatory design in the co-creation of knowledge in healthcare. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 585, 2018.

MINAYO, M. C. S. Global e local, meritocrático e social: o papel da ciência e tecnologia em saúde coletiva no Brasil. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 11-26, 2012.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.1-284.

PATTON, M. Q. Utilization-focused evaluation: process and premises. In: **Utilization Focused Evaluation**: The News Century Text. 3. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997. p. 371-385.

PATTON, E. R. L.; LABOSSIÈRE, F. L'évaluation axée sur l'utilisation. In: RIDDE, V.; DAGENAIS, C. **Approches et pratiques en évaluation de programme**. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2012. p. 145-160.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2095- 2104, 2013.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. **Manual de Acreditação de Unidades de Saúde**. Portugal, 2014.

POWER. **Plataforma de BI Microsoft Power**. 2020. Disponível em: [https://www.dataprise.com/Portals/0/Downloads/Microsoft\\_Power\\_Platform.pdf](https://www.dataprise.com/Portals/0/Downloads/Microsoft_Power_Platform.pdf). Acesso em: 25 set. 2021.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista Epos**, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. P. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, 2009.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 1995. p.1-86.

SANTOS, S. M. C.; SANTOS, L. M. P. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. 1 - Abordagem metodológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1029-1040, 2007.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Editora Unijuí, 2009. p. 1-271.

SCHERER, M. D.; MENEZES, E. Un espace potentiel de créativité: les soins primaires de santé. **Éducation Permanente**, v. 202, p. 91-100, 2015.

SCHERER, M. D. A et al. Entrevista com Yves Schwartz. **Trabalho, Educação, Saúde**, v.20, n.2, p. 457-466, 2022.

SCHWARTZ, Y. O agir avaliativo entre seus dois polos. **Serviço Social e Saúde**, v. 18, p. e019006- e019006, 2019.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **L'activité en dialogues**: entretiens sur l'activité humaine (II). Toulouse: Octarès Éditions, 2009. p.1-296.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validando a ferramenta de avaliação de cuidados primários para adultos. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-161, 2001.

SHOTTER, J. **Cultural Politics of Everyday Life**. Buckingham: Open University Press, 1993. p.1- 164.

SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 80-91, 1994.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; Unesco, 2002.

TRAYNOR, R.; DOBBINS, M.; DECORBY, K. Challenges of partnership research: insights from a collaborative partnership in evidence-informed public health decision making. **Evidence & Policy**, v. 11, n. 1, p. 99-109, 2015.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.14, p. 921-934, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (orgs). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005. p.1-276.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00237219, 2020.

WHO. World Health Organization. **Operational considerations for case management of COVID- 19 in health facility and community**: interim guidance, 19 March 2020. World Health Organization, 2020. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF\\_operations- 2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations- 2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 25 set. 2021.

## APÊNDICE 1

Quadro – Dimensões e variáveis da Tipologia da Estrutura das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras, segundo situação e justificativa em relação à adaptação para a Tipologia de Estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal

DIMENSÕES	VARIÁVEIS	SITUAÇÃO	JUSTIFICATIVA/ADAPTAÇÃO
Tipos de equipe	Equipe de saúde da família com saúde bucal	Adaptada	Todas as equipes de saúde da família com saúde bucal
	Equipe de saúde da família sem saúde bucal	Adaptada	Todas as equipes de saúde da família sem saúde bucal
	Equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal	Excluída	Não há esse tipo de equipe no DF
	Equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal	Excluída	Não há esse tipo de equipe no DF
	Outras configurações	Adaptada	Equipe Consultório na Rua
Elenco de profissionais	Médico	Mantida	-
	Enfermeiro	Mantida	-
	Cirurgião-dentista	Mantida	-
	Técnico ou auxiliar de enfermagem	Mantida	-
	Técnico ou auxiliar de saúde bucal	Mantida	-
	ACS	Mantida	-
Turnos de atendimento	Turnos de atendimento na unidade de saúde	Excluída	Não diferencia as UBSs do DF
	A unidade funciona quantos dias na semana	Excluída	Não diferencia as UBSs do DF
Serviços disponíveis	Consultas médicas	Excluída	Contemplada pela variável "Médico"
	Consultas de enfermagem	Excluída	Contemplada pela variável "Enfermeiro"
	Consultas odontológicas	Excluída	Contemplada pela variável "Cirurgião-dentista"
	Dispensação de medicamentos pela farmácia	Adaptada	Dispensação/entrega de medicamentos
	Vacinação	Mantida	-
Infraestrutura			
Estrutura física	Sala de vacina	Mantida	-
	Aparelho de nebulização	Adaptada	Inalador dosimetrado
	Geladeira exclusiva para vacina	Substituída	Contemplada pela variável "Sala de vacina"
	Glicosímetro	Mantida	-
Insumos	Vacina tetravalente	Adaptada	Vacina tríplice viral + varicela/pentavalente
Equipamentos de TIC	Computador	Mantida	-
	Acesso à internet	Mantida	-

Fonte: arquivos do Programa QualisAPS.

## APÊNDICE 2

Quadro – Relação das dimensões, referências, variáveis e pontuações da Tipologia de Estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. Brasília 2020/2021

DIMENSÕES	REFERÊNCIAS	VARIÁVEIS	PONTUAÇÕES
Tipos de equipes	Unidade Básica de Saúde com todas as Equipes de Saúde da Família com apoio das equipes de Saúde Bucal e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF <sup>a</sup>	100% das Equipes de Saúde da Família (eSF) com apoio da equipe de Saúde Bucal (eSB) e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		≥ 75% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		≥ 50% das eSF com apoio eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		< 50% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		100% das eSF com apoio da eSB ou do Nasf-AB e com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		≥ 75% das eSF com apoio da eSB ou do Nasf-AB e com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		≥ 50% das eSF com apoio da eSB ou do Nasf-AB e com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		< 50% das eSF com apoio da eSB ou do Nasf-AB e com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		100% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		≥ 75% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		≥ 50% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		< 50% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		Todas as eSF sem apoio da eSB e sem apoio do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		Todas as eSF sem o apoio da eSB e com o apoio do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		Todas as eSF com o apoio da eSB ou o apoio do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
		Todas as eSF sem o apoio da eSB e sem o apoio do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF
Equipe de Consultório na Rua		Ponto adicional	0,5

'Continua'

'Continuação'

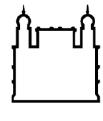
DIMENSÕES	REFERÊNCIAS	VARIÁVEIS	PONTUAÇÕES
Elenco de profissionais	Quantidade de trabalhador de cada categoria por eSF, eSB e Nasf-AB conforme normativa do DFa,b	Médico	100% da eSF com 1 médico 40h (ou equivalente) 2
			≥ 50% e < 100% da eSF com 1 médico 40h (ou equivalente) 1,5
			< 50% da eSF com 1 médico 40h (ou equivalente) 1
			Sem médico na UBS 0
		Enfermeiro	100% da eSF com 1 enfermeiro 40h (ou equivalente) 2
			≥ 50% e < 100% da eSF com 1 enfermeiro 40h (ou equivalente) 1,5
			< 50% da eSF com 1 enfermeiro 40h (ou equivalente) 1
			Sem enfermeiro na UBS 0
		Cirurgião-dentista	100% da eSB com 1 cirurgião-dentista 40h (ou equivalente) 1
			≥ 50% e < 100% da eSB com 1 cirurgião-dentista 40h (ou equivalente) 0,75
			< 50% da eSB com 1 cirurgião-dentista 40h (ou equivalente) 0,5
			Sem cirurgião-dentista na UBS 0
Elenco de profissionais	Quantidade de trabalhador de cada categoria por eSF, eSB e Nasf-AB conforme normativa do DFa,b	Técnico ou auxiliar de enfermagem	100% da eSF com 2 técnicos de enfermagem 40h (ou equivalente) 2
			≥ 50% e < 100% da eSF com 2 técnicos de enfermagem 40h (ou 1,5 equivalente) 1,5
			< 50% da eSF com 2 técnicos de enfermagem 40h (ou equivalente) 1
			Sem técnico de enfermagem na UBS 0
		Técnico ou auxiliar de saúde bucal	100% da eSB com 1 técnico de saúde bucal 40h (ou equivalente) 1
			≥ 50% e < 100% da eSB com 1 técnico de saúde bucal 40h (ou 0,75 equivalente) 0,75
			< 50% da eSB com 1 técnico de saúde bucal 40h (ou 0,5 equivalente) 0,5
			Sem técnico de saúde bucal na UBS 0
		A C S	6 ou mais ACS por eSF 2
			5 a < 6 ACS por eSF 1,75
			4 a < 5 ACS por eSF 1,5
			3 a < 4 ACS por eSF 1
			2 a < 3 ACS por eSF 0,75
			1 e < 2 ACS por eSF 0,5
			> 0 e < 1 ACS por eSF 0,25
			Sem ACS na UBS 0
		Equipe Nasf-AB de referência	Equipe Nasf-AB completa (5 categorias profissionais e soma da carga horária semanal dos profissionais = 200h semanais) 2
			Equipe Nasf-AB com soma da carga horária dos profissionais > 200 horas semanais e pelo menos 5 categorias profissionais 1
			Nasf-AB de transição (3 categorias profissionais e soma de carga horária semanal ≥ 120 e <200) 0,5
			Sem Nasf-AB na UBS 0

'Continua'

DIMENSÕES	REFERÊNCIAS	VARIÁVEIS	PONTUAÇÕES	
Serviços disponíveis	Disponibilizar os quatro serviços	Teleatendimento	Oferece o serviço	0,5
		Dispensação/entrega de medicamentos	Entrega/dispensação de medicamentos incluindo psicotrópicos	3
			Entrega/dispensação de medicamentos sem psicotrópicos	1
			Sem dispensação/entrega de medicamentos	0
		Vacinação	Oferece o serviço	2
		Coleta laboratorial	Oferece o serviço	2
Equipamentos de TIC	Disponibilidade permanente de insumos básicos e ausência de dificuldade de abastecimento ou monitoramento de EPIs ou medicamentos	Vacina tríplice viral + varicela/pentavalente	Sempre disponíveis vacinas tríplice viral + varicela + pentavalente	2
			Sempre disponíveis vacinas tríplice viral + varicela	1
			Pelo menos 1 das vacinas disponível	0,5
			Nenhuma das vacinas disponíveis	0
		O2 (fixo ou para transporte)	Possui sempre disponível	1
		Sabão ou sabonete líquido	Possui sempre disponível	1
Insumos	Disponibilidade permanente de insumos básicos e ausência de dificuldade de abastecimento ou monitoramento de EPIs ou medicamentos	Carrinho de emergência	Carrinho de emergência completo	1
			Carrinho de emergência incompleto	0,5
			Sem carrinho de emergência	0
		Abastecimento e monitoramento do estoque estratégico de EPIs	Sem dificuldade	1
		Abastecimento e monitoramento do estoque estratégico de medicamentos	Sem dificuldade	1
Equipamentos de TIC	Ter computador com acesso à internet e telefone com linha ativa sempre disponíveis	Computador	Em quantidade suficiente para as equipes	1,5
			Em quantidade insuficiente para as equipes	0,75
			Sem computador	0
		Acesso à internet	Internet satisfatória	1,5
			Internet não satisfatória	0,75
			Internet inexistente	0
		Aparelho telefônico com linha	Possui	1

Nota: a - Brasil, 2017; b - Brasil, 2018.

Fonte: arquivos do Programa QualisAPS.



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz  
Brasília

Secretaria  
de Saúde  
**GOVERNO DO  
DISTRITO FEDERAL**

