



Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira:

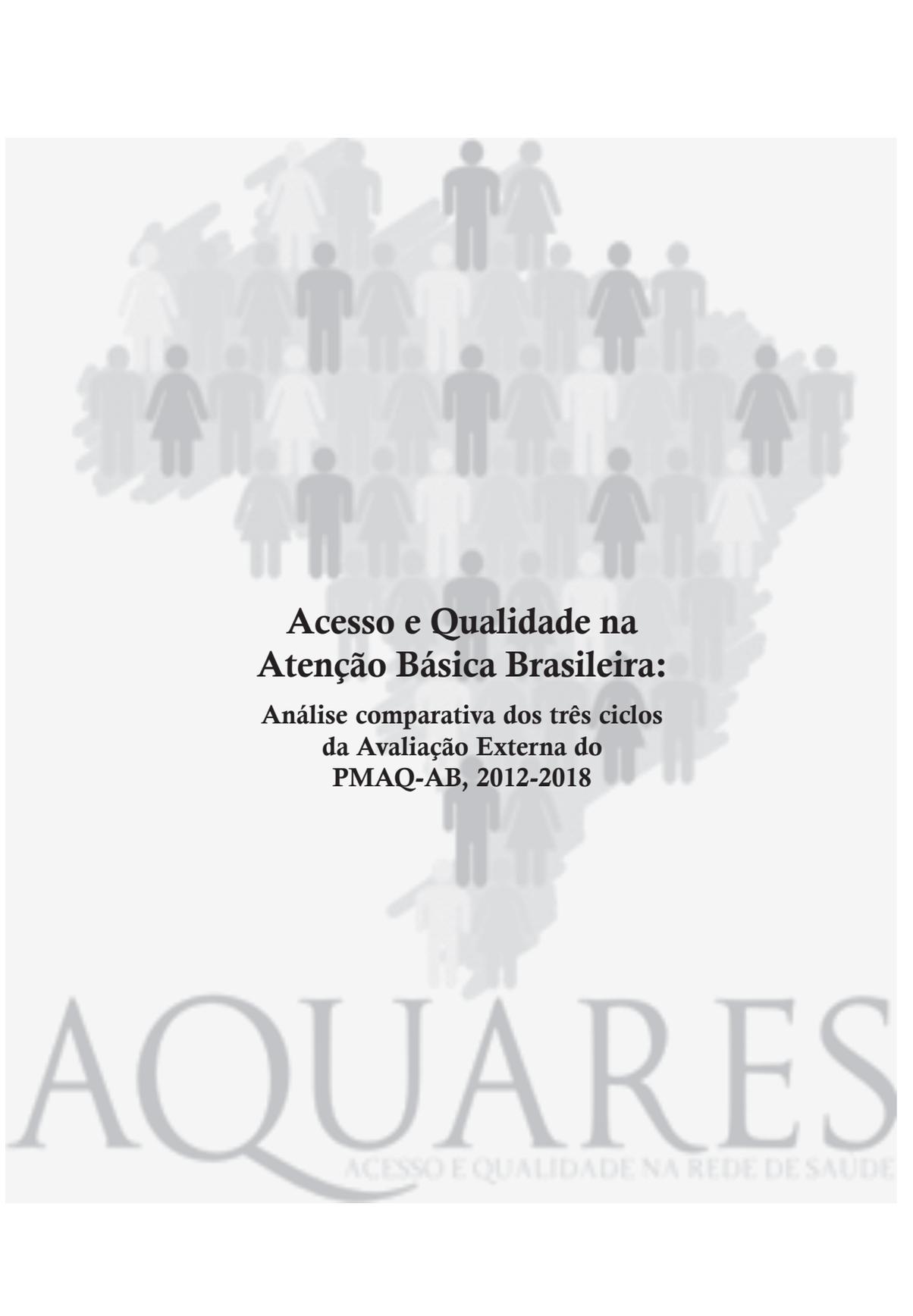
Análise comparativa dos três ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB

2012-2018

E-book



Luiz Augusto Facchini | Elaine Tomasi | Elaine Thumé
(Organizadores)

A large, light gray silhouette of the map of Brazil is centered on the page. The interior of the map is filled with numerous smaller, semi-transparent silhouettes of people in various poses and colors (black, white, gray), representing a diverse population.

Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira:

**Análise comparativa dos três ciclos
da Avaliação Externa do
PMAQ-AB, 2012-2018**

AQUARES
ACESSO E QUALIDADE NA REDE DE SAÚDE

**Luiz Augusto Facchini
Elaine Tomasi
Elaine Thumé
(Organizadores)**

Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira:

**Análise comparativa dos três ciclos
da Avaliação Externa do
PMAQ-AB, 2012-2018**

E-book



São Leopoldo
2021

© Dos autores – 2021

Editoração: Oikos

Capa: Juliana Nascimento

Revisão: Geraldo Korndörfer

Diagramação e arte-final: Jair de O. Carlos

Conselho Editorial (Editora Oikos):

Avelino da Rosa Oliveira (UFPEL)

Danilo Streck (Universidade de Caxias do Sul)

Elcio Cecchetti (UNOCHAPECÓ e GPEAD/FURB)

Eunice S. Nodari (UFSC)

Haroldo Reimer (UEG)

Ivoni R. Reimer (PUC Goiás)

João Biehl (Princeton University)

Luiz Inácio Gaiger (Unisinos)

Marluza M. Harres (Unisinos)

Martin N. Dreher (IHSL)

Oneide Bobsin (Faculdades EST)

Raúl Fornet-Betancourt (Aachen/Alemanha)

Rosileny A. dos Santos Schwantes (Uninove)

Vitor Izecksohn (UFRJ)

Editora Oikos Ltda.

Rua Paraná, 240 – B. Scharlau

93120-020 São Leopoldo/RS

Tel.: (51) 3568.2848

contato@oikoseditora.com.br

www.oikoseditora.com.br

A174 Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. / Organizadores: Luiz Augusto Facchini, Elaine Tomasi e Elaine Thumé – São Leopoldo: Oikos, 2021.

224 p.; il.; color.; 16 x 23 cm.

ISBN 978-65-5974-035-2

1. Saúde pública. 2. Serviço – Saúde. 3. Atenção básica à saúde. 4. Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Saúde da Família (ESF). I. Facchini, Luiz Augusto. II. Tomasi, Elaine. III. Thumé, Elaine.

CDU 614

Catálogo na Publicação: Bibliotecária Eliete Mari Doncato Brasil – CRB 10/1184

Este livro é dedicado
à população brasileira e
aos trabalhadores de saúde
da rede básica que tornam realidade
o Sistema Único de Saúde.

Agradecimentos

Registramos nossos agradecimentos:

Ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Ações em Saúde do Ministério da Saúde, pela iniciativa e condução do PMAQ-AB e seus benefícios à qualificação da atenção básica no Brasil.

Aos colegas das Instituições de Ensino Superior (IES) que lideraram os processos de Avaliação Externa no território nacional, pelos grandes desafios compartilhados e aprendizado constante na implementação de inquéritos em serviços de saúde em parceria entre academia, gestão e controle social.

Aos colegas das IES parceiras no consórcio liderado pelo Grupo de Pesquisa AQUARES da UFPel – Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Goiás, Universidade de Brasília, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal do Maranhão – pela parceria e trabalho conjunto.

A toda a equipe do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFPel e do Grupo de Pesquisa AQUARES, docentes, técnicos, auxiliares de pesquisa, alunos de graduação e pós-graduação, pelo trabalho incansável de planejamento, organização e apoio ao trabalho de campo nos três ciclos da Avaliação Externa do Programa.

Aos Programas de Pós-Graduação em Epidemiologia, Enfermagem e Saúde da Família da UFPel, pela compartilhamento de saberes na produção científica oriunda dos dados da Avaliação Externa do PMAQ-AB.

A todos os entrevistadores e supervisores de trabalho de campo, por sua colaboração qualificada nos contatos com gestores, profissionais de saúde e usuários das Unidades de Saúde visitadas.

Aos gestores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e das Coordenações Estaduais e Municipais de Atenção Básica dos municípios brasileiros que aderiram ao PMAQ-AB, pelo apoio e acolhida das equipes responsáveis pela Avaliação Externa.

Aos profissionais das Equipes de Saúde da Família que receberam os entrevistadores e responderam aos instrumentos de pesquisa, condu-

zindo a observação da estrutura de suas unidades de saúde e contribuindo para a avaliação de modo essencial.

Aos usuários vinculados às Equipes de Saúde da Família entrevistados por ocasião das visitas de Avaliação Externa, pela sua disponibilidade em responder perguntas sobre o cuidado à sua saúde e de seus filhos recebido nos serviços de atenção básica.

Sumário

Lista de siglas	15
Apresentação	17
INTRODUÇÃO	
Capítulo I: Acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde: Desafios teóricos e políticos da avaliação da Atenção Básica	22
Capítulo II: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB	67
METODOLOGIA	
Capítulo III: Delineamento e operacionalização nacional da Avaliação Externa do PMAQ-AB	84
Capítulo IV: Avaliação Externa do PMAQ-AB no Consórcio UFPel	94
RESULTADOS	
Capítulo V: Características gerais das UBS e equipes de saúde na APS brasileira: Infraestrutura e oferta de serviços	110
Capítulo VI: Acesso e Qualidade em Ações de Saúde Prioritárias: Análise de Processos e Resultados na APS Brasileira de 2012 a 2018	131
Capítulo VII: Contribuições da Avaliação Externa ao conhecimento sobre a melhoria do acesso e da qualidade em ações prioritárias da ESF: Balanço dos três ciclos do PMAQ-AB	154
DISCUSSÃO	
Capítulo VIII: Situação da Estratégia Saúde da Família e Perspectivas da Avaliação da APS no Brasil	166
APÊNDICES	
1. Equipes Técnicas do Consórcio UFPel	194
2. Consentimento livre e informado para participação na pesquisa ..	197
3. Aprovação Comitê de Ética – Ciclo I	198
4. Aprovação Comitê de Ética – Ciclo II	199
5. Aprovação Comitê de Ética – Ciclo III	203
6. Produção Científica do Consórcio PMAQ-UFPel – 2015 a 2021 ...	207
Sobre os autores e as autoras	215

Lista de Figuras.

Figura 1: Fluxograma dos padrões de qualidade da Avaliação Externa para equipes de Atenção Básica, com e sem Saúde Bucal. PMAQ-AB	73
Figura 2: Quadro dos módulos dos instrumentos aplicados em cada ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB	75
Figura 3: Planilha de cálculo para repasse dos incentivos financeiros aos municípios. PMAQ-AB, 2017-2019	78
Figura 4: Fotografia da reunião nacional das instituições participantes da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasília, DF, 2018 ...	90
Figura 5: Fotografia de parte dos membros do consórcio da UFPel em reunião de monitoramento do trabalho de campo. Brasília, DF, 2018	91
Figura 6: Quadro dos Municípios, UBS, equipes e usuários incluídos na Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil e Consórcio-UFPel, 2012, 2013/2014 e 2017/2018	96
Figura 7: Fotografia da reunião preparatória para o trabalho de campo. PMAQ-AB-UFPel, 2012	97
Figura 8: Fotografia da reunião preparatória para o trabalho de campo. PMAQ-AB-UFPel, 2012	98
Figura 9: Quadro de duração do trabalho de campo em cada Ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB nas UF sob responsabilidade da UFPel	99
Figura 10: Imagem de exemplo do trajeto do trabalho de campo no Rio Grande do Sul e seu planejamento	100
Figura 11: Quadro dos períodos, total de candidatos inscritos e selecionados para capacitação e seleção de supervisores e entrevistadores em cada Ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB nas UF sob responsabilidade da UFPel	102
Figura 12: Fotografia da equipe de campo em Santa Catarina. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012	103
Figura 13: Fotografia da equipe de campo no Maranhão. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012	103

Figura 14: Fotografia da equipe de campo no Distrito Federal. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012	104
Figura 15: Fotografia da equipe de campo em Goiás. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012	104
Figura 16: Fotografia da equipe de campo em Minas Gerais. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012	105
Figura 17: Fotografia da equipe de campo no Rio Grande do Sul. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012	105
Figura 18: Fotografia dos membros do consórcio da UFPel em reunião de monitoramento do trabalho de campo. Brasília, DF, 2018 ...	106
Figura 19: Fotografia de membros do consórcio da UFPel em reunião de monitoramento do trabalho de campo. Florianópolis, SC, 2016	106
Figura 20: Fotografia da visão externa de uma unidade de saúde visitada pela Avaliação Externa do PMAQ-AB	112
Figura 21: Fotografia da visão externa de uma unidade de saúde visitada pela Avaliação Externa do PMAQ-AB	112
Figura 22: Gráfico da presença de características estruturais e de ambiência na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	113
Figura 23: Gráfico da presença de imunobiológicos do calendário de 0-6 meses de idade sempre disponíveis na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	116
Figura 24: Gráfico da presença de imunobiológicos do calendário após 6 meses de idade sempre disponíveis na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	117
Figura 25: Gráfico da presença de testes diagnósticos sempre disponíveis na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	118
Figura 26: Gráfico do acesso à internet sempre disponível na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	119

Figura 27: Gráfico da proporção de equipes vinculadas ao Telessaúde com participação em ações de educação permanente, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	121
Figura 28: Gráfico de motivos de utilização do Telessaúde, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	122
Figura 29: Gráfico de proporção de equipes que referiu receber apoio do NASF, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	123
Figura 30: Gráfico de proporção de procedimentos ofertados pela equipe de atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	126
Figura 31: Gráfico de grupos e temas para os quais são direcionadas as ações educativas ofertadas pelas equipes, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012 e 2013/2014	127
Figura 32: Gráfico de proporção de ações relacionadas à visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio pela equipe de atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012 e 2013/2014	128
Figura 33: Gráfico de proporção de equipes que realizam pesquisa de satisfação do usuário e consideram sua opinião na atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	130
Figura 34: Gráfico de proporção de ações realizadas pela equipe para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	139
Figura 35: Gráfico de proporção de equipes e situações de busca ativa das crianças de 0 a 2 anos pelas equipes de atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	141

Figura 36: Gráfico de proporção das ações realizadas na consulta na primeira semana de vida na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	142
Figura 37: Gráfico de proporção de orientação sobre alimentação e desenvolvimento da criança conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	143
Figura 38: Gráfico de proporção de equipes com exames solicitados conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	145
Figura 39: Gráfico de proporção dos indicadores de atenção à pessoa com hipertensão arterial na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018 ...	146
Figura 40: Gráfico da proporção das características da atenção à pessoa com Diabetes Mellitus pelas equipes de atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012 e 2017/2018	147
Figura 41: Gráfico de proporção de indicadores da atenção à pessoa com Diabetes Mellitus na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018 ...	148
Figura 42: Gráfico da proporção das características da atenção ao Usuário Portador de Tuberculose e Hanseníase pelas equipes de atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	149

Lista de Tabelas.

Tabela 1: Presença de insumos sempre disponíveis para atenção à saúde na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	114
Tabela 2: Características sociodemográficas dos usuários entrevistados nas UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	133
Tabela 3: Insumos sempre disponíveis para atenção à saúde da mulher na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	134

Tabela 4: Equipamentos sempre disponíveis para atenção à saúde da criança na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018	140
Tabela 5: Presença de insumos para atenção odontológica na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012 e 2017/2018	151
Tabela 6: Procedimentos básicos realizados pelas equipes de Saúde Bucal conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012 e 2017/2018	152

Lista de siglas

AB	Atenção Básica à Saúde
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Avaliação Externa
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
AQUARES	Acesso e Qualidade na Rede de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CGAA	Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CMS	Centros Municipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DM	Diabetes Mellitus
DMS	Departamento de Medicina Social
EAB	Equipe de Atenção Básica
EAD	Ensino a Distância
ELB	Estudos de Linha de Base
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GP	<i>General Practitioners</i>
GT	Grupo de Trabalho
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
JACM	<i>Journal of Ambulatory Care Management</i>
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde



NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Services</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SAS	Secretaria de Ações de Saúde
SB	Saúde Bucal
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SSN	<i>Servizio Sanitario Nazionale</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TI	Tecnologia da Informação
UBS	Unidade básica de saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade Federal de Brasília
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

Apresentação

O livro “Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira: Análise comparativa dos três ciclos da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)” é disponibilizado aos leitores em um momento de máximo desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) face à pandemia de COVID-19 e às ameaças políticas neoliberais em curso. Em meio às incertezas políticas, é um privilégio e uma honra apresentar um resultado bem-sucedido da cooperação da academia com o SUS, no âmbito do PMAQ-AB.

O volume proporciona ao leitor um perfil abrangente da Atenção Básica à Saúde (AB), ao comparar os resultados da avaliação externa (AE) realizada entre 2012 e 2018, durante os três ciclos do PMAQ-AB. Também detalha as atividades da AE sob coordenação do Departamento de Medicina Social (DMS) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e do Grupo de Pesquisas AQUARES – Acesso e Qualidade na Rede de Saúde. A participação do DMS-UFPEL promoveu uma excepcional cooperação acadêmica com as Universidades Federais de Santa Catarina (UFSC), Minas Gerais (UFMG), Goiás (UFG), Brasília (UnB) e Maranhão (UFMA). O consórcio de pesquisa liderado pela UFPEL foi responsável por aproximadamente 20% da AE no país, em cada um dos ciclos.

O texto apresenta padrões de indicadores de acesso e qualidade na atenção de gestantes, puérperas, recém-nascidos, crianças pequenas, adultos e idosos, em uma análise das equipes da ESF. Também destaca as mudanças ocorridas nos padrões ao longo do tempo, com foco no alcance dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade.

A **Introdução** está composta por dois capítulos e problematiza o tema do acesso e da qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e de sua avaliação, expõe a fundamentação teórica, os objetivos e as características do PMAQ-AB. No Capítulo I, com a recuperação histórica de fatos e personagens marcantes da APS no Brasil e no mundo, é abordado o “*Acesso e qualidade da APS: Desafios teóricos e políticos da avaliação da Atenção Básica*”. O Capítulo II descreve as principais características do “Pro-



grama de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB”, incluindo mudanças no período.

A **Metodologia** igualmente está organizada em dois capítulos. O Capítulo III, denominado “*Delineamento e operacionalização nacional da Avaliação Externa do PMAQ-AB*”, descreve o processo que envolveu a preparação e a efetivação de um dos maiores programas de incentivo à melhoria do acesso e da qualidade no mundo. Apresenta as amostras de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Saúde e Usuários estudadas no país e no consórcio da UFPel. O Capítulo IV, sobre a “*Avaliação Externa do PMAQ-AB no Consórcio UFPel*”, registra a trajetória acadêmica, política e administrativa para viabilizar a logística do trabalho de campo em um consórcio bem-sucedido da UFPel no Rio Grande do Sul e nas demais unidades da federação sob responsabilidade das instituições parceiras.

Os **Resultados** organizam um panorama abrangente da situação do acesso e da qualidade da APS no país no período 2012-2018, ao comparar as características dos serviços e de ações prioritárias nos três ciclos avaliativos. O Capítulo V apresenta as características gerais de infraestrutura e oferta de serviços em UBS e equipes de saúde na APS. No Capítulo VI, encontra-se uma meticulosa análise de indicadores de processo e de resultado sobre acesso e qualidade em ações de saúde prioritárias na APS em todo o território nacional. A seção ainda inclui o Capítulo VII, que sistematiza as *contribuições da AE à melhoria do acesso e da qualidade em ações prioritárias da ESF*, fruto de uma revisão de publicações referentes aos três ciclos do PMAQ-AB, em especial do Grupo de Pesquisa AQUARES.

A **Discussão**, no Capítulo VIII, aborda a “*Situação da Estratégia Saúde da Família e Perspectivas da Avaliação da APS no Brasil*”. Traz um balanço dos avanços observados no período e da persistência de fragilidades no acesso e na qualidade da AB. Recomenda-se ênfase em políticas e programas que viabilizem a universalidade, integralidade e equidade das ações realizadas por equipes da ESF. Abordagens longitudinais e integradas da atenção pré-natal, pós-parto e de puericultura, de saúde da mulher e também de condições crônicas em adultos e idosos reforçam a chave poderosa da ESF, com seu enfoque na família e na população, para viabilizar o pleno alcance dos princípios constitucionais do SUS. As fragilidades da ESF apontadas no livro são passíveis de solução com os recursos disponíveis no país e no SUS. Acredita-se que o foco criterioso nos problemas

identificados subsidiará uma melhoria exponencial do acesso e da qualidade das ações ofertadas.

A cooperação interinstitucional entre pesquisadores de Universidades Públicas Federais é marca destacada da AE do PMAQ-AB, com dois efeitos complementares e positivos para o país. Permitiu apoiar a política de incentivo ao acesso e à qualidade da AB, ao dispor da expertise de uma ampla rede colaborativa de instituições acadêmicas, ao tempo em que fortaleceu o envolvimento de grupos de pesquisa em todo o território nacional, incluindo pesquisadores, discentes, docentes e membros da comunidade científica, com a formulação e avaliação de políticas da AB. Esse movimento promoveu parcerias das instituições de ensino com gestores do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, viabilizando um trabalho de campo de abrangência nacional e promovendo a utilização dos resultados para melhoria da atenção básica.

Ao integrar as contribuições da AE na melhoria do acesso e da qualidade na AB, este livro registra os processos metodológicos e sistematiza evidências em áreas prioritárias da APS, obtidas mediante a análise comparativa dos três ciclos do PMAQ-AB. O texto tem foco especial nas modificações observadas na infraestrutura, no processo de trabalho e nos resultados de ações prioritárias dirigidas aos usuários regulares da APS brasileira, destacando os avanços e as fragilidades observadas entre 2012 e 2018.

Boa leitura!

Os organizadores

INTRODUÇÃO



CAPÍTULO I

Acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde: Desafios teóricos e políticos da avaliação da Atenção Básica

Luiz Augusto Facchini

Elaine Tomasi

Denise Silva da Silveira

Anaclaudia Gastal Fassa

Elaine Thumé

Introdução

O acesso universal, integral e equitativo a serviços de saúde eficientes e de qualidade desafia os sistemas públicos de saúde e, em especial, a Atenção Primária à Saúde (APS) (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; FACCHINI *et al.*, 2018). O acesso está fortemente associado à demanda da população por serviços de saúde que, por sua vez, depende da interação entre características sociais, econômicas, demográficas, psicológicas dos indivíduos e de suas necessidades de saúde. O acesso também é influenciado pela disponibilidade de serviços de saúde com capacidade de acolher a demanda da população (TRAVASSOS *et al.*, 2002, 2006; NUNES *et al.*, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2017).

Na APS, o acesso aos serviços ofertados é particularmente difícil, pois a vulnerabilidade de lugares e populações onde os equipamentos de saúde estão instalados afeta as condições objetivas de busca por parte dos usuários e de resposta por parte dos serviços. As condições de vida e trabalho da população, as particularidades topográficas, climáticas e de infraestrutura social conformam as condições de transporte, mobilidade e recursos financeiros dos usuários e podem servir de barreiras ao acesso. A história social do país, as leis sobre o direito à saúde e o modelo de sistema de saúde afetam as políticas de APS, seu financiamento, a disponibilidade de serviços e de equipes profissionais resolutivas e, em consequência, podem

obstaculizar o acesso da população (STOPA *et al.*, 2017; ABRASCO, 2018; FACCHINI *et al.*, 2018).

O sucesso na busca por atendimento coloca um desafio adicional aos indivíduos e prestadores de serviços de saúde: a qualidade das ações de saúde. De modo superlativo, a qualidade da atenção recebida pela população depende das características particulares do sistema de saúde, da infraestrutura, do perfil da equipe profissional e da organização dos serviços. Entretanto, o contexto histórico em que a população e os serviços de saúde estão inseridos modelam a qualidade em saúde. Ao expressar a intencionalidade das políticas de saúde e das práticas profissionais, serviços de boa qualidade podem modificar desigualdades estruturais em saúde, por meio de respostas mais equitativas na prestação dos cuidados. Com ações integrais de boa qualidade, os serviços podem contribuir efetivamente para a superação de desvantagens históricas nos indicadores de saúde de regiões e populações vulneráveis do país (FACCHINI *et al.*, 2015, 2018).

Na atualidade, múltiplas abordagens e bases teóricas subsidiam a avaliação da efetividade de políticas e programas de saúde (HARTZ e SILVA, 2005; ANGLEMYER *et al.*, 2014), percorrendo os meandros da percepção da necessidade de saúde, da decisão de buscar o atendimento, do acesso e utilização do serviço e da solução possível e adequada à necessidade. A expansão do campo da avaliação e de seus fundamentos projetou suas características para além do rotineiro e necessário monitoramento de indicadores e programas. Na atualidade, a avaliação de efetividade de uma política abrangente, ou de uma ação particular de um profissional de saúde, permite estimar a capacidade de uma intervenção apresentar um efeito significativo para a saúde e o bem-estar de indivíduos e grupos populacionais sob estudo (HARTZ e SILVA, 2005; FACCHINI, 2010; ANGLEMYER *et al.*, 2014). Expressão de interesses, atores e contextos diversos, os estudos avaliativos refletem tanto complementaridades quanto contrastes ao definir e recortar o objeto de estudo. O ponto em comum entre todas as pesquisas é o requisito de avaliar o cumprimento de objetivos, metas e atribuições estabelecidas em regras e diretrizes institucionais de ação (HABICHT *et al.*, 1999; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000; VIACAVA *et al.*, 2004; HARTZ e SILVA, 2005).

Para contextualizar a avaliação de acesso e qualidade da APS, apresenta-se um recorte histórico das demandas sociais por saúde e das respostas políticas que acabaram por forjar as características fundamentais da APS no mundo e no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Atenção Primária à Saúde na história e no contexto do Sistema Único de Saúde

A Atenção Primária é reconhecida internacionalmente como a estratégia de organização comunitária da atenção à saúde voltada para responder de forma descentralizada, regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas, de promoção à saúde e curativas direcionadas a indivíduos, famílias e comunidades, conforme estabelecido na Conferência de Alma-Ata em 1978 e na Constituição Brasileira de 1988. A APS é o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde, aproxima o setor saúde de onde as pessoas vivem e trabalham e promove um processo contínuo de cuidados em saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; BRASIL, 1988; CUETO, 2004).

A Declaração de Alma-Ata foi um dos marcos mais importantes do campo da saúde pública no século XX e identificou a APS como a chave para o alcance da meta de Saúde para Todos, imagem objetiva para o ano 2000 em uma perspectiva sistêmica e de ação intersetorial para reduzir iniquidades sociais em saúde. Em seu enunciado, procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS. Com seu enfoque comunitário e o propósito de facilitar o acesso aos cuidados de saúde de populações socialmente vulneráveis e desassistidas, a APS se delineou por meio de múltiplas experiências em grandes cidades e em locais remotos, em países ricos e pobres, com a presença apenas de trabalhadores comunitários, de médicos e enfermeiros, ou ainda incluindo outros profissionais de saúde, como, por exemplo, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; CUETO, 2004; STARFIELD *et al.*, 2005; FACCHINI *et al.*, 2018).

A relevância da APS para prover acesso aos cuidados de saúde levou, em 2018, à rediscussão dos princípios de Alma-Ata em Astana, atual capital do Cazaquistão. Nesta Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, reafirmou-se a contribuição da saúde ao desenvolvimento socioeconômico global e o compromisso com a APS na busca por saúde e bem-estar para todos. Sociedades e ambientes devem proteger e priorizar a saúde das pessoas. A atenção à saúde deve estar disponível e ser acessível para todos, em todo lugar; deve ser qualificada, tratando as pessoas com respeito e dig-

nidade (DECLARATION OF ASTANA, 2018). No entanto, a história da APS, enquanto modelo institucional de assistência comunitária de saúde, antecede em muito Alma-Ata.

Medicina social, saúde da família e centros comunitários: a constituição histórica da APS

As concepções de medicina social, medicina e enfermagem de família e centros comunitários de atenção primária à saúde têm origens conexas e remontam às lutas populares por saúde e aos movimentos revolucionários ocorridos ao longo do século XIX, que transformaram o sistema capitalista e a sociedade global. O movimento da medicina social se forjou na solidariedade de políticos, médicos, lideranças intelectuais e reformadores sociais com as causas dos trabalhadores, em especial dos mais pobres e dos desempregados, que sofriam com a carestia dos alimentos e a falta de assistência à saúde. Na Europa, as propostas de direito à saúde e de responsabilidade dos nascentes Estados capitalistas por sua assistência se expandiram após 1848, em especial na França, na Inglaterra e na Alemanha, alcançando abrangência global e assumindo diversas nuances e expressões (ROSEN, 1972; FOUCAULT, 1979; LAURELL, 1982; HAN *et al.*, 2017).

Em fins do século XIX, em meio a sucessivas crises sociais e sanitárias, com epidemias e doenças da pobreza afetando desigualmente a população, multiplicaram-se as experiências de serviços em comunidades pobres, buscando a cobertura de saúde de populações desassistidas. Neste contexto histórico, com convergências e contrastes entre as demandas dos trabalhadores, as propostas da medicina social e as respostas políticas, surgiu o primeiro sistema de saúde do mundo ocidental, um esquema de seguro nacional de saúde. O modelo implantado por Otto von Bismarck, em 1883, no recém-criado Império Germânico, não tinha base na APS, mas dispunha de ambulatórios públicos descentralizados. Entretanto, a garantia de cobertura universal de saúde à população trabalhadora do nascente Império Alemão somente foi alcançada plenamente em 1988 (BUMP, 2010; BUSSE *et al.*, 2017).

Nesta época, em Londres, Samuel Augustus Barnett, então vigário da Paróquia de St. Jude, iniciou um movimento de centros comunitários com a fundação do Toynbee Hall, cujo objetivo principal era o desenvolvimento e melhoria de bairros e populações socialmente vulneráveis, por meio

da oferta de assistência especializada, por assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, economistas domésticos e conselheiros vocacionais, incluindo orientação informal, visitas domiciliares, patrocínio de clubes de amizade, aulas comunitárias, formação de equipes esportivas e grupos de interesse ou *hobby* (BRITANNICA, 2017). Nos Estados Unidos, na grande depressão, entre 1892 e 1893, Nathan Straus, um rico comerciante, relacionou a alta taxa de mortalidade infantil de Nova York à contaminação do leite. Utilizando o conhecimento desenvolvido por Pasteur, criou as primeiras estações de leite pasteurizado e alimentação (*milk station*), que vendiam o leite esterilizado por alguns centavos e o distribuíam gratuitamente para a população pobre e desabrigada de Nova York (HISTORY DAILY, 2016).

No início do século XX, a criação de centros de saúde e postos de higiene continuou tanto nos Estados Unidos quanto na Europa, principalmente em cidades sob administrações progressistas ou socialistas, como resposta às precárias condições de saúde e assistência de trabalhadores e imigrantes. Em Nova York, desde 1901, a organização de centros e cuidados de saúde comunitários e as estações de leite para bebês buscava beneficiar populações pobres e vulneráveis da cidade (<https://www.visualutions.com/blog/community-health-centers-%E2%80%93-a-historical-look/>; DUFFY, 1974). Em 1908, o *Bureau of Child Hygiene* de Nova York foi organizado e implementou um programa intensivo para a educação das mães, por meio de médicos e enfermeiras visitadoras, que evoluiu para a criação de postos de saúde para bebês. Neste sentido, a nascente organização dos cuidados de mães e bebês no início do século XX se conecta à concepção da APS contemporânea.

O impacto das *milk stations* na redução da mortalidade infantil estimulou sua transformação em centros de saúde, especialmente para cuidados de puericultura de bebês. Em novembro de 1914, também em Nova York, foi inaugurado o primeiro centro de saúde distrital da cidade, na Avenida Madison, 206, para atender cerca de 35.000 pessoas do Lower East Side de Manhattan. O centro de saúde era administrado por um médico e três enfermeiras e utilizava um registro de saúde completo de todas as famílias no distrito para monitoramento de saúde. Em 1915, a ideia se expandiu para o Queens, onde quatro centros distritais foram estabelecidos. Esta foi a época da Primeira Guerra Mundial, de conflitos e disputas políticas, que em 1916 acabou por suspender a expansão deste modelo, abrindo caminho para as clínicas de saúde com financiamento privado. Muitos centros como

Bowling Green, Columbus Hill, Mulberry Street e o Judson surgiram. Em 1924, o Judson Health Center, estabelecido por Eleanor A. Campbell em 1921, era o maior centro de saúde dos Estados Unidos (VISUALUTIONS, 2021).

No Brasil, a origem dos serviços comunitários para atender às demandas dos pobres e dos trabalhadores por saúde e assistência está predominantemente associada aos governos estaduais e ao poder central (SANTOS e FARIA, 2018). Com participação da Fundação Rockefeller, em 1916 são criados os primeiros estabelecimentos públicos de base territorial no controle de doenças endêmicas e infecciosas do país. Chamados de Postos de Higiene e Profilaxia Rural, prestavam assistência, de forma permanente, a populações definidas. Dois anos depois, a gripe espanhola chegou ao Brasil e no Rio de Janeiro enfermou dois terços da população (por volta de seiscentos mil habitantes), vitimando onze mil pessoas, devido às precárias condições de higiene, saneamento e assistência médica. Nesse grave quadro, o presidente da República Wenceslau Braz convidou Carlos Chagas para coordenar o enfrentamento à pandemia. O brilhante sanitarista adotou uma estratégia de serviços comunitários de saúde, por meio de postos de atendimento à população em vinte e sete pontos diferentes da cidade do Rio de Janeiro (BRAGA e PAULA, 1981; CAMPOS *et al.*, 2016).

Em 1919, quando a pandemia de gripe espanhola deixava um rastro de morte e sofrimento em todo o mundo, semelhante ao da COVID-19 na atualidade, Lord Bertrand Dawson foi indicado por Christopher Addison, ministro britânico da saúde, a produzir um relatório sobre um modelo de cuidados regulares de saúde, disponíveis para os habitantes de uma determinada área. Em 1920, Dawson divulgou seu famoso Relatório e propôs ao parlamento inglês a organização de uma rede de centros comunitários de APS no contexto de um sistema de saúde hierarquizado. Dawson já apresentava os conceitos de território, população adscrita, acolhimento, porta de entrada no sistema, atendimento domiciliar, referência a outros níveis de atenção, apoio diagnóstico e terapêutico e coordenação do cuidado. Uma única autoridade de saúde unificaria e controlaria todos os serviços de saúde, curativos e preventivos (DAWSON, 1920). A proposta influenciou fortemente os debates sobre a organização de um Serviço Nacional de Saúde na Grã-Bretanha. Infelizmente, a queda do governo liberal de Lloyd George impediu a implementação das propostas à época. Neste ano, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, sob liderança do movimento revolucionário, foi criado

o primeiro sistema universal de saúde do mundo, com acesso gratuito aos cuidados de saúde ambulatoriais e hospitalares.

No Brasil, a organização da saúde pública brasileira também foi incentivada no contexto da pandemia de gripe espanhola, que devastou a população mais pobre. Em 1923, também com o apoio da Fundação Rockefeller, Carlos Chagas criou a Escola de Enfermagem Anna Nery, profissionalizando o ensino de Enfermagem no país. Em 1924, foi implantado o primeiro Centro de Saúde Escola na Faculdade de Medicina de São Paulo, por Geraldo de Paula Souza, a partir de sua experiência na Johns Hopkins University nos Estados Unidos e com financiamento da Fundação Rockefeller. Logo depois, em 1926, Chagas organizou o primeiro curso de Higiene e Saúde Pública para a formação de médicos sanitaristas, visando suprir a demanda de profissionais aptos a trabalhar em dedicação exclusiva às funções do Estado. A concepção de assistência à saúde integrada com o ensino e a pesquisa foi referência na implantação de Centros de Saúde (CS), como unidades de referência, em núcleos urbanos, entre 1925 e 1926 em São Paulo e no Rio de Janeiro (BRAGA e PAULA, 1981; SANTOS e FARIA, 2006; CAMPOS *et al.*, 2016).

Na mesma época, em Londres, o Peckham Health Centre (LEWIS e BROOKES, 1983) inaugurou um serviço comunitário com visão holística da saúde e de sua determinação. O centro pioneiro, fundado por George Scott Williamson, um patologista, e Innes Pearse, uma médica clínica geral, oferecia cuidados primários de saúde de excelência para as famílias, mas também piscina pública, academia de atividade física, creche, mercado de alimentos saudáveis e até uma escola primária.

No Brasil, como consequência das grandes transformações políticas e sociais que ocorreram em todo o mundo na década de 1930, houve expansão de centros de saúde e de enfermeiras visitadoras com base em territórios e populações definidas (CAMPOS *et al.*, 2016). Em 1937, durante o governo de Getúlio Vargas, Gustavo Capanema, então Ministro da Educação e Saúde, promoveu uma reorganização institucional da saúde, em que os centros de saúde e os postos de higiene passaram a constituir as unidades sanitárias de um distrito territorialmente definido. Estas unidades sanitárias, além de assistência, realizavam cursos intensivos para a formação de profissionais. A proposta de Capanema incluía a constituição de um Instituto Nacional de Saúde Pública, que, à semelhança da reforma proposta por Dawson na Inglaterra, em 1920, não saiu do papel.

Em 1939, ocorreu a municipalização das unidades sanitárias, denominadas Centros Municipais de Saúde (CMS), classificados segundo o porte e a complexidade. À época, a rede de CMS do Rio de Janeiro inspirou a criação de serviços semelhantes nos demais estados do país. Apesar da expansão, os serviços padeciam de muitos problemas de infraestrutura e de disponibilidade de profissionais, sendo geralmente instalados em velhos casarões adaptados. Eram ofertados como uma espécie de benemerência social e não um direito dos trabalhadores e das populações abandonadas em favelas e comunidades pobres (SANTOS e FARIA, 2006; CAMPOS *et al.*, 2016).

Em 1942, ocorreu a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fruto de um acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, com a função de sanear as regiões produtoras de matérias-primas, como a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce. A expansão do SESP nas regiões rurais brasileiras resultou na construção de redes de unidades de saúde locais, com ênfase na medicina preventiva e curativa e na educação sanitária nos mais variados espaços, dentre eles nas escolas primárias. O serviço binacional tinha foco inicial na provisão de assistência médica aos seringueiros e o treinamento de profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiras e engenheiros sanitários (CAMPOS, 2008).

Na Índia, em 1946, em sintonia com o movimento de implantação do *National Health Services* (NHS) na Grã-Bretanha, Joseph Bhore propôs o primeiro programa nacional para melhoria da saúde, que incluía uma rede articulada de centros comunitários de saúde em áreas rurais e urbanas, com integração de cuidados preventivos e curativos. Apesar da relevância da proposta, que forneceu diretrizes para o planejamento nacional de saúde na Índia, as recomendações de Bhore não foram incorporadas às estratégias de desenvolvimento socioeconômico nacional (THOMAS, 2021).

Na Inglaterra, em 5 de julho de 1948, o clima de solidariedade social com as populações mais pobres e vulneráveis do pós-guerra e o governo do Partido Trabalhista de Clement Attlee facilitaram a criação do NHS, implantado sob liderança de Aneurin Bevan, ministro da Saúde, e inspirado em sua experiência na *Tredegar Medical Aid Society*, em sua cidade natal, no País de Gales (BBC News, 2010). Pela primeira vez no mundo, um sistema universal de saúde com base na APS, totalmente gratuito, foi disponibilizado aos cidadãos sem implicar o pagamento de taxas ou seguro (BBC News,

2018). Apesar da oposição inicial da Associação Médica Britânica, o modelo do NHS foi aprovado e nacionalizou mais de 2.500 hospitais no Reino Unido. A APS tornou-se base do NHS, contando com médicos gerais, ou *general practitioners* (GP), e profissionais de enfermagem, que se responsabilizam por atender um grupo definido de pessoas cadastradas, com o apoio de especialistas (UNITED KINGDOM, 2021).

No Brasil, em 1953, também em clima de reformas sociais e ampliação de direitos dos trabalhadores no governo de Getúlio Vargas, finalmente foi criado o Ministério da Saúde no Brasil, com o objetivo de fortalecer as políticas públicas de saúde e melhorar o atendimento à população, especialmente em zonas rurais. Miguel Couto Filho foi o primeiro titular da nova pasta e implementou uma política de fortalecimento da saúde pública, com destaque para a expansão no país de postos, centros e unidades de saúde completas, para substituir os serviços médicos itinerantes. Para Couto, que contava com o apoio de médicos e sanitaristas, a saúde pública deveria ter a área rural como *locus* privilegiado de ação, atendendo os problemas mais vigentes nos mais longínquos sertões. Ele defendia o apoio do Estado a pequenos hospitais bem equipados e assistidos, em articulação, em cada vila, com um posto médico-social, eficiente, integral e universal, para o atendimento indiscriminado aos doentes, por médicos bem remunerados.

Mais de 130 anos após a independência, o país criava um Ministério da Saúde dissociado da Previdência Social, que não contemplava a assistência à saúde nas cidades, espaço privilegiado de quem podia pagar e de trabalhadores formais, com “carteira assinada”. Apesar da visão fragmentada de saúde do arranjo institucional da época, resultante de acordos político-partidários, mais do que de uma concepção técnica, o tema do direito à saúde e da assistência pública esteve presente desde as primeiras conferências de saúde no Brasil, que discutiam a implantação de um sistema de saúde com acesso universal da população (HAMILTON e FONSECA, 2003).

Na segunda metade do século XX, ao exemplo seminal do NHS, seguiu-se o estabelecimento de novos sistemas universais de saúde, com a APS como a base estrutural e organizacional da atenção à saúde. Em Cuba, desde 1959, o direito à saúde tornou-se garantido por um sistema público, universal e gratuito, com base na prevenção e no conceito de saúde familiar. A experiência cubana é reconhecida por governos estrangeiros, periódicos de excelência (*The Lancet*, *Science* e *The New England Journal of Medicine*) e organizações internacionais (Organização Mundial da Saúde – OMS, Or-

ganização Pan-Americana da Saúde – OPAS e Banco Mundial), por seu impacto positivo na saúde da população da ilha, comparável a dos países mais desenvolvidos. O sistema de saúde cubano é um modelo inspirador para países em desenvolvimento e para os mais desenvolvidos, pela forma eficiente e efetiva de articular o fluxo do usuário no sistema a partir de unidades de saúde familiar com base em profissionais de medicina e de enfermagem, responsáveis por um número definido de famílias em um território (ROJAS OCHOA, 2005; LAMRANI, 2021).

Em 1963, no governo de João Goulart, no contexto das reformas de base propostas para atenuar as desigualdades sociais no Brasil, o Ministro da Saúde Wilson Fadul presidiu a 3ª Conferência Nacional de Saúde que discutiu a situação sanitária da população; a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal e a municipalização dos serviços. A Conferência apontava a necessidade de uma Política Nacional de Saúde, com vistas à descentralização e à municipalização das ações, conforme previsto no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (FIOCRUZ, 2020). Fadul e o governo Goulart consideravam o setor saúde um dos imperativos do desenvolvimento social e defendiam a unificação gradativa dos serviços médicos e sanitários, com o aproveitamento das instituições existentes (SOUZA, 2015). Infelizmente, o golpe político-militar de 1964 interrompeu o processo em curso, retardando em mais de duas décadas a implantação de um sistema universal e público de saúde no país.

Os anos de 1960 também foram agitados nos Estados Unidos, em um contexto de guerra fria e anticomunismo, sob a liderança global do país. Internamente, a situação social norte-americana era delicada, com graves contrastes e desigualdades em saúde, que desnudavam iniquidades na proteção social de trabalhadores, negros, mulheres e crianças. O movimento dos direitos civis passou a destacar a importância dos cuidados de saúde comunitários para um enorme contingente de americanos, residentes de subúrbios e áreas rurais, sofrendo de grande pobreza e problemas de saúde, sem assistência médica. Em resposta, o presidente Johnson lançou a política de ‘Guerra contra a Pobreza’, que incluiu a implantação de centros de saúde de bairro em locais mais pobres e excluídos do país. Nesta época, o médico e ativista social H. Jack Geiger ficou impressionado com o impacto de um centro de saúde comunitária no atendimento de zulus na África do Sul, que sofriam com a pobreza, a doença e o *apartheid*. As clínicas forneci-

am acesso a serviços de saúde e outros serviços sociais para aqueles que tinham dificuldade. Em dezembro de 1965, Geiger, juntamente com seu colega Gibson, estabeleceu o primeiro centro de saúde comunitário moderno, em Dorchester, Massachusetts – sob o nome de *Columbia Point Health Center*. No 25º aniversário da clínica, em 1990, ela foi renomeada como Centro de Saúde Comunitária Geiger-Gibson, em homenagem a seus fundadores, e ainda está em operação (NCHP, 2021).

Na década anterior à Conferência de Alma-Ata, a APS ocupou parte importante do debate em saúde, em meio a uma multiplicação de experiências e projetos em comunidades de todo o mundo. Em 1965, Giovanni Berlinguer, médico social, liderança da reforma sanitária e membro do Partido Comunista Italiano, elaborou uma proposta de um sistema universal de saúde, com a distribuição equânime da assistência à saúde da população, em Unidades Sanitárias Locais. O plano de Berlinguer propunha a substituição do princípio de seguridade de doença pelo princípio de seguridade social, mediante ações higiênico-preventivas e ambientais. Contudo, o Parlamento adiou a discussão da proposta de Reforma Sanitária (TEIXEIRA, 1989), à semelhança da situação brasileira à época (LIMA *et al.*, 2009).

Apesar do entusiasmo dos pioneiros norte-americanos com os resultados dos centros comunitários de saúde, o modelo enfrentava desafios. Em 1966, a Comissão Millis chamava a atenção para a crescente escassez de médicos generalistas e de família nos Estados Unidos. A comissão definia a APS como a oferta do primeiro contato, a adoção da responsabilidade longitudinal pelo paciente independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde. O crescimento e generalização das especialidades e subespecialidades médicas, impulsionado por interesses econômicos, novos conhecimentos e novas tecnologias, já era identificado à época como um freio à expansão da APS nos Estados Unidos. A resposta institucional à escassez de profissionais para os centros comunitários de saúde foi promover a especialidade de Medicina de Família e Comunidade juntamente com a formação de enfermeiros e residentes em clínica familiar, clínica geral e pediatria geral e de outros profissionais de saúde (MILLIS, 1966). Nesta época, no Brasil, as iniciativas de atenção básica à saúde eram implementadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, com a construção de grandes centros de saúde pública nas capitais e principais cidades do país, mas ainda com foco nas ações de saúde pública e de vigilância.

Apesar dos registros identificarem o trabalho comunitário de saúde de missionários cristãos desde o século XIX, o movimento político em favor de atenção primária à saúde teve forte repercussão nas organizações religiosas. Em 1968, em Genebra, o Conselho Mundial de Igrejas criou a Comissão Médica Cristã (CMC), para promover as concepções e iniciativas em saúde das igrejas ortodoxas, luteranas, metodistas, anglicanas, reformadas, dentre outras. As iniciativas da CMC impulsionaram experiências de centros comunitários de saúde, em todos os continentes. Desde a publicação do primeiro número de sua revista *Contact*, em novembro de 1970, a CMC defendeu a expansão dos cuidados comunitários de saúde (WORLD COUNCIL OF CHURCHES, 2021).

Desde o início do século XX, havia centros comunitários de saúde instalados em muitos lugares do mundo. Na década de 1970, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta de atenção primária à saúde, começaram a se desenvolver os programas de extensão de cobertura, em especial na modalidade seletiva. Os serviços comunitários contribuíram para a percepção de profissionais de saúde, pesquisadores, gestores, políticos e lideranças populares de que a saúde pública não pode negligenciar o cidadão e de que o Estado tem responsabilidade direta pela atenção à saúde do indivíduo, conforme explicitado pelos movimentos da Medicina Social e da Saúde Coletiva na América Latina (ALAMES, 2018; ABRASCO, 2018b).

O tema ganhou destaque em 1972, durante reunião dos ministros da Saúde das Américas em Santiago, no Chile, para elaborar o Plano Decenal de Saúde para o continente. Os ministros estabeleceram a extensão da cobertura dos serviços de saúde no campo como o principal objetivo da década de 1970. A proposta valorizava a regionalização, hierarquização e integração dos serviços, com ênfase em cuidados primários de saúde (ALVES, 1998). Em 1974, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado pelo governo federal, sendo a assistência restrita aos contribuintes da Previdência Social. Em 1975, sob pressão das lutas sociais em defesa da democracia e da saúde, o regime militar instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que mais tarde consolidou a separação dos campos de atuação da saúde pública (Ministério da Saúde) e da assistência médica previdenciária (Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS). A pasta da Saúde respondia por ações de coordenação da vigilância epidemiológica em todo o território nacional, fiscalização e controle sani-

tários e outras medidas e ações coletivas. O MPAS se responsabilizava pela coordenação dos serviços assistenciais, entre outras ações mais voltadas para a atenção da saúde individual (ESCOREL *et al.*, 1999, 2005).

Apesar da dicotomia de ações em saúde e do foco contributivo da assistência à saúde, a proposta apresentava uma visão sistêmica, com ordenamento e consolidação de funções em saúde, sinalizando um avanço da sociedade brasileira e do pensamento crítico das políticas de saúde, em favor do reconhecimento do direito à saúde. Foi um momento estratégico para o desenvolvimento da Reforma Sanitária no país (CORDEIRO, 2004). Um ano mais tarde, o governo lançou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), difundindo serviços comunitários de medicina simplificada em áreas rurais e remotas da região (FAUSTO e MATTA, 2007). O objetivo do PIASS era levar às comunidades nordestinas uma estrutura básica e permanente de saúde pública que pudesse atuar na solução de problemas médico-sanitários de maior reflexo social.

Na Índia, na década de 1970, foi estabelecido um grande programa nacional para garantir um agente comunitário de saúde para cada 1.000 habitantes, a fim de fornecer cuidados de saúde à população rural e educá-la em cuidados de saúde preventivos. No continente africano, também ocorreram esforços para implementar a ação comunitária ao longo da segunda metade do século XX. O Programa Médico Descalço chinês foi uma das primeiras iniciativas a contar com voluntários de saúde para atender residentes em vilas rurais. Há pelo menos 50 anos, agentes comunitários de saúde constituem uma estratégia para lidar com a crescente escassez de trabalhadores de saúde, especialmente em países de baixa renda. Houve inúmeras experiências em todo o mundo, desde programas nacionais de grande escala até iniciativas comunitárias de pequena escala (LEHMANN e SANDERS, 2007).

Em 1974, Marc Lalonde, ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, publicou um documento denominado *A New Perspective on the Health of Canadians*, que foi a base para a redefinição conceitual da política pública de saúde e por suas características contemporâneas. O “Informe Lalonde” teve motivação política, técnica e econômica para enfrentar os aumentos do custo da saúde e foi o primeiro documento oficial a utilizar a denominação de promoção à saúde. O documento introduziu os chamados “determinantes de saúde”, identificando quatro amplos componentes da saúde: a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social), o estilo

de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde. A influência do documento de Lalonde foi marcante uma década mais tarde na implantação do sistema de saúde canadense e no lançamento da Carta de Ottawa (TULCHINSKY, 2018).

Em 1975, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) adotaram os princípios dos programas de saúde comunitária com o nome de APS. Nesta época, as experiências de saúde comunitária e de rede básica de saúde se expandiram em muitos municípios do Brasil, como, por exemplo, Montes Claros (MG), Londrina (PR), Porto Alegre (RS), Campinas (SP), Niterói (RJ), Pelotas (RS), São Paulo (SP) e Caruaru (PE), dentre tantos outros. A implantação de centros e postos de saúde, em áreas vulneráveis em periferias urbanas e no meio rural, contou com o apoio de universidades, instituições de ensino e governos municipais e estaduais. Em 1974, foi implantado o projeto de saúde comunitária na região de Montes Claros, no norte de Minas Gerais, fruto de um convênio entre o governo brasileiro e a *United States Agency for International Development* (USAID). O recurso internacional permitiu a construção de uma rede de 180 Postos de Saúde, 55 Centros de Saúde e o treinamento de pessoal auxiliar (cerca de 580) para uma população de mais de um milhão de habitantes (CAMPOS, 1995; ALVES, 1998). Boa parte das vezes as unidades de saúde eram organizadas com a participação de docentes e alunos de departamentos de medicina social e preventiva de universidades públicas, com a inserção de auxiliares de saúde da própria comunidade, com resolutividade para o diagnóstico e tratamento dos agravos mais prevalentes (FAUSTO e MATTA, 2007; SOUSA e HAMANN, 2009; LAVRAS, 2011).

No Rio Grande do Sul, a experiência de Medicina Geral e Comunitária, do Centro de Saúde São José do Murialdo, vinculada à Secretaria Estadual da Saúde, desenvolveu-se desde os anos 1960. Em 1975, sob liderança de Ellis D'Arrigo Busnello, Carlos Grossman e colegas, foi concluído o projeto do “Sistema de Saúde Comunitária Murialdo”, cuja nova estruturação promovia a desconcentração da unidade central em quatro Postos Avançados para atendimento da população junto ao seu local de moradia, estabelecendo-se, assim, o conceito de áreas geográficas definidas por equipe primária de saúde e mantendo-se a unidade central como referência. Essa estrutura configurava um espaço demonstrativo da organização de um sistema de saúde comunitária. No ano seguinte, teve início a primeira turma de médicos residentes em Saúde Comunitária com treinamento es-

truturado de dois anos (GUSSO *et al.*, 2019). Este foi o período de expansão de residências de medicina de família e comunidade, que foi emblemática para a formação de uma importante geração de lideranças da APS e da saúde coletiva brasileira.

Em Pelotas, o Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) operava duas unidades básicas de saúde nas comunidades da Vila Municipal e do Areal, oferecendo cuidados primários de saúde e servindo de espaço de formação de alunos de graduação em medicina, enfermagem e nutrição. Em Pelotas, a unidade da Vila Municipal foi estabelecida em 1976, pelo professor José Justino Faleiros, fundador do Departamento de Medicina Social da UFPel, juntamente com o brilhante professor e pesquisador Kurt Kloetzel, que implantou a residência de medicina comunitária na instituição. Dois anos antes de Alma-Ata, Faleiros implantou o primeiro serviço público de assistência e formação profissional em APS no município, em uma comunidade urbana pobre, sob auspícios da universidade e da Associação Beneficente Luterana de Pelotas, expressando uma parceria sintônica com as concepções da Comissão Médica Cristã à época (UFPel, 2021).

Em 1978, em plena Guerra Fria e face às demandas dos movimentos por reforma sanitária, a OMS e o UNICEF propuseram um modelo de atenção aos países que guardava forte sintonia com as concepções de desenvolvimento e justiça social, com base em uma rede de serviços comunitários de saúde que tinham como referência experiências de sucesso em muitos países. O modelo representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, demandando cooperação e solidariedade entre os países. A constituição de redes complexas de serviços de atenção à saúde é essencial para viabilizar o desenvolvimento sustentável, pois previne o gasto catastrófico em saúde e a morbimortalidade por causas evitáveis (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). O modelo de APS proposto em Alma-Ata resultou de um longo processo histórico e impulsionou a concepção em todos os países do mundo.

Enquanto isso, na Itália, em dezembro de 1978, eclodiu uma ampla mobilização social por reforma sanitária, com a participação de milhares de pessoas da sociedade civil, principalmente trabalhadores (LIMA *et al.*, 2009). Na Itália, em sintonia com o espírito de Alma-Ata e com a proposta de Berlinguer de 1965, Tina Anselmi, ministra da Saúde do governo Andreotti, instituiu o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), orientado ao acesso

universal à saúde. A reforma sanitária italiana foi capaz de produzir um dos melhores sistemas de saúde do mundo e influenciou de modo marcante o processo brasileiro que resultou no SUS. O SSN tem na APS sua pedra angular, responsável pelo primeiro nível de contato de indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde e com uma rede de serviços de assistência primários gratuitos de base territorial, com médico de família e pediatra de livre escolha dos cidadãos (DAMIANI *et al.*, 2014; ITALIA, 2021).

No ano seguinte à Conferência de Alma-Ata e de modo reativo à sua Declaração, realizou-se na Itália a Conferência de Bellagio, onde, sob auspícios da Fundação Rockefeller e do UNICEF, se disseminou a concepção seletiva da APS. A proposta de Bellagio é de uma APS com foco em pacotes de intervenções técnicas de baixo custo para enfrentar os principais problemas de saúde de países e comunidades pobres. O modelo era operado por meio de programas para problemas específicos de saúde e grupos populacionais prioritários. A APS seletiva foi difundida principalmente por organismos internacionais em países pobres, como um recurso desconectado dos sistemas tradicionais de saúde, utilizando agentes comunitários de saúde e profissionais técnicos de enfermagem para suprir a carência de cuidados médicos e multiprofissionais. A APS seletiva promovia um discurso crítico à abrangência do modelo de Alma-Ata, alegando ser mais eficiente (CUETO, 2004; FAUSTO e MATTA, 2007). Apesar da pressão de organismos internacionais, como, por exemplo, FMI e Banco Mundial, a proposta do movimento da reforma sanitária brasileira sempre foi predominantemente favorável a uma APS inserida em um sistema universal de saúde.

Neste ano, no Brasil, em Belo Horizonte, um time de colegas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com a participação destacada de Francisco Eduardo Campos, implantaram o Internato Rural, em sintonia com os princípios de Alma-Ata e com o processo de mudança pelo qual passava a educação médica no País, com o objetivo de formar um médico “generalista, policlínico, capaz de prestar a assistência primária de saúde e exercer a medicina comunitária”. A UFMG foi a primeira a instalar um programa desse tipo no Brasil. A experiência começou com o estágio voluntário de um grupo de alunos na região do Vale do Jequitinhonha. Logo depois foi desenvolvido um embrião do Internato, nas Unidades de Saúde do Centro Regional de Diamantina, que naquele momento experimentava um modelo de medicina simplificada, buscando estar mais próximo das necessidades reais da população (CAMPOS, 1995; ALVES, 1998).

Em 1979, no governo militar brasileiro de João Figueiredo, sob pressão política por democracia e em um clima global de reformas sanitárias, uma década antes da implantação do Sistema Único de Saúde, o ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, era favorável à interiorização das ações básicas para regiões mais pobres, sobretudo nas periferias das grandes cidades e na zona rural. Neste ano, o PIASS foi estendido às demais regiões, buscando atender um imenso contingente de população sem acesso a serviços de saúde (PAIVA e TEIXEIRA, 2014). O número de unidades básicas de saúde do PIASS saltou de 1.122 em 1975 para 13.739 em 1984 (CAMPOS, 1995).

Enquanto isso, no Brasil ocorria o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com debate e aprovação do documento a “Questão Democrática na Área da Saúde”, apresentado pela diretoria nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), com base em estudo liderado por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ. A proposta defendia princípios que foram adotados pela Reforma Sanitária brasileira: a saúde como direito universal e inalienável; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel do Estado na regulação dos efeitos nocivos do mercado na área da saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização da rede de saúde; a participação popular e o controle democrático do sistema, que era chamado de “Sistema Único de Saúde” (CORDEIRO, 2004).

Na primeira metade dos anos de 1980, a OPAS no Brasil passou a impulsionar a concepção de territórios definidos para as unidades básicas de saúde e resultou na implantação de distritos sanitários em vários municípios brasileiros, articulando os conceitos de clínica e vigilância à saúde (FAUSTO e MATTA, 2007; SOUSA e HAMANN, 2009; LAVRAS, 2011). Em 1984, os sistemas de saúde da Espanha e de Cuba definiram os serviços de APS como estratégicos para alcançar o melhor nível de saúde para o indivíduo, sua família e comunidade (REAL DECRETO 137, 1984). No Brasil, com o agravamento da crise política e social, o aumento das demandas sociais por saúde e a transição para o governo civil de Tancredo Neves e Sarney, foi lançada, em 1985, a Carta de Montes Claros (MONTES CLAROS, 1985), que reafirmava os princípios da reforma sanitária na constituição de um sistema universal de saúde com base na APS. Simultaneamente, foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram, para dentro das unidades básicas do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS (CORDEIRO, 2004). As AIS fortaleceram os postulados da APS no espaço institucional em resposta às demandas do movi-

mento da reforma sanitária brasileiro de implantação de um sistema universal de saúde no país (CAMPOS, 1995).

Esse foi um período de forte expansão do debate tanto sobre os sistemas e as estratégias de organização e prestação dos cuidados de saúde quanto da conceituação e operacionalização da determinação social da saúde. Na América Latina, os países de língua espanhola adotaram a denominação medicina social na condução de pesquisas e na formação multiprofissional (UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, 2021), enquanto no Brasil a área se inscreveu no campo da saúde coletiva, resultante do movimento da reforma sanitária e da democratização do país (CEBES, 1976). Independentemente da designação, o traço comum entre as expressões da medicina social em todo o mundo é o reconhecimento de que as condições sociais e econômicas são determinantes primordiais da saúde e da doença e suas relações são passíveis de investigação científica, de formação profissional e de formulação de políticas e da organização dos sistemas e serviços de saúde (FACCHINI *et al.*, 2015).

Em 1984, o Canadá aprovou uma nova legislação federal sobre o sistema de saúde substituindo as leis federais de hospitais e convênios médicos e consolidando os princípios de portabilidade, acessibilidade, universalidade, integralidade e administração pública. A lei também passou a proibir a cobrança de taxas extras de usuário para os serviços ofertados pelo sistema. O sistema canadense tem base na APS integral e abrangente, que fornece cuidados iniciais ao indivíduo e coordena seus demais contatos com o sistema para garantir a continuidade dos cuidados e facilidade de movimento em todo o sistema de saúde quando serviços mais especializados são necessários (CANADA, 2021).

Em 1986, a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, coordenada por Sérgio Arouca juntamente com um imenso time de sanitaristas e lideranças de saúde de alta estirpe, participantes do movimento da reforma sanitária, principalmente vinculados ao CEBES, à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e às associações de profissionais, gestores de saúde municipal, estadual e federal, políticos e movimentos sociais, sistematizou as mudanças em curso e delineou as características para a reforma do sistema de saúde do país. Neste mesmo ano, foi realizada a I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, no Canadá, com a publicação da Carta de Ottawa reconhecendo a relevância da pobreza, desemprego, habitação precária e desigualdades econômicas e sociais na

ocorrência dos problemas de saúde. A Carta também recomenda o fortalecimento dos serviços comunitários, políticas públicas saudáveis e o favorecimento da participação popular (TULCHINSKY, 2018). Na esteira das experiências locais de desenvolvimento da APS e do sistema de saúde brasileiro, o ano de 1987 também foi marcado pela instituição do Programa de Agentes de Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, como parte de um programa de emergência para o combate à seca. O programa teve larga repercussão política pelos seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no estado (BRASIL, 2010). As AIS aceleraram a expansão da rede de atenção básica à saúde no Brasil, estava presente em 112 municípios em 1984 e ampliou para cerca de 2.500, em 1987. Neste ano, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), precursor do futuro sistema universal de saúde (FAUSTO e MATTA, 2007; SOUSA e HAMANN, 2009; LAVRAS, 2011).

A Constituição Federal de 1988, marco da redemocratização do Brasil, tornou a saúde um direito de todos e um dever do Estado, a ser viabilizado por meio de um sistema público e universal de saúde. A Lei Federal n. 8.080, de 1990, regulamentou o SUS com o objetivo de identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde, formular a política de saúde para promover os campos econômico e social e fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação, integrando ações assistenciais e preventivas. O SUS se organiza em um modelo de gestão tripartite (União, estados e municípios), com descentralização, através de um processo de municipalização, que começou pela transferência da rede de atenção básica à saúde para os municípios e definiu a Atenção Básica (AB) como porta de entrada e principal estratégia para alcançar os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade (FAUSTO e MATTA, 2007; SOUSA e HAMANN, 2009; LAVRAS, 2011). A APS brasileira incorporou as concepções de determinação social da saúde e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da reforma sanitária. O SUS adotou a designação ABS para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, tornando-a o ponto de contato preferencial dos usuários em um sistema universal e integrado de atenção à saúde (BRASIL, 2006; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012). A implantação do SUS foi resultado de uma convergência bem-sucedida dos movimentos sociais no país, mais de duas décadas após o golpe de 1964. Além do protagonismo na criação do SUS, a reforma sanitária

impulsionou o desenvolvimento da saúde coletiva, das teorias e dos métodos da medicina social, da concepção de determinação social da saúde e das políticas, sistemas e modelos de atenção primária à saúde.

Os primeiros anos da ABS no SUS foram de esforços intensos na constituição da rede básica de saúde em cada município e na experimentação de modelos assistenciais com capacidade para responder às necessidades de saúde da população. Desde o início do SUS, os departamentos de medicina preventiva e social, os cursos de enfermagem, nutrição e, mais tarde, odontologia, dentre tantos, apoiaram o desenvolvimento das experiências de APS e utilizaram a nascente rede básica para a formação de alunos de graduação e residência. Nos primeiros cinco anos do SUS, o Departamento de Medicina Social da UFPel era responsável por prover pessoal e infraestrutura de três Unidades Básicas de saúde (UBS) do SUS em Pelotas, com o propósito de realizar cuidados de APS, ensino de graduação em medicina, enfermagem e nutrição e residência em medicina geral comunitária, ao tempo em que apoiava a expansão da rede básica do município. Em 1990, o Departamento de Medicina Social da USP, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, propôs a organização da APS com base em áreas programáticas. Na mesma época, o Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) destaca as concepções de vínculo e acolhimento na APS. Em 1991, o Ministério da Saúde adotou a experiência instituída no Ceará em 1987 e expandiu para todo o país o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A implementação do PACS passou a gerar demanda aos serviços de saúde, evidenciando as limitações da proposta, caso não fossem articuladas ao sistema de saúde e à sua rede básica, que progressivamente se expandia nos municípios brasileiros. A compatibilidade do PACS com os princípios do SUS foi desenvolvida no município cearense de Quixadá, por meio da experiência pioneira e bem-sucedida do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2010). Em 1992, a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói também iniciou a implantação de um modelo denominado Médico de Família para organizar a oferta de ABS no município, contando com o apoio e a experiência de médicos e enfermeiras de Cuba (FAUSTO e MATTA, 2007; SOUSA e HAMANN, 2009; LAVRAS, 2011). O modelo de Niterói incentivou a experiência de Teresina, que também com o apoio de profissionais de Cuba passou a organizar serviços de saúde da família em unidades básicas localizadas em comunidades pobres do município.

Em 1994, seis anos após o início do SUS, o sucesso das experiências pioneiras em Saúde da Família levou à sua adoção pelo Ministério da Saúde, como política oficial de atenção básica à saúde (BRASIL, 2010). A meta nacional era de fortalecer o sistema de atenção primária à saúde com acesso organizado aos níveis secundário e terciário. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) começou em pequenos municípios do Nordeste, alcançando, após uma década, os grandes centros urbanos de todo o país (BRASIL, 2010; FACCHINI *et al.*, 2006). Desde o início dos anos 2000, o desenvolvimento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no país foi acompanhado de um processo crescente de institucionalização de sua avaliação, mas este tema será abordado nas próximas seções (FELISBERTO *et al.*, 2010; FACCHINI *et al.*, 2018). Em 1998, apenas 4,4% da população do país estava coberta pela ESF, alcançando, em 2004, cerca de 68 milhões de pessoas, ou 38,3% da população (BRASIL, 2018). Em 2006, foi lançada a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica, definida como o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A concepção abrangente de AB adotada refletia os princípios do SUS, com destaque para a universalidade, a descentralização, a integralidade, a equidade e a participação popular. Também valoriza a acessibilidade e a coordenação do cuidado, o vínculo e a continuidade, a responsabilização e a humanização do cuidado (BRASIL, 2006).

Atualmente, uma das maiores experiências de APS do mundo, a ESF alcançou cobertura populacional de cerca de 65% da população, mais de 130 milhões de pessoas, em 2016. Tal avanço está ancorado em mais de 40 mil equipes multiprofissionais em todo o território nacional, como primeiro contato para atendimentos de saúde (FACCHINI *et al.*, 2018). A ESF aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, nos cuidados de uma população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias em áreas geográficas específicas (FACCHINI *et al.*, 2015). Na APS, e particularmente na ESF, os princípios constitutivos do SUS são diretrizes essenciais na organização dos serviços, a fim de atender integralmente as necessidades de saúde da população, tanto em ações de promoção e prevenção quanto de tratamento e reabilitação, orientando teórica e operacionalmente os esforços na avaliação de desempenho

na área (SAWYER *et al.*, 2002; MENDOZA-SASSI *et al.*, 2003; VAN DOORSLAER *et al.*, 2006; FACCHINI *et al.*, 2018).

A consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal. A expressiva abrangência da ESF resultou no aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro e concorreu para efeitos positivos na saúde da população (FACCHINI *et al.*, 2018). Entretanto, conforme será apreciado nos capítulos referentes aos resultados da avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), muitos problemas persistem e desafiam a resposta do Estado brasileiro, em um contexto político-sanitário grave, seja em decorrência da pandemia de COVID-19 ou das ameaças de redução do financiamento e descaracterização da ESF.

Na sequência, abordamos as características e os desafios teóricos e metodológicos dos estudos sobre acesso e qualidade em serviços de APS no campo da Avaliação em Saúde.

A APS e a avaliação em saúde

No Brasil, a avaliação em saúde se desenvolveu juntamente com o SUS e com a definição da ESF como modelo de APS, em especial com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 (FACCHINI *et al.*, 2018). Entretanto, já em fins da década de 1980, nos Estados Unidos, a avaliação de políticas e programas foi proposta pelo Instituto de Medicina (atualmente Academia Nacional de Medicina), para enfrentar o enfraquecimento da saúde pública. Desde então, a avaliação é reconhecida como função essencial de saúde pública (IOM, 1988). Mais tarde a concepção de funções essenciais de saúde pública e a ênfase na avaliação foi adotada em escala global. Em 1994, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos definiram 10 serviços essenciais de saúde pública (U.S. CDC, 2013). Em 1997, a OMS conduziu uma pesquisa Delphi que culminou na primeira lista global de funções essenciais de saúde pública, buscando estabelecer um consenso internacional sobre as suas prioridades e garantir um fornecimento mínimo desses serviços nos países em desenvolvimento (BETTCHER *et al.*, 1998). Na década de 2000, a OPAS (PAHO, 2000) e países da região das Américas definiram as funções essenciais de saúde (MUÑOZ *et al.*, 2000; CONASS, 2007; ATUN *et al.*, 2015; PAHO,

2017, 2020), com o propósito de contribuir para a plena efetivação do direito à saúde.

A progressiva institucionalização da avaliação da APS brasileira permitiu conhecer a orientação das equipes da ESF aos princípios do SUS na prestação de serviços à população e garantir a eficiência e a efetividade dos programas públicos de saúde (FACCHINI *et al.*, 2018; PAHO, 2020). Em 1994, um grande estudo avaliativo foi conduzido em 987 municípios de 17 estados, abarcando mais de 33 mil agentes comunitários de saúde e mais de mil supervisores, incluindo o universo de sujeitos e unidades envolvidas com o Programa (GIOVANELLA *et al.*, 2018). A institucionalização da avaliação da AB no SUS ganhou destaque e abrangência nacional, a partir de 2003, com a criação da Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA) do Ministério da Saúde. Em seu início, a CGAA contou com a liderança de Eronildo Felisberto e a inspiração de Zulmira Hartz, tornando-se um espaço privilegiado de ações coordenadas, seja em parceria com instituições de ensino e pesquisa, seja através de estudos e iniciativas internas do MS (FACCHINI *et al.*, 2006; FELISBERTO *et al.*, 2010). Nesta época, foram lançados os Estudos de Linha de Base (ELB) do Projeto de Apoio à Implantação e Consolidação do PSF no Brasil. Posteriormente denominado Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) em grandes centros urbanos, os ELB oportunizaram a investigação de diferentes aspectos relacionados à qualidade da atenção, incluindo acesso e efetividade das ações de saúde, constituindo-se em um dos marcos da avaliação externa da rede de saúde no Brasil (FACCHINI *et al.*, 2006; HARTZ *et al.*, 2008). Os estudos propiciaram o conhecimento do funcionamento dos sistemas municipais de saúde implantados nos grandes municípios brasileiros e o papel do PSF na organização da atenção básica, visando detectar obstáculos na condução desse processo e identificar indicadores de monitoramento da implantação do PSF nesses mesmos municípios.

A partir de 2004, o Ministério da Saúde (MS) passou a promover iniciativas dirigidas à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa, incluindo propostas sobre inovações e aumento da complexidade do sistema na estrutura e na dinâmica dos processos de trabalho, na gestão de pessoal e em especial na melhoria da qualidade da atenção à saúde pública prestada à população (BARBOSA, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2010). Em 2009, o Grupo de Pesquisa AQUARES coordenou um inquérito nacional de base

populacional para avaliar o acesso e a qualidade na rede de saúde (PICCINI *et al.*, 2012; FACCHINI *et al.*, 2015), cujo delineamento caracteriza o tipo de serviço utilizado a partir de uma necessidade percebida, conforme os estudos de White *et al.* (1961) e de Green *et al.* (2001). Em amostra representativa da população brasileira de mais 6.000 crianças, 12.000 adultos e 6.000 idosos, residentes em domicílios particulares urbanos de 100 municípios de pequeno, médio e grande porte, de 23 estados e das cinco regiões geopolíticas do país, avaliou-se criteriosamente a situação de saúde dos indivíduos, a necessidade de utilizar um serviço de saúde, a busca por atendimento, as barreiras que resultam em falta de acesso e a trajetória de utilização da rede de saúde do SUS e do setor privado. A trajetória até a efetivação do uso caracterizou buscas, atendimentos e encaminhamentos em toda a rede de saúde, desde UBS de bairro até hospitais especializados, do SUS, de convênio, ou privado. Também se avaliou o tempo de espera para conseguir o atendimento; se foi atendido no município onde mora, ou se necessitou se deslocar. Neste caso, foi avaliado o tempo de deslocamento, os motivos para consultar em outro município, os meios de transporte utilizados, os gastos com transporte. Essas variáveis foram analisadas de acordo com a região geográfica, o perfil dos municípios, a natureza do financiamento para acessar o serviço e as características sociodemográficas individuais (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Nas últimas duas décadas, as pesquisas avaliativas da APS tornaram-se progressivamente mais robustas, utilizando modelos conceituais e metodológicos reconhecidos internacionalmente (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; STARFIELD, 1992; HARTZ, 1997; HARZHEIM *et al.*, 2006; FELISBERTO *et al.*, 2010; MACINKO *et al.*, 2010). Nesse período, Facchini *et al.* (2006, 2008, 2015, 2018) identificaram uma vantagem sistemática da ESF em comparação ao modelo tradicional médico-centrado na oferta de ações de saúde, no acesso e utilização dos serviços e na oferta de atenção programada. A ESF mostrou melhor desempenho e efetividade das ações típicas da APS, em diferentes contextos geopolíticos e de perfis municipais (FACCHINI *et al.*, 2006; MACINKO *et al.*, 2007; FACCHINI *et al.*, 2018). A expansão da cobertura da ESF provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população (MACINKO *et al.*, 2006, 2007; AQUINO *et al.*, 2009; GUANAIS e MACINKO, 2009). No estudo de Macinko *et al.* (2007), a adesão aos atributos da APS de Starfield foi mais mar-

cante na ESF, nas dimensões de acesso no primeiro contato, abrangência, enfoque familiar e orientação para a comunidade.

A definição de padrões de acesso e qualidade da APS em populações e em serviços de saúde é estratégica para projetar os esforços necessários ao alcance da universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde (CONASS, 2007; FACCHINI *et al.*, 2018; PAHO, 2020). Evidências sobre a situação do acesso e da qualidade na APS podem evitar o desperdício de recursos com a implementação de políticas e programas ineficazes, ou a continuidade de práticas que podem fazer mais mal do que bem (VAUGHAN, 2004).

A complexidade do acesso e da qualidade na APS e os desafios de sua avaliação criteriosa contribuíram para o desenvolvimento do Sistema Único Saúde, em particular da ESF, mas também do próprio campo da Avaliação em Saúde (STARFIELD, 1992; FACCHINI *et al.*, 2008; FELISBERTO *et al.*, 2010; VIACAVAL *et al.*, 2012; TOMASI *et al.*, 2017). Hoje há o reconhecimento do acesso como primeiro atributo da qualidade da APS, que ainda engloba a garantia de integralidade e equidade do cuidado, dependentes tanto da organização da assistência quanto da prática profissional. Os estudos indicam a forte conexão do cuidado completo e abrangente com o princípio da integralidade e, em consequência, com a qualidade da atenção. A combinação da análise do acesso e da qualidade em um contexto territorial e populacional definido indica o alcance da universalidade, integralidade e equidade da APS no país (TOMASI *et al.*, 2015, 2017; BARCELOS *et al.*, 2018; FACCHINI *et al.*, 2018).

Avaliação do acesso e da utilização de serviços na APS

O acesso é conceituado de maneira variada nas pesquisas avaliativas, exibindo a complexidade de seus aspectos multidimensionais e as dificuldades em captar com precisão as características das populações e dos serviços de saúde envolvidas em sua ocorrência (TRAVASSOS e MARTINS, 2004; TRAVASSOS *et al.*, 2006; LEVESQUE *et al.*, 2013; DILÉLIO *et al.*, 2015; NUNES *et al.*, 2014; SÓRIA *et al.*, 2019).

Estudos das décadas de 1980 (DANIELS, 1982) e 1990 (WHITEHEAD, 1991) definiam o acesso como a oportunidade ou facilidade com que indivíduos ou comunidades utilizavam os serviços adequados na medida das suas necessidades. Nesta perspectiva, o acesso se confunde com a acessibi-

lidade, que está relacionada às características da oferta dos serviços que permitem que estes sejam utilizados pelos usuários potenciais. Já o acesso decorre da relação entre a procura por cuidados de saúde a partir de uma necessidade de saúde percebida pelo indivíduo e seu acolhimento no serviço de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2017).

Ainda hoje, a utilização de serviços é um *proxy* de acesso muito frequente nos estudos sobre a temática (NUNES *et al.*, 2016; ALMEIDA *et al.*, 2017), que costumam avaliar o atendimento médico, em consultório privado e/ou convênio; em serviços de APS ou especializado, em período definido (p. ex. – últimos três meses, ou último ano) e a disponibilidade de fonte regular de cuidados primários de saúde. A utilização é o chamado acesso realizado, mais fácil de medir do que o acesso potencial e influenciado tanto pela oferta quanto pela demanda de serviços, incluindo preferências, necessidades de saúde e características dos indivíduos (MOONEY, 1983; DANIELS, 2001; TRAVASSOS e MARTINS, 2004; NUNES *et al.*, 2014; FACCHINI *et al.*, 2015, 2018). No Brasil, os estudos de utilização de serviços, apesar de avaliarem a parte exitosa da busca do indivíduo, contribuíram para o entendimento do acesso em um país com sistema universal de saúde e uma extensa rede de ESF, expressão do preceito constitucional do SUS de universalidade do direito à saúde. Neste contexto, a utilização está fortemente determinada por políticas e iniciativas da rede de serviços e por aspectos organizacionais da atenção direcionados à melhoria do acesso à saúde (FACCHINI *et al.*, 2006, 2008, 2015, 2018; PICCINI *et al.*, 2006; THUMÉ *et al.*, 2010; NUNES *et al.*, 2014; TOMASI *et al.*, 2017).

A formulação de teorias e modelos de avaliação do acesso e da utilização de serviços de saúde tem uma longa história e se tornou um campo florescente na América do Norte na década de 1960. Em 1968, Ronald Andersen propôs um modelo estrutural complexo para prever e explicar a utilização de serviços de saúde e medir o acesso equitativo aos cuidados de saúde, sem estabelecer padrões ideais de utilização (ANDERSEN, 1968; WERNECK, 2018). O modelo original de Andersen definia o acesso como o uso real de um serviço e destacava as características sociodemográficas e de saúde como a dimensão central da determinação do uso. Entretanto, o autor recebeu muitas críticas por não valorizar as características mais distais da determinação, como, por exemplo, a organização dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2006; WERNECK, 2018). A partir destas críticas, Andersen desenvolveu o modelo, incorporando uma dimensão específica

para o sistema e os serviços de saúde (ANDERSEN e NEWMAN, 1973). Ao adicionar a nova dimensão, o modelo reconhece a importância da política de saúde, da disponibilidade de recursos e da organização da prestação de cuidados de saúde como determinantes do uso de serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

De modo geral, os estudos contemporâneos reconhecem a influência das características dos usuários, decorrente de sua situação sociodemográfica, de saúde e de seu conhecimento prévio de doença (STOPA *et al.*, 2017), em combinação com as características dos sistemas e dos serviços no acesso aos cuidados de saúde (PENCHANSKY e THOMAS, 1981; LEVESQUE *et al.*, 2013). No Brasil, é possível encontrar um crescente número de publicações sobre a influência dos recursos de saúde, por exemplo, infraestrutura das UBS, perfil das equipes e processo de trabalho da APS na utilização dos serviços. As evidências também ilustram a potencialidade dos serviços em superar desigualdades sociais históricas na utilização de cuidados e ações de saúde (BARCELOS *et al.*, 2017, 2018; TOMASI *et al.*, 2017; FACCHINI *et al.*, 2020; NEVES *et al.*, 2021; RUIVO *et al.*, 2021; FACCHINI *et al.*, 2006).

Nos últimos anos, os estudos sobre acesso passaram a valorizar as dimensões das necessidades de saúde percebidas pelos indivíduos, que os levam a procurar os serviços de saúde. Eventualmente, a busca por atendimento pode ser malsucedida, resultando em falta de acesso a algum serviço, ou à consulta com médico ou enfermeiro nos últimos 12 meses, a não realização de consulta/exame agendados, o abandono de um tratamento, ou cuidado continuado (NUNES *et al.*, 2014; DILÉLIO *et al.*, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2017). Também passou a ser avaliado o recebimento de alguma ação ou procedimento de um repertório definido a partir de diretrizes, protocolos e normas legais (ZIMMER-GEMBECK *et al.*, 1997; TOMASI *et al.*, 2017). Esta concepção tem sido observada em estudos populacionais, capazes de dimensionar a magnitude da população excluída da garantia de direito à saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004; LEVESQUE *et al.*, 2013; NUNES *et al.*, 2014, 2016; DILÉLIO *et al.*, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2021).

A percepção individual de uma necessidade de saúde é chave na decisão de procurar um serviço. É modulada pelas características sociodemográficas, culturais e comportamentais e pelo contexto histórico e social em que vive o indivíduo, e também pela disponibilidade de serviços e as experiências anteriores do indivíduo com os serviços de saúde (TRAVASSOS e

MARTINS, 2004; LEVESQUE *et al.*, 2013; NUNES *et al.*, 2014, 2016; DILÉLIO *et al.*, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2021). A disponibilidade dos serviços é uma condição necessária à utilização, entretanto não é suficiente para garantir o acesso. Barreiras geográficas (longas distâncias, tempo de deslocamento), financeiras (capacidade de pagar), organizacionais (tempo de espera, serviços disponíveis), informacionais, culturais e comportamentais, dentre outras, também influenciam a oferta e a demanda de serviços (TRAVASSOS *et al.*, 2008). Nesse processo complexo de percepção de necessidade e acesso aos serviços, pode ser caracterizada a falta de busca por atendimento e seus motivos, que incluem desalento e desistências por fracassos em buscas anteriores, juntamente com barreiras sociais, econômicas, culturais e psicológicas, inexistência de serviço ou localização muito distante do domicílio para o tipo de cuidado necessário. A falta de busca também pode ser motivada por carência de vínculo do serviço com os usuários, longos tempos de espera para o atendimento, horários inconvenientes aos usuários, além de experiências de discriminação e problemas de comunicação e relações dos usuários com os profissionais (MARTINS *et al.*, 2019). A decisão individual de procurar atendimento configura uma demanda, mediada pela disponibilidade de serviços adequados às necessidades de saúde e por aspectos pessoais (TRAVASSOS *et al.*, 2006; DILÉLIO *et al.*, 2015).

Apesar dos avanços na avaliação de políticas e programas de saúde, os desafios persistem na definição dos conceitos de acesso e utilização. É preciso avançar no estabelecimento de consensos sobre as subdimensões do acesso, sua operacionalização e seus determinantes. Por meio de diversos inquéritos e estudos epidemiológicos de base populacional e de serviços de APS, temos delineado uma visão abrangente do tema na APS brasileira, com modelos teóricos, ou lógicos, complexos, que combinam análises de políticas e programas de saúde, com características estruturais e organizacionais dos serviços de saúde e características da população e dos usuários (sociodemográficas, comportamentais e de saúde), em contextos históricos determinados (regiões geopolíticas e perfil dos municípios), considerados macrodeterminantes sociais da saúde (FACCHINI *et al.*, 2006; 2015; 2018). A análise do acesso segundo macrodeterminantes sociais explicita diferenças e desigualdades geopolíticas, econômicas, demográficas e culturais (TRAVASSOS *et al.*, 2006; VIANA *et al.*, 2015; ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; VIACAVA *et al.*, 2019), ao tempo que subsidia o exame de seus determinantes. As dimensões políticas e institucionais maiores englobam o con-

texto histórico das regiões do país e também facilitam a observação da variabilidade do acesso (TRAVASSOS *et al.*, 2006) e das contribuições dos serviços de saúde, para modificar situações estruturais (FACCHINI *et al.*, 2015). Sintetizam ainda as dimensões de acesso geográfico, disponibilidade de recursos, aceitabilidade cultural, acessibilidade financeira e qualidade do atendimento no sistema de saúde (PENCHANSKY e THOMAS, 1981; DANIELS, 2001; SHENGELIA *et al.*, 2003; SIEGRIST e MARMOT, 2006; LEVESQUE *et al.*, 2013).

Avaliação da qualidade dos serviços na APS

A APS de alta qualidade implica o fornecimento de serviços de excelência, confiáveis e valorizados pelos usuários e capazes de melhorar os resultados de saúde para todos. A qualidade da APS resulta da prestação de serviços bem organizados e gerenciados, apoiados por um financiamento suficiente para prover insumos adequados, recursos humanos, infraestrutura e medicamentos (FACCHINI *et al.*, 2015; 2018). Starfield definiu cinco atributos essenciais da APS na prestação de cuidados de alta qualidade (STARFIELD *et al.*, 2005), que incluem acessibilidade de primeiro contato, coordenação, continuidade, abrangência e foco no usuário.

Uma busca realizada em setembro de 2021, na PUBMED com o descritor *quality of health care* e os filtros para revisões sistemáticas, publicadas no período de um ano e texto completo, recuperou 11.580 títulos; com o descritor *quality of primary health care* e os mesmos filtros, foram recuperados 1.044 títulos. A diversidade de publicações sobre qualidade dos cuidados de saúde observadas mundialmente permite enunciar uma assertiva na pesquisa avaliativa na APS: acesso e integralidade do cuidado são pilares da qualidade. A conexão entre as concepções fica mais evidente com o exame de suas definições, das teorias e métodos de estudo utilizados e de suas perspectivas no campo da Avaliação em Saúde. Esta síntese é apresentada nos tópicos “Avaliação do acesso e da utilização de serviços na APS” e “Avaliação da qualidade dos serviços na APS”.

A atualidade do tema não significa que o desafio é recente. A qualidade da atenção à saúde é discutida, pelo menos, desde a década de 1930, principalmente nos Estados Unidos e Europa (LEE e JONES, 1933). A formulação de teorias e modelos de avaliação da qualidade na APS também tem uma longa história, em especial na América do Norte. Em 1966,

Avedis Donabedian propôs um modelo conceitual para examinar os serviços de saúde e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde (DONABEDIAN, 2005). Em 1980, o autor publicou *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, que forneceu uma descrição mais aprofundada da tríade estrutura-processo-resultado (DONABEDIAN, 1966; DONABEDIAN, 1988). A estrutura descreve o contexto em que o atendimento é prestado, incluindo edifícios hospitalares, equipe, financiamento e equipamentos. O processo denota as interações entre usuários e prestadores de serviços durante os cuidados de saúde. Por fim, os resultados referem-se aos efeitos dos cuidados de saúde no estado de saúde dos pacientes e das populações. O modelo de Donabedian também pode ser aplicado a um grande sistema de saúde para medir a qualidade geral e alinhar o trabalho de melhoria em um hospital, prática de grupo ou grande sistema de saúde integrado para melhorar a qualidade e os resultados em uma população. Donabedian desenvolveu um dos modelos mais referidos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e incentivou novas formulações conceituais para melhorar a caracterização da qualidade de serviços de APS.

No Brasil, a avaliação dos serviços de saúde com ênfase na qualidade da assistência tem conquistado espaço desde o final da década de 1990, com o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação (TRAD *et al.*, 2002; ESPERIDIÃO e TRAD, 2005). A partir de 1991, Barbara Starfield iniciou o desenvolvimento da formulação teórica e operacional dos atributos da APS em relação ao sistema de saúde e ao modelo de atenção. Acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, juntamente com competência cultural, orientação familiar e comunitária, foram definidos como atributos da qualidade do modelo de atenção. A autora evidenciou a associação de uma APS forte com maior satisfação dos usuários com o sistema e com melhores resultados em saúde (STARFIELD e SHI, 2007).

Em 2006, a *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems* foi lançada pela OMS para subsidiar o desenvolvimento da qualidade na atenção à saúde, em uma perspectiva sistêmica. O documento argumenta que um robusto processo de tomada de decisão em saúde levará em consideração fatores específicos do país – recursos disponíveis, sensibilidade cultural, acessibilidade e sustentabilidade – na determinação de uma combinação de intervenções de qualidade, com o propósito de alcançar os melhores resultados e benefícios para a população e o país. A proposta orienta os sistema de

saúde a fazer melhorias em seis áreas ou dimensões da qualidade, descritas a seguir: 1) eficácia – os cuidados de saúde devem ser coerentes com as melhores evidências sobre seus efeitos na saúde de indivíduos e comunidades, com base nas necessidades de saúde; 2) eficiência – os cuidados de saúde devem maximizar o uso dos recursos e investimentos, evitando desperdícios; 3) acessibilidade – os cuidados de saúde devem ser oportunos, geograficamente razoáveis e fornecidos em um ambiente onde as habilidades e os recursos são apropriados às necessidades de saúde; 4) aceitabilidade – os cuidados centrados nos pacientes devem levar em consideração as preferências e aspirações dos usuários de serviços individuais e as culturas de suas comunidades; 5) equidade – os cuidados de saúde não devem variar em qualidade por causa de características pessoais, como gênero, raça, etnia, localização geográfica ou status socioeconômico; 6) segurança – os cuidados de saúde devem minimizar os riscos e danos aos usuários dos serviços (WHO, 2006). Em 2007, o *Institute for Healthcare Improvement dos Estados Unidos* propôs a avaliação de todo o sistema por meio da tríade estrutura, processo e resultados do atendimento (BRIEN e GHALI, 2008).

Mais recentemente, a qualidade tem sido avaliada na perspectiva da integralidade ou dos cuidados integrais em saúde, por meio de uma abordagem holística que considera aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais juntamente com a oferta das ações humanizadas de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (STARFIELD, 1992; GIOVANELLA *et al.*, 2002; CONILL, 2004; MATTOS, 2009; PAIM e SILVA, 2010; FRANCO, 2020; FACCHINI *et al.*, 2018). A integralidade configura-se como um dos mais relevantes princípios do Sistema Único de Saúde, além de ser um atributo importante na avaliação da qualidade da APS, espaço privilegiado para sua expressão (CONILL, 2004).

Problemas na completude das ações de saúde definidas em protocolos, consensos, guias e diretrizes oficiais para condições de saúde específicas refletem falhas na integralidade do cuidado e, assim, na qualidade da APS, conforme evidenciado em estudos sobre saúde da mulher e de crianças, de usuários com condições crônicas e idosos (MACINKO *et al.*, 2006; GUANAIS e MACINKO, 2009; BARCELOS *et al.*, 2017; TOMASI *et al.*, 2017). Nesta perspectiva, a avaliação da completude de um repertório de ações de saúde é valiosa para estimar a integralidade do cuidado e, assim, sua qualidade (DOURADO *et al.*, 2011; BARCELOS *et al.*, 2017; TOMASI *et al.*, 2017; NEVES *et al.*, 2020). Entretanto, a avaliação da integralidade

pode combinar uma abordagem centrada na pessoa e outra com foco em ações definidas para uma necessidade de saúde específica. Além disso, pode-se ampliar o escopo da abordagem sobre integralidade por meio do exame da capacidade resolutiva da equipe, ou dos profissionais de saúde, da preocupação dos profissionais em respeitar hábitos culturais, costumes, religião e outras questões da sua vida, das orientações sobre prevenção e promoção em saúde, da realização de exames complementares e de exame físico necessários ao cuidado do problema (FAVORETO, 2008; MATTOS, 2009; ARANTES *et al.*, 2016; WHO, 2006).

A oferta de cuidados de saúde de qualidade na rede básica e, particularmente, na ESF depende fortemente de processos organizacionais e das práticas profissionais. É necessário rever processos de organização e gestão, que são mediadores da prestação da atenção à saúde por uma equipe multiprofissional. Para garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade, é preciso aprimorar os fluxos dos usuários no interior do serviço, desde a recepção até a sua saída ao final do atendimento.

Os avanços dos últimos anos não foram suficientes para superar todos os desafios na avaliação da APS, e a operacionalização do conceito de qualidade do cuidado continua sendo uma tarefa complexa e essencial para o desenvolvimento de políticas e intervenções em APS (BRUIN *et al.*, 2011). Os estudos sobre qualidade da APS ainda esbarram em dificuldades, que englobam desde a falta de consensos sobre definições, modelos conceituais e dimensões de análise até a construção de indicadores, padronização de instrumentos e comparabilidade dos resultados (WHITE, 2010; BOURCIER *et al.*, 2015; FACCHINI *et al.*, 2015; MEHRING *et al.*, 2017).

Ainda assim, os estudos avaliativos apontam substancial contribuição ao entendimento da qualidade dos serviços ao examinar a percepção de usuários, profissionais e gestores sobre aspectos que influenciam os modos de utilização dos serviços e as ações recebidas em cada contato. Apesar da conexão intrínseca com o acesso, a qualidade é reconhecida como um conceito mais amplo e complexo do que a satisfação de demandas de atendimento dos usuários (TRAD *et al.*, 2002; NUNES *et al.*, 2014, 2016; FACCHINI *et al.*, 2015, 2018).

A significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF nos últimos 20 anos provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população. Entretanto, a APS brasileira também enfrenta desafios e acu-

mula fragilidades, que indicam a necessidade de universalizar o acesso e articulá-lo aos demais níveis de atenção e garantir a completude das ações e procedimentos previstos em protocolos, de forma a garantir o princípio da integralidade e ampliar a resposta às necessidades de saúde da população e superar as iniquidades locais e regionais no país (FACCHINI *et al.*, 2018; MATTA e MOROSINI, 2009).

Neste contexto, avaliar o desempenho da AB é uma iniciativa relevante para o SUS e para a população brasileira. Premiar o melhor desempenho com incentivos financeiros e apoio técnico-científico pode estimular a melhoria da qualidade da AB e criar um ciclo virtuoso de promoção da integralidade da atenção e cobertura universal em saúde com equidade (KOVACS *et al.*, 2021), com potencialidade para modificar o efeito estrutural dos determinantes sociais da saúde com proteção dos grupos sociais mais vulneráveis.

Referências

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Contribuição da rede de pesquisa em APS/ABRASCO para a formulação de uma agenda política estratégica para APS no SUS**. Rio de Janeiro. 2018a. Disponível em: <Abrasco_APS_Final_06.07.pdf (abrasco.org.br)>. Acesso em: mar. 2021.

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Alma Ata e atenção primária à saúde: de volta ao futuro**. 2018b. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/internacionais/alma-ata-e-atencao-primaria-a-saude-de-volta-ao-futuro/37803/>>. Acesso em: abr. 2021.

ALAMES. Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la, muy cuestionada. Cobertura Universal de Salud (UHC). **Saúde em Debate**, v. 42, spe1, p. 431-433, 2018.

ALBUQUERQUE, M. V. D.; VIANA, A. L. D. Á.; LIMA, L. D. D.; FERREIRA, M. P.; FUSARO, E. R.; IOZZI, F. L. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1.055-1.064, 2017.

ALMEIDA, A. P. S. C.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 50, 2017.

ALMEIDA, A. P. S. C.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; LIMA, R. D. C. D.; FACCHINI, L. A. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2.213-2.226, 2020.

ALVES, A. L. Breve Resumo Histórico do Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 22, n. 1, p. 54-58, 1998.

ANDERSEN, R. A. **Behavioral Model of Families' Use of Health Services**. Chicago: Center for Health Administration Studies, 1968. 111p.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly. **Health and Society**, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ANGLEMYER, A.; HORVATH, H. T.; BERO, L. Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2014.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1.499-1.510, 2016.

ATUN, R.; ANDRADE, L. O.; ALMEIDA, G.; COTLEAR, D.; DMYTRACZENKO, T.; FRENZ, P. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **Lancet**, v. 385, n. 9.974, p. 1.230-47, 2015.

BARBOSA, A. C. Q. **Proposição de metodologia de avaliação de desempenho das equipes de saúde da família e satisfação de usuários: um desenho elaborado a partir de cidades de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG, 2009. 82 p.

BARCELOS, M. R. B.; LIMA, R. D. C. D.; TOMASI, E.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 67, 2017.

BARCELOS, M. R. B.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; TOMASI, E.; LIMA, R. D. C. D.; CHALUPOWSKI, M. N.; REBBECK, T. R.; FACCHINI, L. A. Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: an external assessment of primary health care access and quality improvement program. **Health Systems & Reform**, v. 4, n. 1, p. 42-55, 2018.

BBC News. South East Wales. Enduring legacy of Aneurin Bevan. 2010. Disponível em: <http://news.bbc.co.uk/local/southeastwales/hi/people_and_places/history/newsid_8792000/8792227.stm>. Acesso em: jun. 2021.

BBC News. South East Wales. The history of the NHS in charts. 2018. Disponível em: <The history of the NHS in charts – BBC News>. Acesso em: jul. 2021.

BETTCHER, D.; SAPIRIE, S.; GOON, E. Essential public health functions: results of the international Delphi study. **World Health Stat Q**, v. 51, n. 1, p. 44-54, 1998.

BOURCIER, E.; CHARBONNEAU, D.; CAHILL, C.; DANNENBERG, A. L. Peer reviewed: An evaluation of health impact assessments in the United States, 2011-2014. **Preventing Chronic Disease**, v. 12, 2015.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981. 224 p.

BRASIL [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Assembleia Legislativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: DF, 2010. 144 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico e Cobertura da Estratégia Saúde da Família** [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <dabsaude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sfphp>. Acesso em: nov. 2020.

BRIEN, S. E.; GHALI, W. A. Public reporting of the hospital standardized mortality ratio (HSMR): implications for the Canadian approach to safety and quality in health care. **Open Medicine**, v. 2, n. 3, 2008.

BRITANNICA. The Editors of Encyclopaedia. “Toynbee Hall”. **Encyclopedia Britannica**, 2017. Disponível em: <<https://www.britannica.com/topic/Toynbee-Hall>>. Acesso em: jan. 2021.

BRUIN, S. R.; BAAN, C. A.; STRUIJS, J. N. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 1, p. 1-14, 2011.

BUMP, J. B. **The Long Road to Universal Health Coverage**: A century of lessons for development strategy. Seattle, PATH. 2010. Disponível em: <<https://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/DIM-The-Long-Road-to-UHC.pdf>>. Acesso em: set. 2020.

BUSSE, R.; BLÜMEL, M.; KNIEPS, F.; BÄRNIGHAUSEN, T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. **Lancet**, v. 390, n. 10.097, p. 882-897, ago. 2017.

CAMPOS, F. E. O Sistema integrado de prestação de serviços de saúde do Norte de Minas como espaço de atuação acadêmica. In: TEIXEIRA, S. M. F. (org.). **Projeto Montes Claros**: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 219-38.

CAMPOS, A. L. V. International cooperation in health: the Special Service of Public Health and its nursing program. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 879-888, 2008.

CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, 2016.

CANADA. **Health Care System**. 2021. Disponível em: <Canada's Health Care System – Canada.ca>. Acesso em: jul. 2021.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Linha do tempo 1976**. 1976. Disponível em: <1976 | Cebes>. Acesso em: maio 2021.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Pan American Health Organization. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília: CONASS, 2007. 262 p.

CONNILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1.417-1.423, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; AVARGUES, M. C. Evaluation in the health sector: concepts and methods. **Rev Epidemiol Sante Publique**, v. 48, n. 6, p. 517-39, 2000.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 343-362, 2004.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1.864-1.874, 2004.

DAMIANI, G.; BELVIS, A. G.; BIANCHI, C.; RONCONI, A. Assistenza territoriale. **Public Health**, n. 70, p. 509-526, 2014.

DANIELS, N. Review Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. **Milbank Mem Fund Q Health Soc**. Winter, v. 60, n. 1, p. 51-81, 1982.

DANIELS, N. Justice, health, and healthcare. **American Journal of Bioethics**, v. 1, n. 2, p. 2-16, 2001.

DAWSON, B. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services. **London, Socialist Health Association**. HM Stationery Office, v. 693, 1920.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS. p. 6-12, 1978.

DECLARATION OF ASTANA. **Global Conference on Primary Health Care**. Astana, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>>. Acesso em: out. 2020.

DILÉLIO, A. S.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. C. V.; PICCINI, R. X.; SILVA, S. M.; NUNES, B. P.; FACCHINI, L. A. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-15, 2015.

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. 1743-8, 1988.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. 1966. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DOURADO, I.; OLIVEIRA, V. B.; AQUINO, R.; BONOLO, P.; LIMA-COSTA, M. F.; MEDINA, M. G.; MACINKO, J. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**, p. 577-584, 2011.

DUFFY, J. **A history of public health in New York City, 1866-1966**. New York: Russell Sage Foundation. v. 62, n. 2, 1974. 690 p.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Editora: Fiocruz, 1999. 208 p.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**, p. 59-81, 2005.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 303-312, 2005.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; TEIXEIRA, V. A.; SILVEIRA, D. S. D. *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 159-172, 2008.

FACCHINI, L. A. ABRASCO 30 anos: ciência, educação e prática com compromisso social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 4-4, 2010.

FACCHINI, L.; THUMÉ, E.; NUNES, B. P. *et al.* Governance and health system performance: national and municipal challenges to the Brazilian Family Health Strategy. **Governing health systems: for nations and communities around the world**. Brookline: Lamprey & Lee; 2015.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-23, 2018.

FACCHINI, L. A.; FLORENCIO, A. S. R.; NUNES, B. P.; SILVA, M. R. M.; ROSALES, C.; ALFARO, G.; ROCHA, T. A. H. Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho de equipes de Saúde da Família na atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, 2012 a 2015. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. 2007. Disponível em: Modelos de Atenção – Atenção Primária à Saúde.pdf <fiocruz.br>. Acesso em: mar. 2021.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista de APS**, v. 11, n. 1, 2008.

FELISBERTO, E.; FREESE, E.; BEZERRA, L. C. A.; ALVES, C. K. D. A.; SAMICO, I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1.079-1.095, 2010.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde**. 2020. Disponível em: Linha do Tempo das Conferências Nacionais de Saúde <fiocruz.br>. Acesso em: dez. 2020.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979. p. 79-98.

FRANCO, T. B.; HUBNER, L. C. A Atenção Básica e os cuidados intermediários: um debate necessário. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 516-526, 2020.

GIOVANELLA, L.; VAITSMAN, J.; ESCOREL, S.; MAGALHÃES, R.; COSTA, N. D. R. Health and inequality: institutions and public policies in the 21st century. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, p. 466-470, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 96p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; MEDINA, M. G.; LIMA, J. G.; FAUSTO, M. C. R.; SEIDL, H. M.; ANDRADE, G. C. L.; FACCHINI, L. A. Contribuições dos Estudos PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (orgs.). **Atenção Primária a Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. v. 1, p. 569-610.

GREEN, L. A.; FRYER, G. E.; YAWN, B. P.; LANIER, D.; DOVEY, S. M. The ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, v. 344, p. 2021-2025, 2001.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. **The Journal of Ambulatory Care Management**, v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2.432 p.

HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**, v. 28, n. 1, p. 10-8, 1999.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 791-825, 2003.

HAN, D. S.; BAE, S. S.; KIM, D. H.; CHOI, Y. J. Origins and Evolution of Social Medicine and Contemporary Social Medicine in Korea. **Journal of Preventive Medicine and Public Health**, v. 50, n. 3, p. 141-157, 2017.

HARTZ, Z. M. D. A. **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1997. 132 p.

HARTZ, Z. M. D. A.; SILVA, L. M. V. D. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 275 p.

HARTZ, Z. M. D. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. In: **Meta-avaliação da atenção básica em saúde:** teoria e prática, p. 409-409, 2008.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1.649-1.659, 2006.

HISTORY DAILY. **Swill Milk:** The Milk Stations That Saved the Lives of City Kids. 2016. Disponível em: Swill Milk: The Milk Stations That Saved the Lives of City Kids | History Daily. Acesso em: maio de 2021.

IOM – Institute of Medicine, Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services. **The future of public health.** Washington: DC, National Academies Press, 1988.

ITALIA, Ministero della Salute. 2021. Disponível em: Ministero della Salute. Acesso em: março de 2021.

KOVACS, R.; BARRETO, J. O. M.; SILVA, E. N.; BORGHI, J.; KRISTENSEN, S. R.; COSTA, D. R. *et al.* Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. **Lancet Glob Health**, v. 9, n. 3, p. 331-339, mar. 2021.

LAMRANI, S. El sistema de salud en Cuba: origen, doctrina y resultados, **Études caribéennes**, n. 7, 2021.

LAURELL, A. C. “La salud-enfermedad como proceso social”. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LEE, R. I.; JONES, L. W. The fundamentals of good medical care. **Publications of the Committee on the Costs of Medical Care**, v. 22, 1933.

LEHMANN, U.; SANDERS, D. Community health workers: what do we know about them. **The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers**. Geneva: World Health Organization, 2007. p. 1-42.

LEWIS, J.; BROOKES, B. The Peckham Health Centre, “PEP”, and the concept of general practice during the 1930s and 1940s. **Medical History**, v. 27, n. 2, p. 151-161, 1983.

LEVESQUE, J. F.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2013.

LIMA, R. D. C. G. S.; SEVERO, D. O.; VERDI, M. I. M.; ROS, M. A. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 118-130, 2009.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MACINKO, J.; SOUZA, M. D. F. M.; GUANAIS, F. C.; SILVA SIMOES, C. C. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 10, p. 2.070-2.080, 2007.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; AQUINO, R.; BONOLO, P. D. F.; LIMA-COSTA, M. F.; MEDINA, M. G. *et al.* Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs**, v. 29, n. 12, p. 2.149-2.160, 2010.

MARTINS, M. M. F.; AQUINO, R.; PAMPONET, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; AMORIM, L. D. A. F. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, e00044718, 2019.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, v. 2, p. 44-50, 2009.

MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2009. 184 p.

MEHRING, M.; DONNACHIE, E.; BONKE, F. C.; WERNER, C.; SCHNEIDER, A. Disease management programs for patients with type 2 diabetes mellitus in Germany: a longitudinal population-based descriptive study. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v. 9, n. 1, p. 1-8. 2017.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 372-378, 2003.

MILLIS, J. S. **The Millis Commission Report**. Chicago, Ill: American Medical Association, 1966.

MONTES CLAROS. **Carta de Montes Claros Muda Saúde**. IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1985. Disponível em: <carta_montes_claros.pdf (saude.gov.br)>. Acesso em: nov. 2020.

MOONEY, G. H. Equity in health care: confronting the confusion. **Effective health care**, v. 1, n. 4, p. 179-185, 1983.

MUÑOZ, F.; LÓPEZ, A.; HALVERSON, P.; MACEDO, C. G.; HANNA, W.; LARRIEU, M. *et al.* Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, p. 126-134, 2000.

NCHP – The National Center for Health in Public Housing. **History of Health Centers**. EUA. 2021. Disponível em: History of Health Centers – National Center for Health in Public Housing (nchph.org). Acesso em: abr. 2021.

NEVES, R. G.; FLORES-QUISPE, M. D. P.; FACCHINI, L. A.; FASSA, A. G.; TOMASI, E. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, e2019019, 2020.

NEVES, R. G.; DURO, S. M. S.; NUNES, B. P.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 30, n. 3, e2020419, 2021.

NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 968-976, 2014.

NUNES, B. P.; FLORES, T. R.; GARCIA, L. P.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 777-787, 2016.

OLIVEIRA, L. S.; ALMEIDA, L. G. N.; OLIVEIRA, M. A. S.; GIL, G. B.; ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA, C.; MEDINA, M. G.; PEREIRA, R. A. G. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3.047-3.056, 2012.

PAHO – Pan American Health Organization. **Essential public health functions**. 42nd Directing Council of PAHO, 52nd Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. Washington: DC, 2000. 23 p.

PAHO – Pan American Health Organization. **Funciones esenciales de salud pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal: experiencia federal**. Buenos Aires, 2017. 196 p.

PAHO – Pan American Health Organization. **The Essential Public Health Functions in the Americas: A Renewal for the 21st Century.** Conceptual Framework and Description. Washington: DC, 2020. 118 p.

PAIM, J. Silva; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, p. 127-140, 1981.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 657-67, 2006.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; SIQUEIRA, F. V.; SILVEIRA, D. S.; THUMÉ, E.; SILVA, S. M.; DILÉLIO, A. S. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 543-550, 2012.

REAL DECRETO 137/1984, España, de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE 27, 1 de enero 1984.

RIBEIRO, A. G. A.; MARTINS, R. F. M.; VISSOCI, J. R. N.; SILVA, N. C.; ROCHA, T. A. H.; QUEIROZ, R. C. D. S.; TONELLO, A. S.; STATON, C. A.; FACCHINI, L. A.; THOMAZ, E. B. A. F. Progress and challenges in potential access to oral health primary care services in Brazil: A population-based panel study with latent transition analysis. **Plos One**, v. 16, n. 3, e0247101, 2021.

ROSEN, G. The evolution of social medicine. In: FREEMAN, H. E.; LEVINE, S.; REEDER, L. G. (editors). **Handbook of Medical Sociology**. 2. ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1972. p. 30-60.

ROJAS OCHOA, F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 31, n. 2, 2005.

RUIVO, A. C. O.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; WACHS, L. S.; FASSA, A. G. Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, e00123220, 2021.

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L. O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 2, 2006.

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L. Saúde, sociedade, protagonismos: incursões históricas. Ed 1. Editora: Hucitec. 2018. 388 p.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 757-776, 2002.

SIEGRIST, J.; MARMOT, M. **Social inequalities in health: new evidence and policy implications.** Oxford: Oxford University Press, 2006. 272 p.

SILVEIRA, D. S. D.; FACCHINI, L. A.; SIQUEIRA, F. V.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. *et al.* Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1.714-1.726, 2010.

SHENGELIA, B.; MURRAY, C. J.; ADAMS, O. B. Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. **Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism.** Geneva: World Health Organization, p. 221-34, 2003.

SÓRIA, G. S.; NUNES, B. P.; BAVARESCO, C. S.; VIEIRA, L. S.; FACCHINI, L. A. Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1.325-1.335, 2009.

SOUZA, N. P. C. A saúde no governo João Goulart: aspectos da planificação no campo das políticas sociais. **XXVIII Simpósio Nacional de História.** Florianópolis, SC, 2015. 15 p.

STARFIELD, B. Effects of poverty on health status. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 68, n. 1, p. 17, 1992.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STARFIELD, B. State of the art in research on equity in health. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 1, p. 11-32, 2006.

STARFIELD, B.; SHI, L. Commentary: primary care and health outcomes: a health services research challenge. **Health Services Research**, v. 42, n. 6, p. 2.252-6, 2007.

STOPA, S. R.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, C. N.; SZWARCOWALD, C. L.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

TEIXEIRA, S. M. F. Assistência na Previdência Social: uma política marginal. In: **Os direitos dos desassistidos sociais**, p. 31-108, 1989.

THOMAS, G. **TIF – Healthcare in India: Towards an agenda for change.** 2021. Disponível em: <healthcare-in-india-towards-an-agenda-for-change.pdf (theindiaforum.in)>. Acesso em: set. 2021.

THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; VIEIRA, L. A. S. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 1.102-1.111, 2010.

TOMASI, E.; OLIVEIRA, T. F.; FERNANDES, P. A. A.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. D.; SIQUEIRA, F. V.; DURO, S. M. S.; SAES, M. D. O.; NUNES, B. P.; FASSA A. G. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 171-180, abr./jun. 2015.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T.; SIQUEIRA, F. C. V.; SILVEIRA, D. S. D.; THUMÉ, E.; DURO, S. M. S.; SAES, M. D. O.; NUNES, B. P.; FASSA, A. G. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, e00195815, 2017.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 3.581-9, 2002.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, n. 5-6, p. 365-73, maio/jun. 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (Supl. 2): S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, C. M. R. Forum: equity in access to health care. Introduction. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 24, p. 1.159-1.161, 2008.

TULCHINSKY T. H. Marc Lalonde, the Health Field Concept and Health Promotion. **Case Studies in Public Health**, p. 523-541, 2018.

UFPel – Universidade Federal de Pelotas. Departamento de Medicina Social. 2021. Pelotas, RS. Disponível em: DMS – UFPel | Sobre o Departamento de Medicina Social. Acesso em: ago. 2021.

UNITED KINGDOM. NHS – National Health Service. 2021. Disponível em: NHS England » General practice. Acesso em: maio 2021.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA. 2021. México. Disponível em: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco – Historia (uam.mx). Acesso em: fev. 2021.

U.S. CDC – Centers for Disease Control and Prevention. The public health system and the 10 essential public health services. Atlanta: CDC; 2013. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/stltpublichealth/publichealthservices/essentialhealthservices.html>>. Acesso em: mar. 2021.

VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. **Cmaj**, v. 174, n. 2, p. 177-183, 2006.

VAUGHAN, R. Evaluation and public health. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 360, 2004.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS M. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-24, 2004.

VIACAVA, F.; LAGARDIA, J.; UGÁ, M. **Projeto desenvolvimento de tecnologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

VIACAVA, F.; PORTO, S. M.; CARVALHO, C. D. C.; BELLIDO, J. G. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2.745-2.760, 2019.

VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; PEREIRA, A. P. C. D. M.; UCHIMURA, L. Y. T.; ALBUQUERQUE, M. V. D.; MOTA, P. H. D. S. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 413-422, 2015.

VISUALUTIONS. Community Health Centers – A Historical Look. 2021. Disponível em: Community Health Centers – A Historical Look | Visualutions, Inc. Acesso em: março de 2021.

WERNECK, H. F. **Desigualdades Relativas à Renda na Utilização de Serviços de Saúde entre Beneficiários de Planos Privados de Saúde no Brasil**. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2018. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3596>>. Acesso em: jun. 2021.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, v. 265, p. 885-892, 1961.

White H. A contribution to current debates in impact evaluation. **Evaluation**, v. 16, n. 2, p. 153-64, 2010.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Health promotion international**, v. 6, n. 3, p. 217-228, 1991.

WHO, World Health Organization. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. 2006. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/?sequence=1>>. Acesso em: jul. 2020.

WORLD COUNCIL OF CHURCHES. **The Oxford Handbook of Ecumenical Studies**, p. 387, 2021.

ZIMMER-GEMBECK, M. J.; ALEXANDER, T.; NYSTROM, R. J. Adolescents report their need for and use of health care services. **Journal of Adolescent Health**, v. 21, n. 6, p. 388-399, 1997.

CAPÍTULO II

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

Elaine Tomasi

Elaine Thumé

Denise Silva da Silveira

Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Allan Nuno Alves de Souza

Dirceu Ditmar Klitzke

Luiz Augusto Facchini



No Brasil, no ano de 2011, frente à importância dos temas de acesso e qualidade, o Ministério da Saúde promoveu mudanças nas regras para descentralização dos recursos financeiros à Atenção Primária à Saúde (APS). Os objetivos foram melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio das equipes de Saúde da Família, e atenuar o problema do financiamento insuficiente da atenção básica. Pela primeira vez no Brasil, a satisfação da população com os serviços oferecidos nas UBS tornou-se uma importante estratégia para a definição dos repasses financeiros (BRASIL, 2011a). O Programa de Melhoria no Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído via Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, incentivava a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais de avaliação de desempenho.

O PMAQ-AB foi instituído por meio de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Os debates antecederam seu lançamento e continuaram ao longo da década em eventos e encontros do Ministério da Saúde com gestores

municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), controle social, instituições de ensino públicas e associações profissionais. Este movimento resultou em estratégias para viabilizar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB) em todo o Brasil (BRASIL, 2011b, 2015), tendo como base as iniciativas ocorridas no início dos anos 2000 com a experiência do projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) (FELISBERTO *et al.*, 2008).

A decisão do Ministério da Saúde ocorreu em um contexto histórico e político de fortalecimento da institucionalização da avaliação da APS e da parceria com instituições acadêmicas de ensino e pesquisa de todo o país, com ênfase no desempenho dos serviços de saúde, na garantia do acesso e da qualidade nas ações ofertadas (GIOVANELLA *et al.*, 2018; FACCHINI *et al.*, 2018). Em 2006, o *Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT n° 023/2006* promoveu a seleção pública de pesquisas sobre a gestão do trabalho, da educação, comunicação e informação em saúde. Dentre os projetos aprovados destacamos o do Grupo AQUARES, que reforçou os vínculos entre o desempenho vantajoso da ESF em diferentes contextos sociais, como, por exemplo, as regiões nordeste e sul, com as estratégias de gestão, o perfil profissional das equipes de saúde, a infraestrutura das UBS e as ações efetivamente prestadas aos usuários (FACCHINI *et al.*, 2006; SILVEIRA *et al.*, 2010). O edital também aprovou o projeto “Proposição de Metodologia de Avaliação de Desempenho das Equipes de Saúde da Família e Satisfação de Usuários em cidades de Minas Gerais”, coordenado por Allan Claudius Barbosa e colegas na UFMG (BARBOSA, 2009). Nesta abordagem, os autores orientaram a seleção de variáveis e a definição de indicadores de desempenho e satisfação dos usuários de acordo com princípios do SUS. A estratégia foi replicada pelos autores em Belo Horizonte entre setembro de 2009 e novembro de 2010 em 144 unidades básicas de saúde, 512 equipes de saúde da família e 3.052 usuários.

A avaliação em saúde ainda ganhou destaque em 2006, no lançamento da primeira Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), fruto da articulação do Ministério da Saúde com entidades representativas de gestores municipais e estaduais (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS) e do controle social (Conselho Nacional de Saúde – CNS e demais conselhos). A iniciativa política também promoveu forte

interação com entidades científicas e representantes dos profissionais de saúde, com destaque para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), a Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Rede UNIDA e com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), representando a cooperação internacional (FACCHINI, 2020).

Os resultados dos estudos avaliativos ganharam divulgação e destaque em encontros e eventos nacionais, regionais e locais. Além da repercussão no SUS, em particular nas SMS e nas coordenações de AB/ESF, a institucionalização da avaliação na APS movimentou a academia e a cooperação entre pesquisadores de diversas instituições de ensino e pesquisa e de entidades profissionais e científicas, com os diversos âmbitos do SUS (GIOVANELLA *et al.*, 2018; FACCHINI, 2020). Na ABRASCO, em 2020, a intensa movimentação institucional resultou na organização do GT de Avaliação em Saúde e da Rede de Pesquisa em APS. A Rede de Pesquisa em APS foi palco de marcantes discussões que precederam o lançamento do PMAQ-AB. O debate político fomentou o desenvolvimento de bases teóricas e metodológicas da avaliação da APS no Brasil, facilitou a comunicação e a articulação entre pesquisadores, profissionais e gestores e promoveu a discussão sobre desafios e potencialidades de avaliações externas em larga escala, conduzidas por universidades públicas em todo o território nacional. O PMAQ-AB ampliou o escopo da avaliação em saúde no SUS, vinculando-a ao pagamento de incentivos financeiros por desempenho (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Características e Ciclos do do PMAQ-AB

O PMAQ-AB teve três ciclos completos: o primeiro ocorreu entre 2011 e 2013, o segundo entre 2013 e 2015, e o terceiro entre 2015 e 2019. De acordo com a Portaria Nº 1.654, de 19 de Julho de 2011, que correspondeu ao primeiro ciclo de avaliação, o PMAQ-AB apresentava as seguintes diretrizes (BRASIL, 2011b):

I – construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II – estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III – transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV – envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V – desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI – estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII – caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

Em 2012, por ocasião do primeiro ciclo, foi realizado um censo das condições de infraestrutura de mais de 38.000 UBS urbanas e rurais de todos os municípios brasileiros, independentemente da adesão de suas equipes ao PMAQ-AB.

Fases do Programa

A Portaria 1.654 de 2011 também definiu a implementação do PMAQ-AB em quatro fases. A **primeira fase** consistiu na etapa formal de **Adesão voluntária** ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolveu pactuação regional e estadual e a participação do controle social.

Na **segunda fase**, denominada de Desenvolvimento, era realizada a autoavaliação e o monitoramento de indicadores contratualizados, além de atividades de educação permanente e apoio institucional. A autoavaliação foi realizada pelas equipes com base no instrumento denominado “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ”, construído pelo DAB a partir da revisão e adaptação de diversificadas ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. Cumpre destacar que o instrumento sugerido pelo Ministério da Saúde

poderia ser combinado com outras ferramentas, cabendo aos gestores municipais e às Equipes de Atenção Básica definir o uso do(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) adequadas à sua necessidade e realidade. Sua elaboração foi orientada para uso por todos os serviços de Atenção Básica Básica (BRASIL, 2016).

O monitoramento dos indicadores contratualizados foi uma das estratégias essenciais para a implementação do PMAQ-AB. A unidade da avaliação do PMAQ-AB foi a EAB, o que implicou a escolha de indicadores que pudessem ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); à época o único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento das equipes de maneira individualizada foi substituído pelo e-SUS AB em 2013 (CONASS, 2013).

No PMAQ-AB, foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso:

- i. Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação externa e utilizados para a classificação das EAB, conforme o seu desempenho.
- ii. Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às EAB no processo de avaliação externa.

Os indicadores selecionados se referiam a algumas das principais ações estratégicas da atenção primária à saúde (pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, saúde da criança, controle da hipertensão e do diabetes, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), assim como a iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência), buscando uma sinergia entre o PMAQ-AB e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo. Os indicadores definidos para contratualização no PMAQ-AB guardavam relação com os indicadores historicamente pactuados no âmbito do Pacto Pela Saúde e com os indicadores utilizados para a construção do Indicador Nacional de Saúde, no âmbito do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS (CONASS, 2011).

Na **segunda fase** também foram previstas atividades envolvendo a educação permanente e o apoio institucional, ambas detalhadas no Manual Instrutivo (BRASIL, 2015). As instituições de ensino e pesquisa responsáveis por estas atividades estabeleceram parcerias com as instituições do

SUS (Secretarias de Saúde, Fundações, Organizações Sociais) vinculadas à Atenção Básica, com vistas a melhorar as práticas profissionais e de gestão.

A **terceira fase** do PMAQ-AB foi a Avaliação Externa, prevista para alcançar a totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica que aderiram ao Programa. A avaliação externa foi fundamentada no modelo proposto por Donabedian na década de 1960. O modelo considera a estrutura, o processo de prestação de serviços e os resultados como as categorias centrais que devem ser investigadas para este propósito (DONABEDIAN, 1966). Nesta fase de AE, foram coletadas informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes, e ela foi subdividida em duas dimensões:

I – Certificação de desempenho das Equipes de Atenção Básica e gestões municipais: avaliação do acesso e da qualidade das EAB por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes;

II – Avaliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica não relacionada ao processo de certificação: constituída por um processo avaliativo da rede de atenção básica à saúde, da satisfação do usuário e da utilização dos serviços. Os indicadores da Avaliação Externa (AE) incluíram os dados de qualidade do cuidado, a satisfação dos usuários, a oferta e utilização dos serviços de saúde. No ciclo I, foram utilizados 573 indicadores; no ciclo II, 893 indicadores, e, no ciclo III, um total de 648 indicadores (KOVACS *et al.*, 2021).

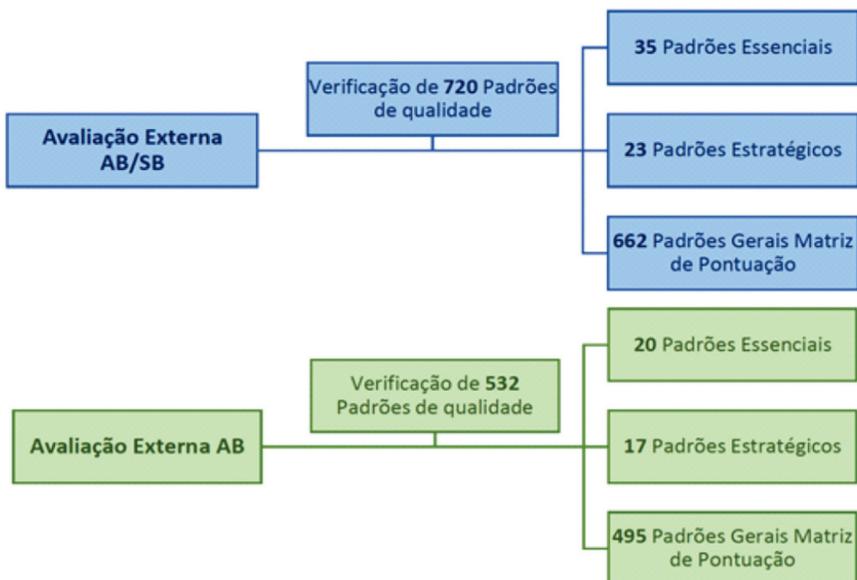
Para a certificação das equipes participantes do PMAQ-AB, o Ministério da Saúde (MS) construiu uma matriz de pontuação, que foi debatida e aprovada na câmara técnica tripartite, com vistas a subsidiar a formulação e o aprimoramento das políticas e dos programas relacionados. A matriz de pontuação foi organizada em dimensões, subdimensões e padrões de qualidade. A **dimensão** era uma estrutura temática que consolidava grupos de subdimensões com padrões de qualidade sobre determinado tema, por exemplo, “Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS”. Já a **subdimensão** era formada por padrões (grupo de perguntas) que compunham parte da dimensão. Por exemplo, para abordar o tema da dimensão “Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS”, foi necessário levantar grupos de perguntas referentes ao funcionamento da UBS, aos medicamentos, insumos, testes rápidos e imunobiológicos, entre outros.

As cinco dimensões das equipes de AB foram compostas por 33 subdimensões. Cada subdimensão possuía um conjunto de questões que rece-

beram valor entre um e três, definido de acordo com a relevância técnica, estratégica e política de forma tripartite. O valor um era equivalente à menor relevância, e o valor três, à maior relevância. Igualmente para as equipes AB/SB foi atribuída relevância para as questões, sendo que, para estas equipes, a matriz foi composta por 7 dimensões contendo 42 subdimensões.

Os **padrões de qualidade** eram provenientes das perguntas realizadas na AE e foram classificados em Essenciais e Estratégicos. A matriz de pontuação foi constituída por 532 padrões direcionados às equipes de AB, 720 padrões para as equipes de AB/Saúde Bucal (SB) e agregou os padrões de qualidade contidos no instrumento de AE e no módulo eletrônico (Figura 1). Para ilustrar, os padrões essenciais utilizados no terceiro ciclo do PMAQ-AB foram construídos a partir das seguintes subdimensões com suas perguntas correspondentes: horário de funcionamento (AB e SB); equipamentos, materiais, insumos e impressos na Unidade de Saúde (AB e SB), planejamento das ações da equipe de AB (AB e SB); acolhimento à demanda espontânea; oferta de serviços; saúde da mulher e da criança; condições crônicas (hipertensão, diabetes, obesidade, tuberculose e hanseníase); organização da agenda da equipe de SB.

Figura 1: Fluxograma dos padrões de qualidade da Avaliação Externa para equipes de Atenção Básica, com e sem Saúde Bucal. PMAQ-AB.



Fonte: DAB/MS, 2018.

Instrumentos da Avaliação Externa

A AE utilizou instrumentos estruturados e padronizados para captar informações sobre a estrutura das UBS, o processo de trabalho das equipes e a percepção dos usuários. Os instrumentos operacionalizaram as concepções da AE por meio de questões referentes às ações e programas em curso na AB e no SUS à época, com especial ênfase para as diretrizes e definições das áreas técnicas do Ministério da Saúde. Todos os instrumentos podem ser consultados no sítio do Ministério da Saúde, no Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (saude.gov.br).

No primeiro ciclo, o instrumento da AE foi subdividido em três módulos. O Módulo I abordou as condições de infraestrutura das UBS; o Módulo II caracterizou a organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes de atenção básica, e o Módulo III caracterizou o acesso, a utilização e a qualidade da atenção segundo a percepção dos usuários que também tiveram sua satisfação avaliada. No caso das Unidades Básicas de Saúde que participaram somente do Censo, o único instrumento aplicado foi o Módulo I (Figura 2).

No segundo e terceiro ciclos, além destes três módulos, foram acrescentados os Módulos IV – Entrevista com o profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Módulo V – Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal, e o Módulo VI – Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal (Figura 2). No Ciclo II ainda houve o Módulo eletrônico, com informações complementares aos Módulos I, II e III, respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica e avaliado pela gestão nacional sem estar integrado à AE.

Os instrumentos da autoavaliação e da avaliação externa foram compatibilizados e padronizados em todo o país, da mesma forma que os aspectos logísticos do estudo. Seu desenvolvimento esteve sob responsabilidade de um grupo de trabalho interinstitucional, do qual a Universidade Federal de Pelotas participou, em conjunto com as demais Instituições de Ensino Superior (IES), sob a coordenação do DAB do Ministério da Saúde.

Figura 2: Quadro dos módulos dos instrumentos aplicados em cada ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB.

Ciclo	Módulos
I	I – Infraestrutura das UBS* II – Organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes III – Acesso, a utilização e a qualidade da atenção segundo a percepção dos usuários
II	I – Infraestrutura das UBS II – Organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes III – Acesso, a utilização e a qualidade da atenção segundo a percepção dos usuários IV – Entrevista com profissional do NASF V – Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal VI – Entrevista com profissional da Equipe de Saúde Bucal
III	I – Infraestrutura das UBS II – Organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes III – Acesso, a utilização e a qualidade da atenção segundo a percepção dos usuários IV – Entrevista com profissional do NASF V – Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal VI – Entrevista com profissional da Equipe de Saúde Bucal

* Módulo aplicado também durante o Censo das UBS, mesmo em unidades de saúde onde não havia equipes participando da Avaliação Externa.

Fonte: Autores, 2021.

A quarta fase do PMAQ-AB foi o processo de recontractualização que sucedeu a certificação da EAB. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contractualização de indicadores e compromissos foi realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.

Incentivo financeiro

A transferência de recursos intergestores como incentivo para a melhoria da qualidade foi a estratégia adotada para fortalecer a APS com a implementação do PMAQ-AB (PINTO *et al.*, 2012, 2014; MACINKO *et*

al., 2017). O incentivo financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – (PAB) Variável, era transferido fundo a fundo aos municípios com equipes que aderiram ao Programa. Inicialmente, eram repassados 20% do valor integral do componente do PAB Variável por equipe contratualizada. Em 2017, o orçamento anual do Programa foi de R\$ 1.768.382.461,30, e ao longo dos três ciclos foram investidos cerca de 13 bilhões de reais, o que representou um aporte significativo de recursos para a AB municipal (BRASIL, 2020).

Uma vez que a equipe tivesse sido certificada, o gestor municipal passava a receber valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o seu desempenho. Nos casos em que, no processo de certificação, a equipe fosse classificada como insatisfatória, o gestor municipal deixava de receber o valor de incentivo referente a essa equipe, e eles, equipe e gestor local, teriam que assumir um termo de ajuste. Se o desempenho fosse considerado regular, o município mantinha os 20% do componente e também assumia termo de ajuste. Se a equipe fosse classificada com desempenho bom, ampliava-se de 20% para 60% o valor do incentivo, e se tivesse desempenho ótimo, ampliava-se o valor de 20% para 100% do componente de qualidade (BRASIL, 2015).

Mudanças no Programa

Ao longo de seus três ciclos, transcorridos entre 2011 e 2018, o PMAQ-AB manteve suas diretrizes, mas apresentou mudanças e adequações, tanto nos critérios e pesos da certificação das equipes quanto nos temas e indicadores avaliados. Destacam-se aqui algumas modificações levadas a efeito no período (MACINKO *et al.*, 2017; CAVALCANTI e FERNANDEZ, 2020).

A primeira alteração refere-se ao número de fases, tendo sido quatro no primeiro ciclo e três fases no último, uma vez que a segunda fase – desenvolvimento – foi transformada em eixo estratégico do Programa, incluindo cinco dimensões temáticas: 1 – Autoavaliação; 2 – Monitoramento dos indicadores; 3 – Educação Permanente; 4 – Apoio Institucional e 5 – Cooperação Horizontal.

O sistema de informações utilizado para o monitoramento dos indicadores também variou, tendo sido o SIAB no primeiro ciclo; o SIAB, o e-SUS-AB e outros sistemas no segundo ciclo; e o SIAB e o e-SUS-AB no terceiro ciclo.

Outra mudança foi relativa aos pesos de cada componente na certificação do desempenho das equipes. O monitoramento de indicadores representou 20% nos dois primeiros ciclos e 30% no terceiro; a AE teve peso de 70% nas duas primeiras edições e baixou para 60% no Ciclo III; o componente da autoavaliação permaneceu com 10% ao longo dos três ciclos.

A classificação do desempenho das equipes também foi modificada ao longo do tempo. No Ciclo I, foram classificadas em: insatisfatório / mediano ou abaixo da média / acima da média / muito acima da média; no Ciclo II, foram classificadas em: mediano ou abaixo da média / acima da média / muito acima da média; no Ciclo III, o desempenho das equipes foi classificado em: insatisfatório / ruim / regular / bom / muito bom / ótimo.

O método de cálculo referente ao repasse das equipes certificadas no Ciclo III do PMAQ-AB utilizou um Fator de Desempenho que correspondeu a valor monetário fixo para cada tipo de equipe. Esse valor era resultante da divisão do orçamento por competência disponível pelo número total de equipes classificadas em cada uma das cinco faixas de certificação previstas pelo programa (ruim, regular, bom, muito bom e ótimo) multiplicado pelo seu fator multiplicador (intervalo de diferenciação entre as faixas de classificação das equipes – 1/ruim, 2/regular, 5/bom, 9/muito bom e 10/ótimo). O método garantia que uma equipe certificada como ótima recebesse o valor de repasse 10 vezes maior que o valor mínimo de repasse, correspondente à equipe considerada ruim e, assim, sucessivamente.

Não era de responsabilidade do Ministério da Saúde a contratação e remuneração direta de trabalhadores da Atenção Básica. Esta era uma responsabilidade dos municípios, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a). Os recursos do componente de qualidade do PAB Variável eram transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde correspondente. Existiram experiências, em alguns municípios, em que tais recursos eram empregados, no todo ou em parte, em bonificação no rendimento dos trabalhadores, por meio de legislação municipal própria ou não (MORAES e IGUTI, 2013).

A Figura 3 informa os valores repassados aos municípios conforme o desempenho das equipes de AB e de AB/SB no último ciclo do Programa.

Figura 3: Planilha de cálculo para repasse dos incentivos financeiros aos municípios. PMAQ-AB, 2017-2019.**CÁLCULOS REPASSES DA AB E AB/SB**

Fator AB		Fator AB/SB*										
R\$ 878,80		R\$ 241,96										
Desempenho	Ponto de corte	Intervalo	AB		AB/SB		Total		Fator de desempenho	Valor por equipes AB	Valor por equipes AB/SB	
			n	%	n	%	n	%				
Ótimo	-	8,1 até 10	330	2,29	1.031	4,55	1.361	3,67	10	R\$ 8.787,96	R\$ 11.207,61	
Muito Bom	8	7,1 até 8	2.282	15,82	3.959	17,46	6.241	16,82	9	R\$ 7.909,17	R\$ 10.086,85	
Bom	7	6,1 até 7	4.555	31,58	6.779	29,89	11.334	30,55	5	R\$ 4.393,98	R\$ 5.603,80	
Regular	6	4,1 até 6	5.047	34,99	6.827	30,11	11.874	32,00	2	R\$ 1.757,59	R\$ 2.241,52	
Ruim	4	0 até 4	2.210	15,32	4.081	18,00	6.291	16,96	1	R\$ 878,80	R\$ 1.120,76	
Total			14.424	100,00	22.677	100,00	37.101	100,00				

Fonte: Departamento de Atenção Básica, MS, 2019.

Vale ressaltar que o PMAQ-AB atendia a importantes recomendações para programas que induzem financeiramente o alcance da qualidade do cuidado, como: adesão voluntária, consideração de contextos locais (organização dos municípios em estratos), transparência de instrumentos, medidas e resultados, sistema de informação, oferta de relatórios e composição de um conjunto diversificado de indicadores (PINTO *et al.*, 2014; MACINKO *et al.*, 2017; SADDI e PECKHAM, 2018).

O PMAQ-AB foi finalizado na gestão federal iniciada em 2019, que o substituiu pelo Programa PREVINE Brasil (BRASIL, 2019; HARZHEIM, 2020). Enquanto no modelo anterior de financiamento havia uma composição diversificada do orçamento induzindo a solução dos diferentes problemas na atenção básica brasileira (PAB fixo, PAB variável com recursos para Equipes de Saúde da Família [ESF], NASF e outros), esse novo programa produziu um retrocesso no paradigma de financiamento da AB, ao centrar o incentivo no cadastro individual e no alcance de metas de um pequeno número de indicadores selecionados, sem definição de território e população de referência, entre outras questões que afetam estruturalmente o modelo de ESF (MELO *et al.*, 2019).

Ao encaminhar o fim do PAB fixo – que variava de R\$ 23,00 a R\$ 28,00 por habitante/ano – o MS subtrai dos municípios uma fonte regular e previsível de financiamento com base no porte populacional. O PREVINE poderá comprometer a universalidade e equidade do SUS ao atrelar a transfe-

rências dos recursos aos usuários cadastrados e ao desempenho de um conjunto reduzido de indicadores (SETA *et al.*, 2021). A iniciativa do PREVINE restringe a agenda da ESF ao que é induzido financeiramente e diverge da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que propõe uma atenção abrangente e generalista, capaz de resolver a maior parte das necessidades da população.

Em 2021, foram anunciadas mudanças no PREVINE para atender as demandas dos gestores e evitar a diminuição da descentralização de recursos financeiros repassados fundo a fundo. O PREVINE leva em conta três componentes para fazer o repasse financeiro federal a municípios e ao Distrito Federal: capitação ponderada (cadastro de pessoas), pagamento por desempenho (indicadores de saúde), e o que antes eram os tradicionais programas federais agora são denominados incentivo para ações estratégicas (credenciamentos/adesão a programas e ações do Ministério da Saúde).

Além de efeitos potencialmente deletérios no financiamento da AB para os municípios brasileiros decorrentes do fim do PAB e do PMAQ-AB, prejuízos importantes também poderão ocorrer na qualidade da atenção à saúde da população por seu enfoque centrado no médico e na queixa aguda, mas também em um número reduzido de indicadores de desempenho da APS (MASSUDA, 2020; MELO *et al.*, 2019; MOROSINI *et al.*, 2020; SETA *et al.*, 2021). O PMAQ-AB avaliava e monitorava um amplo conjunto de padrões de qualidade, estimulando equipes a melhorar gradativamente seu processo de trabalho. A abrangência da concepção e abordagem do PMAQ-AB pode ser observada no Capítulo VII, que apresenta um panorama detalhado do acesso e da qualidade da APS brasileira por meio da seleção de publicações científicas oriundas da Avaliação Externa.

Referências

BARBOSA, A. C. Q (coord.). **Proposição de metodologia de avaliação de desempenho das equipes de saúde da família e satisfação de usuários**: um desenho elaborado a partir de cidades de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG, 2009. 82 p. (ISBN 978-85-60500-03-1).

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). DOU, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. DOU, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade – PMAQ-AB**. Brasília, DF: 2011. Disponível em: Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde <saude.gov.br>. Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo PMAQ-AB para as Equipes de Atenção Básica** (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. 2. ed. Brasília, DF, 2015. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-AMAQ**. 2. ed. Brasília, DF, 2016. 180 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. DOU, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transferência Fundo a Fundo para Estados e Municípios – Caixa Pagamento, Bloco Atenção Básica; Sub-bloco/Programa PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ-AB (RAB-PMAQ-AB)**. Disponível em: <<https://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: set. 2020.

CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, e300323, 2020.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde**. Nota técnica. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <conass.org.br>. Acesso em: set. 2020.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **E-SUS Atenção Básica é lançado pelo Ministério da Saúde**. 7. ed. abr./maio/jun. 2013. Disponível em: E-SUS Atenção Básica é lançado pelo Ministério da Saúde <conass.org.br>. Acesso em: out. 2020.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank memorial fund quarterly**, v. 44, n. 3, p. 166-206, 1966.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. C. V.; RODRIGUES, M. A. P. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 669-681, 2006.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

FACCHINI, L. A. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: uma saga e seu fim. In: AKERMAN, M. (org.) **Atenção Básica é o Caminho! Desmontes, Resistências e Compromissos: Contribuições das Universidades Brasileiras para o cuidado, a avaliação e a pesquisa – A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2020. 453 p.

FELISBERTO, E.; FREESE, E.; NATAL, S.; ALVES, C. K. A. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2.091-2.102, set. 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; MEDINA, M. G.; GAGNO, J. FAUSTO, M. C. R.; SEIDL, H.; ANDRADE, G. C. L.; FACCHINI, L. A. Contribuições dos Estudos PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. v. 1, p. 571-612.

HARZHEIM, E. Previnde Brasil: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1.189-1.196, mar. 2020.

KOVACS, R.; BARRETO, J. O. M.; SILVA, E. N.; BORGHI, J.; KRISTENSEN, S. R.; COSTA, D. R. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. **Lancet Glob Health**, v. 9, n. 3, p. 331-339, mar. 2021.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, 40 (2 Suppl), p. S4-S11, 2017.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1.181-1.188, mar. 2020.

MELO, E. A.; ALMEIDA, P. F.; LIMA, L. D.; GIOVANELLA, L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 5, p. 137-144, dez. 2019.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul./set. 2013.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, e00040220, 2020.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, p. 1-19, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 358-372, 2014.

SADDI, F. C.; PECKHAM, S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ-AB) Seen From a Global Health and Public Policy Perspective, **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 41, n. 1, p. 25-33, jan./mar. 2018. Doi: <10.1097/JAC.0000000000000220>.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, (supl. 2), p. 3.781-3.786, ago. 2021.

SILVEIRA, D. S.; FACCHINI, L. A.; SIQUEIRA, F. V.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVA, S. M.; DILELIO, A. S.; MAIA, M. F. S. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 26, p. 1.714-1.726, 2010.

METODOLOGIA



CAPÍTULO III

Delineamento e operacionalização nacional da Avaliação Externa do PMAQ-AB

Luiz Augusto Facchini

Elaine Thumé

Denise Silva da Silveira

Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Maria Cristina Marino Calvo

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Kátia Crestine Poças

Marta Roverly de Souza

Allan Claudius Queiroz Barbosa

Allan Nuno Alves de Souza

Dirceu Ditmar Klitzke

Elaine Tomasi



A Avaliação Externa (AE) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi um empreendimento nacional de grande envergadura, talvez o maior projeto de pesquisa com presença expressiva de avaliadores em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo. Apesar dos complexos desafios, as instituições públicas de pesquisa do país mostraram competência e maturidade para esmiuçar, de modo criterioso e padronizado, as múltiplas dimensões da infraestrutura, dos processos de trabalho e dos resultados da AB em todo o território nacional (BRASIL, 2011; MACINKO *et al.*, 2017; FACCHINI, 2020).

Cooperação interinstitucional entre gestão e academia como estratégia de operacionalização da Avaliação Externa

Em decorrência da complexidade e da dinâmica de trabalho implementada pelo Ministério da Saúde à época, a AE foi fruto de uma abrangente cooperação interinstitucional da gestão do Ministério da Saúde com pes-

quisadores de Universidades Federais, com dois efeitos complementares e positivos para o país (FACCHINI, 2020). O primeiro efeito foi a qualificação da política de incentivo ao acesso e à qualidade da Atenção Básica (AB) do Ministério da Saúde, ao dispor da expertise de uma grande rede de instituições acadêmicas. A realização conjunta da AE dos três ciclos do PMAQ-AB por instituições acadêmicas de referência no país contribuiu para a eficiência do esforço em favor da AB, garantindo padronização do delineamento, instrumentos e coleta de dados, ao tempo em que aumentou a racionalidade e utilidade dos investimentos na avaliação. O segundo efeito foi o fortalecimento de grupos de pesquisa de todo o país em discussões sobre a formulação e avaliação de políticas da AB, com a participação de centenas de pesquisadores, discentes, docentes e membros da comunidade científica.

A cooperação acadêmica entre as instituições públicas de ensino e pesquisa de todas as regiões do país se materializou na formação de consórcios e redes de pesquisa para realizar o trabalho de campo e na qualificação de recursos humanos pelos programas de pós-graduação. O intercâmbio da academia também se estendeu aos serviços por meio de parcerias com gestores do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, desenvolvendo a capacidade logística e organizacional da AE, que resultou em trabalho de campo ágil, com supervisão criteriosa e acompanhamento estrito de entrevistadores, considerando as dimensões continentais do país e a complexidade da estratégia avaliativa, em cada um dos três ciclos. O processo cooperativo agilizou ainda as análises das bases de dados da AE e as publicações, promovendo a pronta utilização dos resultados para melhoria da atenção básica (MACINKO *et al.*, 2017; FACCHINI *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2018; FACCHINI, 2020).

As atividades preparatórias da AE em cada ciclo foram momentos de intenso debate, problematização e fundamentação teórica do tema do acesso e da qualidade na APS brasileira. A condução regular do processo avaliativo em um período de sete anos promoveu ainda o desenvolvimento de estratégias metodológicas e instrumentais para mensurar os objetivos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB).

Coordenação institucional da Avaliação Externa no país

Nos três ciclos do PMAQ-AB, após o período de adesão, o Ministério da Saúde informava a distribuição dos municípios e equipes sob respon-

sabilidade das instituições líderes da AE no território brasileiro. Esta informação orientou o planejamento da logística de trabalho de campo em cada instituição. No primeiro ciclo, a execução operacional da AE esteve sob liderança das Universidades Federais de Pelotas (UFPeI), Rio Grande do Sul (UFRGS), Minas Gerais (UFMG), Bahia (UFBA) e Rio Grande do Norte (UFRN) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). As Universidades Federais do Piauí (UFPI), do Pará (UFPA), do Mato Grosso do Sul (UFMS) e de Sergipe (UFS) se somaram à coordenação a partir do segundo ciclo. Mais de 50 Instituições de Ensino Superior e pesquisa de todas as regiões do país participaram da coleta de dados da AE, contribuindo para a execução de um processo ágil e padronizado, apesar da magnitude e complexidade da avaliação (BRASIL, 2015; LIMA *et al.*, 2018; FACCHINI, 2020).

Em cada instituição acadêmica, a coordenação do trabalho de campo foi executada por equipe com profissionais de diferentes áreas da saúde e da tecnologia da informação, com experiência em estudos epidemiológicos e em coleta de dados primários. A AE reuniu entre 1.000 e 1.200 entrevistadores em cada ciclo de avaliação, em todo o país.

Delineamento

Os delineamentos convenientes na avaliação de programas ou serviços de saúde dependem da natureza do estudo e da precisão das estimativas a serem obtidas. Estudos sobre a eficácia, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade das políticas e programas de saúde dependem de delineamentos capazes de superar vieses e fornecer as melhores evidências para apoiar a tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde, em benefício de usuários e da POPULAÇÃO (BLACKWOOD e BINDRA, 2009).

Estudos transversais são excelentes para avaliações da cobertura e da qualidade dos serviços, mas também são úteis em avaliações de plausibilidade do efeito de políticas, ao comparar modelos ou programas de saúde (HABICHT *et al.* 1999; SANTOS e VICTORA, 2004; FACCHINI *et al.*, 2006). A AE do PMAQ-AB recorreu a inquéritos transversais combinados, ou repetidos, similares a estudos de painel (LAURIE, 2013), para obter informações primárias padronizadas ao longo do tempo, sobre Unidade Básica de Saúde (UBS) e equipes de AB, com ênfase em aspectos da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados alcançados, com valorização da participação de usuários (BRASIL, 2015; LIMA *et al.*, 2018; FACCHINI, 2020)

No caso da AE do PMAQ-AB, realizou-se um criterioso processo de seleção do delineamento, para caracterizar o desempenho da AB no SUS com base no cumprimento dos objetivos definidos em documentos oficiais do Ministério da Saúde e pactuados com as equipes. A AE foi, portanto, a pesquisa avaliativa responsável por fornecer evidências para a certificação das equipes pelo Ministério da Saúde e por estimar as mudanças no acesso, na utilização e na qualidade da atenção básica, em decorrência da implantação do PMAQ-AB (BRASIL, 2011; FACCHINI *et al.*, 2018).

Amostras estudadas

Municípios e Unidades de Saúde

O universo de estudo do PMAQ-AB foi constituído pela totalidade das Unidades de Saúde onde atuavam equipes indicadas pela gestão municipal para participar do processo voluntário de certificação da qualidade. Em todo o território nacional, mais de 5.000 municípios foram visitados por alguma instituição acadêmica, em cada ciclo, para as entrevistas de AE do Programa (BRASIL, 2015; LIMA *et al.*, 2018; FACCHINI, 2020).

Em 2012, por ocasião do primeiro ciclo da AE, foi realizado um censo das condições de infraestrutura de mais de 38.000 UBS urbanas e rurais de todos os municípios brasileiros, independentemente da adesão de suas equipes ao PMAQ-AB. No Ciclo II, a avaliação incluiu mais de 24.000 UBS, e mais de 29.000 no Ciclo III. Em cada ciclo da AE, o consórcio coordenado pela UFPel visitou cerca de 5.000 UBS, em mais de 1.000 municípios do país.

Equipes de Saúde da Família

Nas UBS, além da caracterização da infraestrutura, foram avaliadas as equipes de saúde vinculadas ao PMAQ-AB. Em cada equipe, entrevistou-se um profissional da saúde, geralmente enfermeiro (93%) ou médico (6%), que responderam questões referentes ao processo de trabalho da equipe. Nas UBS visitadas, foram avaliadas aproximadamente 17.000 equipes em 2012, 29.000 em 2013/14, e 37.000 em 2017/18. O Consórcio da UFPel foi responsável por avaliar cerca de 4.000 equipes no Ciclo I e 6.000 equipes nos Ciclos II e III.

Usuários

Em cada equipe com adesão ao PMAQ-AB foram entrevistados quatro usuários para captar a satisfação e a percepção sobre os cuidados e serviços recebidos. Em todo o Brasil, o total de usuários entrevistados foi de 65.391 no ciclo I, de 114.615 no ciclo II, e de 140.444 no ciclo III. Sob a coordenação do Consórcio da UFPel, foram entrevistados 15.163 usuários no primeiro ciclo, 24.345 no segundo ciclo, e 25.859 no terceiro ciclo.

Trabalho de campo

O trabalho de campo da AE em todo o país ocorreu entre maio e dezembro de 2012 no Ciclo I, novembro de 2013 e outubro de 2014 no Ciclo II, e julho de 2017 a agosto de 2018 no Ciclo III.

Cada instituição acadêmica conduziu o processo de planejamento e realização do trabalho de campo de modo similar, incluindo oficinas de trabalho presenciais para alinhamento conceitual, conhecimento das atividades, programação da seleção e capacitação de entrevistadores e organização de trajetos e roteiros de coleta de dados, com identificação de materiais e recursos de apoio.

Após contato com os municípios para agendamento das visitas às unidades de saúde e equipes inscritas no Programa, as equipes de entrevistadores e supervisores se deslocavam para o trabalho de campo propriamente dito.

As informações foram coletadas por meio de instrumentos eletrônicos, subdivididos em módulos de conteúdo, conforme detalhado na Figura 2 – Capítulo II. Os questionários e seus manuais eram disponibilizados em *tablets*, por meio dos quais as respostas aos questionários eram registradas.

Controle de qualidade, transmissão e processamento das bases de dados

Ao final das entrevistas, os dados eram enviados ao Ministério da Saúde pelos entrevistadores por meio do *tablet*, sempre que tivessem acesso à internet. Dúvidas, dificuldades ou preenchimento errado do instrumento eram anotadas e comunicadas à equipe técnica, que orientava os procedi-

mentos corretos. A comunicação com a equipe técnica era realizada por meio eletrônico (*e-mails*), ligação telefônica ou por sistema de mensagens instantâneas.

O controle de qualidade da AE foi efetuado durante a coleta e o processamento dos dados e incluiu registros nos instrumentos eletrônicos e fotografias. Um sistema de gestão, desenvolvido pela equipe de Tecnologia da Informação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, permitia checagem em tempo real da consistência entre as respostas, e de controle do tempo de duração das entrevistas. Além disso, eram preenchidos os diários de campo e revisados durante o trabalho de campo pelos supervisores de equipe e pelos coordenadores do trabalho de campo.

A validação dos dados coletados foi realizada pela equipe da coordenação da AE em cada Instituição de Ensino Superior (IES). Diariamente, a coordenação de cada IES verificava se as entrevistas que estavam agendadas e deveriam ter sido enviadas pelos entrevistadores no dia anterior constavam no sistema. A identificação das entrevistas no sistema de gestão ocorria através do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do número da equipe que havia aderido ao PMAQ-AB. Nas entrevistas identificadas, o sistema sinalizava a completude ou a respectiva inconsistência. Se alguma entrevista não fosse identificada, os coordenadores do trabalho de campo entravam em contato com o supervisor para que o problema fosse solucionado.

Planilhas eletrônicas também foram utilizadas em cada IES para que todas as informações relativas à completude, inconsistência ou não realização de entrevistas pudessem ser visualizadas, sistematizadas e, se necessário, justificadas ou corrigidas pelos supervisores e coordenadores do trabalho de campo.

Ao longo de todo o período, foram realizados diversos eventos com as IES em âmbito nacional, para padronização dos procedimentos, além de revisão e consolidação de instrumentos para ciclos subsequentes (Figuras 4 e 5).

Figura 4: Fotografia da reunião nacional das instituições participantes da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasília, DF, 2018.



Fonte: Autores, 2021.

Figura 5: Fotografia de parte dos membros do consórcio da UFPel em reunião de monitoramento do trabalho de campo. Brasília, DF, 2018.



Fonte: Autores, 2021.

Ao final de cada ciclo da AE, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde consolidava os bancos de dados e os disponibilizava para as IES participantes. Posteriormente, os bancos de dados foram colocados em acesso aberto para toda a comunidade científica interessada.

A partir dos dados coletados, foram produzidas inúmeras publicações nacionais e internacionais para divulgação dos resultados do PMAQ-AB para profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas de saúde. Teses e dissertações foram elaboradas e continuam contribuindo para a formação de pós-graduandos da área da saúde de forma substancial. Parte desta produção está sintetizada no Capítulo VII Contribuições da AE à melhoria do acesso e da qualidade em ações prioritárias da Estratégia de Saúde da Família (ESF): balanço dos três ciclos do PMAQ-AB.

Referências

BLACKWOOD, R.; BINDRA, R. **Study design for assessing effectiveness, efficiency and acceptability of services including measures of structure, process, service quality, and outcome of health care.** Health Knowledge. Health Knowledge, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB.** Brasília, DF: 2011. Disponível em: Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde <saude.gov.br>. Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo PMAQ-AB para as Equipes de Atenção Básica** (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. 2. ed. Brasília, DF, 2015. 63 p.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 669-681, 2006.

FACCHINI, L. A. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: uma saga e seu fim. In: AKERMAN, M. (org.) **Atenção Básica é o Caminho! Desmontes, Resistências e Compromissos:** Contribuições das Universidades Brasileiras para o cuidado, a avaliação e a pesquisa – A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2020. 453 p.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

HABICHT, J. Pierre.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**, v. 28, n. 1, p. 10-18, 1999.

LAURIE, H. **Panel studies.** Oxford Bibliographies. Obo in sociology. 2013. DOI: 10.1093/obo/9780199756384-0108. Disponível em: <<https://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756384/obo-9780199756384-0108.xml>>. Acesso em: set. 2020.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. D. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 52-66, 2018.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB): fulfilling the potential

of the world's largest payment for performance system in primary care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, 40(2 Suppl), p. S4-S11, 2017.

SANTOS, I. S.; VICTORA, C. G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S337-S341, 2004.

CAPÍTULO IV

Avaliação Externa do PMAQ-AB no Consórcio UFPel

Elaine Thumé

Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Elaine Tomasi

Denise Silva da Silveira

Maria Cristina Marino Calvo

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Kátia Crestine Poças

Marta Rovey de Souza

Allan Claudius Queiroz Barbosa

Thiago Augusto Hernandez Rocha

Nubia Cristina da Silva Rocha

Rejane Christine de Sousa Queiroz

Aline Sampieri Tonello

Josimari Telino de Lacerda

Claudia Flemming Colussi

Pâmela Moraes Volz

Suele Manjourany Silva Duro

Mirelle de Oliveira Saes

Janaina Duarte Bender

Camilo Bruno Fonseca

Louriele Soares Wachs

Alessander Osorio

Maria Mercedes Bilhalva Lucas

Luiz Augusto Facchini



Logística e coordenação do trabalho de campo

O grupo de pesquisa AQUARES – Acesso e Qualidade na Rede de Saúde – foi responsável pela coordenação da Avaliação Externa (AE) do Programa de Melhoramento do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Maranhão e Distrito Federal. O grupo é formado por pesquisadores vinculados ao DMS da Faculdade de Medicina, em parceria com pesquisadores da Faculdade de Enfermagem e Faculdade de Educação Física da UFPel.

A participação do DMS promoveu uma excepcional cooperação acadêmica, por meio de um consórcio de universidades federais, composto por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Federal de Brasília (UnB) e Universidade Federal do Maranhão (UFMA). A relação das equipes técnicas de cada universidade está apresentada no Apêndice 1. O consórcio liderado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi responsável por aproximadamente 20% da AE no país, em cada um dos ciclos, com a realização do trabalho em cerca de 1.100 municípios e 5.000 UBS com avaliação de 6.575 equipes e entrevista de 25.859 usuários no Ciclo III (Figura 6).

Figura 6: Quadro de Total de municípios, UBS, equipes e usuários incluídos na Avaliação Externa dos três ciclos do PMAQ-AB. Brasil e Consórcio-UFPel, 2012, 2013/2014 e 2017/2018.

	Ciclo I (2012)	Ciclo II (2013/2014)	Ciclo III (2017/2018)
Municípios			
PMAQ-AB Brasil	5.543* (100%)	5.041 (100%)	5.312 (100%)
Consórcio UFPEL	1.292 (23,3%)	1.161 (23,0%)	1.165 (21,9%)
RS	260	214	426
SC	293	293	287
GO	245	242	246
DF	1	1	1
MG	276	287	—
MA	217	124	205
UBS			
PMAQ-AB Brasil	38.812* (100%)	24.055 (100%)	28.939 (100%)
Consórcio UFPEL	5.394 (13,9%)	4.761 (19,8%)	5.160 (17,8%)
RS	728	514	1.393
SC	660	1.197	1.246
GO	817	975	1.064
DF	114	60	71
MG	1.244	1.487	—
MA	1.831	528	1.386
Equipes			
PMAQ-AB Brasil	17.202 (100%)	29.778 (100%)	37.350 (100%)
Consórcio UFPEL	3.963 (23,0%)	6.071 (20,4%)	6.575 (17,6%)
RS	431	587	1.785
SC	1.105	1.467	1.633
GO	674	1.180	1.348
DF	28	110	129
MG	1.613	2.067	—
MA	112	660	1.680
Usuários			
PMAQ-AB Brasil	65.391 (100%)	114.615 (100%)	140.444 (100%)
Consórcio UFPEL	15.163 (23,2%)	24.345 (21,2%)	25.859 (18,4%)
RS	1.231	2.303	6.991
SC	4.368	5.911	6.365
GO	2.605	4.818	5.217
DF	107	333	528
MG	6.385	8.267	—
MA	467	2.713	6.758

* Dados obtidos pelo Censo das Unidades Básicas de Saúde, realizado em 2012.

Fonte: Autores, 2021.

O planejamento do trabalho de campo dos Ciclos I, II e III foi realizado em conjunto com o consórcio das instituições parceiras para organizar a logística, pactuar datas de início e término do trabalho de campo, definir número de entrevistadores e supervisores, *tablets*, coletes e mochilas necessárias para a coleta de dados em cada estado.

O trabalho coordenado e cooperativo entre as instituições fortaleceu a padronização da AE, apesar de sua complexidade, e minimizou atrasos no cronograma de coleta de dados, decorrentes de problemas climáticos, de transporte e de mudanças e atualizações nas versões eletrônicas dos instrumentos.

No âmbito do Consórcio UFPel, no Ciclo I, realizou-se em Pelotas uma primeira oficina com representantes de todas as instituições, nas dependências do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFPel, de 29 de maio a 1º de junho de 2012 (Figuras 7 e 8). Na ocasião foram planejadas as atividades de campo para as 5.394 Unidades de Saúde (UBS) que participaram da avaliação externa do Ciclo I sob responsabilidade da UFPel.

Figura 7: Fotografia da reunião preparatória para o trabalho de campo. PMAQ-AB-UFPel, 2012.



Fonte: Autores, 2021.

Figura 8: Fotografia da reunião preparatória para o trabalho de campo. PMAQ-AB-UFPel, 2012.



Fonte: Autores, 2021.

A previsão inicial era de realizar o trabalho de campo do Ciclo I nos municípios do consórcio UFPel em cinco meses (março a julho de 2012). Após finalizar o instrumento, coordenar e padronizar as estratégias de coleta entre as instituições responsáveis pelo estudo no país, o trabalho de campo foi agilizado, sendo concluído em três meses, apesar da abrangência do estudo em todo o território nacional. Nos Ciclos I, II e III foram realizadas oficinas e reuniões presenciais e *on-line* com o consórcio de pesquisa para organizar as atividades do trabalho de campo. A figura 9 apresenta as datas de início e término do trabalho de campo no Brasil e nas unidades da federação sob responsabilidade da UFPel.

Figura 9: Quadro de duração do trabalho de campo em cada Ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB nas unidades federativas participantes do Consórcio UFPel.

	Ciclo I (2012)	Ciclo II (2013/2014)	Ciclo III (2017/2018)
Período do Trabalho de campo	JUNHO A AGOSTO DE 2012	NOVEMBRO DE 2013 A MARÇO DE 2014	SETEMBRO DE 2017 A JUNHO DE 2018
RS	18/06/2012 a 29/08/2012	18/11/2013 a 13/12/2013	11/09 a 11/10/2017 19/03 a 06/06/2018
SC	25/06/2012 a 31/08/2012	18/11/2013 a 15/02/2014	11/09/2017 a 30/10/2017
GO	25/06/2012 a 31/08/2012	09/12/2013 a 25/03/2014	11/09/2017 a 15/12/2017
DF	25/06/2012 a 12/07/2012	11/11/2013 a 17/12/2013	12/09/2017 a 13/10/2017
MG	18/06/2012 a 29/08/2012	—	—
MA	25/06/2012 a 16/08/2012	25/11/2013 a 20/02/2014	04/09/2017 a 24/11/2017

Fonte: Autores, 2021.

Em cada ciclo, para a realização do trabalho de campo, foram organizadas as rotas de visitas aos municípios, por meio das quais as equipes se deslocavam para realizar a avaliação externa do PMAQ-AB. Para todos os municípios participantes foram realizados contatos telefônicos prévios com os gestores municipais, com o objetivo de informar sobre a chegada das equipes, número de integrantes e solicitar apoio para o transporte intramunicipal.

Foram adotadas múltiplas estratégias para os deslocamentos entre os municípios e viabilização do trabalho de campo. Uma das estratégias foi a definição de trajetos para a coleta de dados, identificando municípios bases, com melhor estrutura hoteleira para servir de local fixo para as equipes de entrevistadores e que possibilitasse condições favoráveis para o deslocamento a municípios vizinhos. A definição dos trajetos do trabalho de campo valorizou as melhores opções na malha rodoviária de cada unidade da federação. Em todo o consórcio UFPel, utilizou-se a estratégia de compor múltiplas equipes com diferentes números de entrevistadores, com o intuito de aumentar a produtividade do trabalho de campo. Por exemplo, no

Ciclo I no Rio Grande do Sul, 32 entrevistadores foram agregados em quatro equipes denominadas A, B, C e D. A equipe A coletou dados nos trajetos 1 e 2, a equipe B nos trajetos 3 e 4, a equipe C nos trajetos 5 e 6, e a equipe D no trajeto 7 (Figura 10).

Figura 10: Imagem de exemplo do trajeto do trabalho de campo no Rio Grande do Sul e seu planejamento.



Trajeto A

Município	Nº Equipes para avaliar	Instrumentos						Data Início	Entrevistadores				Município Chave de Hospedagem
		Módulo I Estrutura	Módulo II Processo Trabalho	Módulo III Demanda	Módulo IV RASP	Módulo V Estrutura SB	Módulo VI SB - Proc. Trabalho		11	12	13	14	
Alvorada	29	29	29	29	1	13	13	19 a 22/03/2018	11	12	13	14	PORTO ALEGRE
Butiá	5	5	5	5		2	2	23-Mar	11	12	13	14	PORTO ALEGRE
Cachoeirinha	15	15	15	15		12	12	26, 27 e 28/03	11	12	13	14	PORTO ALEGRE
Eldorado do Sul	2	2	2	2		0	0	29-Mar			13		PORTO ALEGRE
Guaiíba	2	2	2	2		0	0	29-Mar				14	PORTO ALEGRE
Minas do Leão	2	2	2	2		1	1	29-Mar	11	12			PORTO ALEGRE
Gravatal	43	43	43	43		14	14	02/04 a 13/04	11	12	13	14	PORTO ALEGRE
Charqueadas	11	11	11	11		9	9	16 e 17/04/2018	11	12	13	14	PORTO ALEGRE
Mariana Pimentel	1	1	1	1		0	0	18-Apr			13		PORTO ALEGRE
Alvorada	Volta e faz o que falta							18/04					

Fonte: Autores, 2021.

Nos três ciclos, os entrevistadores devidamente uniformizados, com camisetas, coletes e bonés, portaram *tablets*, carta de apresentação e termos de consentimento livre esclarecido armazenados em uma mochila, e percorreram os trajetos previamente definidos utilizando as opções de trabalho de campo em mutirão e dispersão. O trabalho de campo em mutirão permitiu que municípios com grande quantidade de Unidades Básicas de Saúde fossem avaliados em menor tempo com a participação de todas as equipes, permitindo, assim, agilidade na coleta de dados. A dispersão permitiu que vários entrevistadores realizassem a coleta de dados em várias UBS simultaneamente em vários municípios.

Ao longo de todo o trabalho de campo, diferentes desafios foram enfrentados. Destacam-se, entre outros, a dificuldade de acesso e circulação nos municípios, de localizar informações sobre acomodações, transporte intra e intermunicipal, horários disponíveis e frequência. Manteve-se um constante contato com os municípios, em especial com gestores da atenção básica para a efetivação do estudo em cada localidade.

No consórcio UFPEl, no Ciclo I foram mobilizados 225 entrevistadores e supervisores, além de 49 profissionais em atividades de coordenação e apoio de TI. No segundo ciclo, foram 262 entrevistadores e supervisores e 48 profissionais; e no terceiro ciclo, foram 237 entrevistadores e supervisores e 66 profissionais em atividades de coordenação e Tecnologia da Informação (TI).

Capacitação e seleção de supervisores e entrevistadores para as atividades do trabalho de campo

Em todos os ciclos da AE, o processo para capacitação e seleção de supervisores e entrevistadores foi regido por edital público e atendeu a critérios de formação profissional, habilidade em informática, experiência prévia em pesquisa, referências pessoais e disponibilidade para viajar. No consórcio UFPEl, foram realizadas oficinas e cursos nas dependências das universidades (UFPEl, UFSC, UFG, UNB, UFMG, UFMA), totalizando 40 horas cada. No Ciclo I, representantes das universidades parceiras estiveram presentes nas atividades realizadas no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFPEl, de modo a acompanhar a oficina e replicar o aprendizado em seus respectivos estados, padronizando, assim, os procedimentos envolvidos na seleção de entrevistadores e coleta de dados. No Ciclo III, representantes do Departamento de Atenção Básica (DAB) também participaram das oficinas para esclarecer dúvidas sobre os instrumentos.

Durante os processos seletivos, foram observados nos candidatos: a atenção nas atividades; iniciativa; facilidade de comunicação; destreza no trabalho em grupo; compreensão dos conteúdos; habilidade no uso da ferramenta eletrônica; manuseio dos manuais; registro de dados; pontualidade e frequência nas atividades. Todos os candidatos que concluíram o processo de capacitação foram certificados, independentemente da seleção para a próxima etapa.

Após a seleção, ocorreram as oficinas de capacitação com os mais de 200 candidatos aprovados no âmbito do Consórcio UFPEl. Nos três ciclos, com carga horária de 40 horas, as oficinas tiveram o objetivo de qualificar supervisores e entrevistadores para desenvolver autonomia nos seguintes aspectos:

- a) Técnicas de entrevista: apresentação pessoal e do estudo;
- b) Aplicação de instrumentos;

c) Operação de tecnologias de pesquisa: instrumento eletrônico disponibilizado no *tablet*;

d) Supervisão do trabalho de campo: contatos institucionais; início do trabalho de campo em cada município; acompanhar trajetos mais problemáticos; disponibilidade por telefone para apoio de campo quando necessário;

e) Rotinas no alojamento: inventário do trabalho do dia; peculiaridades dos trajetos percorridos; armazenagem de dados no *tablet*; envio de dados para a sede da pesquisa; revisão de trajetos para o dia seguinte; levantamento de possíveis problemas e soluções.

A Figura 11 apresenta os períodos e o total de candidatos inscritos e selecionados nos processos de seleção e capacitação de supervisores e entrevistadores, e as figuras 12 a 17 ilustram as equipes selecionadas no Ciclo I em cada Unidade da Federação.

Figura 11: Quadro com respectivas datas, números de inscritos e selecionados de acordo com os Ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB e Unidades da Federação sob responsabilidade do Consórcio UFPel, 2012-2017.

	Ciclo I	Ciclo II	Ciclo III
Período			
RS	29/5 a 14/6/2012	22/10 a 01/11/2013	14/08 a 18/08/2017
SC	18/6 a 22/6/2012	30/09 a 25/10/2013	14/08 a 17/08/2017
GO	04/6 a 20/6/2012	18/09 a 14/11/2013	07/08 a 10/08/2017
DF	04/6 a 13/6/2012	04/11 a 08/11/2013	14/08 a 18/08/2017
MG	29/5 a 06/6/2012	—	—
MA	11/6 a 20/6/2012	01/10 a 22/11/2013	14/08 a 18/08/2017
Inscritos	901	583	459
Selecionados	225	262	237

Fonte: Autores, 2021.

Figura 12: Fotografia da equipe de campo em Santa Catarina. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.



Fonte: Autores, 2021.

Figura 13: Fotografia da equipe de campo no Maranhão. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.



Fonte: Autores, 2021.

Figura 14: Fotografia da equipe de campo no Distrito Federal. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.



Fonte: Autores, 2021.

Figura 15: Fotografia da equipe de campo em Goiás. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.



Fonte: Autores, 2021.

Figura 16: Fotografia da equipe de campo em Minas Gerais. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.



Fonte: Autores, 2021.

Figura 17: Fotografia da equipe de campo no Rio Grande do Sul. Ciclo I da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.



Fonte: Autores, 2021.

Durante todo o período da Avaliação Externa, foram realizadas oficinas do consórcio para acompanhamento e análise do trabalho de campo, exemplificadas com os registros das Figuras 18 e 19.

Figura 18: Fotografia dos membros do consórcio da UFPel em reunião de monitoramento do trabalho de campo. Brasília, DF, 2018.



Fonte: Autores, 2021.

Figura 19: Fotografia de membros do consórcio da UFPel em reunião de monitoramento do trabalho de campo. Florianópolis, SC, 2016.



Fonte: Autores, 2021.

Aspectos Éticos

Os projetos relativos ao Consórcio UFPEl foram submetidos e aprovados, nos Ciclo I e III, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pelotas, e receberam parecer favorável por meio do ofício 38/2012 em 10/05/2012 (Ciclo I) e pelo parecer 2.453.320 em 27/12/2017 (Ciclo III). Já o Ciclo II foi aprovado pelo parecer 487.055 de 2 de dezembro de 2013, do CEP da Universidade Federal de Goiás. Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), afirmando que foram devidamente informados sobre o tema da pesquisa, sobre a garantia do sigilo e da confidencialidade das informações prestadas e sobre o direito de recusar a participar a qualquer momento do estudo (Apêndices 3, 4 e 5).

RESULTADOS



CAPÍTULO V

Características gerais das UBS e equipes de saúde na APS brasileira de 2012 a 2018: Infraestrutura e oferta de serviços

Elaine Tomasi

Suele Manjourany Silva Duro

Mirelle de Oliveira Saes

Pâmela Moraes Volz

Karla Pereira Machado

Maria del Pilar Flores Quispe

Mariângela Uhlmann Soares

Rosália Garcia Neves

Marciane Kessler

Denise Silva da Silveira

Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Elaine Thumé

Luiz Augusto Facchini

Neste capítulo, são apresentadas as principais características das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes de saúde nos três Ciclos da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), incluindo dados coletados por meio dos Módulos I e II do instrumento.

Os enfermeiros foram os principais informantes-chave no processo de avaliação externa, respondendo 92,3% das entrevistas no Ciclo I, 93,4% no Ciclo II, e 94,7% no Ciclo III. Os médicos responderam 5,8% das entrevistas no Ciclo I, 5,7% no Ciclo II, e 5,0% no Ciclo III. Cabe destacar que os informantes-chave responderam às perguntas do Módulo II do instrumento em nome de sua equipe, de forma que todos os resultados se referem às equipes de saúde. Os informantes-chave também apoiaram a coleta de dados do Módulo I.

Inicialmente serão descritas as características da estrutura física, os equipamentos, insumos e imunobiológicos disponíveis, equipes de saúde e os serviços prestados na UBS, a partir dos dados do Módulo I. As análises apresentadas neste bloco incluíram 13.842 UBS no Ciclo I, 24.055 no Ciclo II, e 28.939 no Ciclo III. No primeiro Ciclo, também foi realizado um censo de todas as UBS do país, que não é objeto desta análise comparativa.

Além das características da estrutura física, este capítulo traz resultados sobre as equipes de saúde, incluindo educação permanente, planejamento, apoio matricial, territorialização, população de referência e prontuário eletrônico, a partir de dados do Módulo II do instrumento. No campo da oferta de serviços, destacam-se o acolhimento à demanda espontânea, a avaliação de risco e vulnerabilidade, a organização da agenda da equipe, a relação com a rede de atenção à saúde, procedimentos médicos e de enfermagem, promoção da saúde, visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio. Também integram este capítulo informações sobre o programa saúde na escola, a atenção à população rural, assentados e quilombolas, canal de comunicação com o usuário e pesquisa de satisfação do usuário. As análises apresentadas se referem aos dados de 17.202 equipes no Ciclo I, 29.778 no Ciclo II, e 37.350 equipes no Ciclo III.

Perfil das Unidades Básicas de Saúde

Estrutura Física

Das unidades participantes do Ciclo I, 9,7% (n=1.338) estavam em reforma e 6,1% (n=842) em processo de ampliação, situação relatada por 16,5% (n=3.990) e 16,1% (n=3.877), respectivamente, no Ciclo II, e por 6,5% (n=1.888) e 4,5% (n=1.322), respectivamente, no Ciclo III.

Sinalização de ações e serviços disponíveis e identificação visual das unidades

Aproximadamente um terço (35,7%; n=4.945) das unidades no Ciclo I apresentavam placa externa para identificação do serviço de saúde; no Ciclo II, foram 58,0% (n=13.974), e no Ciclo III, 73,3% (n=21.233) (Figuras 20 e 21).

Figura 20: Fotografia da visão externa de uma unidade de saúde visitada pela Avaliação Externa do PMAQ-AB.



Fonte: Autores, 2021.

Figura 21: Fotografia da visão externa de uma unidade de saúde visitada pela Avaliação Externa do PMAQ-AB.



Fonte: Autores, 2021.

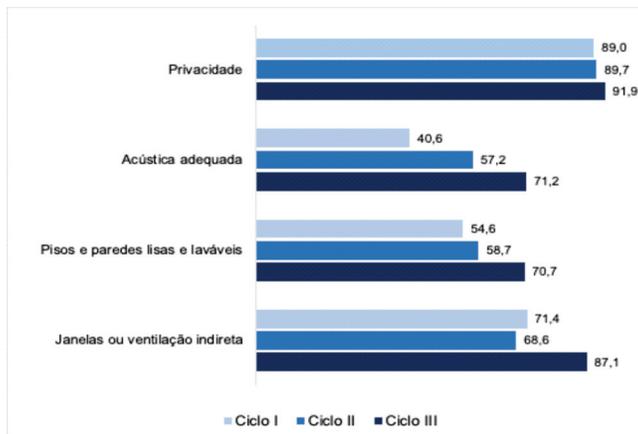
Com relação à sinalização das ações e serviços no interior da UBS, 48,9% (n=6.773) das unidades disponibilizavam a escala de trabalho com nomes e horários no Ciclo I, 60,7% (n=14.603) no Ciclo II, e 81,3% (n=23.546) no Ciclo III.

Resultados semelhantes foram encontrados na avaliação sobre a divulgação de telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou do município, presente em 48,2% (n=6.667) dos serviços no Ciclo I, 63,2% (n=15.203) no Ciclo II, e 80,2% (n=23.211) no Ciclo III.

Características Estruturais, Ambiência e Acessibilidade

Quanto às características estruturais e de ambiência da UBS, a presença de janelas ou ventilação indireta foi de 71,4% (n=9.877) no Ciclo I, 68,6% (n=16.517) no Ciclo II, e 87,1% (n=25.222) no Ciclo III. Observou-se um aumento na presença de pisos e paredes lisas e laváveis, sendo de 54,6% (n=7.563) no Ciclo I, 58,7% (n=14.143) no Ciclo II, e 70,7% (n=20.459) no Ciclo III. A presença de acústica adequada (evitando ruídos externos) foi de 40,6% (n=5.620) no Ciclo I, 57,2% (n=13.769) no Ciclo II, e alcançou 71,2% (n=20.694) das UBS no Ciclo III. Ambientes com privacidade foram observados em 89,0% dos serviços no Ciclo I (n=12.321), 89,7% (n=21.598) no Ciclo II, e 91,9% (n=26.095) no Ciclo III (Figura 22).

Figura 22: Gráfico da presença de características estruturais e de ambiência na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

Quanto à acessibilidade da unidade de saúde, no Ciclo I 35,8% (n=4.950) das UBS apresentavam piso antiderrapante, 52,9% (n=7.326) rampa de acesso, e 16,0% (n=2.211) banheiros adaptados para deficientes e idosos. Nos Ciclos II e III, estas características não foram investigadas. A proporção de UBS com porta e corredor adaptados para cadeira de rodas foi de 44,7% (n=6.185) no Ciclo I, 49,2% (n=11.838) no Ciclo II, e alcançando 63,0% (n=18.252) no Ciclo III. A presença de corrimão foi de 10,2% (n=1.409) no Ciclo I e passou para 19,6% (n=5.682) no Ciclo III. Esta variável não foi avaliada no Ciclo II.

Quase metade das UBS (45,6%; n=6.302) tinham pelo menos uma sala para reuniões ou para o desenvolvimento de atividades educativas e coletivas no Ciclo I; esta proporção reduziu para 42,3% (n=10.175) no Ciclo II e para 38,0% (n=11.006) no Ciclo III.

Equipamentos, materiais e insumos

Dentre os insumos avaliados que estavam sempre disponíveis nas UBS, o mais referido foi o abaixador de língua, presente em 95,5% (n=13.217) das unidades no Ciclo I, em 96,0% (n=23.103) das unidades no Ciclo II, e em 97,8% (n=28.313) no ciclo III. Cabe destacar que 11 dos 12 itens avaliados no Ciclo III estavam sempre disponíveis em 90,0% ou mais das UBS (Tabela 1).

Tabela 1: Presença de insumos sempre disponíveis para atenção à saúde na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.

Insumos	Ciclo I		Ciclo II		Ciclo III	
	n	%	n	%	n	%
Abaixador de língua	13.217	95,5	23.103	96,0	28.313	97,8
Agulha descartável de diversos tamanhos	12.842	92,8	22.536	93,6	27.261	94,2
Ataduras	12.331	89,1	21.961	91,2	27.924	96,4
Caixa térmica para vacinas	11.341	81,9	19.664	81,7	25.400	87,7
Fita métrica	13.221	95,5	23.232	96,5	28.163	97,3
Equipo de soro	8.452	61,1	16.088	66,8	24.210	83,6
Esparadrapo/fita de micropore	12.751	92,1	22.647	94,1	28.251	97,6
Frasco plástico com tampa	9.309	67,3	20.351	84,6	27.020	93,3
Gaze	12.753	92,1	22.459	93,3	28.219	97,5
Seringas descartáveis diversos tamanhos	12.891	86,8	22.712	94,4	27.823	96,1
Seringas descartáveis com agulha acoplada	11.907	86,0	21.189	88,0	26.763	92,4
Recipientes duros para descarte de perfurocortantes	12.786	92,4	22.517	93,6	28.271	97,6

Fonte: Autores, 2021.

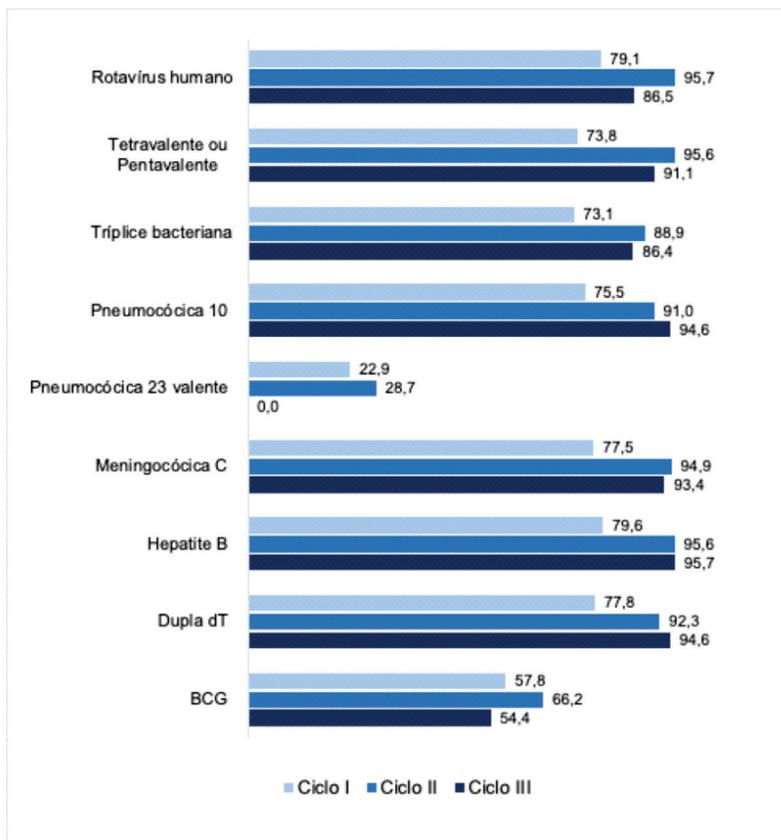
Medicamentos fitoterápicos e materiais para Práticas Integrativas e Complementares (PICS)

A disponibilidade de medicamentos ou plantas fitoterápicas nas UBS foi de 11,5% (n=1.594) no Ciclo I, 11,8% (n=2.114) no Ciclo II, e 16,4% (n=4.760) no Ciclo III. Com relação à presença de materiais para o desenvolvimento de Práticas Integrativas Complementares (PICS), observou-se uma queda na presença de agulhas filiformes descartáveis de 10,2% (n=1.404) no Ciclo I para 2,4% (n=702) no Ciclo III. A disponibilidade dos demais insumos para PICS apresentou pequeno aumento entre os ciclos, e nenhum deles ultrapassou a prevalência de 5,0% no Ciclo III.

Imunobiológicos

De modo geral, houve um aumento na disponibilidade de imunobiológicos nas UBS do país entre os Ciclos I e III (Figura 23 e 24). Entretanto, ao comparar os padrões do calendário vacinal para crianças de 0 a 6 meses de idade, observou-se uma queda na disponibilidade das vacinas contra rotavírus humano, tetra ou pentavalente, tríplice bacteriana, meningocócica C e BCG, entre os Ciclos II e III. A disponibilidade das vacinas pneumocócica 10, dupla dT e hepatite B mostrou pequeno aumento.

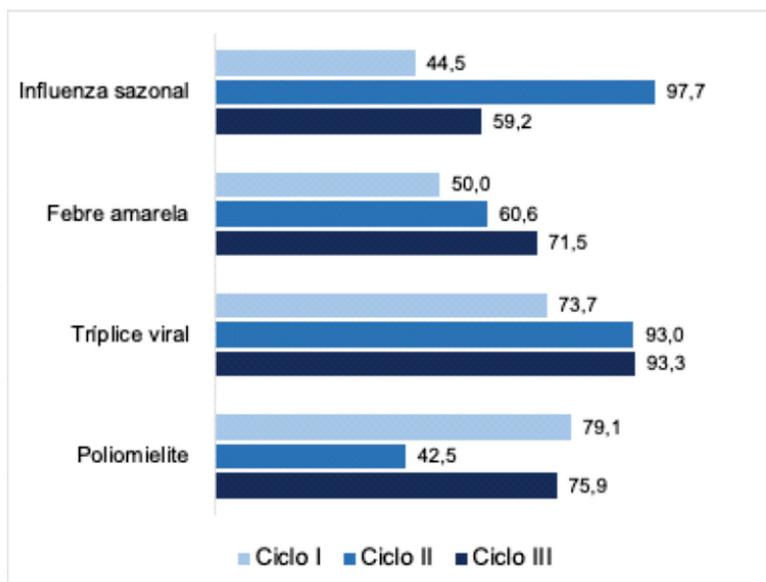
Figura 23: Gráfico da presença de imunobiológicos do calendário para crianças de 0 – 6 meses de idade sempre disponíveis na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

Em relação às vacinas do calendário vacinal para crianças maiores de seis meses de idade, observou-se uma queda marcante na disponibilidade da vacina contra influenza sazonal (97,7% no Ciclo II e 59,2% no Ciclo III) e uma oscilação na vacina contra poliomielite (79,1% no Ciclo I, 42,5% e 75,9% no Ciclo III). Enquanto isso, a vacina contra a febre amarela mostrou disponibilidade crescente ao longo dos ciclos (40,6% no Ciclo I, 57,2% no Ciclo II, e 71,2% no Ciclo III), e a tríplice viral aumentou do Ciclo I (73,3%) para o Ciclo II (93,0%), permanecendo estável no Ciclo III (Figura 24).

Figura 24: Gráfico da presença de imunobiológicos do calendário vacinal para crianças maiores de 6 meses de idade sempre disponíveis na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.

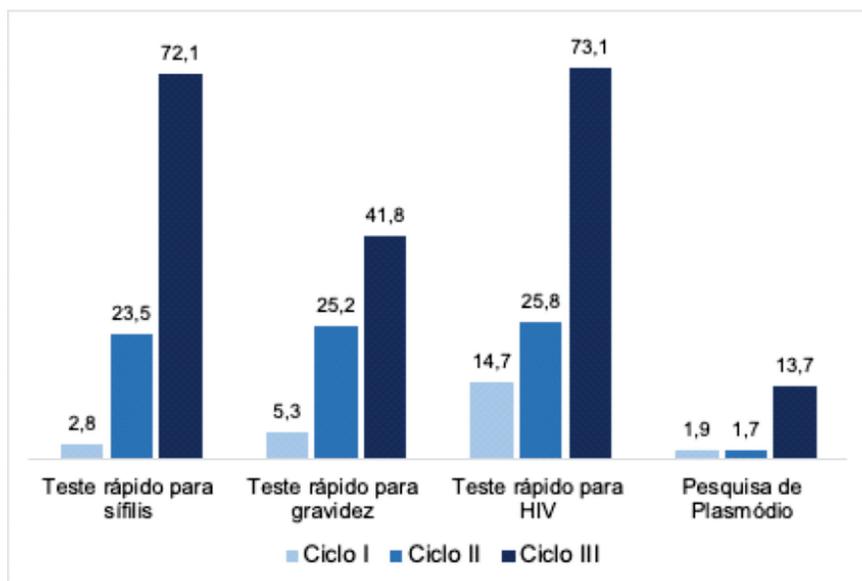


Fonte Autores, 2021.

Testes diagnósticos

Observou-se um aumento de testes para diagnóstico sempre disponíveis na unidade de saúde ao longo dos três ciclos. Testes para sífilis estavam presentes em 2,8% (n=383) das UBS no Ciclo I, 23,5% (n=5.656) no Ciclo II, e 72,1% (n=20.872) no Ciclo III. Testes para gravidez foram referidos por 5,3% (n=736) das unidades no Ciclo I, 25,2% (n=6.073) no Ciclo II, e por 41,8% (n=12.099) no terceiro ciclo. Testes para detecção do HIV estavam disponíveis em 14,7% (n=2.037) das unidades no Ciclo I, 25,8% (n=6.215) no Ciclo II, e 73,1% (n=21.173) no Ciclo III. Testes para pesquisa de plasmódio foram citados por 1,9% (n=256) no Ciclo I, 1,7% (n=422) no Ciclo II, e 13,7% (n=366) no Ciclo III (Figura 25).

Figura 25: Gráfico da presença de testes diagnósticos sempre disponíveis na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

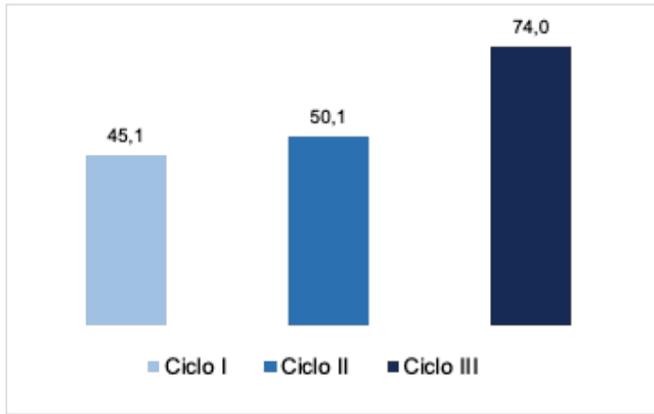
Materiais impressos para a Atenção à Saúde e acesso à internet

Em 83,2% (n=11.518) das UBS havia caderneta da gestante, em 69,0% (n=9.551) havia caderneta de saúde da criança, e em 86,3% (n=11.949) cartão de vacinação, no Ciclo I; a disponibilidade destes materiais foi de 89,8% (n=21.617), 71,4% (n=17.183) e 86,6% (n=20.849), respectivamente, no Ciclo II; e alcançou, respectivamente, 93,2% (n=26.977), 79,0% (n=22.873) e 91,4% (n=26.472) no Ciclo III.

No Ciclo I, as cadernetas de saúde da pessoa idosa estavam disponíveis em 66,0% (n=9.140) das UBS e do adolescente, em 26,1% (n=3.611) das UBS; passando para 74,1% (n=21.471) e 77,6% (n=22.481), respectivamente, no Ciclo III. A disponibilidade de formulários referentes a ações prioritárias foi de 87,9% (n=12.163) para fichas de notificação de agravos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 91,1% (n=12.607) para fichas de requisição e resultado de citopatológico (CP) e 88,0% (n=12.182) para fichas de atendimento pré-natal no Ciclo I.

A proporção de UBS com acesso à Internet teve um aumento substancial no período, passando de 45,1% (n=6.249) no Ciclo I para 50,1% (n=12.055) no Ciclo II, e 74,0% (n=21.423) no Ciclo III (Figura 26).

Figura 26: Gráfico do acesso à internet sempre disponível na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

Serviços disponíveis

Entre os serviços disponíveis para os usuários, no período de estudo, observou-se um aumento de consultas médicas ofertadas por 91,6% (n=12.679) das UBS no Ciclo I e 97,8% (n=23.523) no Ciclo II. O aumento também ocorreu na realização de consulta de enfermagem, que passou de 97,1% das UBS no Ciclo I (n=13.437) para 99,3% no Ciclo II (n=23.878). O acolhimento era realizado por 77,3% (n=10.705) das UBS do Ciclo I e por 94,2% (n=22.666) no Ciclo II. Estes serviços não foram avaliados no Ciclo III.

A dispensação de medicamentos aos usuários teve queda acentuada no período, passando de 80,5% (n=11.143) das UBS no Ciclo I para 78,0% (n=18.776) no Ciclo II, e apenas 53,4% (n=15.479) das UBS no Ciclo III, representando uma redução de cerca de 25 pontos percentuais. A oferta de vacinação pelas UBS passou de 85,2% (n=11.795) no Ciclo I para 85,0% (n=20.458) no Ciclo II, e 86,9% (n=25.152) no Ciclo III.

Equipes de saúde completas

Cerca de 72,2% (n=9.994) das UBS no Ciclo I e 78,8% (n=18.959) no Ciclo II apresentavam equipe mínima de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde). A presença de médico foi referida por 96,4% (n=13.334) e 97,1% (n=23.376) das unidades nos Ciclos I e II, respectivamente. No Ciclo I, 79,3% (n=10.970) das UBS apresentavam no mínimo uma equipe de saúde da família com saúde bucal, passando para 77,2% (n=18.575) no Ciclo II. Ao avaliar a presença de pelo menos uma equipe de saúde da família sem saúde bucal, verificou-se uma prevalência de 30,5% (n=4.219) no Ciclo I e de 68,5% (n=16.499) no Ciclo II. No Ciclo III, estas informações não foram coletadas.

Perfil das Equipes de Saúde

As análises apresentadas neste bloco incluíram 17.202 equipes no Ciclo I, 29.778 equipes no Ciclo II, e 37.350 equipes no Ciclo III, cujos dados foram obtidos por meio do Módulo II do instrumento de avaliação externa.

Educação Permanente e Telessaúde

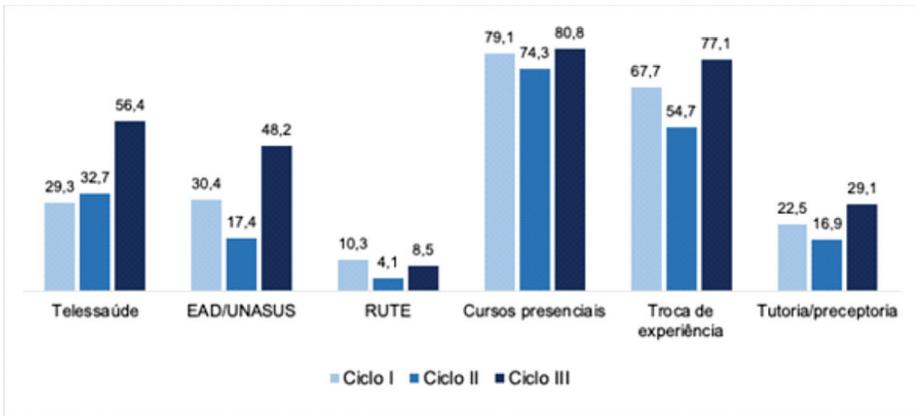
A proporção de equipes participantes em ações de educação permanente para qualificação da prática profissional foi de 81,6% (n=13.957) no Ciclo I e 89,3% (n=26.463) no Ciclo II. Esta variável não foi avaliada no Ciclo III.

Nos 12 meses anteriores à entrevista, a utilização do Telessaúde foi mencionada por 29,3% (n=4.072) das equipes no Ciclo I, 32,7% (n=9.739) no Ciclo II, e 56,4% (n=20.461) no Ciclo III. Entre as equipes que utilizavam Telessaúde, a participação em atividades de Ensino a Distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (EAD/UNA-SUS) foi informada por 30,4% (n=1.236) no Ciclo I, 17,4% (n=5.189) no Ciclo II e 48,2% (n=17.484) no Ciclo III. Ainda, entre as equipes usuárias do Telessaúde, o envolvimento com atividades da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) foi relatado por 10,3% (n=418) no Ciclo I, 4,1% (n=1.234) no Ciclo II, e 8,5% (3.063) no Ciclo III (Figura 27).

A participação em cursos presenciais foi referida por 79,1% (n=3.219) das equipes vinculadas ao Telessaúde no Ciclo I, 74,3% (n=22.110) no Ci-

clo II, e 80,8% (n=29.312) no Ciclo III. A troca de experiência entre profissionais e equipes foi mencionada por 67,7% (n=2.757) das equipes participantes do Telessaúde no Ciclo I, 54,7% (n=16.299) no Ciclo II, e 77,1% (n=27.974) no Ciclo III. A participação em atividades de tutoria/preceptoria de alunos de graduação e residência foi referida por 22,5% (n=914) das equipes vinculadas ao Telessaúde no Ciclo I, 16,9% (n=5.041) no Ciclo II, e 29,1% (n=10.547) no Ciclo III (Figura 27).

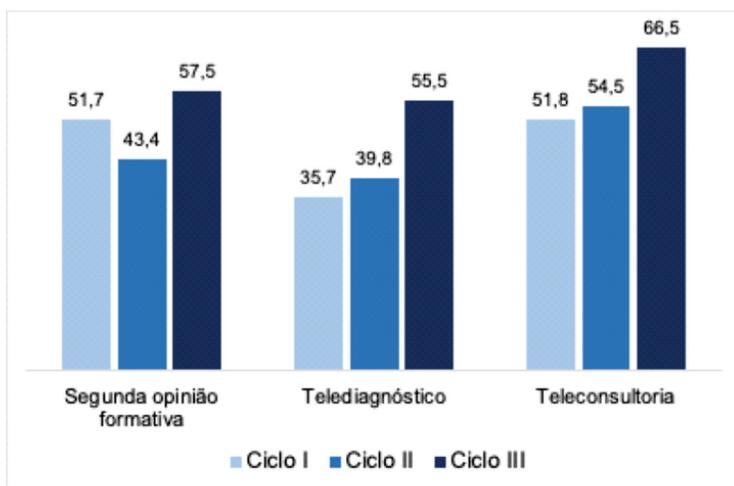
Figura 27: Gráfico da proporção de equipes vinculadas ao Telessaúde com participação em ações de educação permanente, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

Entre as equipes que utilizavam o Telessaúde, a busca de uma segunda opinião formativa foi referida por 51,7% (n=2.103) das equipes no Ciclo I, 43,4% (n=3.985) no Ciclo II, e 57,5% (n=11.728) no Ciclo III. Já o uso do Telessaúde para obtenção de um telediagnóstico foi mencionado por 35,7% (n=1.453) das equipes no Ciclo I, 39,8% (n=3.658) no Ciclo II, e 55,5% (n=11.324) no Ciclo III. A teleconsultoria foi relatada por 51,8% (n=2.111) das equipes no Ciclo I, 54,5% (n=5.004) no Ciclo II, e 66,5% (n=13.564) no Ciclo III (Figura 28).

Figura 28. Gráfico de motivos de utilização do Telessaúde, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

Planejamento

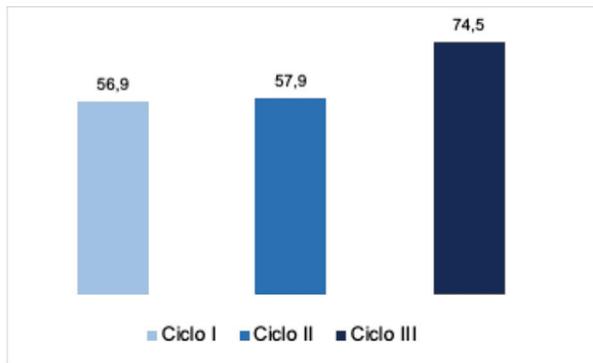
Em relação ao planejamento da equipe e ações da gestão para organização do processo de trabalho, 87,5% (n=14.897) das equipes mencionaram esta atividade no Ciclo I, 85,0% (n=25.280) no Ciclo II, e 96,5% (n=36.027) no Ciclo III. A autoavaliação do desempenho foi referida por 82,8% (n=14.047) das equipes no Ciclo I, 83,9% (n=24.444) no Ciclo II, e 88,7% (n=33.146) no Ciclo III. Quanto aos instrumentos utilizados para realizar o processo de planejamento e gestão, a maioria das equipes referiu utilizar o instrumento AMAQ, correspondendo a 83,2% (n=11.684) no Ciclo I, 88,1% (n=21.538) no Ciclo II, e 94,0% (n=31.161) no Ciclo III. Além disso, 98,3% (n=16.894) das equipes de atenção básica realizavam reunião de equipe no Ciclo I, 98,5% (n=29.341) no Ciclo II, e 99,4% (n=37.108) no Ciclo III.

Apoio Matricial

O apoio matricial à equipe de atenção básica foi referido por 88,8% (n=15.221) das equipes no Ciclo I, 85,1% (n=25.140) no Ciclo II, e 97,9% (n=36.547) no Ciclo III. O apoio matricial foi realizado principalmente por especialistas da rede de atenção à saúde – centros de saúde e hospitais, se-

guido por profissionais da vigilância em saúde, profissionais do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No Ciclo I, 56,9% (9.650) das equipes referiram ter recebido apoio do NASF, 57,9% (n=17.157) no Ciclo II, e, no Ciclo III, essa proporção aumentou para 74,5% (n=27.213) (Figura 29).

Figura 29: Gráfico de proporção de equipes que referiu receber apoio do NASF, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

Cerca de um terço das equipes referiu ter recebido o apoio semanalmente nos três ciclos: 35,2% no Ciclo I, 38,9% no Ciclo II, e 32,5% no Ciclo III. Dentre as ações realizadas pelo NASF junto às equipes, as mais citadas foram consultas clínicas (87,2% no Ciclo I, 85,4% no Ciclo II, e 82,9% no Ciclo III), consultas clínicas compartilhadas com o profissional da equipe (75,8% no Ciclo I, 63,1% no Ciclo II, e 87,9% no Ciclo III) e atividades de educação permanente conjunta (66,4% no Ciclo I, 68,9% no Ciclo II, e 80,5% no Ciclo III).

Dentre as atividades que não foram questionadas em todos os ciclos, cabe destacar que a discussão de casos clínicos, casos difíceis e desafiadores foi citada por 76,1% dos profissionais do Ciclo I e por 93,4% no Ciclo II. A realização de visitas domiciliares pelos profissionais do NASF foi questionada apenas no Ciclo II, onde 87,9% das equipes confirmaram tal atividade. A realização de grupos terapêuticos ou de educação em saúde foi questionada nos Ciclos II e III, sendo evidenciada em 75,8% e 94,7% das equipes, respectivamente.

O perfil dos profissionais que compunham o NASF foi investigado apenas nos Ciclos I e II. No Ciclo I, os profissionais mais citados foram psicólogo (85,5%), fisioterapeuta (79,7%) e nutricionista (77,3%), e, no Ciclo II, os mais citados foram fisioterapeuta (87,4%), educador físico (87,0%) e médico ginecologista ou obstetra (69,1%).

Territorialização e população de referência

No Ciclo I, 31,4% (n=5.393) das equipes tinham território de responsabilidade definido e população de referência, cuja média foi de 3.136 pessoas (IC95%: 3.113; 3.159) por equipe. No Ciclo III, a situação alcançou 68,2% (n=25.481) das equipes, com uma população média de referência da equipe de 3.138 (IC95%: 3.120; 3.157) pessoas. No Ciclo I, 84,6% (n=14.516) das equipes de atenção básica possuíam mapas do território de abrangência, passando a 90,5% (n=26.364) no Ciclo II e atingindo 94,0% (n=35.067) no Ciclo III.

Prontuário eletrônico, acolhimento à demanda espontânea e avaliação de risco e vulnerabilidade

No período de 2012 a 2018, ocorreu um aumento na implantação do prontuário eletrônico nas UBS, sendo referido por 14,0% das equipes nos Ciclos I e II (n=2.409 e 4.133) e por 38,7% (n=14.455) no Ciclo III. O acolhimento à demanda espontânea a todos os usuários que chegavam à unidade de saúde foi de 97,5% (n=16.712) no Ciclo I, 96,9% (n=28.866) no Ciclo II, e 99,1% (n=37.012) no Ciclo III. Entre as equipes que realizavam acolhimento à demanda espontânea, 87,9% (n=12.073) realizavam avaliação de risco e vulnerabilidade no Ciclo I, 91,3% (n=27.077) no Ciclo II, e 95,0% (n=35.172) no Ciclo III.

Organização da Agenda

A utilização de estratégias de organização da agenda mostrou um alcance variável no período, ainda aquém do necessário. A definição de fluxo para renovação de receitas para os usuários que necessitavam de medicamento de uso contínuo foi referida por 81,7% (n=14.019) das equipes no Ciclo I e 85,5% (n=25.472) no Ciclo II.

Em relação ao agendamento, 70,4% (n=12.075) das equipes no Ciclo I e 75,7% (n=22.536) no Ciclo II realizavam reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário pudesse buscar e mostrar resultados de exames. A reserva de vagas na agenda ou de um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário pudesse sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação foi reportada em 63,0% (n=10.800) das equipes no Ciclo I e 69,1% (n=20.572) no Ciclo II.

Fluxo de usuários na Rede de Atenção à Saúde

O fluxo de usuários no sistema de saúde, o contato com outros pontos de atenção e o encaminhamento para uma consulta especializada foram caracterizados ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB. A estratégia mais citada para o encaminhamento foi a marcação de consulta pela UBS e informação da data ao paciente, referida por 61,0% (n=10.490) das equipes no Ciclo I, 56,9% (n=16.932) no Ciclo II, e 70,4% (n=26.279) no Ciclo III.

A existência de documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe foi citada por 57,6% (n=9.706) no Ciclo I e 89,1% (n=33.263) no Ciclo III. A manutenção de registro de usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção foi relatada por 46,5% (n=7.960) das equipes no Ciclo I e 68,9% (n=20.528) no Ciclo II. No Ciclo I, 14,6% (n=2.502) das equipes informaram que seus profissionais sempre entravam em contato com especialistas para o encaminhamento de usuários, com aumento para 38,3% (n=12.775) das equipes no Ciclo III.

Oferta de procedimentos médicos e de enfermagem

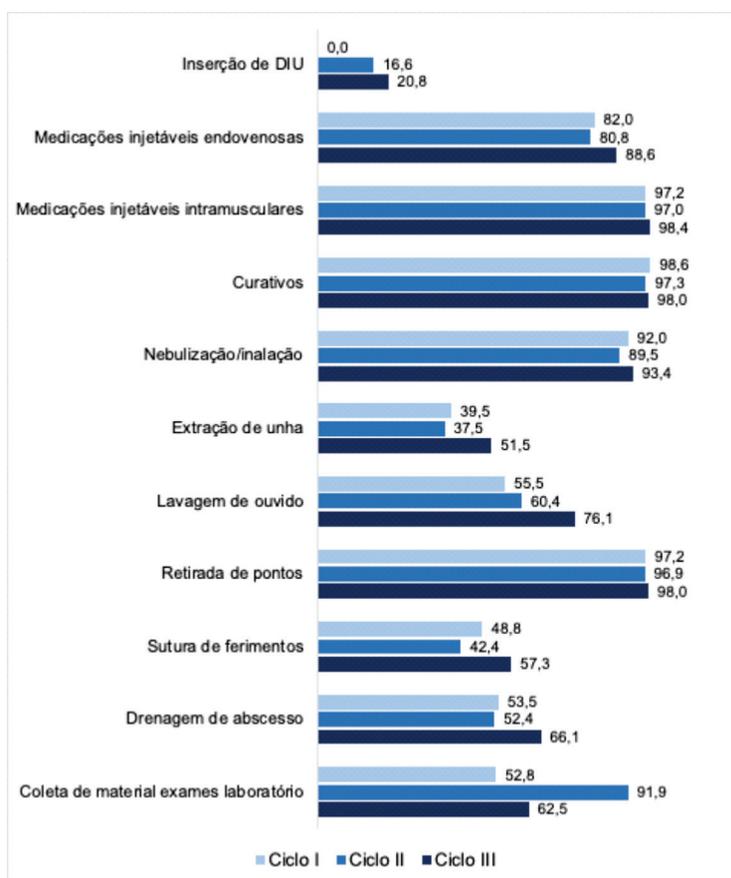
A oferta de ações e procedimentos médicos e de enfermagem típicos da atenção básica apresentou grande variabilidade entre os itens avaliados no período de 2012 a 2018 (Figura 30). No Ciclo III, a aplicação de injeção intramuscular, realização de curativos, nebulização/inalação e retirada de pontos foram referidas por mais de 90,0% das equipes. A aplicação de injeção endovenosa (88,6%) e lavagem de ouvido (76,1%) também apresentaram maiores ofertas.

As ofertas mais limitadas ou escassas foram: a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) (20,8%), extração de unha (51,5%), sutura de ferida

mentos (57,3%) e drenagem de abscesso (66,1%), sinalizando necessidade de esforços relevantes para sua universalização.

A realização de coleta de material para exames de laboratório é uma estratégia essencial para diminuir o trânsito de usuários na rede de saúde, aumentar a adesão dos pacientes e o acesso a resultados de forma mais ágil e eficiente. Apesar das dificuldades em sua universalização, esta estratégia aumentou nas equipes participantes do PMAQ-AB, sendo referida por 52,8% (n=9.063) das equipes no Ciclo I e 62,5% (n=23.342) no Ciclo III.

Figura 30: Gráfico de proporção de procedimentos ofertados pela equipe de atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.

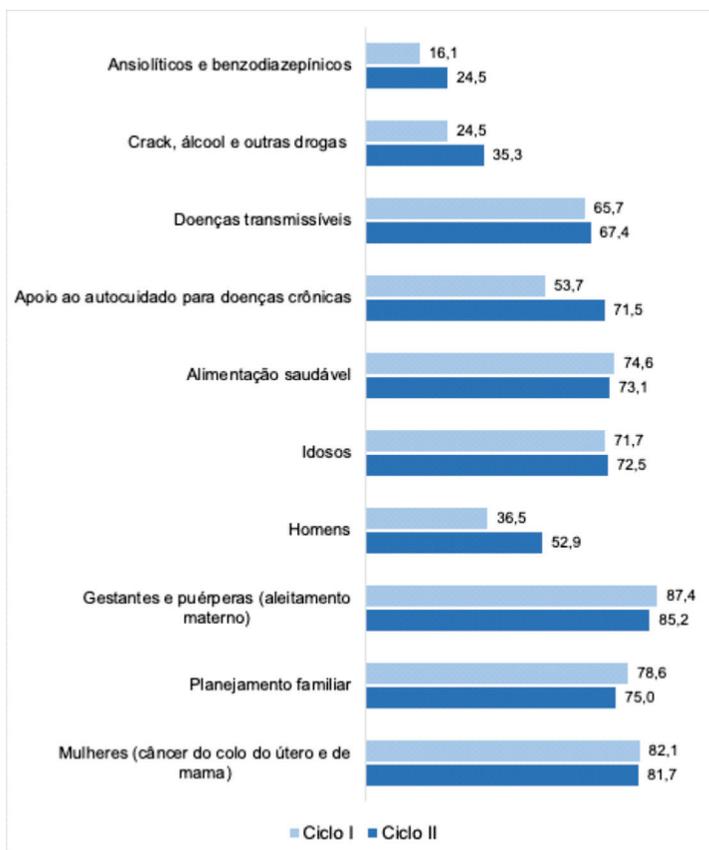


Fonte: Autores, 2021.

Promoção da Saúde e Práticas Integrativas e Complementares

Entre as ações de promoção da saúde, as equipes ofertaram ações educativas direcionadas a grupos e temas diversos, com destaque para aleitamento materno direcionado a gestantes e puérperas, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo do útero e da mama. Aumentos das proporções de ações ofertadas entre os Ciclos I e II foram observados para os temas relativos a medicamentos ansiolíticos e benzodiazepínicos, a *crack*, a álcool e outras drogas, apoio ao autocuidado para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e saúde do homem (Figura 31).

Figura 31: Gráfico de grupos e temas para os quais são direcionadas as ações educativas ofertadas pelas equipes, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012 e 2013/2014.



Fonte: Autores, 2021.

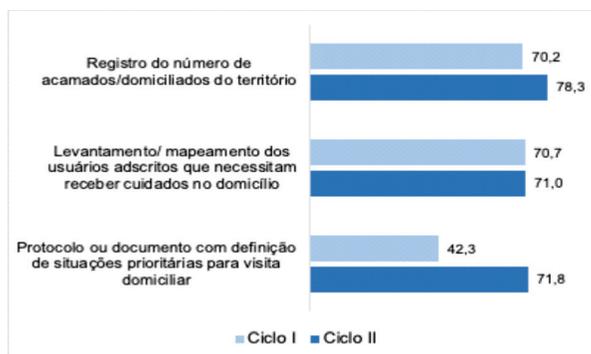
A oferta de PICS na atenção básica mostrou um crescimento contínuo no período de estudo, mas ainda é escassa, sendo referida por 18,7% (n=3.209) das equipes no Ciclo I, 19,0% (n=5.666) no Ciclo II, e 31,5% (n=11.758) no Ciclo III. O uso de plantas medicinais foi citado por 34,3% (n=1102) das equipes que ofereciam PICS no Ciclo I e por 32,7% (n=1.854) das equipes no Ciclo II. A homeopatia foi uma estratégia terapêutica pouco frequente, sendo mencionada por 13,8% (n=443) das equipes que ofereciam PICS no Ciclo I e por 21,6% (n=1.224) no Ciclo II. Estas informações não foram coletadas no Ciclo III.

A prática de atividade física foi ofertada por 63,4% (n=10.500) das equipes no Ciclo I e por 68,8% (n=19.664) das equipes no Ciclo II.

Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio

A disponibilidade de protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar foi referida por 42,3% (n=7.240) das equipes no Ciclo I e 71,8% (n=21.392) no Ciclo II. O levantamento e mapeamento dos usuários adscritos que necessitavam receber cuidados no domicílio foi mencionado por 70,7% (n=12.105) das equipes no Ciclo I e 71,0% (n=21.150) no Ciclo II. O registro de usuários acamados em domicílios do território foi relatado por 70,2% (n=12.033) das equipes no Ciclo I e 78,3% (n=23.305) no Ciclo II (Figura 32).

Figura 32: Gráfico de proporção de ações relacionadas à visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio pela equipe de atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012 e 2013/2014.



Fonte: Autores, 2021.

Ações intersetoriais e dirigidas a populações vulneráveis: Programa Bolsa Família, Programa Saúde na Escola, População Rural, Assentados e Quilombolas

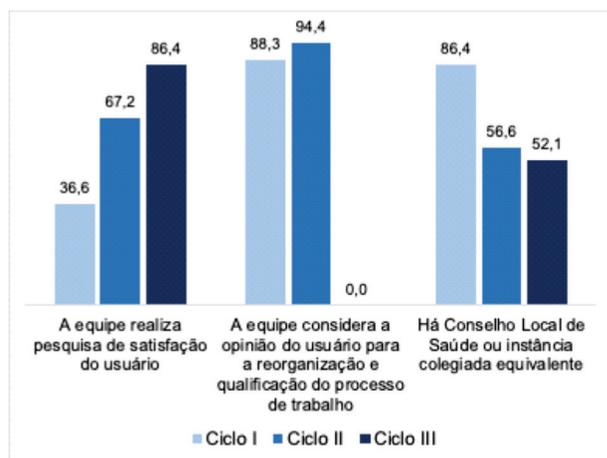
A disponibilidade de registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa Família foi confirmada por 81,7% (n=14.049) das equipes no Ciclo I e 89,8% (n=26.737) no Ciclo II. No ciclo I, 75,3% (n=12.940) das equipes realizavam atividades na escola, com aumento crescente da oferta, alcançando 84,2% (n=25.074) das equipes no Ciclo II e 90,8% (n=32.040), no Ciclo III. A realização de ações direcionadas à população rural, assentada ou quilombola foi declarada por 32,1% (n=5.525) das equipes no Ciclo I, 40,4% (n=12.016) no Ciclo II, e 50,8% (n=18.960) no Ciclo III.

Canal de Comunicação, Pesquisa de Satisfação do Usuário e Conselho Local de Saúde

A presença de canais de comunicação para os usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões foi mencionada por 72,9% (n=12.537) das equipes no Ciclo I, 79,0% (n=23.528) no Ciclo II, e no Ciclo III, alcançou 92,2% (n=34.422) das equipes.

Já a pesquisa de satisfação do usuário foi realizada por 36,6% (n=6.291) das equipes no Ciclo I, 67,2% (n=20.017) no Ciclo II, e 86,4% (n=32.287) no Ciclo III. No Ciclo I, 88,3% (n=15.79) das equipes consideravam a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho, passando para 94,4% (n=28.123) no Ciclo II. No Ciclo III, o tema não foi avaliado. A existência de Conselho Local de Saúde ou instância colegiada equivalente foi referida por 59,2% (n=10.176) das equipes no Ciclo I, 56,6% (n=16.850) no Ciclo II, e 52,1% (n=19.451) no Ciclo III (Figura 33).

Figura 33: Gráfico de proporção de equipes que realizam pesquisa de satisfação do usuário e consideram sua opinião na atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

Conclusão

Os resultados apresentados neste capítulo permitiram uma visão ampla sobre a realidade das características gerais das UBS e equipes de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) de todo o país no período de Avaliação Externa (AE) do PMAQ-AB. Foi possível identificar melhoria na infraestrutura e na oferta de serviços pelas equipes entre 2012 e 2018, com evolução favorável na maioria dos indicadores analisados, o que evidencia a importância do programa para melhoria da estrutura e desempenho dos serviços. Os dados também apontam fragilidades importantes, evidenciando o desafiador caminho para a prestação de serviços em níveis de excelência pela APS brasileira.

CAPÍTULO VI

Acesso e Qualidade em Ações de Saúde Prioritárias: Análise de Processos e Resultados na APS Brasileira de 2012 a 2018

Elaine Thumé

Mirelle de Oliveira Saes

Suele Manjourany Silva Duro

Pâmela Moraes Volz

Karla Pereira Machado

Maria del Pilar Flores Quispe

Mariângela Uhlmann Soares

Rosália Garcia Neves

Marciane Kessler

Denise Silva da Silveira

Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Elaine Tomasi

Luiz Augusto Facchini



A avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) permitiu um exame detalhado da atenção e do cuidado na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2012 e 2018. Igualmente, delineou um retrato sociodemográfico dos usuários da Atenção Básica (AB) no país. Realizou-se avaliação do rastreamento de câncer do colo do útero e da mama, o planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, em uma análise longitudinal e interconectada dos cuidados e das características populacionais. Esta abordagem também foi utilizada para examinar o cuidado à criança desde o nascimento até os dois anos de vida, à pessoa com hipertensão e diabetes mellitus, ao usuário com tuberculose, hanseníase, transtorno mental e a oferta de práticas integrativas e complementares.

Perfil de usuários da atenção básica

Durante as visitas de avaliação externa às Unidades Básicas de Saúde (UBS), foram entrevistados 65.410 usuários no Ciclo I, 114.615 no Ciclo II, e 140.444 no Ciclo III.

Em todas as visitas, as mulheres representaram quase 80% da amostra. Entre as mulheres que já haviam engravidado alguma vez, 19,3% (n=8.777) referiram ter filhos menores de dois anos no Ciclo I, 15,7% (n=13.043) no Ciclo II, e 14,6% (15.745) no Ciclo III. Cerca de 40% das mães tinham crianças com menos de seis meses nos três ciclos (40,2% no Ciclo I, 39,2% no Ciclo II, e 37,0% no Ciclo III).

Em relação à idade, também sem variação importante entre os ciclos, menos de 15% dos usuários tinham até 24 anos, cerca de 60% estavam na faixa de 25 a 59 anos, e pouco mais de 20% tinham 60 anos ou mais. Usuários de cor de pele branca representaram 38,8% no Ciclo I em 2012, 36,6% no Ciclo II em 2014, e 32,0% no Ciclo III em 2018. Os autodeclarados de cor parda ou mestiça apresentaram aumento de sua participação nas amostras, sendo 45,2% no Ciclo I e 50,7% no Ciclo III (Tabela 2).

A proporção de usuários vivendo em domicílios com quatro moradores ou mais permaneceu estável no período de 2012 a 2018, em torno de 50% da amostra nos três ciclos. Em 2012, a proporção de alfabetizados era de 84,8%, e em 2018 era de 94,6%. A informação sobre renda familiar não foi coletada no Ciclo II e mostrou uma mudança significativa entre 2012 e 2018. A proporção de usuários com renda familiar mensal entre meio e um salário mínimo dobrou, passando de 25,2% em 2012 para 51,4% em 2018, caindo a proporção dos que recebiam mais de um salário mínimo mensal – de 59,8% em 2012 para 33,6% em 2018. Cerca de um terço dos entrevistados referiu participar do Programa Bolsa Família, sendo 39,0% no Ciclo I e 32% no Ciclos II e III (Tabela 2).

Tabela 2: Características sociodemográficas dos usuários entrevistados nas UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.

Características	Ciclo I n (%)	Ciclo II n (%)	Ciclo III n (%)
Sexo			
Masculino	14.602 (22,3)	23.412 (20,4)	30.299 (21,6)
Feminino	50.808 (77,7)	91.203 (79,6)	110.145 (78,4)
Idade (anos)			
18 a 24	8.958 (14,0)	14.609 (12,8)	17.728 (12,6)
25 a 39	19.697 (30,9)	34.746 (30,5)	43.392 (30,9)
40 a 59	20.247 (31,8)	37.950 (33,3)	48.136 (34,3)
60 ou mais	14.843 (23,3)	26.746 (23,4)	31.188 (22,2)
Mulheres que já ficaram grávidas	45.560 (89,8)	82.935 (90,9)	107.944 (98,0)
Mulheres com filhos menores de 2 anos	8.777 (19,3)	13.043 (15,7)	15.745 (14,6)
Crianças menores de 6 meses	3.329 (40,2)	5.012 (39,2)	5.806 (37,0)
Cor de pele			
Branca	25.172 (38,8)	41.145 (36,6)	44.377 (32,0)
Preta	7.972 (12,3)	15.010 (13,3)	18.551 (13,4)
Parda/mestiça	29.315 (45,2)	51.909 (46,2)	70.759 (50,7)
Amarela	1.736 (2,7)	3.528 (3,1)	4.238 (3,0)
Indígena	616 (1,0)	880 (0,8)	1.232 (0,9)
Escolaridade			
Sabe ler e escrever	55.446 (84,8)	105.802 (92,4)	139.534 (94,6)
Renda familiar (salário mínimo)			
Até 0,5	8.369 (15,0)	-	21.027 (15,0)
0,6 a 1	14.164 (25,2)	-	72.162 (51,4)
1,1 a 3	25.257 (45,0)	-	43.032 (30,6)
Mais de 3	8.331 (14,8)	-	4.223 (3,0)
Moradores no domicílio			
Média (d.p.*)			
Um	3,9 (2,3)	-	3,6 (1,7)
Dois a três	3.279 (5,0)	-	8.529 (6,1)
Quatro ou mais	28.561 (43,9)	-	66.242 (47,2)
	33.280 (51,1)	-	65.584 (46,7)
Programa Bolsa Família			
Não	39.846 (61,0)	36.131 (68,4)	92.739 (68,0)
Sim	25.511 (39,0)	36.131 (31,6)	43.534 (32,0)
Total	65.410	114.615	140.444

*d.p.: desvio padrão.

Fonte: Autores, 2021.

Saúde da Mulher: atenção ginecológica e rastreamento de câncer de colo de útero e de mama

Atenção ginecológica

Disponibilidade de insumos e oferta pela equipe

A disponibilidade de insumos para atenção ginecológica atingiu quase a totalidade das UBS no Ciclo III, com maior aumento da disponibilidade de porta-lâminas, fixador de lâmina e espéculo descartável (Tabela 3).

Tabela 3: Insumos sempre disponíveis para atenção à saúde da mulher na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.

Insumos	Ciclo I		Ciclo II		Ciclo III	
	n	%	n	%	n	%
Espéculo descartável	12.045	87,0	22.050	91,6	28.122	97,1
Escova endocervical	12.951	93,6	22.771	94,6	28.257	97,6
Espátula de Ayre	12.948	93,5	22.792	94,7	28.166	97,3
Fixador de lâmina	11.060	79,9	21.928	91,1	28.251	96,1
Vidro fosco	12.896	93,2	22.739	94,5	28.255	97,6
Porta-lâminas	10.947	68,0	20.351	84,6	27.020	93,3

Fonte: Autores, 2021.

A realização de coleta de material para exame citopatológico foi mencionada por 97,3% (n=16.718) das equipes no Ciclo I, 90,9% (n=27.081) no Ciclo II, e 97,7% (n=36.499) no Ciclo III. A disponibilidade de registro de mulheres com exames citopatológicos alterados foi referida por 82,7% (n=14.151) das equipes no Ciclo I e 87,2% (n=31.816) no Ciclo III. O acompanhamento das mulheres após tratamento de alterações, pela atenção básica, foi realizado por 87,7% (n=14.931) das equipes no Ciclo I e 96,7% (n=36.115) no Ciclo III.

Percepção das usuárias

Independentemente da idade da mulher, caso precisassem de atendimento ginecológico sem consulta marcada, 50,9% foram atendidas no Ciclo I, 33,9% no Ciclo II, e 58,4% no Ciclo III. Entre as mulheres entre 25 e

64 anos que precisaram de atendimento ginecológico sem consulta marcada, 51,1% conseguiram ser atendidas no Ciclo I, 34,7% no Ciclo II, e 58,7% no Ciclo III. Para mulheres entre 50 e 69 anos e que precisaram de atendimento ginecológico sem consulta marcada, 51,6% tiveram atendimento sem agendamento no Ciclo I, 30,7% no Ciclo II, e 59,0% no Ciclo III.

Da mesma forma, considerando inicialmente as mulheres de todas as idades, entre aquelas que não conseguiram atendimento no momento em que buscaram a consulta, 9,4% conseguiram atendimento para o mesmo dia no Ciclo I, 18,4% no Ciclo II, e 6,0% no Ciclo III. Entre as mulheres de 25 e 64 anos que não conseguiram atendimento no momento em que buscaram a consulta, 9,2% conseguiram atendimento para o mesmo dia no Ciclo I, 18,6% no Ciclo II, e 5,8% no Ciclo III. Já entre as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que não conseguiram atendimento no momento em que buscaram a consulta, 9,2% conseguiram atendimento para o mesmo dia no Ciclo I, 17,3% no Ciclo II, e 5,8% no Ciclo III.

Houve uma queda na prevalência de mulheres que realizaram o exame preventivo do câncer de colo de útero na UBS em que foram entrevistadas, passando de 85,1% no Ciclo I para 68,2% no Ciclo II, e 69,5% no Ciclo III. Entre as mulheres que não realizaram o exame preventivo na unidade de saúde, 7,1% informaram que a unidade não realizava o exame no Ciclo I e 6,6% no Ciclo III. Ainda, 6,6% e 4,8% consideravam o atendimento da UBS ruim no Ciclo I e III, respectivamente; e 3,0% no Ciclo I e 2,1% no Ciclo III relataram que a unidade de saúde ficava longe de sua residência.

A realização do último exame preventivo do câncer do colo de útero nos seis meses anteriores à entrevista foi referida por 36,2% das mulheres no Ciclo I, 37,2% das mulheres no Ciclo II, e por 29,3% das mulheres no Ciclo III. Já a prevalência de realização do rastreamento entre seis e 24 meses da data de entrevista manteve-se próxima de 50,0% nos três ciclos.

O recebimento de orientações sobre a importância do exame preventivo do câncer do colo de útero e quando deve ser realizado foi mencionado por 82,1% das mulheres no Ciclo I, 74,7% no Ciclo II, e 80,7% no Ciclo III. Nos Ciclos I e II, 30,4% e 35,7% das mulheres, respectivamente, receberam o resultado do exame preventivo do câncer do colo de útero depois de 30 dias da realização da coleta da amostra.

O exame regular das mamas por um profissional da equipe foi relatado por 50,4% das mulheres no Ciclo I, 37,7% no Ciclo II, e por 47,3% das mulheres no Ciclo III. Para mulheres entre 50 e 69 anos, tais proporções foram 56,3%, 39,4% e 53,5%, respectivamente.

A realização de mamografia sempre que necessária foi mencionada por aproximadamente 90,0% das mulheres tanto no Ciclo I quanto no Ciclo III. No período, houve uma redução de dois pontos percentuais na prevalência de falta de acesso ao exame, passando de 6,3% no Ciclo I para 4,3% no Ciclo III.

Planejamento Familiar

Disponibilidade de insumos e oferta pela equipe

A oferta de ações de planejamento familiar foi explicitada por 92,0% (n=15.817) das equipes no Ciclo I, 75,0% (n=21.438) no Ciclo II, e 96,4% (n=36.012) no Ciclo III. Entre as equipes que desenvolviam ações de planejamento familiar no Ciclo I, 98,7% (n=15.606) disponibilizavam preservativos masculinos, 30,6% (n=4.841) preservativos femininos, e 93,7% (n=14.814) medicação contraceptiva (anticoncepcionais). Nos Ciclos II e III, a disponibilidade de preservativos e contraceptivos foi avaliada no módulo I do instrumento (materiais e insumos) e, portanto, o denominador é das UBS e não de equipes de saúde. Preservativos masculinos estavam disponíveis em 95,4% (n=22.949) das UBS no Ciclo II e em 97,0% (n=28.056) no Ciclo III. Os preservativos femininos estavam sempre disponíveis em 47,4% (n=11.408) das UBS no Ciclo II e em 83,5% (n=24.164) no Ciclo III. No Ciclo II, 19,4% (n=4.663) das UBS contavam com dispositivo intrauterino (DIU) sempre disponível, aumentando para 34,4% das UBS (n=9.952) no Ciclo III.

Percepção das usuárias

Na Avaliação Externa (AE) dos três ciclos do PMAQ-AB não foi investigada a utilização de métodos contraceptivos entre as mulheres entrevistadas. No entanto, as mulheres foram questionadas sobre o recebimento de informações acerca de métodos contraceptivos por parte dos profissionais de saúde durante os atendimentos. No Ciclo I, 57,9% (n=27.933) das entrevistadas referiram ter sido informadas; no Ciclo II, esta proporção caiu para 41,0% (n=36.862), e no Ciclo III chegou a 62,8% (n=63.415).

Durante a consulta de revisão do parto, 73,6% das mulheres relataram o recebimento de orientação sobre métodos contraceptivos no Ciclo I, 68,5% no Ciclo II, alcançando 80,4% no Ciclo III.

Atenção às mulheres no pré-natal

Disponibilidade de insumos e oferta pela equipe

No Ciclo III, a oferta de pré-natal foi confirmada por 98,0% das equipes (n=36.702). Com relação à infraestrutura e dos insumos nas UBS avaliadas, 62,0% (n=10.551) das equipes possuíam informação do número de gestantes de alto risco no território no Ciclo I, aumentando para 82,4% (n=30.223) das equipes no Ciclo III. O registro regular do SISPRENATAL foi informado por 94,1% (n=16.116) das equipes no Ciclo I e 95,0% (n=28.294) no Ciclo II. Ainda, 92,1% (n=15.840) das equipes utilizavam a caderneta da gestante para o acompanhamento de mulheres grávidas no Ciclo I, alcançando 97,8% (n=29.123) no Ciclo II, e 99,3% (n=36.433) no Ciclo III. A aplicação da Penicilina G Benzatina na unidade de saúde foi relatada por 50,6% (n=8.662) das equipes no Ciclo I, 55,3% (n=16.468) no Ciclo II, e 77,1% (n=28.780) no Ciclo III.

Percepção das usuárias

Cerca de 20% das mulheres entrevistadas referiram ter filhos até dois anos de idade nos Ciclos I e III. Entre estas, a prevalência de consultas de pré-natal realizadas na própria UBS em que a usuária foi entrevistada aumentou de 70,7% no Ciclo I para 80,9% no Ciclo III. Em consequência, observou-se uma diminuição na prevalência de consultas de pré-natal em outras UBS (17,7% no Ciclo I para 11,9% no Ciclo III), em hospitais (4,3% no Ciclo I para 2,3% no Ciclo III) e em consultórios particulares (4,6% no Ciclo I para 3,6% no Ciclo III).

Entretanto, a proporção de mulheres que realizaram até cinco consultas de pré-natal aumentou no período, passando de 10,9% no Ciclo I para 15,7% no Ciclo II, e 22,2% no Ciclo III. Logo, houve uma redução na prevalência de seis ou mais consultas de pré-natal entre o primeiro e terceiro ciclo (89,1% no Ciclo I, 84,3% no Ciclo II e 77,8% no Ciclo III).

Entre as ações de exame físico durante as consultas de pré-natal, a medição da barriga e a aferição da pressão arterial mantiveram-se acima de 95% das gestantes nos três ciclos de avaliação. O exame de mamas se manteve em torno de 60% no período, e a realização do exame preventivo de câncer de colo do útero diminuiu de 35,8% no Ciclo I para 31,3% no Ciclo III. Também diminuiu a realização do exame ginecológico durante o pré-natal de 44,7% no Ciclo I para 41,4% no Ciclo II e 35,0% no Ciclo III. Em

contraste, a prevalência da avaliação bucal aumentou de 45,0% no Ciclo I para 49,2% no Ciclo II e 54,7% no Ciclo III.

O recebimento de orientações no pré-natal sobre alimentação, ganho de peso e amamentação exclusiva foi referido por cerca de 90% das mulheres nos três ciclos. A prevalência de orientações sobre cuidados à criança (higiene da boca e umbigo) foi em torno de 85% entre o primeiro e o terceiro ciclo. Entretanto, a referência sobre orientação da importância do exame preventivo do câncer de colo do útero se manteve em torno de 65% no período investigado.

Entre os exames laboratoriais e de imagem realizados durante o pré-natal, o exame de urina se manteve próximo aos 98% em todos os ciclos. O exame de HIV/Aids e a ultrassonografia foram referidos por, no mínimo, 95% das mulheres no período, enquanto o exame de sífilis (teste rápido/VDRL) aumentou de 84,3% no Ciclo I para 95,3% no Ciclo III. Já o exame de glicemia aumentou de 82,9% para 92,5% entre o primeiro e o terceiro ciclo.

A proporção de vacinação contra o tétano durante a gestação apresentou uma redução, sendo de 97% das mulheres no Ciclo I e 90,4% no Ciclo III. A prescrição de sulfato ferroso alcançou cerca de 96% das mulheres nos três ciclos, enquanto a prescrição de ácido fólico aumentou de 90,5% no primeiro ciclo para 94,7% no terceiro ciclo.

Avaliada apenas nos Ciclos I e II, a proporção de mulheres com necessidade de atendimento de urgência durante a gestação esteve em torno de 35%. Destas, 41,5% buscaram atendimento na própria UBS, sendo que aproximadamente 90% referiram conseguir atendimento imediato, em ambos os ciclos. Para aquelas que buscaram outros locais de atendimento, as proporções foram, respectivamente, para os Ciclos I e II: hospital público (36,8% e 37,5%), outra UBS (7,9% e 6,9%), pronto-socorro 24h (3,7% e 3,0%), hospital particular (2,8% e 3,7%), clínica ou consultório particular (2,7% e 1,9%) e pronto atendimento 24h (2,2% e 2,3%).

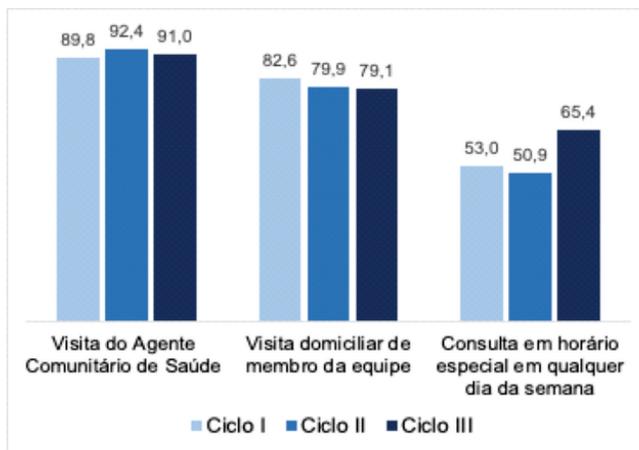
Atenção às mulheres no período do puerpério

Disponibilidade de insumos e oferta pela equipe

A realização de consulta de puerpério até dez dias após o parto foi referida por 89,8% das equipes (n=26.748) no Ciclo II e 93,4% das equipes (n=34.279) no Ciclo III.

Nos três ciclos de avaliação, para garantir a consulta de puerpério até dez dias após o parto, cerca de 90% das equipes mencionaram a realização de visita domiciliar do agente comunitário de saúde para captação da mulher. Já a visita domiciliar de membro da equipe foi referida por 82,6% das equipes no Ciclo I, 79,9% no Ciclo II, e 79,1% no Ciclo III; a consulta em horário especial em qualquer dia da semana aumentou de 53,0% no Ciclo I para 65,4% no Ciclo III (Figura 34).

Figura 34: Gráfico de proporção de ações realizadas pela equipe para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

Percepção das usuárias

A atenção ao puerpério também foi avaliada entre mulheres que referiram ter filhos de até dois anos de idade. Observou-se uma pequena redução na realização da consulta de puerpério no período da AE, passando de 57,7% no Ciclo I para 52,9% no Ciclo III. Destas, 69,9% realizaram a consulta até 29 dias após o parto no Ciclo I, 70,3% no Ciclo II, e 78,5% no Ciclo III. Por outro lado, a proporção de mulheres que realizaram a consulta de revisão do parto na UBS em que foram entrevistadas cresceu lentamente, passando de 52,9% no Ciclo I para 55,4% no Ciclo II e 56,8% no Ciclo III.

Ao avaliar o conteúdo da consulta de puerpério, 52,0% das mulheres confirmaram o questionamento sobre depressão por profissionais no Ciclo I,

77,4% no Ciclo II e 65,0% no Ciclo III. A oferta de métodos contraceptivos foi informada por 73,6% das participantes no Ciclo I e 80,4% das participantes do Ciclo III. O exame ginecológico e das mamas foram realizados em menos de 50,0% das mulheres, independentemente do ciclo de avaliação. Mais de 85,0% das mulheres foram orientadas sobre a importância da amamentação, e houve um aumento no questionamento quanto ao uso de chupeta (58,5%, 58,8% e 71,3% no Ciclo I, II e III, respectivamente) e mamadeira (64,1%, 62,7% e 75,2% no Ciclo I, II e III, respectivamente) ao longo do período de 2012 a 2018.

Puericultura: atenção às crianças menores de dois anos

Disponibilidade de insumos e oferta pela equipe

A oferta de consulta de puericultura para crianças de 0 a 2 anos foi informada por 93,6% (n=16.068) das equipes no Ciclo I, 95,1% (n=28.321) no Ciclo II, e 97,9% (n=36.566) no Ciclo III.

A disponibilidade de equipamentos utilizados nos atendimentos às crianças foi avaliada por meio de quatro itens: balança infantil, régua antropométrica, estetoscópio pediátrico/neonatal e aparelho de pressão infantil. Balança infantil esteve sempre presente em 92,6% (n=12.811) das UBS no Ciclo I, em 92,9% (n=22.351) no Ciclo II, e 96,4% (n=27.900) no Ciclo III. A régua antropométrica esteve disponível em 75,5% (n=10.452) das UBS no Ciclo I, 88,9% (n=21.392) no Ciclo II, e 92,3% das UBS (n=26.701) no Ciclo III. Já a disponibilidade de estetoscópio pediátrico/neonatal foi referida em 48,5% (n=6.709) das UBS no Ciclo I, em 51,6% (n=12.403) no Ciclo II, e em 67,5% (n=19.546) no Ciclo III. O aparelho de pressão pediátrico foi mencionado em 56,9% (n=7.880) das UBS no Ciclo I, em 62,5% (n=15.042) no Ciclo II, e em 77,7% (n=22.481) no Ciclo III (Tabela 4).

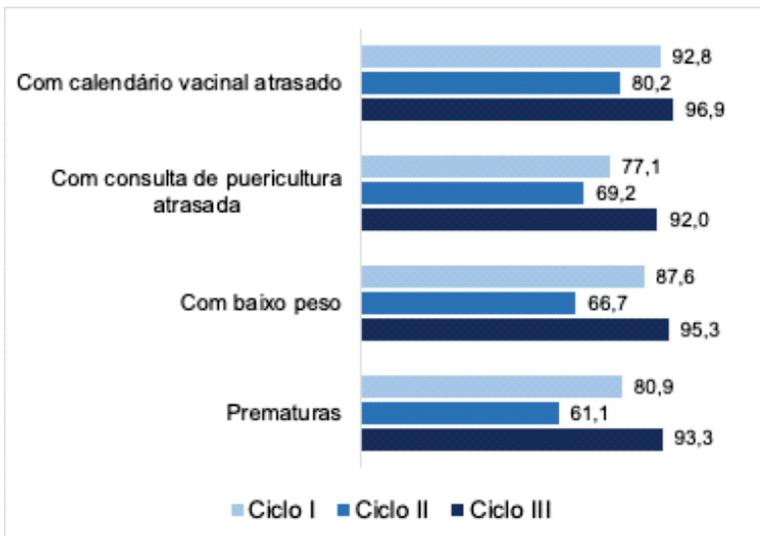
Tabela 4: Equipamentos sempre disponíveis para atenção à saúde da criança na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.

Insumos	Ciclo I		Ciclo II		Ciclo III	
	n	%	n	%	n	%
Balança infantil	12.811	92,6	22.351	92,9	27.900	96,4
Régua antropométrica	10.452	75,5	21.392	88,9	26.701	92,3
Estetoscópio pediátrico/neonatal	6.709	48,5	12.403	51,6	19.546	67,5
Aparelho de pressão pediátrico	7.880	56,9	15.042	62,5	22.481	77,7

Fonte: Autores, 2021.

No Ciclo I, 84,6% (n=14.475) das equipes possuíam cadastramento atualizado de crianças na faixa etária de 0 a 2 anos residentes no território, alcançando 94,3% (n=34.495) das equipes no Ciclo III. Os resultados mostram um aumento da proporção de equipes que realizavam busca ativa de crianças prematuras, com baixo peso, com consulta de puericultura atrasada e com calendário vacinal atrasado do Ciclo I para o Ciclo III (Figura 35), apesar da redução das proporções no Ciclo II em todas as situações. A utilização da caderneta de saúde da criança para o acompanhamento foi relatada por 94,7% (n=16.264) das equipes no Ciclo I, 95,1% (n=28.327) no Ciclo II, e 97,5% (n=36.422) no Ciclo III.

Figura 35: Gráfico de proporção de equipes e situações de busca ativa das crianças de 0 a 2 anos pelas equipes de atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

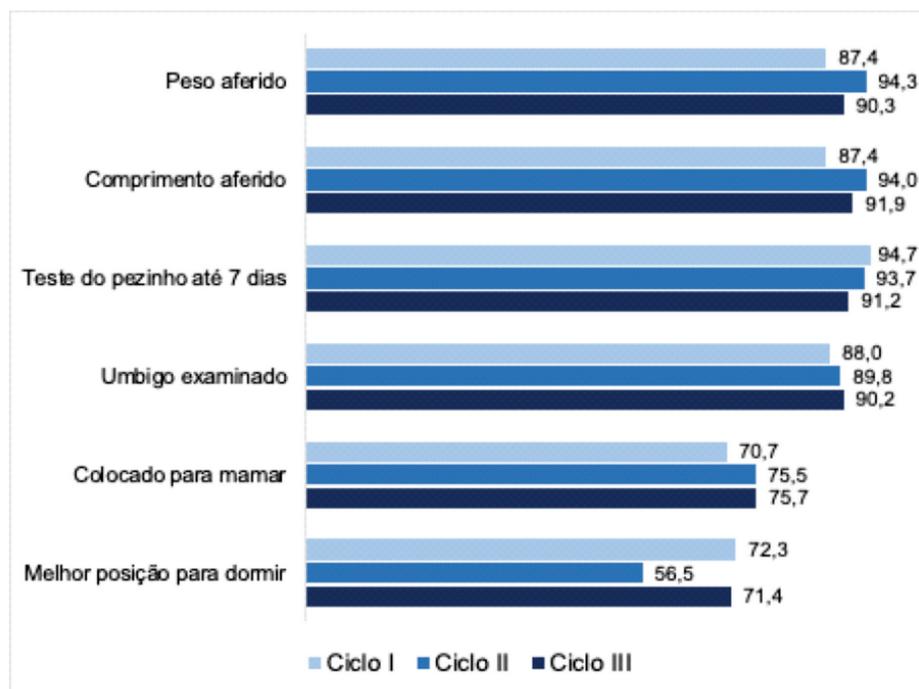
Percepção das usuárias

Consulta na primeira semana de vida

A realização da primeira consulta de puericultura até sete dias de vida após o nascimento do bebê na Unidade de Saúde foi informada por 65,5% das mães entrevistadas no Ciclo I, 57,1%, no Ciclo II, e por 64,0%

das mães no Ciclo III. Nessa primeira consulta, entre as ações realizadas por profissionais que atenderam à criança, 87,4% das mães referiram que o bebê foi pesado e medido no Ciclo I, 94,3% no Ciclo II, e 94,0% no Ciclo III. A atividade menos realizada nos três ciclos de avaliação foi colocar a criança para mamar durante a consulta, com porcentagens de 70,7%, 75,5% e 75,7% nos Ciclos I, II e III, respectivamente. Por outro lado, o exame do umbigo da criança foi mencionado por cerca de 90,0% das mães ao longo dos três ciclos. A orientação sobre a melhor posição para a criança dormir, uma ação preconizada como preventiva para a morte súbita de bebês, foi relatada por 72,3% das mães no Ciclo I, 56,5% no Ciclo II, e 71,4% no Ciclo III. A realização do teste do pezinho, ação preventiva para a detecção precoce de doenças ou anomalias congênitas, foi mencionada por 94,7% das mães no Ciclo I, 93,7% no Ciclo II, e 91,2% no Ciclo III (Figura 36).

Figura 36: Gráfico de proporção das ações realizadas na consulta na primeira semana de vida na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.

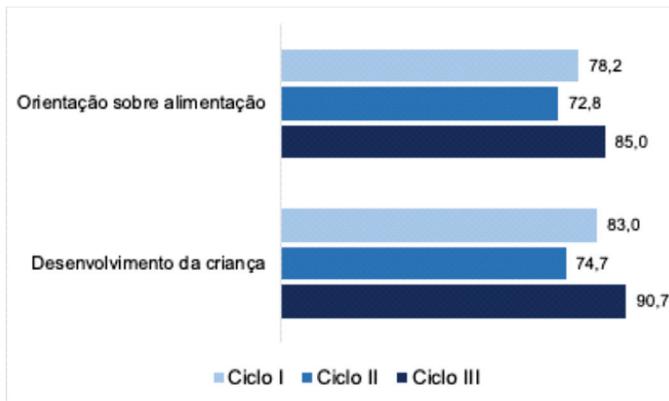


Fonte: Autores, 2021.

Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

Nos três ciclos, mais de três quartos das usuárias manifestaram que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças foi feito pelos mesmos profissionais (78,8% no Ciclo I, 76,6% no Ciclo II e 80,2% no Ciclo III), indicando um padrão de longitudinalidade no cuidado da saúde da criança. Porém, quando foi perguntado se a criança já saía com a próxima consulta marcada, menos da metade das mães respondeu afirmativamente nos Ciclos I e II, aumentando para 63,3% no Ciclo III. O questionamento sobre o desenvolvimento da criança conforme o esperado para idade foi referido por 83,0% das mães no Ciclo I e alcançou 90,7%, no Ciclo III. O recebimento de orientação sobre alimentação da criança foi confirmado por 78,2% das mães no Ciclo I, 72,8% no Ciclo II, e 85,0% no Ciclo III (Figura 37).

Figura 37: Gráfico de proporção de orientação sobre alimentação e desenvolvimento da criança conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

Consulta da criança por problema de saúde

A necessidade de atendimento da criança por problema de saúde ou urgência nos seis meses anteriores à entrevista foi mencionada por 31,5% das mães no Ciclo I e 29,9% no Ciclo II. Destas crianças, 45,3% das mães procuraram o atendimento na mesma UBS em que foram entrevistadas no

Ciclo I e 49,4%, no Ciclo II. O grupo restante procurou atendimento em outra UBS, hospital (público/particular), consultório/clínica particular, pronto atendimento e pronto socorro. Entre as mães que não procuraram atendimento na UBS da entrevista, 24,9% no Ciclo I e 18,4% no Ciclo II afirmaram que a UBS de referência não atendia urgência. Estas variáveis não foram investigadas no Ciclo III.

Atenção às condições crônicas em adultos e idosos

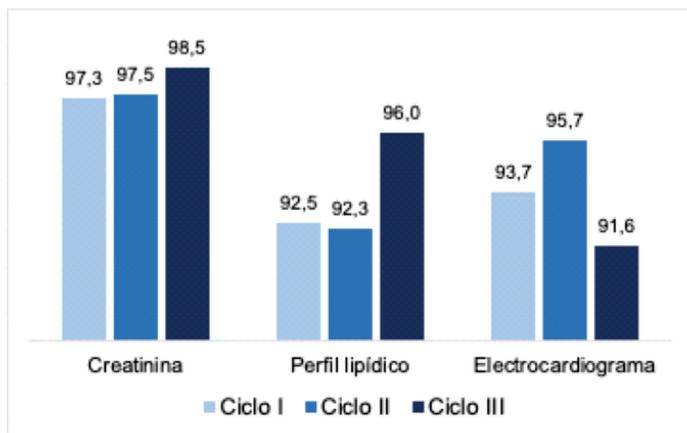
Atenção a pessoas com hipertensão

Disponibilidade de insumos e oferta pela equipe

A disponibilidade de registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) com maior risco/gravidade apresentou expressivo aumento no período de 2012 a 2018, passando de 48,4% (n=8.331) das equipes no Ciclo I para 81,0% (n=30.276) no Ciclo III. A coordenação da fila de espera e o acompanhamento dos usuários com HAS foram dispositivos de organização do cuidado referidos por 49,5% (n=8.446) das equipes no Ciclo I e por 80,4% (n=30.018) no Ciclo III.

A solicitação rotineira de exame da creatinina para usuários com HAS foi confirmada por 97,3% (n=16.741) das equipes no Ciclo I, 97,5% (n=29.037) no Ciclo II, e 98,5% (n=36.783) no Ciclo III. Já a solicitação de eletrocardiograma foi mencionada por 93,7% (n=16.124) das equipes no Ciclo I, 95,7% (n=28.499) no Ciclo II, e 91,6% (n=34.224) no Ciclo III. A referência à solicitação de exames de perfil lipídico apresentou uma ocorrência de 92,5% (n=15.904) no Ciclo I, 92,3% (n=27.487) no Ciclo II, e 96,0% (n=35.861) no Ciclo III (Figura 38).

Figura 38: Gráfico de proporção de equipes com exames solicitados conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



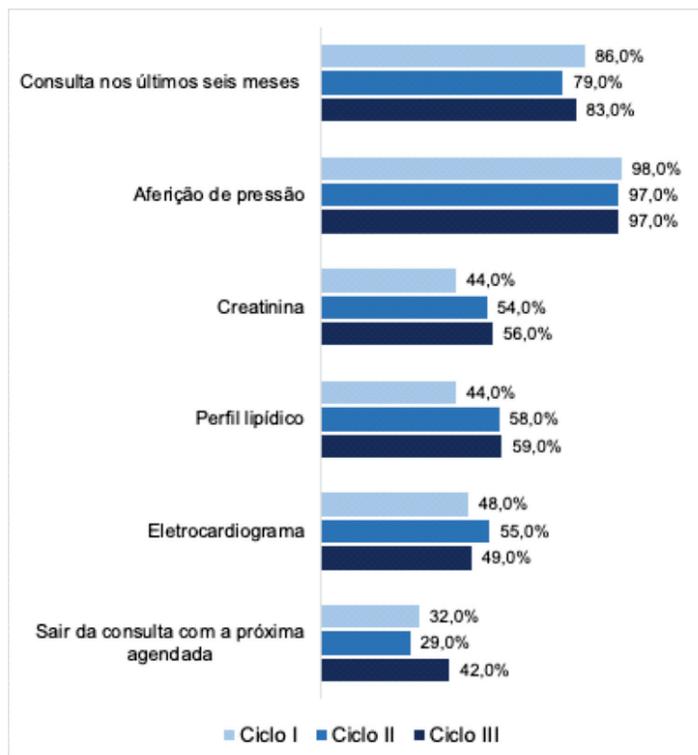
Fonte: Autores, 2021.

Percepção de usuários

No mínimo um terço da demanda entrevistada na AE nas UBS era formada por pessoas com diagnóstico médico de HAS. Entre estes usuários, cerca de 80% consultou pelo problema nos seis meses anteriores à entrevista entre 2012 e 2018. A realização da consulta na UBS onde foram entrevistados aumentou de 88% no Ciclo I para 95% no Ciclo III.

Mais de 97% dos usuários com HAS tiveram a pressão verificada na consulta, enquanto a realização de exames nos seis meses anteriores à entrevista – creatinina, perfil lipídico e eletrocardiograma – foi referida por cerca de 50% dos entrevistados nos três ciclos avaliativos. Sair da consulta com o próximo atendimento agendado foi declarado por cerca de 30% dos usuários nos Ciclos I e II, aumentando para 42% no Ciclo III (Figura 39).

Figura 39: Gráfico de proporção dos indicadores de atenção à pessoa com hipertensão arterial na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

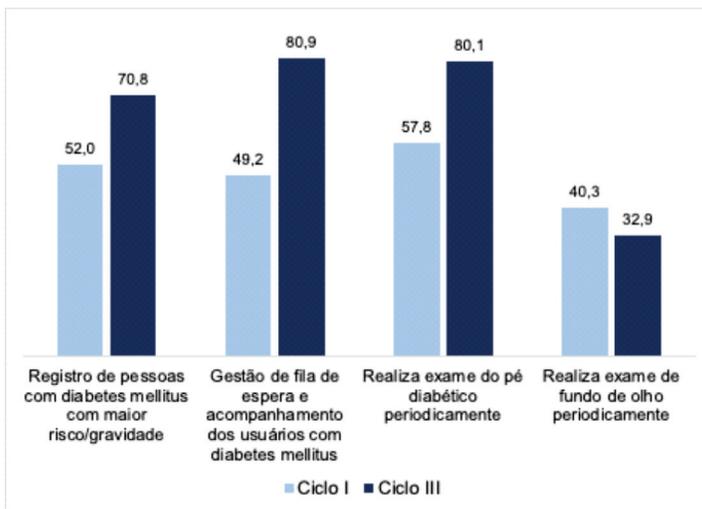
Atenção a pessoas com diabetes mellitus

Disponibilidade de insumos e oferta pela equipe

A presença de glicosímetro nas UBS apresentou leve aumento entre os ciclos, passando de 95,1% (n= 13.120) no Ciclo I para 96% (n=23.104) no Ciclo II e 97,8% (n=28.322) no Ciclo III. Da mesma forma, a disponibilidade de tiras reagentes de glicemia capilar passou de 79,1% (n=12.039) das UBS no Ciclo I para 90,1% (n=21.684) no Ciclo II e 96,3% (n=27.872) das UBS no Ciclo III. A disponibilidade do kit de monofilamento também teve aumento ao longo dos ciclos, passando de 25,0% (n=3.455) no Ciclo I para 27,5% (n=6.620) no Ciclo II e 39,5% (11.457) no Ciclo III.

A disponibilidade de registro de pessoas com diabetes mellitus (DM) com maior risco/gravidade também apresentou expressivo aumento no período de 2012 a 2018, passando de 52% (n=8.949) das equipes no Ciclo I para 70,8% (n=26.414) no Ciclo III. A coordenação da fila de espera e o acompanhamento dos usuários com DM foram dispositivos de organização do cuidado referidos por 49,2% (n=8.399) das equipes no Ciclo I e 80,9% (n=30.198) no Ciclo III. No Ciclo I, 57,8% (n=9.948) das equipes realizavam o exame do pé diabético periodicamente, enquanto, no Ciclo III, a proporção foi de 80,1% (n=29.882) das equipes. A realização periódica de exame de fundo de olho foi informada por 40,3% (n=6.934) das equipes no Ciclo I, com redução desta proporção para 32,9% (n=12.262) no Ciclo III (Figura 40).

Figura 40: Gráfico da proporção das características da atenção à pessoa com Diabetes Mellitus pelas equipes de atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012 e 2017/2018.



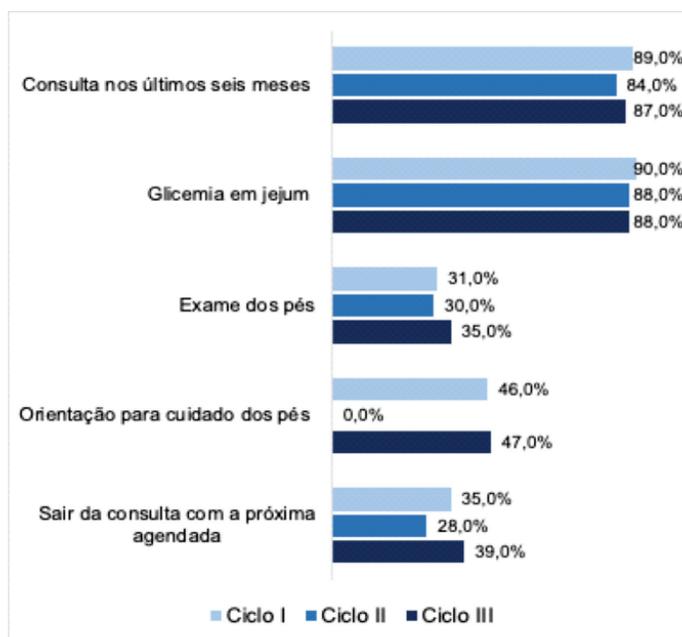
Fonte: Autores, 2021.

Percepção de usuários

Cerca de 15% da demanda entrevistada na AE nas UBS era formada por pessoas com diagnóstico médico de DM. Destes, mais de 85% consultaram pelo problema nos seis meses anteriores à entrevista, dos quais 87% consultaram na UBS onde foram entrevistados no Ciclo I e 91% no Ciclo II.

No período de 2012 a 2018, cerca de 90% dos usuários com DM realizaram o exame de sangue para controle glicêmico nos seis meses anteriores à entrevista, mas apenas um terço teve seus pés examinados por profissionais da equipe de saúde. Menos da metade recebeu orientação sobre cuidado com os pés (46% no Ciclo I e 47% no Ciclo III). Sair da consulta com o próximo atendimento agendado foi declarado por 35% dos entrevistados com DM no Ciclo I, 28% no Ciclo II, e 39% no Ciclo III (Figura 41).

Figura 41: Gráfico de proporção de indicadores da atenção à pessoa com Diabetes Mellitus na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Nota: O indicador “orientação para cuidado dos pés” não possui informação no Ciclo II.

Fonte: Autores, 2021.

Atenção ao usuário com tuberculose e hanseníase

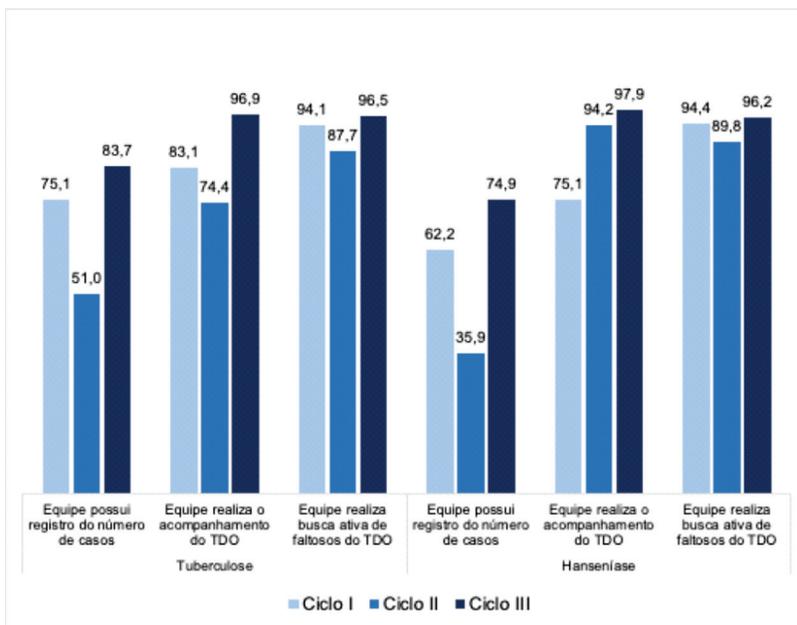
Disponibilidade de insumos e oferta pela equipe

A disponibilidade de registro de pessoas com tuberculose com maior risco/gravidade foi reportada por 75,1% (n=12.656) das equipes no Ciclo

I, 51,0% (n=15.189) no Ciclo II, e 83,7% (n=31.246) no Ciclo III. O acompanhamento do tratamento diretamente observado (TDO) do usuário foi informado por 83,1% (n=10.477) das equipes no Ciclo I, 74,4% (n=12.495) no Ciclo II, e 96,9% (n=29.891) no Ciclo III. A busca ativa de faltosos do TDO foi mencionada por 94,1% (n=9.754) no Ciclo I, 87,7% (n=13.327) no Ciclo II, e 96,5% (n=29.766) no Ciclo III (Figura 42).

Já a disponibilidade de registro de pessoas com hanseníase com maior risco/gravidade foi reportada por 62,2% (n=10.306) das equipes no Ciclo I, 35,9% (n=10.697) no Ciclo II, e 74,9% (n=27.963) no Ciclo III. O acompanhamento do TDO do usuário com hanseníase foi referido por 75,1% (n=7.779) das equipes no Ciclo I, 94,2% (n=10.080) no Ciclo II, e 97,9% (n=26.628) no Ciclo III. A busca ativa de faltosos do TDO foi realizada por 94,4% (n=7.262) das equipes no Ciclo I, 89,8% (n=9.608) no Ciclo II, e 96,2% (n=26.175) no Ciclo III (Figura 42).

Figura 42: Gráfico da proporção das características da atenção ao Usuário Portador de Tuberculose e Hanseníase pelas equipes de atenção básica, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012, 2013/2014 e 2017/2018.



Fonte: Autores, 2021.

Percepção de usuários

Na AE dos três ciclos do PMAQ-AB, não foi investigada a percepção dos usuários sobre a atenção à tuberculose e hanseníase.

Atenção ao usuário com sofrimento psíquico

Disponibilidade de insumos e oferta pela equipe

A oferta de atendimentos às pessoas com sofrimento psíquico foi referida por 88,2% (n=26.259) das equipes no Ciclo II e por 95,9% no Ciclo III (n=35.800).

A preparação de profissionais da equipe para o atendimento desses usuários foi confirmada por 32,7% (n=7.262) das equipes no Ciclo I e 39,7% (n=11.814) no Ciclo II. Além disso, 95,0% das 4.110 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) avaliadas no PMAQ-AB mencionaram realizar atividades de saúde mental em apoio às UBS no Ciclo III.

A disponibilidade de registro do número dos casos mais graves de usuários com transtorno mental foi referida por 40,8% (n=6.906) das equipes no Ciclo I, 58,1% (n=17.292) no Ciclo II, e 70,6% (n=26.355) no Ciclo III.

Percepção de usuários

Na AE dos três ciclos do PMAQ-AB, não foi investigada a percepção dos usuários sobre a atenção à saúde mental.

Atenção à saúde bucal

Disponibilidade de insumos e oferta pela equipe

A oferta de consulta odontológica foi informada por 76,8% (n=10.634) das UBS no primeiro ciclo e por 78,2% (n=18.818) no segundo ciclo. A presença de, pelo menos, um consultório odontológico na UBS se manteve estável, passando de 80,9% (n=11.200) das UBS no Ciclo I para 81,5% (n=17.967) no Ciclo III.

Investigada apenas no Ciclo III (2018), a disponibilidade da ficha clínica odontológica (prontuário clínico) e de impressos para educação em saúde foi confirmada por 80,7% (n=17.800) e 62,1% (n=13.686) dos serviços, respectivamente.

Entre as UBS com atenção à saúde bucal, a avaliação da disponibilidade de equipamentos e materiais odontológicos mostrou para a maioria dos itens avaliados um elevado padrão de disponibilidade desde o Ciclo I, superando 98,0% de confirmação no Ciclo III. No primeiro ciclo, a cadeira odontológica estava presente em 96,6% das UBS (n=10.360), o fotopolimerizador em 92,4% (n=9.906), o compressor de ar com válvula de segurança em 95,2% (n=10.212), o equipo odontológico com pontas em 95,8% (n=10.276), o mocho odontológico em 95,5% (n=10.246) das UBS, o refletor em 96,2% (n=10.318) e a unidade auxiliar com bacia cuspidreira e/ou terminal sugador em 95,6% (n=10.257) das UBS.

No período de 2012 a 2018, observou-se uma redução na proporção de UBS com autoclave de uso exclusivo para odontologia, de 47,1% (n=5.052) no Ciclo I para 32,7% (n=7.206) no Ciclo III; enquanto a proporção de UBS com amalgamador diminuiu de 86,6% (n=9.286) no Ciclo I para 77,7% (n=17.130) no Ciclo III.

Em relação aos insumos avaliados para atenção odontológica, entre os Ciclos I e III houve um aumento da disponibilidade de cimentos diversos, fios de sutura odontológica, anestésicos e resinas fotopolimerizáveis, sendo referidos por, no mínimo, 97,0% das UBS avaliadas no Ciclo III. No período analisado, ocorreu uma pequena redução na disponibilidade de material para preparo de amálgamas, presente em 80,1% das UBS e de selantes identificados em 69,5% das UBS no Ciclo III. Os itens investigados tanto no primeiro como no último ciclo estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5: Presença de insumos* para atenção odontológica na UBS, conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012 e 2017/2018.

Insumos	Ciclo I		Ciclo III	
	n	%	n	%
Amálgama (cápsulas ou material para preparo)	8.843	82,4	16.256	80,1
Cimentos diversos	9.724	90,6	20.084	98,9
Fios de sutura odontológica	9.984	93,0	19.841	97,7
Selantes	7.696	71,7	14.111	69,5
Anestésicos	10.158	94,6	20.146	99,2
Resinas fotopolimerizáveis	10.030	93,4	19.700	97,0

* Sempre disponíveis na UBS.

Fonte: Autores, 2021.

A utilização de algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea foi referida por 43,8% das equipes no Ciclo I (n=5.501) e por 82,4% das equipes no Ciclo III (n=18.952). O agendamento de consultas em saúde bucal para qualquer dia e qualquer horário foi referido por 38,2% (n=4.801) das equipes no Ciclo I e por 47,6% (n=8.614) no Ciclo II. A garantia de agenda para a continuidade do tratamento foi referida por 85,8% das equipes no Ciclo I, atingindo 52,0% (n=6.517) no Ciclo II.

A realização de campanhas para detecção de câncer de boca foi referida por 72,6% das equipes (n=9.112) no Ciclo I, por 80,5% (n=14.585) no Ciclo II, e por 94,9% das equipes no Ciclo III (n=21.817).

A maioria das equipes de saúde bucal (ESB) referiu a realização de procedimentos básicos, sendo que os menos citados foram a aplicação de selante e drenagem de abscesso (Tabela 6).

Tabela 6: Procedimentos básicos realizados pelas equipes de Saúde Bucal conforme ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Brasil 2012 e 2017/2018.

Procedimentos	Ciclo I (n=12.565)	Ciclo II (n=18.115)	Ciclo III (n=22.993)
Aplicação de flúor	94,7%	98,6%	98,5%
Aplicação de selante	78,8%	—	87,4%
Restauração com amálgama	87,5%	89,3%	80,2%
Restauração com resina	92,5%	97,9%	99,0%
Exodontia	92,5%	97,9%	98,6%
Drenagem de abscesso	82,2%	87,8%	—
Raspagem, alisamento, polimento supragengival	90,0%	83,3%	98,1%

Fonte: Autores, 2021.

Percepção de usuários

A proporção de usuários que conseguiram marcar atendimento na UBS em que foram entrevistados passou de 45,1% no Ciclo I para 76,7% no Ciclo II, com redução para 41,2% no Ciclo III. O tempo de espera para uma consulta com o dentista em até um dia foi referido por mais de 32,0% dos usuários nos Ciclos I e III e por apenas 11,6% no Ciclo II; contudo, mais de

um quarto dos usuários demorou mais de dez dias para conseguir o atendimento nos três ciclos. O agendamento da próxima consulta até o final do tratamento melhorou ligeiramente entre o segundo e terceiro ciclo, passando de 62,1% no Ciclo I para 62,9% no Ciclo II, alcançando 71,3% no Ciclo III.

A busca pelo atendimento de urgência para algum problema na boca foi relatada por aproximadamente três quartos dos usuários nos Ciclos I e III, e destes, praticamente 90,0% buscaram o atendimento na UBS em que foram entrevistados. Esta informação não foi coletada no Ciclo II. O atendimento imediato, sem consulta marcada, foi confirmado por 82,0% dos usuários nos Ciclos I e III, enquanto apenas 42,3% confirmaram este atendimento no Ciclo II. Já o tempo de espera entre dez a 30 minutos para atendimento imediato foi referido por pouco mais de 60,0% dos usuários.

Entre os usuários entrevistados nos Ciclos I e III, 24,7% e 22,2%, respectivamente, tiveram indicação do dentista para uso ou troca de prótese. Destes, aproximadamente 25,0% ainda não fazia uso da prótese; a maioria a obteve em consultório particular (55,0%, 74,9% e 46,9% respectivamente nos Ciclos I, II e III), e proporção daqueles que obtiveram a prótese na própria UBS foi de apenas 6,0% no Ciclo I, 6,4% no Ciclo II, e 7,8% no Ciclo III. Para a maioria dos participantes dos Ciclos I e III, o tempo de espera para receber a prótese foi de 15 a 30 dias (49,8% e 43,4%, respectivamente); no Ciclo II, o tempo foi inferior a 15 dias para 56,3% dos usuários que utilizavam prótese odontológica. Sobre o recebimento de orientações de cuidados com a dentadura, a proporção aumentou de 71,3% para 86,7% entre os Ciclos I e III.

Conclusão

Ao final deste capítulo, dedicado às características dos processos de trabalho das equipes na oferta de ações de saúde prioritárias e à percepção dos usuários sobre o cuidado recebido, destaca-se a evolução favorável da maioria dos indicadores estudados. A avaliação de ações prioritárias típicas da Atenção Primária à Saúde (APS) sinaliza aos profissionais e gestores potencialidades e fragilidades no acesso e na qualidade dos serviços, que devem ser objeto de atenção em atividades de formulação de políticas, formação profissional, educação permanente e pesquisa. Da mesma forma, as respostas dos usuários a perguntas sobre o cuidado devem ser valorizadas com o propósito de aprimorar os processos de atenção à saúde, com foco no cuidado centrado na pessoa e na qualificação contínua da APS.

CAPÍTULO VII

Contribuições da Avaliação Externa ao conhecimento sobre a melhoria do acesso e da qualidade em ações prioritárias da ESF: Balanço dos três ciclos do PMAQ-AB

Rosália Garcia Neves

Pamela Moraes Volz

Elaine Tomasi

Elaine Thumé

Denise Silva da Silveira

Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Nicole Rios Barros

Anaclaudia Gastal Fassa

Luiz Augusto Facchini



O Programa de Melhoria no Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) é reconhecido como um dos maiores programas de avaliação e incentivo por desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) já desenvolvidos no Brasil e no mundo (MACINKO *et al.*, 2017a). A Avaliação Externa (AE) revelou um perfil abrangente da situação do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AB) no país, por meio da caracterização de ações e indicadores prioritários, entre os anos de 2012 e 2018. A abordagem metodológica e a abrangência da avaliação permitiram detalhar a atenção a gestantes, puérperas, recém-nascidos, crianças pequenas, adultos e idosos, em uma análise das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em todo o país, mas também em comparações de regiões geopolíticas e perfis municipais (FACCHINI *et al.*, 2018; AKERMAN *et al.*, 2020; FACCHINI, 2020).

Levantamento em julho de 2021 com a expressão “PMAQ-AB” em bases de dados bibliográficos identificou uma expressiva e crescente pro-

dução científica sobre APS no país, impulsionada pelo programa desde seu lançamento em 2011 (BRASIL, 2011; FACCHINI, 2020; AKERMAN *et al.*, 2020). Foram encontradas 206 referências na BVS Saúde Pública; 83 na base do Scielo 12 publicadas em 2020, e 41 na PubMed, sendo 15 desde 2019. Houve predomínio de publicações sobre os Ciclos I e II, não sendo localizados estudos comparativos dos três ciclos (LIMA *et al.*, 2018; NEVES *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Publicações temáticas com resultados da AE do PMAQ-AB em periódicos nacionais, como, por exemplo, *Saúde em Debate* (CEBES 2014, 2018) e internacionais, como, por exemplo, *Journal of Ambulatory Care Management* (JACM), juntamente com o lançamento de livros impressos e eletrônicos (FAUSTO e FONSECA, 2013; AKERMAN *et al.*, 2020), multiplicam o conhecimento sobre os padrões de desempenho da AB no Sistema Único de Saúde (SUS).

O número especial da revista *Saúde em Debate* “Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil”, publicado em 2014, apresenta artigos com análises de dados do primeiro ciclo da AE do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), elaborados por pesquisadores participantes da Avaliação Externa. Os trabalhos versaram sobre a ESF na perspectiva de equipes e usuários, englobando temas como acesso, promoção da saúde e prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), apoio matricial, autoavaliação, planejamento e gestão do trabalho, medicamentos e saúde bucal. O número também traz artigos com diferentes temas estudados em territórios estaduais, a saber: AM, AC, PE, CE, PA, ES, PR, SP e MG (CEBES, 2014). Na apresentação do volume, as editoras destacam os resultados dos trabalhos publicados que indicam a ESF como o modelo de atenção em mais de 95% dos municípios. Entretanto, as diferenças no acesso e nas ações ofertadas ainda permanecem, comprometendo o alcance da equidade em saúde.

Outro número especial da *Saúde em Debate*, dedicado aos “30 anos de APS no SUS: estratégias para consolidação”, publicado em 2018, traz quatro artigos dedicados a análises de dados da AE do PMAQ-AB, agora incluindo o segundo ciclo. Os temas foram atributos essenciais da APS, acesso e cobertura, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e saúde bucal (CEBES, 2018).

O periódico *Journal of Ambulatory Care Management*, em edição especial de abril/junho de 2017, apresenta uma série de artigos sobre o PMAQ-AB.

Os artigos contidos na edição variam consideravelmente em seus métodos e abordagem, mas todos fazem uso de dados gerados como parte do primeiro e segundo ciclo da AE do PMAQ-AB. Os trabalhos abordaram a qualidade do cuidado dispensado a pessoas com diabetes, a APS e a mortalidade por câncer de colo de útero, a saúde bucal, as tecnologias de informação e comunicação em saúde e a percepção de usuários sobre a atenção (MACINKO *et al.*, 2017b).

A publicação “Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo do PMAQ-AB”, organizada por Fausto e Fonseca (2014), teve o propósito de sistematizar a experiência adquirida com a realização da avaliação externa das equipes de atenção básica em saúde. De acordo com as organizadoras, o livro expressa a riqueza das múltiplas e distintas experiências no trabalho de campo da avaliação da atenção básica, em variados cenários municipais que caracterizam a realidade brasileira, com destaque para procedimentos metodológicos da pesquisa e das observações que contextualizam essas experiências.

Akerman e colaboradores (2020) publicaram a obra intitulada “Atenção Básica é o Caminho! Desmontes, Resistências e Compromissos: Contribuições das Universidades Brasileiras para o cuidado, a avaliação e a pesquisa – A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde”. Facchini (2020), ao apresentar a coleção comenta que os capítulos compõem um retrato abrangente e diversificado do acesso e da qualidade na AB, a partir de múltiplas dimensões (p.ex., infraestrutura e disponibilidade de insumos; organização do acesso e do cuidado e integralidade das práticas) e ações de saúde (p.ex. promoção da saúde e cuidados a grupos prioritários, atributos da APS e gestão do trabalho). A obra, além de narrar a história e os desafios da avaliação do PMAQ-AB, expressa a capacidade avaliativa acumulada no âmbito do SUS. Também ressalta os alcances e limitações da ESF e propõe recomendações para a qualificação da AB e da avaliação de políticas e ações de saúde. A relevância da obra se amplia no presente contexto político de focalização e seletividade na AB, com ameaças ao direito universal à saúde garantido na Constituição Federal de 1988.

Dados da AE do PMAQ-AB foram explorados pelos membros do Grupo de Pesquisa AQUARES que, de 2015 a 2021, publicaram 26 artigos com temas relacionados à saúde da mulher (n=7), diabetes e/ou hipertensão arterial (n=5), saúde bucal (n=4), internações por condições sensíveis à

APS (n=2), ao apoio do NASF (n=2), avaliação da APS (n=2), ações educativas (n=1), tuberculose (n=1), saúde infantil (n=1) e estrutura das UBS (n=1). A abordagem predominante nas publicações foi o exame da adequação da estrutura das UBS e dos processos de trabalho das equipes, indicadas pela completude dos itens e aspectos relacionados a cada ação prioritária, conforme normas técnicas e documentos oficiais do SUS, em especial do Ministério da Saúde. Os estudos também verificaram a disponibilidade de equipamentos e insumos específicos, além da oferta e efetivação de práticas profissionais para as ações de saúde sob avaliação.

Tomasi *et al.* (2015), ao avaliar o rastreamento do câncer de colo do útero com dados do Ciclo I, observaram uma baixa adequação da estrutura das UBS (49%) e do processo de trabalho das equipes para a oferta da atenção programada (30%). Barcelos *et al.* (2017) identificaram 7% de falta de acesso ao rastreamento do câncer de colo do útero, 11% de atraso na realização do exame e 19% de falta de recebimento de orientações. Neves *et al.* (2020) encontraram um melhor padrão de adequação da estrutura das UBS (70%) e do processo de trabalho das equipes na avaliação do pré-natal. A solicitação de todos os exames por profissionais das equipes foi registrada por 88% das equipes. Já o recebimento de todas as orientações (60% das usuárias) e de todos os procedimentos de exame físico (23% das usuárias) foi referido por menos mulheres. A adequação do pré-natal também foi baixa do ponto de vista das usuárias, pois apenas 15% das entrevistadas receberam um conjunto de ações e procedimentos definidos com base em documentos oficiais do Ministério da Saúde. A adequação foi maior em mulheres com idade e renda maiores, indicando a persistência de iniquidades sociais (TOMASI *et al.*, 2017a). Barcelos *et al.* (2018) destacaram problemas estruturais no rastreamento de câncer de mama, pois 38% das mulheres nunca haviam feito o exame clínico das mamas e 30%, o exame de mamografia. Ruivo *et al.* (2021), ao avaliar a disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nas UBS, concluíram que a disponibilidade de todos os insumos aumentou de 1,5% para 10,9% entre os ciclos I e III, sendo que a região Norte apresentou os piores resultados. Os maiores incrementos foram nas UBS de municípios com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e nas que aderiram a todos os ciclos do PMAQ-AB.

Na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), apenas 35% das equipes apresentavam organização adequada, embora a solicitação de todos os exames tenha alcança-

do 88% das equipes. Entre os usuários, 31% tiveram seus pés examinados, e 18% referiram ter recebido todos os itens de uma atenção adequada (NEVES *et al.*, 2021). Tomasi *et al.* (2017b) identificaram uma prevalência de somente 14% de cuidado adequado em pessoas com DM entrevistadas na AE. Neves *et al.* (2018) observaram uma melhoria na adequação da estrutura das UBS para atenção à pessoa com DM entre 2012 e 2014. A disponibilidade de todos os materiais aumentou de 4% para 8% e a de medicamentos selecionados cresceu de 31% para 50%, enquanto a adequação da área física do serviço passou de 15% para 23%. Segundo Saes *et al.* (2019), a satisfação do usuário com hipertensão e/ou diabetes com o cuidado recebido foi referida por 80% dos entrevistados com, pelo menos, um dos problemas de saúde. Oliveira *et al.* (2020), ao comparar as ações da APS no cuidado às DCNT no estado de Goiás, observaram que, entre o primeiro e o segundo ciclo, a proporção de equipes que faziam todas as ações de gestão do cuidado aumentou de 16,0% para 32,1%; de todas as ações de promoção da saúde, de 21,5% para 35,2%; e todas as atividades na escola, de 22,2% para 39,8%.

O estudo de Costa *et al.* (2019) abordou a relação entre a estrutura das UBS e a detecção e/ou notificação de casos de tuberculose. Os resultados indicam que municípios com maior nível de adequação das UBS apresentaram maior número de casos de tuberculose detectados.

Queiroz *et al.* (2019) avaliaram a estrutura das UBS para atenção à saúde bucal e identificaram apenas 22% dos serviços das capitais brasileiras com consultório odontológico totalmente equipado, 47% com instrumental suficiente e 30% com material suficiente para prevenção e tratamento da cárie. Fagundes *et al.* (2018) analisaram o processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde bucal e encontraram mais de 60% realizando ações de primeiro contato, enquanto as ações de integralidade foram menos identificadas, a exemplo da referência para especialidades (8% das equipes). Ribeiro *et al.* (2021) se propuseram a comparar indicadores de potencial de acesso aos serviços de saúde bucal buscados em dois ciclos do PMAQ-AB, verificando se o programa gerou mudanças no acesso aos serviços de saúde bucal. O número de equipes que faziam atendimento todos os dias da semana aumentou 8,7% e as que faziam visita domiciliar variou de 44,5% a 52,9%. Houve redução no número de equipes que relataram garantir a agenda de atendimento da demanda espontânea, variando de 62,4% a 60,1%, e na continuidade do tratamento, variando de 63,4% a 61,1%.

Seus *et al.* (2019) registraram 86% das equipes de NASF utilizando consultórios compartilhados em UBS. As equipes da ESF receberam o apoio principalmente de fisioterapeutas (87%) e profissionais de educação física (87%) do NASF. As ações mais relatadas por equipes do NASF junto à ESF foram a avaliação e reabilitação de condições psicossociais (91%) e tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição (90%). Em 63% das equipes do NASF, os profissionais receberam formação específica para suas atividades, e 67% participavam de educação permanente.

Gubert *et al.* (2021), ao comparar a avaliação das usuárias que participaram do PMAQ-AB acerca da saúde infantil entre os estados da macrorregião Nordeste do Brasil, revelaram que os indicadores com maiores proporções foram teste do pezinho realizado em até sete dias de vida (84,4%), criança sempre atendida pelos mesmos profissionais (79,1%), acompanhamento do crescimento e desenvolvimento esperado para a idade (84,9%), orientação alimentar (86,3%) e vacinação em dia (95,3%).

Poças *et al.* (2017), com dados do Censo das UBS realizado em 2012, estimaram indicadores selecionados de estrutura da APS no Brasil. Os resultados evidenciaram altas coberturas ($\geq 70\%$) para presença de agentes comunitários de saúde (87,6%), equipes com atendimento em cinco ou mais dias na semana (71,4%), em dois turnos ou mais (70%), com oferta de consulta de enfermagem (70,9%) e curativos (70,4%); porém, coberturas ainda incipientes foram identificadas para unidades com sinalização externa adequada (25,4%), atendimento nos finais de semana (28,4%) e profissionais para acolhimento (10,4%).

Medeiros *et al.* (2019) construíram um modelo para avaliar a utilização do PMAQ-AB. Ao final das três rodadas, 15 especialistas enfatizaram a clareza da proposta e do objeto de avaliação apresentado tanto no Modelo Lógico quanto no Modelo Lógico Teórico; os especialistas concordaram plenamente com a Matriz de Avaliação e confirmaram sua consistência teórica.

Muitos dos artigos aqui citados incluíram em suas análises variáveis do contexto dos municípios onde os dados foram coletados. O Brasil é um país com marcadas desigualdades regionais que acentuam diferenças relacionadas ao desenvolvimento da população. No geral, a adequação da estrutura das UBS e do processo de trabalho dos profissionais de saúde nas equipes foi maior em municípios com maior Índice de Desenvolvimento Humano, maior porte populacional e localizados nas regiões Sul e Sudeste (TOMASI *et al.*, 2015; NEVES *et al.*, 2018, 2020). Achados semelhantes

foram observados para aspectos avaliados a partir das entrevistas com usuários, em relação à percepção sobre o cuidado recebido das equipes, a exemplo do que foi evidenciado em trabalhos sobre qualidade do pré-natal (TOMASI *et al.*, 2017a), atenção ao câncer de colo de útero (TOMASI *et al.*, 2015; BARCELOS *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2017) e mama (BARCELOS *et al.*, 2018), atenção a pessoas com diabetes (TOMASI *et al.*, 2017b; NEVES *et al.*, 2021) e disponibilidade de contraceptivos (RUIVO *et al.*, 2021).

Em relação à relevância da continuidade do processo avaliativo, observou-se que as equipes que participaram em dois ciclos do PMAQ-AB apresentaram melhor desempenho do que as que participaram somente em um ciclo (NEVES *et al.*, 2020, 2021). Mais detalhes sobre os principais achados dos trabalhos publicados encontram-se no Apêndice 6.

Conclusão

Uma síntese emerge das publicações com dados da AE do PMAQ-AB no âmbito da atenção à saúde bucal, da mulher, da criança, de pessoas com DCNT, entre outros: de modo geral, houve uma melhoria nos indicadores avaliados ao longo dos ciclos do PMAQ-AB. Entretanto, os achados também mostram a persistência de diferenças nos padrões de utilização e de qualidade dos serviços de APS por região do país, por perfil dos municípios e por características sociodemográficas dos usuários. As recomendações mais frequentes foram de ampliação do financiamento da atenção básica, investimento na formação e educação permanente das equipes e na melhoria dos processos de trabalho para superar as barreiras no acesso aos serviços e melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Referências

AKERMAN, M. S.; RODRIGUES P.; CACCIA-BRAVA, M. C. G.; MARIM, F. A.; LOUVISON, M. **Atenção Básica é o Caminho! Desmontes, Resistências e Compromissos:** Contribuições das Universidades Brasileiras para o cuidado, a avaliação e a pesquisa – A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2020. 453 p.

BARCELOS, M. R. B.; LIMA, R. D. C. D.; TOMASI, E.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ-AB. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 67, 2017.

BARCELOS, M. R. B.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; TOMASI, E.; LIMA, R. D. C. D.; CHALUPOWSKI, M. N.; REBBECK, T. R.; FACCHINI, L. A. Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: an external assessment of primary health care access and quality improvement program. **Health Systems & Reform**, v. 4, n. 1, p. 42-55, 2018.

BRANCO, M. D. R. F. C.; SOUSA, M. E. L. Characteristics of basic health units and detection of tuberculosis cases. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 52, e201802300, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB**. Brasília, DF: 2011. Disponível em: Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde <saude.gov.br>. Acesso em: nov. 2020.

CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 383, 2014.

CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. 30 anos de APS no SUS: estratégias para consolidação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 472, 2018.

COSTA, M. R.; QUEIROZ, R. C. D. S.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. D.; VISSOCI, J. R. N.; TONELLO, A. S.; THUMÉ, E.; MEDEIROS, M. N. L.; FACCHINI, L. A. Characteristics of basic health units and detection of tuberculosis cases. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** [on-line], v. 52, 2019.

COSTA, M. R.; QUEIROZ, R. C. D. S.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. D.; VISSOCI, J. R. N.; TONELLO, A. S.; THUMÉ, E.; MEDEIROS, M. N. L.; FACCHINI, L. A. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: uma saga e seu fim. In: AKERMAN, M. (org.). **Atenção Básica é o Caminho! Desmontes, Resistências e Compromissos: Contribuições das Universidades Brasileiras para o cuidado, a avaliação e a pesquisa – A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC. 2020. 453 p.

FACCHINI, L. A. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: uma saga e seu fim. AKERMAN, M. (org.) **Atenção Básica é o Caminho! Desmontes, Resistências e Compromissos: Contribuições das Universidades Brasileiras para o cuidado, a avaliação e a pesquisa – A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2020. p. 25-35, 453 p.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

FAGUNDES, D. M.; THOMAZ, E. B. A. F.; QUEIROZ, R. C. D. S.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. D.; VISSOCI, J. R. N.; CALVO, M. C. M.; FACCHINI, L. A. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 9, e00049817, 2018.

FAUSTO, M. C.; FONSECA, R. H. M. S. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. 1. ed. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2014. 318 p.

GUBERT, F. D. A.; BARBOSA, V. C.; QUEIROZ, R. C. D. S.; MARTINS, M. C.; ALVES, R. D. S.; ROLIM I. L. T. P.; LOPES, M. D. S. V.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. Qualidade da Atenção Primária à Saúde infantil em estados da região Nordeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1.757-1.766, 2021.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. D. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 52-66, 2018.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, 40 (2 Suppl), p. S4-S11, 2017a.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Introduction to the Special Edition on the Brazilian National Program to Improve Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB). **The Journal of Ambulatory Care Management**, 40 (2 Suppl.), p. S1-S3, 2017b.

MEDEIROS, G. D. A. R. **Avaliação do uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina**. 2019. 271 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

NEVES, R. G.; DURO, S. M. S.; MUÑIZ, J.; CASTRO, T. R. P.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, e00072317, 2018.

NEVES, R. G.; FLORES-QUISPE, M. D. P.; FACCHINI, L. A.; FASSA, A. G.; TOMASI, E. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, e2019019, 2020.

NEVES, R. G.; DURO, S. M. S.; NUNES, B. P.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 30, n. 3, e2020419, 2021.

OLIVEIRA, J. H. D.; SOUZA, M. R.; MORAIS, O. L. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, e2020121, 2020.

POÇAS, K. C.; FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 275-284, abr./jun. 2017.

QUEIROZ, R. C. S.; RIBEIRO, A. G. A.; TONELLO, A. S.; PINHEIRO, A. C. M.; JÚNIOR, J. A.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; COSTA, E. M.; VISSOCI, J. R. N.; STATON, C. Is there a fair distribution of the structure of dental services in the capitals of the Brazilian Federative Units?. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2019.

RIBEIRO, A. G. A.; MARTINS, R. F. M.; VISSOCI, J. R. N.; SILVA, N. C.; ROCHA, T. A. H.; QUEIROZ, R. C. D. S.; TONELLO, A. S.; STATON, C. A.; FACCHINI, L. A.; THOMAZ, E. B. A. F. Progress and challenges in potential access to oral health primary care services in Brazil: A population-based panel study with latent transition analysis. **Plos One**, v. 16, n. 3, e0247101, 2021.

ROCHA, T. A.; SILVA, N. C.; THOMAZ, E. B.; QUEIROZ, R. C.; SOUZA, M. R.; LEIN, A.; ROCHA, J. V.; ALVARES, V.; ALMEIDA, D. G.; BARBOSA, A. C.; THUMÉ, E.; STATON, C.; VISSOCI, J. R.; FACCHINI, L. A. Primary Health Care and Cervical Cancer Mortality Rates in Brazil: A Longitudinal Ecological Study. **The Journal of Ambulatory Care Management**, 40 Suppl 2 Supplement, The Brazilian National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB)(2 Suppl), S24-S34, abr./jun. 2017.

RUIVO, A. C. O.; FACCHINI, L. A.; TOMASI E.; WACHS, L. S.; FASSA, A. G. Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, e00123220, 2021.

SAES, M. O.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. **APS em Revista**, v. 1, n. 3, p. 206-221, 2019.

SEUS, T. L. C.; SILVEIRA, D. S. D.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; SIQUEIRA, F. V. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil-inquérito nacional PMAQ-AB 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, e2018308, 2019.

TOMASI, E.; OLIVEIRA T. F.; FERNANDES, P. A. A.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. D.; SIQUEIRA, F. V.; DURO, S. M. S.; SAES, M. D. O.; NUNES, B. P.; FASSA A. G. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da

Qualidade–PMAQ-AB. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2 p. 171-180, abr./jun. 2015.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T.; SIQUEIRA, F. C. V.; SILVEIRA, D. S. D.; THUMÉ, E.; DURO, S. M. S.; SAES, M. D. O.; NUNES, B. P.; FASSA, A. G. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33 n. 3, e00195815, 2017a.

TOMASI, E.; CESAR, M. A. D. C.; NEVES, R. G.; SCHMIDT, P. R. C.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. C. V.; NUNES, B. P.; FASSA, A. G.; SAES, M. O. Diabetes care in Brazil: program to improve primary care access and quality – PMAQ-AB. **The Journal of Ambulatory Care Management**. 40 (2 Suppl): S12, abr./jun. 2017b.

DISCUSSÃO



CAPÍTULO VIII

Situação da Estratégia Saúde da Família e Perspectivas da Avaliação da APS no Brasil

Luiz Augusto Facchini

Elaine Tomasi

Elaine Thumé

Introdução



A ruptura institucional de 2016 afetou regras, normas e decisões históricas no Sistema Único de Saúde (SUS) e abriu caminho para o ataque à Estratégia de Saúde da Família (ESF), enquanto modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. O processo iniciado com a edição da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 foi ampliado com a reforma da APS definida no Programa PREVINE Brasil (BRASIL, 2019a), que terminou com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o modelo de financiamento da ESF, ameaçando a continuidade de ações voltadas a reduzir disparidades e iniquidades nacionais e regionais em saúde (ABRASCO, 2020).

Em 2018, o terceiro e último ciclo avaliativo do PMAQ-AB coincidiu com o fechamento de um período de auge no investimento em múltiplos programas síncronos de apoio e incentivo à ESF. O PMAQ-AB foi implantado em um contexto de desenvolvimento e consolidação de diversas iniciativas de governança, como, por exemplo, o Requalifica UBS, o Programa Mais Médicos e os programas de formação e educação permanente de profissionais de saúde do SUS, desenvolvidos por intermédio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) (FACCHINI *et al.*, 2018).

A Avaliação Externa (AE) do PMAQ-AB possibilitou conhecer em profundidade a situação da ESF no Brasil, identificando as áreas e os problemas que precisam ser enfrentados com urgência para qualificar o acesso e o cuidado à população. Na atualidade, a vigência do PREVINE descorti-

na concepções e estratégias avaliativas mais simplificadas e focadas em ceta mínima de indicadores de desempenho da APS. Este capítulo sistematiza e discute a situação em que se encontrava a ESF no momento prévio às mudanças decorrentes da PNAB 2017 e do PREVINE Brasil e as perspectivas da avaliação do acesso e da qualidade na rede básica de saúde, decorrentes das políticas adotadas e da pandemia de COVID-19 no país.

Situação da Estratégia Saúde da Família no Brasil: avanços, fragilidades e desafios

Entre 2012 e 2018 ocorreram expressivas melhorias na infraestrutura e disponibilidade de insumos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. A organização do acesso e os processos envolvidos no cuidado avançaram rumo à universalidade, integralidade e equidade em um país com graves desigualdades sociais. No intervalo de sete anos, observou-se um aumento marcante da participação de municípios no PMAQ-AB, que passou de 71% do total de municípios do país no Ciclo I, para 91% no Ciclo II, alcançando 96% no Ciclo III, com uma inserção em praticamente todo o território nacional.

Os sete anos de investimentos regulares do PMAQ-AB (BRASIL, 2011a) em articulação com projetos e políticas de saúde de larga escala, como o Programa Requalifica UBS (BRASIL, 2021a), a UNA-SUS (BRASIL, 2021b) e o Programa Mais Médicos para o Brasil – PMMB (BRASIL, 2021c) reduziram deficiências históricas da ESF. Ao longo dos três ciclos, melhorou a sinalização e a ambiência dos prédios das UBS, a acessibilidade aos serviços e a disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos (POÇAS *et al.*, 2017).

O aumento expressivo de testes diagnósticos, materiais impressos, acesso à Internet e serviços disponíveis, inclusive consulta médica, foi essencial para qualificar a prática profissional e o cuidado dos usuários. Simultaneamente, observou-se a melhoria da coordenação do fluxo de usuários no sistema e da oferta de profissionais de saúde, especialmente de médicos. A prática profissional recebeu mais apoio institucional, e o acesso regular à educação permanente se ampliou (TOMASI *et al.*, 2015, 2017a, 2017b; BOUSQUAT *et al.*, 2017; BARCELOS *et al.*, 2018; FACCHINI *et al.*, 2018; AKERMAN *et al.*, 2020). As ações de educação permanente foram referidas por cerca de 90% das equipes no Ciclo III, e a universalização

desta estratégia de qualificação profissional poderá ser alcançada com um esforço relativamente modesto, considerando a capacidade instalada e a experiência acumulada por universidades e centros de pesquisa do país, durante a AE do PMAQ-AB, na oferta de cursos de especialização por meio da UNA-SUS (BRASIL, 2021b) e do mestrado profissional em Saúde da Família (SF) na rede nacional de instituições do PROFSÁUDE (BRASIL, 2019b).

A melhoria da estrutura das unidades de saúde e da qualificação dos profissionais de saúde também foi identificada no âmbito das ações prioritárias voltadas à saúde materno-infantil. Entre os avanços, cabe assinalar o crescimento da disponibilidade de preservativos masculinos (RUIVO *et al.*, 2021) e de insumos necessários para atenção ginecológica, além do aumento na coleta de exame preventivo para câncer de colo de útero nas unidades de saúde em todo o Brasil (TOMASI *et al.*, 2015; BARCELOS *et al.*, 2018). Também quase todas equipes de saúde desenvolviam ações de planejamento familiar e ofertavam consultas de pré-natal, puerpério e puericultura. Na atenção pré-natal, aumentou a disponibilidade de caderneta da gestante, registro de gestantes de alto risco e utilização do sistema de informação SISPRENATAL. Também se tornou mais frequente a oferta de orientações e solicitação dos exames preconizados às gestantes (TOMASI *et al.*, 2017; NEVES *et al.*, 2020). No puerpério, o destaque positivo foi a utilização de estratégias diversificadas da equipe para garantir a consulta de revisão do parto, com a busca ativa em articulação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A disponibilidade de balança e antropômetro para a atenção às crianças menores de dois anos foi igualmente elevada nas unidades de saúde. A grande maioria das equipes mantinha cadastro atualizado, utilizava a caderneta de saúde da criança e realizava busca ativa de crianças mais vulneráveis (GUBERT *et al.*, 2021).

No âmbito das ações voltadas à atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), também foi possível identificar avanços. Observouse o aumento do registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade, da coordenação da fila de espera e do acompanhamento dos usuários. A solicitação de exames – creatinina, eletrocardiograma, perfil lipídico – teve incremento entre 2012 e 2018, da mesma forma que a realização da consulta periódica na UBS. No cuidado de pessoas com diabetes, melhorou a disponibilidade de glicosímetros e tiras de glicemia capilar, o registro de pessoas com diabetes de maior risco/

gravidade, a coordenação da fila de espera e o acompanhamento dos usuários. As equipes também referiram mais a realização de exame do pé diabético, e, a exemplo dos hipertensos, aumentou a proporção de diabéticos com consulta de rotina na UBS (TOMASI *et al.*, 2017b; OLIVEIRA *et al.*, 2020; NEVES *et al.*, 2021). No cuidado de pessoas com tuberculose também ocorreu a melhoria no registro de casos com maior risco/gravidade, na busca ativa de faltosos e no acompanhamento do tratamento diretamente observado (COSTA *et al.*, 2019). Estas duas últimas ações também foram observadas para pessoas com hanseníase. Para usuários com sofrimento psíquico, registrou-se a oferta de atendimento pelas equipes de Atenção Básica (AB), e praticamente todas as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) avaliadas mencionaram realizar atividades de saúde mental em apoio às UBS no Ciclo III (SEUS *et al.*, 2019).

No âmbito da saúde bucal, é importante destacar a grande disponibilidade de equipamentos e insumos, a realização de campanhas para detecção de câncer de boca e o agendamento de consulta até o final do tratamento como prática das equipes (FAGUNDES *et al.*, 2018; QUEIROZ *et al.*, 2019).

Apesar de alcançar padrões próximos da universalidade em muitas ações de saúde, persistem fragilidades e desafios na garantia da oferta de serviços de qualidade e da integralidade do cuidado, desde a atenção no pré-natal e no puerpério, passando pelo cuidado de crianças pequenas e o rastreamento de câncer de colo de útero e exame de mamas, até a atenção de usuários com condições crônicas de saúde. Os avanços ocorridos no período não foram suficientes para alcançar todas as necessidades da rede básica e da população, observando-se a persistência de desafios crônicos na qualidade da AB e o surgimento de novos problemas, desde o golpe político de 2016 e, em especial, desde o início do governo Bolsonaro e a chegada da pandemia de COVID-19 ao país.

No período 2012-2018, a disponibilidade de Internet e a utilização de prontuário eletrônico se ampliaram, mas ainda são desafios de grande magnitude na APS brasileira. Sua solução depende de um plano que alcance cerca de 30.000 UBS para universalizar ambos os recursos no SUS (CONASEMS, 2019). A disponibilidade regular e suficiente de medicamentos e imunobiológicos, juntamente com a oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) destacaram-se entre as maiores carências da APS à época do Ciclo III. A falta destes insumos coincidiu com a redução da cobertura vacinal no país (CRUZ, 2017)) e a ampliação

dos desafios no cuidado de usuários com condições crônicas, que necessitam de medicamentos de uso contínuo e de PICS. Na avaliação de 2018, a caixa térmica para vacinas foi o insumo menos disponível nas UBS, sugerindo a existência de um problema sistêmico a afetar a efetividade do programa de vacinação na AB, observada nos registros oficiais desde 2015 (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def).

A queda acentuada na dispensação de medicamentos nas UBS indica outro problema crítico para o cuidado de usuários em tratamento farmacológico, com consequências previsíveis no agravamento dos problemas de saúde e aumento do gasto financeiro da população vinculada à AB no SUS. O Programa Farmácia Popular teve início em 2006, por meio de unidades próprias e farmácias conveniadas. Em 2015, as unidades próprias foram fechadas, e permanecem as conveniadas com o Ministério da Saúde (MS); no caso de medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), coexistem as conveniadas e a Farmácia Básica dos municípios, onde alguns medicamentos são distribuídos nas UBS e outros são prescritos para os estabelecimentos conveniados. Em 2014, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) incluiu 41.433 indivíduos de 20 anos ou mais. Destes, 6.889 (16,6%) relataram pelo menos uma doença crônica e tinham indicação de uso de medicamentos. O SUS foi a fonte de obtenção de medicamentos mais referida, tendo-se encontrado que 39,4% de indivíduos utilizavam somente o SUS para consultas e para obtenção dos medicamentos de uso continuado e apenas 10,3% se declararam usuários da farmácia popular. Também foi registrado alto percentual de usuários do SUS que recorriam a farmácias privadas como fonte única de medicamentos (21,8%) (MATTA *et al.*, 2018).

Dados da AE apontam ainda fragilidades e desafios para a saúde da mulher, notadamente para as baixas proporções de equipes que mantinham registro de usuárias com exames citopatológicos para rastreamento de câncer de colo de útero (CP) alterados e o acompanhamento pós-tratamento, realização de CP na UBS e recebimento de orientações sobre sua importância, atendimento ginecológico sem agendamento prévio, disponibilidade de preservativos femininos e de Dispositivo Intrauterino (DIU). Sobre o pré-natal, devem ser empreendidos esforços para aumentar o número de consultas, incentivando o início do acompanhamento da gestante no primeiro trimestre. As UBS devem ampliar a disponibilidade de Penicilina G

Benzatina e de vacina antitetânica, e as equipes devem qualificar ainda mais sua prática profissional, aumentando a realização de exames ginecológico e da saúde bucal durante o atendimento às gestantes. Ainda é baixa a proporção de mulheres que realizam a revisão do parto na UBS, apesar desta ação ser ofertada por mais de 90% das equipes. Nas consultas, é necessário aumentar o questionamento sobre depressão pós-parto, a oferta de contraceptivos, a realização de exame ginecológico e de mamas e as orientações sobre amamentação, uso de chupeta e mamadeira. Para a saúde infantil, deve aumentar a disponibilidade de estetoscópio pediátrico/neonatal e aparelho de pressão pediátrico e também a garantia da primeira consulta de puericultura até sete dias de vida após o nascimento do bebê. Nesta consulta inicial, os profissionais devem se preocupar mais em colocar o bebê para mamar e orientar a melhor posição para dormir. Nas consultas subsequentes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças deveria ser feito pelos mesmos profissionais e a próxima consulta já deveria ficar agendada.

Permanece a necessidade de melhorar a garantia de realização de exames para os usuários com hipertensão e o agendamento da próxima consulta. Este agendamento também deve ser garantido para usuários com diabetes, para os quais deve aumentar a disponibilidade de *kits* de monofilamento, a prática do exame de fundo de olho e dos pés, além da orientação sobre os necessários cuidados com os pés. Para usuários com hanseníase, deve ser qualificado o registro daqueles com maior risco/gravidade. No cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, há que se investir na preparação de profissionais da equipe para o atendimento desses usuários e melhorar o registro do número dos casos mais graves.

Na avaliação da atenção à saúde bucal há indicação de melhorar a oferta de consulta odontológica e a disponibilidade de autoclave de uso exclusivo para odontologia e de impressos para educação em saúde. Também o agendamento de consultas em saúde bucal para qualquer dia e qualquer horário e a garantia de agenda para a continuidade do tratamento foram citados como fragilidades.

Em relação à prática profissional e os processos de organização e efetivação do cuidado, uma das áreas mais problemáticas é a realização de exames físicos e de procedimentos durante o atendimento de gestantes, puérras, crianças pequenas e adultos com condições crônicas de saúde. A oferta foi limitada, ou escassa para a inserção de DIU (20,8%), extração de unha

(51,5%), sutura de ferimentos (57,3%), drenagem de abscesso (66,1%) e coleta de material para exames de laboratório (62,5%). Portanto, a realização de exame físico e de procedimentos é crítica para a garantia da integridade e da qualidade na ESF. Também são fundamentais para este propósito a coordenação das ações da equipe de saúde e o monitoramento previsto em protocolos e diretrizes da atenção programática.

A situação requer ainda esforços dirigidos à qualificação da prática profissional, ao fortalecimento do trabalho em equipe, organização da agenda e coordenação do cuidado no território, incluindo busca ativa e articulação com os ACS. Abordagens longitudinais do pré-natal, pós-parto, puericultura e saúde da mulher, mas também de condições crônicas em adultos e idosos potencializam a ação coordenada em cada equipe, tanto no serviço de saúde e no território de abrangência quanto em outros níveis da rede de saúde.

A organização da agenda permanece um desafio para ajustar a demanda variada e a capacidade de resposta dos profissionais. Dificuldades no fluxo de usuários no SUS, na regulação do acesso a outros pontos de atenção e na coordenação do cuidado na rede de saúde em conjunto com especialistas comprometem a qualidade da APS. O cuidado domiciliar e suas estratégias são características peculiares da ESF e mostraram expansão no período. Ainda assim, 30% das equipes avaliadas carecem de ações de atenção domiciliar, indicando a magnitude do esforço para sua universalização. No período de 2012-2018 houve redução na institucionalização do controle social no território das UBS, ao tempo em que aumentou a referência a canais de comunicação e pesquisa de satisfação com os usuários.

O fortalecimento da ESF e a superação de seus desafios requer uma forte articulação da gestão da AB com as equipes de saúde e com a população de seus territórios. O balanço criterioso dos alcances e das fragilidades da AB no período de 2012 a 2018 revelou a inequívoca capacidade do PMAQ-AB em induzir melhorias no acesso e na qualidade da APS (MACINKO *et al.*, 2017; BERTUSSO e RIZZOTTO, 2018; BEZERRA e MEDEIROS, 2018; FACCHINI *et al.*, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2018; SADDI e PECKHAM, 2018). Os resultados permitem perceber objetivamente o que melhorou na AB do SUS, mas também a persistência de problemas, alguns de magnitude sistêmica na AB (FACCHINI *et al.*, 2018).

A gestão pública do SUS e da APS, nos mais diversos contextos do país, é essencial para garantir o acesso e a qualidade da atenção em saúde

à população com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000; HARTZ e SILVA, 2005; BRASIL, 2011a). O alcance de uma cobertura da ESF estimada em mais de 63% da população brasileira coloca a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB no centro da agenda de debates do SUS.

A ESF é o modelo mais adequado para suprir as necessidades de cuidado de saúde da população brasileira, ao ofertar ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, controle de agravos e reabilitação da saúde, por meio de equipes multiprofissionais responsáveis por territórios definidos. O desenvolvimento do SUS, especialmente em função da descentralização, acarretou aos municípios importantes demandas no âmbito da gestão, como definido na Lei 8.080 (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Estas demandas incluem a necessidade de compor e gerir equipes de trabalho, dispor de estrutura física e tecnológica, organizar os insumos e as estratégias para operar o sistema de saúde, além de produzir e disponibilizar conhecimento para o conjunto da população de modo a promover equidade. A resposta às demandas de saúde frequentemente esbarra em carências humanas e materiais nos serviços de AB, mas também na baixa profissionalização da gestão em saúde, tema ainda novo no âmbito do SUS (DECIT, 2007). Para os municípios de grande porte, as demandas da descentralização são ainda mais significativas, devido à responsabilidade não apenas de prestar serviços a numerosos contingentes populacionais, mas também de executar ações de saúde de diferentes graus de complexidade.

Em um contexto histórico de crescentes desafios face à pandemia de COVID-19 e as ameaças de privatização do SUS, inclusive da AB, disponibiliza-se um panorama detalhado dos três ciclos de AE para apoiar a inteligência pública na gestão da APS, identificando as mudanças ocorridas ao longo dos três ciclos de avaliação e a persistência de problemas sistêmicos de longa duração.

Perspectivas da Avaliação da APS

A avaliação da APS se inscreve no âmbito das políticas e programas de saúde, consistindo fundamentalmente na aplicação de um juízo de valor a uma intervenção. O julgamento pode ser o resultado da averiguação do cumprimento de critérios e normas, a chamada avaliação normativa, ou ser

elaborado a partir de um procedimento científico, a denominada pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000; HARTZ e SILVA, 2005; FELISBERTO *et al.*, 2010). Nas últimas duas décadas houve uma expansão de grandes estudos avaliativos no Brasil, com relevantes contribuições ao entendimento dos desafios do acesso e da qualidade na APS (FACCHINI *et al.*, 2006; TRAVASSOS *et al.*, 2006; FACCHINI *et al.*, 2008; HARTZ *et al.*, 2008, MENDONÇA *et al.*, 2010; BRASIL, 2011b; REGIÃO e REDES, 2020; AQUARES, 2021).

O PMAQ-AB utilizou uma avaliação normativa associada a uma pesquisa avaliativa, em uma série temporal de três estudos transversais combinados, ou repetidos, semelhante a um estudo de painel, com coleta de dados ao longo do tempo sobre pessoas e serviços de saúde (LAURIE, 2013; ENCYCLOPEDIA, 2021). Estudos transversais combinados, ou *regular cross-sectional surveys* na denominação em inglês, analisam amostras diferentes ao longo do tempo, seja de serviços de saúde, de profissionais, ou de usuários em cada etapa de estudo, ao contrário dos estudos de painel que acompanham as mesmas unidades de análise, como, por exemplo, no *UK Household Longitudinal Study* (LAURIE, 2010; ENCYCLOPEDIA, 2021). Porém, na AE ocorreu uma crescente repetição de municípios, UBS e equipes em cada ciclo avaliativo, aproximando ainda mais as características de seu delineamento de um estudo de painel (ENCYCLOPEDIA, 2021). A maior variabilidade amostral entre os ciclos avaliativos ocorreu entre os profissionais de saúde que forneciam informações sobre o serviço e os usuários entrevistados. O delineamento híbrido da AE fortaleceu sua capacidade de examinar mudanças na estrutura das UBS, nos processos das equipes de AB e nos resultados das ações prioritárias ao longo do tempo. Independentemente das nuances no delineamento e dos contextos de estudo, modelos avaliativos com a abrangência e complexidade do PMAQ-AB serão de grande utilidade para a formulação de intervenções de alta efetividade na melhoria do acesso e da qualidade da APS.

Dentre os pontos de destaque da AE sobressai a participação das equipes de APS, que passou de 17.202 equipes no Ciclo I (51% do total) para mais de 37 mil equipes no Ciclo III (86% do total), reforçando a fidedignidade da situação da APS explicitada no PMAQ-AB. A menor adesão de equipes no Ciclo I deveu-se não apenas à novidade da iniciativa e aos temores dos resultados da avaliação por parte dos gestores, mas especialmente às regras do Programa à época, que limitavam em 50% o número de equi-

pes de municípios maiores (BRASIL, 2011a). Em consequência, ocorreu uma autosseleção das melhores equipes pelos municípios, resultando em uma proporção maior de equipes classificadas como boas e ótimas (58%) na certificação do Ministério da Saúde, em comparação ao segundo ciclo (48%) (MACINKO *et al.*, 2017). No terceiro ciclo, em um contexto de universalização do PMAQ-AB, 51% das equipes foram certificadas como boas e ótimas, sugerindo o padrão de desempenho da ESF no país e indicando a magnitude do esforço necessário ao alcance da excelência na totalidade das equipes (FACCHINI, 2020). A centralidade dos usuários na AE também foi um ponto de destaque do PMAQ-AB em todos os ciclos. No ciclo III, foram entrevistados mais de 140 mil usuários regulares das equipes avaliadas, que relataram minuciosamente os problemas que desafiam a melhoria do acesso e da qualidade no cotidiano da APS brasileira (TOMASI *et al.*, 2017a, 2017b).

A seleção da amostra entre usuários frequentes das UBS que se encontravam no serviço no dia da entrevista pode ser considerada uma limitação da AE, com o potencial de superestimar resultados positivos, ao desconsiderar aqueles sem acesso aos serviços (GIOVANELLA *et al.*, 2018). Por outro lado, o perfil de usuários selecionados foi o mais conveniente para avaliar a qualidade do serviço de APS utilizado regularmente, valorizando a percepção de usuários no momento do atendimento.

A premiação financeira do PMAQ não constituiu um pagamento por desempenho diretamente aos profissionais de saúde. O incentivo à melhoria do acesso e da qualidade se associava a uma complexa certificação que incluía a autoavaliação de profissionais e gestores, indicadores selecionados de fontes secundárias e avaliação externa minuciosa, resultando no valor financeiro a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo correspondente em cada município. A utilização do recurso federal para o pagamento de incentivo aos profissionais das equipes avaliadas dependia de leis municipais, que eventualmente não eram implementadas, podendo afetar a motivação dos profissionais de acordo com o desempenho da equipe e resultar em iniquidades (MACINKO *et al.*, 2017). Avaliações para pagamento por desempenho podem despertar temores de punição em profissionais, mas este problema foi superado no transcurso dos ciclos avaliativos (PINTO *et al.*, 2014, BERTUSSO e RIZZOTTO, 2018). Ao longo dos anos, o PMAQ-AB acumulou críticas por ser complexo e de difícil compreensão (CAVALCANTI e FERNANDEZ, 2020). A intensa rotatividade de gesto-

res e profissionais nas Secretarias Municipais de Saúde, coordenações de AB/ESF e equipes avaliadas, associada a barreiras de comunicação com a rede básica pode ter dificultado a compreensão e incorporação de objetivos, metas e instrumentos do PMAQ às rotinas do SUS e das equipes da ESF (FACCHINI, 2020). Bezerra & Medeiros (2018) apontam limitações na abordagem da educação permanente e da gestão do trabalho, com especial ênfase na desconsideração da saúde dos trabalhadores.

Apesar dos complexos desafios, com o PMAQ, a avaliação da atenção básica passou a ser um processo contínuo e progressivo, diretamente associado a uma política de incentivo do governo federal, baseada na transferência de recursos financeiros aos municípios por meio do monitoramento e da avaliação de um amplo conjunto de indicadores de estrutura, processo e resultado (autoavaliação da equipe de saúde e do gestor e avaliação externa) e de dados secundários (sistema de informações da AB). O incentivo ao desempenho das equipes de APS, em especial da ESF, implementado no Brasil durante as três ondas de avaliação do PMAQ-AB foi possível graças a uma forte rede constituída por pesquisadores de universidades públicas brasileiras em colaboração com gestores de saúde nacionais, estaduais e locais, com destaque para a participação dos profissionais de saúde das equipes avaliadas e usuários entrevistados. Apesar dos desafios vislumbrados no modelo avaliativo do PMAQ, há um expressivo reconhecimento de suas potencialidades e capacidade de indução de melhorias no acesso e na qualidade da APS (MACINKO *et al.*, 2017; BERTUSSO e RIZZOTTO, 2018; BEZERRA e MEDEIROS, 2018; FACCHINI *et al.*, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2018; SADDI e PECKHAM, 2018).

Em 2019, com a publicação do Programa PREVINE Brasil, efetivase um modelo de avaliação da APS que descartou os grandes estudos de abrangência nacional, com enfoque aprofundado sobre a APS, em favor do monitoramento contínuo de uma cesta mínima de indicadores (BRASIL, 2019). As propostas do PREVINE provocaram polêmicas e continuam a desafiar gestores, profissionais e pesquisadores sobre suas consequências para o financiamento e a melhoria da qualidade da APS. Entre os argumentos favoráveis encontra-se a expectativa de que o atual modelo corrija distorções nas estimativas populacionais e permita medir a real cobertura da atenção básica. Entretanto, o programa tem sido criticado por comprometer a universalidade do SUS, ao definir os recursos financeiros apenas a usuários cadastrados. A possibilidade de perdas financeiras, especial-

mente dos grandes municípios, foi estimada em análises do COSEMS-RJ (ABRASCO, 2020).

Em 2020, o efeito catastrófico da pandemia somou-se ao contexto político de insegurança com a nova estratégia avaliativa do desempenho das equipes e com o novo modelo de financiamento da APS, postergando a aplicação da política de AB do atual governo federal para 2021. Neste ano, o Ministério da Saúde confirmou a implantação do Programa PREVINE Brasil, mas precisou garantir aos municípios a transferência dos valores históricos recebidos via Piso da Atenção Básica (PAB), independentemente dos resultados da avaliação de desempenho e do cadastramento de usuários das equipes de APS preconizados pelo programa. Em relação à avaliação, as perspectivas sinalizam a continuidade do modelo simplificado de uma cesta mínima de indicadores, em sintonia com a lógica de uma APS focada em listas de indivíduos cadastrados, para receber uma carteira de serviços definidos, com ênfase em pronto-atendimento médico-centrado e descaso com destacados pilares da Estratégia de Saúde da Família, como, por exemplo, a participação de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a ênfase na família e no território da UBS.

Dentre os problemas vislumbrados no atual modelo de avaliação da APS destaca-se a dificuldade em obter registros completos e atualizados a cada quadrimestre frente às limitações de grande monta dos sistemas de informação da AB (e-SUS/SISAB), seja na entrada de dados, na vinculação e interoperabilidade de plataformas e subsistemas de informação, públicos e privados, ou na obtenção de relatórios e resultados. A disponibilidade de pessoal capacitado para operar o sistema avaliativo em cada unidade de saúde e o cadastramento completo da população da área de abrangência para a obtenção de denominadores são aspectos que contribuem para este cenário. De acordo com apontamentos feitos pela Rede de Pesquisa em APS (ABRASCO, 2020), o aumento dos investimentos na incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação será decisivo na melhoria da resolutividade da APS, da ampliação do acesso e da formação dos trabalhadores.

Para 2020 estavam previstos sete indicadores para o pagamento por desempenho: 1. Proporção de gestantes com, pelo menos, seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação; 2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; 3. Proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico; 4. Cobertu-

ra de exame citopatológico; 5. Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; 6. Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; 7. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (USP, 2020). Um dos problemas no uso de uma cesta reduzida de indicadores é sua seleção, ou seja, a definição de quais seriam os melhores para discriminar os pontos fortes e débeis de uma ação de saúde. Os sete indicadores propostos são importantes para a qualidade da APS, mas não captam os aspectos mais críticos do conteúdo de algumas ações efetivadas. No caso do pré-natal, vale lembrar que o maior desafio não é garantir seis consultas ou mais, o que já é realidade para cerca de 80% das gestantes, mas realizar o exame ginecológico no transcurso da gravidez, que alcançou apenas um terço das mulheres entrevistadas no Ciclo III. A cobertura de exame citopatológico deve ser universal para mulheres de 25 a 64 anos, mas para a qualidade do rastreamento é importante manter registros atualizados de mulheres com exames em atraso e alterados, especialmente entre as usuárias regulares do serviço de APS. O percentual de pessoas com pressão arterial aferida a cada semestre e o percentual de pessoas com solicitação de hemoglobina glicada a cada ano são insuficientes para estimar a qualidade do cuidado à hipertensão e ao diabetes. Neste caso, destaca-se a relevância para a qualidade da APS de ações da equipe em favor do apoio ao autocuidado, juntamente com o percentual de pessoas com pressão arterial e glicemia controladas e com a realização do exame dos pés (TOMASI *et al.*, 2017b; FACCHINI *et al.*, 2018; NEVES *et al.*, 2021). Em resumo, não é adequado avaliar o acesso e a qualidade da APS com uma pequena cesta de indicadores. É preciso um processo complexo, combinando as múltiplas dimensões envolvidas na conformação do objeto de estudo.

Além das limitações do modelo avaliativo vigente, a iniciativa que resultou no fim do PMAQ-AB também desmantelou uma rede de cooperação interinstitucional consolidada, entre o Ministério da Saúde e mais de 50 instituições acadêmicas de todas as regiões do país, envolvidas com a AE (FACCHINI, 2020). Felizmente, a institucionalização da avaliação da APS avançou muito no SUS e é valorizada em fóruns de gestores, de profissionais de saúde e da academia (ABRASCO, 2020). A avaliação da APS no Brasil tem sido reconhecida por abrir a caixa preta do acesso e da qualidade nos serviços, identificando objetivamente sua situação. Na atualidade, o país dispõe de uma rede robusta de grupos de pesquisa com larga experiência em avaliação da APS, impulsionada nos últimos vinte anos por políti-

cas deliberadas de fomento e apoio científico e tecnológico. A magnitude e a maturidade dos grupos de pesquisa suportam a perspectiva de realização de estudos avaliativos mais complexos e com maior potencial de aplicação imediata à realidade das equipes de saúde e da população.

Ainda assim, os desafios para o desenvolvimento da avaliação do acesso e da qualidade da APS são de grande magnitude. Em primeiro lugar, persistem dificuldades e contradições na definição da qualidade e de como os métodos de avaliação podem contribuir para melhorar os resultados da APS e o desempenho do sistema de saúde. Igualmente, há necessidade de conectar e coordenar as estratégias nacionais de avaliação para melhoria do acesso e da qualidade com os esforços locais dos serviços e da gestão da APS. Conhecer a realidade enfrentada pelas equipes de atenção primária à saúde é fundamental para estabelecer diretrizes e delinear iniciativas de avaliações nacionais bem-sucedidas. Os indicadores para medir o desempenho da APS e as intervenções decorrentes da avaliação precisam ser localmente relevantes, com capacidade de orientar os esforços de melhoria do acesso e da qualidade em cada equipe de saúde e em cada município do país. As equipes de APS fornecem as informações durante os processos avaliativos e necessitam de mecanismos eficazes e ágeis de *feedback* e de apoio na organização dos serviços e das práticas profissionais para promover a universalidade, a integralidade e a equidade das ações de saúde. Além disso, é necessário superar a visão de avaliações como projetos com prazo determinado, associados a governos, sem uma abordagem sustentável, como política de Estado de longo prazo para desenvolver o acesso e a qualidade da APS.

A curto e médio prazo, estima-se o crescimento dos esforços na definição e aprofundamento do marco teórico da avaliação do acesso e da qualidade na APS. Bases teóricas sólidas facilitarão o exame detalhado do efeito de determinantes contextuais, ou macrodeterminantes estruturais, populacionais e do sistema de saúde (políticas de saúde, investimentos em infraestrutura e processos de organização das redes de saúde) na qualidade do cuidado ofertado e na situação de saúde da população. Também espera-se um aumento de análises da qualidade e integralidade dos serviços de APS como mediadores dos resultados alcançados em indivíduos e populações. Esta suposição é embasada em evidências de que serviços de saúde de qualidade podem modificar o efeito dos determinantes estruturais da saúde, minimizando diferenças e iniquidades sociais (FACCHINI *et al.*, 2006,

2015, 2018). No âmbito metodológico, as pesquisas avaliativas da APS já experimentam uma ampla utilização de inquéritos *on-line* e estudos mediados por tecnologia da informação. Espera-se a generalização do uso de instrumentos eletrônicos, dados coletados por telefone e vídeo em plataformas *on-line*. Também é previsível um aumento do armazenamento, processamento e análise automatizados dos dados, facilitando a emissão contínua de relatórios situacionais e planos estratégicos para o enfrentamento dos problemas avaliados. A utilização de instrumentos e escalas padronizadas e validadas mostra tendência de expansão em avaliações da APS. No âmbito do SUS e, em especial, do Ministério da Saúde, observa-se a ênfase no uso de conjuntos restritos de indicadores de desempenho, em boa medida de cobertura de ações. No contexto governamental, projeta-se a diminuição no uso de instrumentos mais detalhados e aprofundados na avaliação do acesso e da qualidade da APS, à semelhança daqueles delineados na AE do PMAQ e do estudo da Rede de Pesquisa em APS sobre o enfrentamento da COVID-19 em UBS do país. Dentre as escalas e instrumentos específicos, destaca-se o uso do PCATool para caracterizar os atributos da APS (STARFIELD, 2002; HARZHEIM *et al.*, 2018). Ainda é raro o uso de escalas dirigidas ao cuidado de condições crônicas de saúde na APS brasileira, como, por exemplo, o ACIC e o PACIC (BONOMI *et al.*, 2002), mas estima-se seu crescimento nos próximos anos.

O governo brasileiro desperdiçou a capacidade instalada, a inteligência e a criatividade do SUS e de seus centros de pesquisa e tecnologia ao responder à pandemia de COVID-19 e ao avaliar seus efeitos no país e no campo da saúde. Felizmente, desde os primeiros momentos da presença da doença no território nacional, a comunidade científica ofereceu contribuições regulares aos desafios SUS, em apoio aos gestores e profissionais, mas sobretudo à população. Por exemplo, em junho de 2020, a Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO coordenou uma investigação minuciosa sobre a disponibilidade de EPIs, equipamentos clínicos e de tecnologia, insumos, separação de fluxos, treinamento em segurança no trabalho e manejo de COVID-19, afastamento de profissionais, interrupção e ajustes na continuidade dos cuidados. Ao estudo de 2020 soma-se em 2021 uma nova onda desta avaliação, desta vez com uma amostra representativa de UBS do país (BOUSQUAT *et al.*, 2020).

Dentre os temas e as estratégias metodológicas que despontam no atual cenário político destacam-se os ainda raros estudos comparativos so-

bre programas de pagamento por desempenho. Análises contrastando suas características, em diferentes sistemas de saúde, podem subsidiar mudanças organizacionais, no comportamento e na prática dos profissionais (SADDI e PECKHAM, 2018). Também se destacam os desafios relativos às mudanças no perfil da demanda dos serviços, a descontinuidade e os atrasos na prestação de cuidados, as debilidades na coordenação nacional, a falta de EPI e de proteção à saúde dos trabalhadores da APS. A segunda rodada da “pesquisa de pulso” da Organização Mundial da Saúde revela que, após um ano de pandemia de COVID-19, interrupções substanciais persistem, com cerca de 90% dos países ainda relatando uma ou mais interrupções em serviços essenciais de saúde. Nos primeiros três meses de 2021, no entanto, eles relataram progresso, com pouco mais de um terço dos serviços sendo interrompidos. Investigar as consequências da descontinuidade e retomada do cuidado na APS será essencial para delinear a resposta do Estado no enfrentamento da doença (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>).

Igualmente é necessário aprofundar o conhecimento sobre as estratégias de organização de fluxos de usuários na APS e na rede de saúde, incluindo a vigilância em saúde, a aplicação da inteligência epidemiológica no rastreamento ativo de pessoas com condições crônicas de saúde e com diagnóstico e/ou sintomas de COVID-19 e de seus contatos. O cuidado de longo prazo de usuários com COVID-19 é uma das demandas mais recentes a ser enfrentada pela APS. Sua avaliação é capaz de revelar a resolubilidade dos múltiplos problemas que afetam os usuários após a fase aguda da doença. Também urge avaliar a descontinuidade dos cuidados ofertados antes da pandemia e sua retomada pela APS, com adequações e ajustes dos processos de trabalho à realidade sanitária. Esta questão ganha relevância no contexto da pandemia e de sua superação, sendo esperado o aumento de estudos com métodos mistos, quantitativos e qualitativos, que articulem a expertise acumulada por pesquisadores em avaliações *on-line* e por profissionais de saúde no uso do teleatendimento e da vigilância em saúde para enfrentamento integrado e integral de condições crônicas de saúde. Por exemplo, o cuidado de problemas de alta prevalência em adultos e idosos, como sobrepeso, obesidade, síndrome plurimetabólica, hipertensão, diabetes, problemas musculoesqueléticos, depressão, ansiedade, incapacidade funcional, poderá ser mais efetivo por meio da avaliação de multimorbidade e a coordenação das estratégias terapêuticas e medicamentosas. Conti-

nua necessário conhecer o apoio social a grupos vulneráveis na comunidade e suas consequências para as condições de vida e de saúde, face à crescente desigualdade social do país.

A inteligência artificial (IA) pode apoiar os profissionais da APS na qualificação do atendimento personalizado dos usuários. A tecnologia de algoritmo e *machine learning* tem potencial para melhorar o gerenciamento de informações, agendamento, triagem por tipo de consulta. Também requer avaliação o suporte à decisão clínica, o rastreamento de usuários e da população em risco, em combinação com recursos de tecnologia da informação e comunicação, incluindo o compartilhamento de dados e interoperabilidade de sistemas e plataformas, como, por exemplo, prontuário eletrônico, e-SUS e SISAB. A IA tem sido aplicada no aprimoramento de processos administrativos e clínicos, na continuidade e coordenação do cuidado, na orientação de ações preventivas, lembretes e autocuidado. O desafio será determinar sua contribuição à qualidade da APS na obtenção de melhores cuidados, melhor saúde, custos mais baixos e melhor bem-estar da força de trabalho (LIN *et al.*, 2019; LIYANAGE *et al.*, 2019).

A IA e a tecnologia da informação e comunicação estão conectadas ao tema do desenvolvimento e aplicação de equipamentos pessoais de saúde, *gadgets*, recursos eletrônicos na organização do autocuidado e do cuidado às condições crônicas de saúde, em especial via teleatendimento e teleorientações. Na atualidade, uma ampla e crescente variedade de dispositivos pessoais portáteis, por exemplo, termômetros infravermelho, oxímetros de pulso, medidores de pressão arterial, pedômetros, balanças, equipamentos de ginástica, rastreador de metabolismo e medidores de glicose, tornam-se disponíveis nos lares e serviços de saúde em países e grupos sociais mais ricos (https://library.ahima.org/doc?oid=100033#.YV7BMaBv8_U). Os equipamentos pessoais contribuirão para o surgimento de novos desenhos metodológicos na avaliação em saúde e novas estratégias de cuidado e registro de informação na prática clínica, mais resolutivos que os atuais. A primeira modificação capaz de alterar as diferentes formas de pesquisas, atualmente utilizadas, refere-se à capacidade de geração de informação. Equipamentos pessoais eletrônicos geram grande quantidade de dados a um custo menor, comparados aos métodos de pesquisa utilizados amplamente antes da pandemia. A combinação de modelos estatísticos avançados, conjuntamente com essas novas possibilidades de produção de infor-

mações, permitirá uma redução de custos e prazos necessários à produção de evidências em saúde (ROCHA *et al.*, 2016).

A velocidade de desenvolvimento e avaliação das vacinas contra COVID-19 excedeu em muito as expectativas; em contraste, a implantação da vacinação tardou, e sua cobertura populacional tem sido lenta em muitos lugares do mundo (GORALNICK *et al.*, 2021). No Brasil, a primeira dose de vacina contra COVID-19 foi aplicada em 17 de janeiro de 2021, mas, passados nove meses, apenas 42% da população está plenamente imunizada. Muitos planos de vacinação em massa contaram com a experiência e a dedicação do pessoal das UBS do país para administrar as vacinas contra COVID-19 na população. Mas a falta crônica de vacinas no país levou à centralização da vacinação em locais de grande capacidade e de alto rendimento, como, por exemplo, estádios, arenas e centros de convenções. No entanto, para acelerar o ritmo de vacinação e garantir equidade na cobertura vacinal será essencial contar com a plena participação das equipes da ESF em todos os centros e recantos do país. Portanto, o tema da vacinação na APS brasileira desafia as políticas de saúde e sua avaliação (ABRASCO, 2020). As diretrizes de distanciamento social, a interrupção, redução e adequação de muitos serviços presenciais e o remanejamento de pessoal e materiais para o enfrentamento da COVID-19 dificultou a cobertura vacinal de rotina na rede básica de saúde do país em 2020. Porém, o declínio na cobertura de vacinas do calendário nacional desde 2016 pode ter se agravado com a pandemia e a atual crise social e política do Brasil. Sua solução requer a contribuição de pesquisadores, profissionais de saúde, gestores, políticos e da população (MATOS *et al.*, 2020).

A avaliação da integralidade da APS continuará desafiando pesquisadores e gestores, seja por sua complexa definição conceitual, ou por sua operacionalização. Vislumbram-se avanços na aplicação ao cotidiano da APS de uma categoria empírica que operacionaliza um princípio multidimensional do campo das políticas. Conjuntos articulados de indicadores de ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de agravos e terapêuticos e de reabilitação, individuais e coletivos, poderão revelar o alcance da integralidade requerida em cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1988; MATTOS, 2009; GUIMARÃES, 2010; BRANDÃO, 2020). Em revisão sistemática sobre o desempenho da APS, a integralidade foi um dos atributos com pior resultado (PRATES *et al.*, 2017). Pesquisas recentes de avaliação dos serviços públicos da APS brasileira,

especialmente da Estratégia Saúde da Família (ESF), reforçam problemas sistemáticos na qualidade (TOMASI *et al.*, 2017a, 2017b; NEVES *et al.*, 2021). Em geral, estes problemas incluem incompletude das ações ofertadas a grupos populacionais e condições de saúde prioritárias, como, por exemplo, pré-natal, puericultura e cuidados de pessoas com hipertensão e diabetes, revelando fragilidades dos processos organizacionais e práticas profissionais, tanto ao interior das equipes quanto da rede de serviços de saúde e da relação com o território geopolítico (FACCHINI *et al.*, 2018). O aumento da pobreza no país nos últimos anos (BARBOSA *et al.*, 2020; PINHEIRO, 2020) deverá ocasionar maior demanda ao SUS e à APS. A sobrecarga tende a limitar o tempo dispensado pelos profissionais nos atendimentos, reduzindo, assim, a oportunidade de uma atenção integral. A identificação de intervenções efetivas na melhoria do acesso e da qualidade das ações de saúde contribuirá para o alcance da integralidade das ações ofertadas.

Epílogo

A luta da população por saúde nunca foi fácil, mas o lançamento do presente livro coincide com um dos momentos mais desafiadores da curta história do SUS e da ESF, frente à magnitude da crise neoliberal e da pandemia de COVID-19 no país, agravadas com a ação caótica e negacionista do governo federal. Trinta e três anos após a conquista do SUS, as políticas privatistas vislumbram transformar o direito constitucional à saúde dos brasileiros em mais uma mercadoria altamente rentável e especializada (FACCHINI, 2020). Uma rede de aproximadamente 45.000 UBS, ponto regular de cuidado de um contingente de mais de 160 milhões de pessoas no país, com um orçamento federal que supera vinte bilhões de reais, atíça a cobiça do mercado e a formulação de políticas e modelos de prestação de serviços de perfil neoliberal.

As mudanças nas políticas afetaram o financiamento da APS (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019a), a provisão de pessoal, a educação permanente, o investimento em infraestrutura e a organização da ESF (BRASIL, 2017), que ficou mais parecida com o modelo tradicional. As iniciativas neoliberais produziram o desabastecimento de medicamentos e imunobiológicos, a descontinuidade dos NASF, a redução das equipes de ESF, a diminuição do número obrigatório de ACS por equipe, o aumento das terceirizações e

privatizações na APS (BRASIL, 2017; ABRASCO, 2020), fomentando a insegurança funcional e o desânimo da força de trabalho.

O livro sistematiza evidências e conhecimentos, identifica as principais carências para universalizar as ações de saúde e as práticas profissionais críticas para a qualificação da ESF. A obra narra a história e os desafios da avaliação do PMAQ-AB, ressalta alcances e limitações da ESF e explicita as áreas e temas mais relevantes para a melhoria do acesso e da qualidade na APS. Sua relevância se amplia no presente contexto político de focalização e seletividade na AB, que ameaça o direito universal à saúde garantido na Constituição Federal desde 1988.

Referências

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2020. Disponível em: Rede APS – Rede de pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Acesso em: jul. 2020.

AKERMAN, M. S.; RODRIGUES P.; CACCIA-BRAVA, M. C. G.; MARIM, F. A.; LOUVISON, M. **Atenção Básica é o Caminho!** Desmontes, Resistências e Compromissos: Contribuições das Universidades Brasileiras para o cuidado, a avaliação e a pesquisa – A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde. 1. ed. São Paulo: HUCITEC. 2020. 453 p.

AQUARES. **Grupo de Pesquisa de Avaliação em Saúde**. Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social. 2021. Disponível em: Início | AQUARES <ufpel.edu.br>. Acesso em: nov. 2020.

BARBOSA, R. J.; SOUZA, P. H. G. F.; SOARES, S. S. D. **Distribuição de rendas nos anos 2010: uma década perdida para desigualdade e pobreza**. Texto para discussão, 2020, p. 52.

BARCELOS, M. R. B.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; TOMASI, E.; LIMA, R. D. C. D.; CHALUPOWSKI, M. N.; REBBECK, T. R.; FACCHINI, L. A. Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: an external assessment of primary health care access and quality improvement program. **Health Systems & Reform**, v. 4, n. 1, p. 42-55, 2018.

BERTUSSO, F. Regina.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 408-419, 2018.

BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 188-202, 2018.

BONOMI, A. E.; WAGNER, E. H.; GLASGOW, R. E.; VONKORFF, M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. **Health Services Research**, v. 37, n. 3, p. 791-820, 2002.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E. M. S.; ALMEIDA, P. F.; MARTINS, C. L.; MOTA, P. H. S. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1.141-1.154, 2017.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; MEDINA, M. G.; MENDONÇA, M. H. M.; FACCHINI, L. A.; TASCIA, R. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. **Relatório de Pesquisa**. USP, Fiocruz, UFBA, UFPel, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://redeaps.org.br/>>. Acesso em: ago. 2020.

BRANDÃO, J. R. M. O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma perspectiva brasileira: discutindo os Atributos Starfield. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1.413-1.419, 2020.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Seção II Da Saúde. Art. 198 – Diretrizes organizacionais das ações e serviços públicos de saúde que integram rede regionalizada e hierarquizada e constituem o sistema de saúde. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). DOU, 2011a.

BRASIL. PROADESS – Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. 2011b. FIOCRUZ. Disponível em: Proadess – Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde <fiocruz.br>. Acesso em: jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União – DOU, v. 183, n. 1, p. 67-76, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. DOU, 2019a.

BRASIL. PROFSAÚDE – Mestrado Profissional em Saúde da Família. ABRASCO. FIOCRUZ. 2019b. Disponível em: ProfSaúde | Mestrado Profissional em Saúde da Família <fiocruz.br>. Acesso em: jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde**. 2021a. Disponível em: Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde <saude.gov.br>. Acesso em: fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. UNA-SUS Institucional. **Universidade Aberta do SUS**. FIOCRUZ. 2021b. Disponível em: Conheça a UNA-SUS <unasus.gov.br>. Acesso em: mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**. 2021c. Disponível em: Programa Mais Médicos – Governo Federal <maismedicos.gov.br>. Acesso em: mar. 2021.

CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, e300323, 2020.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Situação da informatização das UBS no Brasil**. 2019. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/pesquisa-revela-situacao-da-informatizacao-das-ubs-no-brasil/>>. Acesso em: ago. 2020.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; AVARGUES, M. C. Evaluation in the health sector: concepts and methods. **Rev Epidemiol Sante Publique**, v. 48, n. 6, p. 517-39, 2000.

COSTA, M. R.; QUEIROZ, R. C. D. S.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. D.; VISSOCI, J. R. N.; TONELLO, A. S. Characteristics of basic health units and detection of tuberculosis cases. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 52, e20180230, 2019.

CRUZ, A. A queda da imunização no Brasil. **Revista CONSENSUS**, v. 7, n. 3, p. 20-9, 2017.

DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Atuação do Ministério da Saúde em Ciência e Tecnologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 484-6, 2007.

ENCYCLOPEDIA. Panel Study. **A Dictionary of Sociology**. 2021. Disponível em: <<https://www.encyclopedia.com>>. Acesso em: mar. 2021.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; TEIXEIRA, V. A.; SILVEIRA, D. S. D. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 159-172, 2008.

FACCHINI, L.; THUMÉ, E.; NUNES, B. P.; ET AL. Governance and health system performance: national and municipal challenges to the Brazilian Family Health Strategy. **Governing health systems: for nations and communities around the world**. Brookline: Lamprey & Lee, 2015.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

FACCHINI, L. A. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: uma saga e seu fim. AKERMAN, M. (org.) **Atenção Básica é o Caminho! Desmontes, Resistências e Compromissos: Contribuições das Universidades Brasileiras para o cuidado, a avaliação e a pesquisa – A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2020. 453 p.

FAGUNDES, D. M.; THOMAZ, E. B. A. F.; QUEIROZ, R. C. D. S.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. D.; VISSOCI, J. R. N.; CALVO, M. C. M.; FACCHINI, L. A. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 9, e00049817, 2018.

FELISBERTO, E.; FREESE, E.; BEZERRA, L. C. A.; ALVES, C. K. D. A.; SAMICO, I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1.079-1.095, 2010

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; MEDINA, M. G.; LIMA, J. G.; FAUSTO, M. C. R.; SEIDL, H. M.; ANDRADE, G. C. L.; FACCHINI, L. A. Contribuições dos Estudos PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (orgs.). **Atenção Primária a Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. v. 1, p. 569-610.

GORALNICK, E.; KAUFMANN, C.; GAWANDE, A. A. Mass-vaccination sites – an essential innovation to curb the covid-19 pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 18, p. e67, 2021.

GUBERT, F. D. A.; BARBOSA, V. C.; QUEIROZ, R. C. D. S.; MARTINS, M. C.; ALVES, R. D. S.; ROLIM, I. L. T. P.; LOPES, M. D. S. V.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. Qualidade da Atenção Primária à Saúde infantil em estados da região Nordeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1.757-1.766, 2021.

GUIMARÃES, M. C. S. Uma geografia para a ciência faz diferença: um apelo da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 50-8, 2010.

HARTZ, Z. M. D. A.; SILVA, L. M. V. D. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 275 p.

HARTZ, Z. M. D. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. **Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática**, p. 409-409, 2008.

HARZHEIM, E.; GONÇALVES, M. R.; D'ÁVILA, O. P.; HAUSER, L.; PINTO, L. F. Estudos de PCATool no Brasil. Mendonça, M.H.M. (orgs.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018. p. 493-525.

LAURIE, H. Continuity and innovation in the design of Understanding Society: the UK Household Longitudinal Study. **Understanding Society Working Paper Series**, p. 201, 2010. Disponível em: <<https://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756384/obo-9780199756384-0108.xml>>. Acesso em: maio 2020.

LAURIE, H. **Panel studies**. Oxford Bibliographies. Obo in sociology. 2013. Disponível em: <<https://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756384/obo-9780199756384-0108.xml>>. Acesso em: set. 2020.

LIN, Steven Y.; MAHONEY, Megan R.; SINSKY, C. A. Ten ways artificial intelligence will transform primary care. **Journal of General Internal Medicine**, v. 34, n. 8, p. 1.626-1.630, 2019.

LIYANAGE, H.; LIAW, S. T.; JONNAGADDALA, J.; SCHREIBER, R.; KUZIEWSKY, C.; TERRY, A. L.; LUSIGNAN, S. Artificial intelligence in primary health care: perceptions, issues, and challenges. **Yearbook of Medical Informatics**, v. 28, n. 1, p. 041-046, 2019.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, 40 (2 Suppl), p. S4-S11, 2017.

MATOS, C. C. S. A.; BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T. Covid-19 and its impact on immunization programs: reflections from Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

MATTA, S. R.; BERTOLDI, A. D.; EMMERICK, I. C. M.; FONTANELLA, A. T.; COSTA, K. S.; LUIZA, V. L. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, e00073817, 2018.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MENDONÇA, M. H. N.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2.355-2.365, 2010.

NEVES, R. G.; FLORES-QUISPE, M. D. P.; FACCHINI, L. A.; FASSA, A. G.; TOMASI, E. Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, e2019019, 2020.

NEVES, R. G.; DURO, S. M. S.; NUNES, B. P.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 30, n. 3, e2020419, 2021.

OLIVEIRA, J. H. D.; SOUZA M. R.; MORAIS O. L. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, e2020121, 2020.

PINHEIRO, F. J. **Observatório das desigualdades**. 2020. Disponível em: <http://observatoriodesigualdades.fjp.mg.gov.br/?page_id=154>. Acesso em: set. 2020.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 358-372, 2014.

POÇAS, K. C.; FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 275-284, abr./jun. 2017.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E. T. *et al.* Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1.881-93, 2017.

QUEIROZ, R. C. S.; RIBEIRO, A. G. A.; TONELLO, A. S.; PINHEIRO, A. C. M.; JÚNIOR, J. A.; ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C.; COSTA, E. M.; VISSOCI, J. R. N.; STATON, C. Is there a fair distribution of the structure of dental services in the capitals of the Brazilian Federative Units?. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2019.

REGIÃO e REDES. **Caminho da Universalização da Saúde no Brasil**. 2020. Disponível em: Região e Redes – Caminho da universalização da saúde no Brasil <resbr.net.br>. Acesso em: maio 2021.

ROCHA, T. A. H.; FACHINI, L. A.; THUMÉ, E.; SILVA, N. C. D.; BARBOSA, A. C. Q.; CARMO, M. D.; RODRIGUES, J. M. Saúde Móvel: novas perspectivas para a oferta de serviços em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 159-170, 2016.

RUIVO, A. C. O.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; WACHS, L. S.; FASSA, A. G. Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, e00123220, 2021.

SADDI, F. C.; PECKHAM, S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ-AB) Seen From a Global Health and Public Policy Perspective, **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 41, n. 1, p. 25-33, jan./mar. 2018.

SEUS, T. L. C.; SILVEIRA, D. S. D.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; SIQUEIRA, F. V. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil-inquérito nacional PMAQ-AB 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, e2018308, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TOMASI, E.; OLIVEIRA, T. F.; FERNANDES, P. A. A.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. D.; SIQUEIRA, F. V.; DURO, S. M. S.; SAES, M. D. O.; NUNES, B. P.; FASSA, A. G. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2 p.171-180, abr./jun. 2015.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T.; SIQUEIRA, F. C. V.; SILVEIRA, D. S. D.; THUMÉ, E.; DURO, S. M. S.; SAES, M. D. O.; NUNES, B. P.; FASSA, A. G. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33 n. 3, e00195815, 2017a.

TOMASI, E.; CESAR, M. A. D. C.; NEVES, R. G.; SCHMIDT, P. R. C.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. C. V.; NUNES, B. P.; FASSA, A. G.; SAES, M. O. Diabetes care in Brazil: program to improve primary care access and quality-PMAQ-AB. **The Journal of Ambulatory Care Management**, 40(2 Suppl): S12, abr./jun. 2017b.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

USP – Universidade de São Paulo. **Saúde e Gestão. Boletim**, ano III, n. 1, 2020. 14 p. Disponível em: <Boletim-Saude-e-Gestao-Indicadores-Previne-Brasil.pdf (usp.br)>. Acesso em: abr. 2020.

APÊNDICES



Equipes Técnicas do Consórcio UFPel

Universidade Federal de Pelotas

Luiz Augusto Facchini
Elaine Tomasi
Elaine Thumé
Fernando Carlos Vinholes Siqueira
Denise Silva da Silveira
Suele Manjourany Silva Duro
Alessander Osório
Alitéia Santiago Dilélio
Maria Mercedes Bilhalva Lucas
Mirelle de Oliveira Saes
Danton Soares Duro Filho
Vanessa Iribarrem Avena Miranda
Ana Maria Ferreira Borges Teixeira
Anaclaudia Gastal Fassa
Bruno Pereira Nunes
Maria Elizabeth Gastal Fassa
Camilo Bruno Fonseca
Pâmela Moraes Völz
Carlos Eduardo Rochedo da Silva
Vera Lúcia Luiz Valadares
Sabrina Beatriz Martins Andrade
Rodrigo Pedrotti da Silva
Gabriel de Rosso Menezes
Bruna Carvalho das Neves
Tiago Camargo Al-Alam
Louriele Soares Wachs
Karla Pereira Machado
Mariangela Uhlmann Soares
Maria Del Pilar Flores Quispe
Marciane Kessler
Janaína Duarte Bender
Deisi Cardoso Soares
Sidnéia Tessmer Casarin

Jardel Vachileski Reckziegel
Natália Sevilha Stofel
Rosália Garcia Neves
Betina Daniele Flesch
Vanderson Oliveira da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais

Allan Claudius Queiroz Barbosa
Thiago Augusto Hernandez Rocha
Núbia Cristina da Silva Rocha
João Victor Muniz Rocha
Dante Grapiúna de Almeida
Viviane Alvares da Silva

Universidade Federal de Santa Catarina

Maria Cristina Marino Calvo
Josimari Telino de Lacerda
Claudia Flemming Colussi
Fulvio Nedel
Gabriella de Almeida Raschke Medeiros
Daniela Alba Nickel
Fernando Hellmann
Marui Weber Corseuil Giehl
Manoela de Leon Nobrega Reses
Evelyn Winter
Katia Jakovljevic Pudla Wagner
Elisa Prieto Kappel
Eduardo Lima Leite Nascimento
Patrícia Maria de Oliveira Machado
Soraia de Camargo Catapan
Eliane Maria Spiecker
Ione Jayce Ceola Schneider
Flavia Henrique

Universidade Federal do Maranhão

Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Rejane Christine de Sousa Queiroz
Aline Sampieri Tonello
Carolina Raiane Leite Dourado
Matheus Chaves Menezes
Judith Rafaelle Oliveira Pinho
Regimarina Soares Reis
Liberata Campos Coimbra
Francelena de Sousa Silva
Amanda Namíbia
Ana Basília dos Reis Oliveira
Elisa Miranda Costa
Milena Ferreira Magalhães
Rafiza Félix Marão Martins

Universidade Federal de Goiás

Marta Roverly de Souza
Claci Fátima Weirich Rosso
Olegário Corrêa da Silva Neto
Leila Simião
Renata Nascimento
Wider Carlos Bernardes de Moura
Fernanda Parreira
Erika Carvalho de Aquino

Universidade de Brasília

Kátia Crestine Poças
Elisabeth Carmem Duarte
Patrícia Taira Nakanishi
Leila Posenato Garcia
Daniele Cristiane de Lara Brito
Hugo Leonardo de Siqueira Cardoso
Diego Cardoso
Paula Cristina Moreira Couras da Silva
Adson Montalvão Oliveira



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução CNS 466/12)

Bom dia (Boa tarde)!

Estamos realizando uma avaliação para o Ministério da Saúde com o objetivo de verificar o acesso e a qualidade da atenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o Brasil. Para isso, precisamos entrevistar pessoas que utilizam estes serviços de saúde.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder um questionário. Serão feitas perguntas sobre sua saúde e como o(a) Sr(a) é atendido(a) quando vem consultar aqui nesta UBS. O seu nome não será divulgado, todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta avaliação. Se o(a) Sr(a) tiver alguma pergunta a fazer, sinta-se à vontade.

Caso o(a) Sr(a) tenha disponibilidade e interesse em participar, por favor, autorize e assine este termo de consentimento.

Obrigado pela sua atenção,

Luiz Augusto Facchini

Coordenador da Avaliação Externa do PMAQ-UFPEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 38/12

Pelotas, 10 de maio 2012.

Prof

Luiz Augusto Facchini

Projeto – *“Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde – PMAQ – AB”*

Prezado Pesquisador;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Avaliação externa do PMAQ ciclo II

Pesquisador: Luiz Augusto Facchini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21494013.0.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 487.055

Data da Relatoria: 02/12/2013

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Avaliação externa do PMAQ ciclo II

Pesquisador: Luiz Augusto Facchini.

Na atualidade, uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de Atenção Básica (AB) ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país.

Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma cobertura populacional por outros modelos de AB que pode variar entre 20% e 40% , a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prppg.ufg@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG

Continuação do Parecer: 487.055

Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Realizar a avaliação externa das equipes de atenção básica e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com ênfase no acesso e qualidade das ações, através de características de estrutura, processo de trabalho e resultados.

Objetivos específicos: Analisar a integração entre os diferentes serviços avaliados; Verificar as potenciais mudanças ocorridas no acesso e qualidade da atenção básica em relação ao primeiro ciclo do PMAQ; Caracterizar as condições de estrutura e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, considerando a instalação física, os equipamentos e insumos; Verificar se os municípios se organizam de maneira a garantir mecanismos de valorização do trabalhador da ABS; Identificar características do acesso e da qualidade das ações estratégicas da Política Nacional de Atenção Básica; Caracterizar o controle social e as inovações organizacionais das práticas de saúde; Caracterizar a percepção dos usuários sobre o acesso e a qualidade dos serviços;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores relatam que o projeto envolverá exclusivamente a aplicação de questionário, não havendo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.

Considera-se este estudo como sendo de risco mínimo aos participantes, segundo os parâmetros do International Ethical Guidelines for Biomedical Involving Human Subjects. Benefícios: Este estudo viabilizará dados para produção de conhecimento a respeito da atenção básica do país, servindo de subsídio para possíveis políticas de melhoria da saúde básica, bem como servirá de estímulo para o desenvolvimento técnico-científico no campo da atenção básica.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prppg.ufg@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 487.055

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante para Saúde Pública, pois avalia as equipes de Estratégia da Saúde da Família de diversos estados brasileiros.

O trabalho de campo será realizado por entrevistadores qualificados para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, recebendo o adequado apoio logístico com vistas ao cumprimento do cronograma estabelecido.

A produção, a comunicação e a divulgação dos resultados se efetivarão através dos seguintes produtos: o relatório técnico final da pesquisa conterá todos os materiais do estudo, com destaque para os aspectos metodológicos, os instrumentos de coleta de dados, as estratégias analíticas, os resultados e a interpretação e discussão dos achados; o resumo executivo divulgará de modo sintético os principais achados do estudo, facilitando a leitura de gestores, trabalhadores de saúde e público em geral interessado no tema; elaboração de pelo menos três artigos científicos prontos para submissão a periódicos de primeira linha; a elaboração de folder e de jornal (2000 exemplares) com notícias e resultados do estudo para divulgação em eventos científicos nacionais e internacionais, juntamente com apresentações que serão disponibilizadas ao Ministério da Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os princípios éticos serão assegurados através do consentimento informado aos entrevistados, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do sigilo sobre os dados individuais coletados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prppg.ufg@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 487.055

GOIANIA, 10 de Dezembro de 2013

Assinador por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prppg.ufg@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Pesquisador: Luiz Augusto Facchini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80341517.8.1001.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.453.320

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um grande estudo nacional de avaliação normativa promovida pelo Ministério da Saúde e realizada por várias instituições federais de ensino e pesquisa, com vistas ao monitoramento periódico de equipes de saúde e de gestão da Atenção Básica em municípios que voluntariamente aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pela Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Os principais objetivos dessa avaliação são: promover a melhoria do acesso e qualidade da atenção básica, permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a esse nível de atenção e permitir a classificação das equipes participantes, com base no seu desempenho em padrões de qualidade, para efeito de repasse de um incentivo financeiro denominado PAB - Qualidade. Será realizado um levantamento de informações para julgamento sobre a conformidade do funcionamento das equipes de Atenção Básica com critérios de qualidade previamente estabelecidos e divulgados, além da avaliação da satisfação de usuário e da percepção das equipes sobre a rede local de serviços de saúde. Essa conformidade com padrões de qualidade será verificada por meio de observações, análises de documentos e entrevistas com profissionais da Atenção Básica e usuários. Serão avaliadas cerca de 17.000 (dezessete mil) equipes de Atenção Básica e mais de 157.000 usuários, em mais de 4.000 (quatro mil) municípios brasileiros participantes do 1º ciclo do PMAQ-AB. O consentimento com essa avaliação constitui um dos compromissos assumidos no ato de adesão das equipes e gestores ao Programa. Na divulgação

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.453.320

dos resultados não serão identificados os entrevistados, apenas as equipes, unidades de saúde e municípios participantes do PMAQ.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Objetivo Secundário:

I - Realizar uma classificação de desempenho e certificação de qualidade das equipes de saúde participantes do PMAQ para efeito de repasse de um incentivo financeiro denominado PAB - Qualidade. II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo; V - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: o estudo apresenta riscos mínimos, porém não há riscos diretos implicados no processo de Avaliação Externa das equipes de Atenção Básica, na medida em que a adesão é voluntária e, mesmo diante de resultados insatisfatórios, a perspectiva é de reconstrução para permanência no Programa. São previstos no desenho do Programa cuidados para evitar possíveis desvios no uso político dos resultados e garantir a colaboração dos gestores municipais e equipes no processo de avaliação.

Benefícios:

Fornecimento de informações que subsidiarão o aperfeiçoamento do PMAQ-AB e da Política Nacional de Atenção Básica; promoção da cultura de avaliação da atenção básica; estabelecimento de padrões de qualidade para orientar boas práticas de gestão e de processos de trabalho em Atenção Básica.

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.453.320

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa nacional muito importante e relevante para avaliação da Atenção Básica e do sistema de saúde brasileiro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_17423.pdf	31/10/2017 14:45:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_SB.pdf	31/10/2017 14:43:40	Elaine Thumé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPMAQ3.doc	31/10/2017 14:40:08	Elaine Thumé	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	31/10/2017 14:36:41	Elaine Thumé	Aceito
Outros	TCLE_PMAQ3.doc	27/12/2017 07:30:00	Patricia Abrantes Duval	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.453.320

PELOTAS, 27 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

Produção Científica do Consórcio PMAQ-UFPel – 2015 a 2021

Autores / Ano / DOI / / Título	Objetivo(s)	Principais resultados
<p>Ribeiro AGA; Martins RFM; Vissoci JRN; Silva NC; Rocha TAH; Queiroz RCS; Tonello AS; Staton CA; Facchini LA; Thomaz EBAF, 2021.</p> <p>10.1371/journal.pone.0247101</p> <p>Progress and challenges in potential access to oral health primary care services in Brazil: A population-based panel study with latent transition analysis</p>	<p>Comparar indicadores de potencial de acesso aos serviços de saúde bucal buscados em dois ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), verificando se o programa gerou mudanças no acesso aos serviços de saúde bucal</p>	<p>A proporção de unidades que possuíam um ou mais dentistas (CD), consultório odontológico e operavam em horário mínimo variou de 65,6% a 67,1% entre os dois ciclos do PMAQ-AB. O número de equipes que faziam atendimento todos os dias da semana aumentou 8,7% e as que faziam visita domiciliar variou de 44,5% a 52,9%. Houve redução no número de equipes que relataram garantir a agenda de atendimento da demanda espontânea, de 62,4% a 60,1% e na continuidade do tratamento, de 63,4% a 61,1%.</p>
<p>Gubert FA; Barbosa Filho VC; Queiroz RCS; Martins MC; Alves RS; Rolim ILTP; Lopes MSV; Vieira-Meyer APGF, 2021.</p> <p>10.1590/1413-81232021265.05352021</p> <p>Quality of primary care for child health in states in the northeast region</p>	<p>Comparar a avaliação das usuárias que participaram do PMAQ-AB acerca da saúde infantil entre os estados da macrorregião Nordeste do Brasil.</p>	<p>Os indicadores com maiores proporções foram teste do pezinho realizado em até sete dias de vida (84,4%), criança sempre consultada pelos mesmos profissionais (79,1%), acompanhamento do crescimento e desenvolvimento esperado para a idade (84,9%), orientação alimentar (86,3%), vacinação em dia (95,3%). Os indicadores com as menores proporções foram orientação sobre a melhor posição para a criança dormir (45,7%) e se recebeu a caderneta de saúde da criança (46,9%). Em todos os indicadores, houve diferenças significativas entre os estados analisados.</p>
<p>Ruivo AC; Facchini LA; Tomasi E; Wachs LS; Fassa AG, 2021.</p> <p>10.1590/0102-311X00123220</p> <p>Availability of inputs for reproductive planning in three cycles of the Program for Improvement of Access and Quality in Basic Healthcare: 2012, 2014, and 2018.</p>	<p>Avaliar a disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo em unidades básicas de saúde (UBS) que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e sua distribuição segundo fatores contextuais.</p>	<p>A disponibilidade foi avaliada segundo fatores contextuais do município sede da UBS. A disponibilidade de todos os insumos aumentou de 1,5% para 10,9%. Em todos os ciclos avaliados, etinilestradiol + levonorgestrel e preservativo masculino apresentaram a maior disponibilidade, e DIU, a menor. A disponibilidade de cada insumo também aumentou, sendo o maior aumento de 36p.p. para preservativo feminino, teste rápido de gravidez e noretisterona + estradiol, e o menor de 15p.p. para etinilestradiol + levonorgestrel, noretisterona e DIU. A Região Norte apresentou os piores resultados. Os maiores incrementos foram nas UBS de municípios com o menor IDH e nas que aderiram a todos os ciclos do PMAQ.</p>

<p>Neves RG; Duro SMS; Nunes BP; Facchini LA; Tomasi E, 2021.</p> <p>10.1590/S1679-49742021000300015</p> <p>Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014</p>	<p>Avaliar a atenção de pessoas com diabetes e hipertensão, comparando as equipes segundo sua participação nos ciclos I e II do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), e verificar sua associação com características dos usuários e municípios.</p>	<p>Trinta e cinco por cento das equipes apresentaram organização adequada e 88% solicitaram todos os exames. Entre os usuários, 31% tiveram seus pés examinados e 18% referiram ter recebido atenção adequada. Municípios da região Sudeste, com mais de 300 mil habitantes e maior índice de desenvolvimento humano, apresentaram melhores indicadores. As equipes participantes dos ciclos I e II mostraram melhores prevalências de organização e solicitação de exames</p>
<p>Oliveira JH; Souza MR; Morais Neto OL, 2020.</p> <p>10.1590/S1679-49742020000500016</p> <p>Addressing chronic noncommunicable diseases in primary health care in Goiás, Brazil: a descriptive study, 2012 and 2014</p>	<p>Comparar as ações da Atenção Básica à Saúde (APS) no cuidado às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no estado de Goiás, Brasil, entre 2012 e 2014.</p>	<p>Dezesseite das 20 variáveis estudadas apresentaram aumento proporcional entre os dois ciclos: de 16,0% para 32,1% das equipes que praticavam todas as ações de gestão do cuidado, de 21,5% para 35,2% das que praticavam todas as ações de promoção da saúde e de 22,2% para 39,8% de equipes que praticavam todas as atividades na escola.</p>
<p>Neves RG; Flores-Quispe MP; Facchini LA; Fassa AG; Tomasi E, 2020.</p> <p>10.5123/s1679-49742020000100008</p> <p>Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014</p>	<p>Descrever a adequação da estrutura das UBS, solicitação de exames pelas equipes e atenção ao pré-natal referida pelas usuárias, no âmbito doPMAQ-AB.</p>	<p>Apresentaram estrutura adequada 70,1% (IC95% 69,2;71,0) das UBS; 88,0% (IC95% 87,4; 88,7) das equipes solicitaram todos os exames; entre as usuárias, 59,8% (IC95% 58,8;60,8) afirmaram ter recebido todas as orientações e 23,4% (IC95% 22,5; 24,2) receberam todos os procedimentos de exame físico; equipes participantes dos Ciclos I e II apresentaram melhores resultados.</p>
<p>Lisboa LAS; Queiroz RCS; Thomaz EBAF; Silva NC; Rocha TAH; Vissoci JRN; Staton CA; Lein A; Simões VMF; Thumé E; Facchini LA, 2020.</p> <p>10.11606/s1518-8787.2020054001784</p> <p>Characteristics of primary care and rates of pediatric hospitalizations in Brazil</p>	<p>Avaliar a associação entre as características do centro de atenção primária à saúde (PHCC) e as internações por condições sensíveis à atenção primária (PCSC) no Brasil.</p>	<p>De maneira geral, a APS mostrou adequação estrutural limitada (37,3%) para atendimento pediátrico no Brasil. As capitais das regiões Sul e Sudeste tiveram a melhor estrutura e as do Norte e Nordeste tiveram a pior. Menos hospitalizações de PCSC foram significativamente associadas com PHCC que apresentava equipamentos adequados (RR: 0,98; IC 95%: 0,97-0,99), condições estruturais (RR: 0,98; IC 95%: 0,97-0,99) e sinalização / identificação de profissionais e instalações (RR: 0,98; IC de 95%: 0,97-0,99). Maiores hospitalizações de PCSC foram significativamente associadas com PHCC com mais médicos (RR: 1,23, IC de 95%: 1,02-1,48), forma (RR: 1,01, IC de 95%: 1,01-1,02) e mais medicamentos (RR: 1,02, 95 % CI: 1,01-1,03)</p>

<p>Medeiros GAR; Nickel DA; Calvo MCM, 2019.</p> <p>10.5123/S1679-49742019000300006</p> <p>Construindo um modelo para avaliar o uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica</p>	<p>Construir um modelo de avaliação da utilização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no Brasil.</p>	<p>15 especialistas confirmaram sua participação; ao final das três rodadas, os especialistas enfatizaram a clareza da proposta e a clareza do objeto de avaliação apresentado tanto no Modelo Lógico quanto no Modelo Lógico Teórico; os especialistas concordaram plenamente com a Matriz de Avaliação e confirmaram sua consistência teórica.</p>
<p>Seus TLC; Silveira DS; Tomasi E; Thumé E; Facchini LA; Siqueira FV, 2019.</p> <p>10.5123/s1679-49742019000200009</p> <p>Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil - inquérito nacional PMAQ 2013.</p>	<p>Descrever o relato de ações de promoção da saúde dirigidas a portadores de doenças crônicas não transmissíveis, o apoio do profissional de educação física (PEF) e a realização da ação de promoção de práticas corporais e atividade física (PCAF) pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), segundo variáveis de contexto dos municípios do Brasil.</p>	<p>A ação mais relatada pelas equipes foi a avaliação e reabilitação de condições psicossociais (90,8%); seguido de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição (89,5%). A ação de promoção de práticas corporais e atividade física foi a sexta mais realizada pelas equipes de NASF.</p>
<p>Seus TLC; Silveira DS; Tomasi E; Thumé E; Facchini LA; Siqueira FV, 2019.</p> <p>10.5123/s1679-49742019000300017</p> <p>Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: pesquisa nacional - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013</p>	<p>Descrever a estrutura das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) quanto a espaços físicos, formação recebida, educação permanente e profissionais que apoiam as equipes de Atenção Básica à Saúde no Brasil, em 2013.</p>	<p>As 1.773 equipes de NASF utilizam, principalmente, consultórios compartilhados na unidade básica de saúde (UBS) (85,7%); para 63,4% dos profissionais, foi oferecida formação específica quando iniciaram o trabalho no NASF, e para 67,4%, educação permanente; as equipes receberam o apoio principalmente de fisioterapeutas (87,4%) e profissionais de educação física (87,0%)</p>
<p>Costa MR; Queiroz RCS; Rocha TAH; Silva NC; Vissoci JRN; Tonello AS; Thumé E; Medeiros MNL; Branco MRFC; Sousa MEL; Thomaz EBAF; Facchini LA, 2019.</p> <p>10.1590/0037-8682-0230-2018</p> <p>Characteristics of basic health units and detection of tuberculosis cases</p>	<p>Analisar a relação entre as características das unidades básicas de saúde (UBS) e o número de casos de TB detectados no Maranhão, Brasil.</p>	<p>Os municípios com um nível mais alto de adequação da UBS apresentaram um número maior de casos de TUBERCULOSE detectados (IDR = 1,61, IC 95%: 1,01-2,60). Em 2013, o Maranhão teve uma taxa de incidência de tuberculose pulmonar de 19,8 casos / 100.000 habitantes. Nenhuma notificação estava disponível em 68 municípios (31,34%).</p>

<p>Queiroz RCS; Ribeiro AGA; Tonello AS; Pinheiro ACM; Aquino Junior J; Rocha TAH; Silva NC; Costa EM; Vissoci JRN; Staton CA; Facchini LA; Thomaz EBAF, 2019.</p> <p>10.1186/s12939-018-0899-5</p> <p>Is there a fair distribution of the structure of dental services in the capitals of the Brazilian Federative Units?</p>	<p>Analisar a estrutura dos serviços de saúde bucal nas capitais das Unidades Federativas do Brasil e identificar se fatores socioeconômicos e cárie (necessidade) são preditores da estrutura dos serviços de saúde bucal.</p>	<p>Os resultados demonstram que 21,6% das UBS das capitais brasileiras possuíam consultório totalmente equipado; 46,9% possuíam instrumental suficiente, e 30,0%, material suficiente para prevenção e tratamento da cárie. Os quatro modelos evidenciaram índices de ajuste adequados. A correlação entre os fatores socioeconômicos e a estrutura dos serviços de saúde bucal foi observada apenas no modelo 3. Quanto piores as condições socioeconômicas, menor a disponibilidade de suprimentos odontológicos (carga fatorial padrão: 0,92, P = 0,012). Estimativas dos efeitos totais, diretos e indiretos, mostraram que a experiência de cárie dentária observada na população brasileira pelo SB-Brasil em 2010 não afetou os desfechos investigados.</p>
<p>Saes MO; Facchini LA; Tomasi E, 2019.</p> <p>10.14295/aps.v1i3.49</p> <p>Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes.</p>	<p>Identificar a satisfação dos usuários hipertensos e diabéticos com o cuidado recebido na atenção básica.</p>	<p>Observou-se que 80,3% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos do estudo (IC95% 79,9-80,6) estavam satisfeitos com o cuidado recebido. Após análise ajustada, o principal fator que afetou o desfecho foi a percepção negativa sobre o cuidado clínico recebido, reduzindo em 17,0% (IC95% 0,82-0,84) a satisfação dos usuários.</p>
<p>Barcelos, MRB; Nunes BP; Duro, SMS; Tomasi E; Lima RCD; Chalupowski MN; Rebbeck TR; Facchini LA, 2018.</p> <p>10.1080/23288604.2017.1405770</p> <p>Utilization of breast cancer screening in Brazil: an external assessment of primary health care access and quality improvement program</p>	<p>Analisar a associação entre três conjuntos de variáveis e a utilização do rastreamento do câncer de mama entre mulheres atendidas em unidades básicas de saúde participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil.</p>	<p>Os resultados mostraram que 37,7% das mulheres nunca fizeram exame clínico das mamas e 30,3% nunca fizeram mamografia. Nunca ter feito os dois procedimentos de triagem diminuiu com o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano. A ausência de exame clínico das mamas aumentou com o aumento da população e a cobertura da estratégia municipal de saúde da família. A proporção de mulheres que nunca realizaram um exame clínico das mamas foi maior na região norte. Mulheres brancas e aquelas que tinham parceiro tiveram maior utilização do rastreamento. Mulheres que tinham trabalho remunerado e viviam em famílias com maior renda per capita tiveram maior utilização do exame clínico das mamas. Benefício do Bolsa Família . Mulheres com menor renda familiar per capita tiveram maior utilização de mamografia. Estruturas e processos de trabalho adequados foram associados à maior utilização da mamografia. Investimentos na estrutura de atenção primária à saúde e processos de trabalho em equipe são essenciais para melhorar a utilização do rastreamento, prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama no Brasil.</p>

<p>Kessler M; Thumê E; Duro SMS; Tomasi E; Siqueira FCV; Silveira DS; Nunes, BP; Volz PM; Santos AA; França SM; Bender JD; Piccinini T; Facchini LA, 2018.</p> <p>10.5123/s1679-49742018000200019</p> <p>Ações educativas e de promoção de saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil</p>	<p>Investigar a oferta de ações educativas e de promoção da saúde na atenção básica e sua associação com fatores demográficos e cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.</p>	<p>As ações mais frequentes eram direcionadas aos diabéticos (91,2%), hipertensos (90,8%) e ao pré-natal e puerpério (84,6%). As menos frequentes, aos dependentes de crack, álcool e outras drogas (32,4%), ansiolíticos e benzodiazepínicos (20,3%), assim como aos portadores de tuberculose (31,4%) e hanseníase (21,0%). As maiores ofertas de ações educativas e de promoção da saúde ocorreram nos municípios de menor porte e com maior cobertura de saúde da família.</p>
<p>Neves RG; Duro SMS; Muñiz J; Pérez Castro TR; Facchini LA; Tomasi E, 2018.</p> <p>10.1590/0102-311x00072317Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade</p>	<p>Descrever a estrutura necessária à atenção de pessoas com diabetes, usuárias da rede de atenção primária à saúde, avaliada nos Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) no Brasil, 2012 e 2014, considerando-se as características dos municípios.</p>	<p>Todos os medicamentos avaliados e a sala de acolhimento apresentaram um aumento de mais de 10 p.p. de 2012 para 2014. As prevalências de estrutura adequada de materiais, medicamentos e física nas UBS foram maiores em 2014. A estrutura adequada de materiais passou de 3,9% para 7,8%, de medicamentos de 31,3% para 49,9% e física de 15,3% para 23,3%. Os municípios com mais de 300 mil habitantes, melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e menor cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) registraram maiores prevalências de UBS adequadas. As unidades que aderiram aos Ciclos I e II do PMAQ obtiveram melhoria em suas estruturas. Entretanto, foi encontrada baixa prevalência de UBS com estrutura adequada, além de diferenças na estrutura dos serviços, de acordo com o porte populacional, IDH e cobertura de ESF.</p>
<p>Fagundes DM; Thomaz EBAF; Queiroz RCS; Rocha TAH; Silva NC; Vissoci JRN; Calvo MCM; Facchini LA, 2018.</p> <p>10.1590/0102-311x00049817.</p> <p>Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB</p>	<p>Descrever o processo de trabalho das ESB do Brasil, com base nos atributos essenciais da atenção primária à saúde, segundo regiões, tipo de equipe da atenção primária à saúde e características socioeconômicas dos municípios e verificar se os dados do processo de trabalho das ESB do ciclo I do PMAQ-AB foram capazes de aferir tais atributos.</p>	<p>Os construtos formados foram analisados à luz dos atributos essenciais da atenção primária à saúde (primeiro contato, coordenação do cuidado, integralidade e longitudinalidade). Formaram-se os três primeiros construtos e um quarto fator, denominado ações em prótese dentária. Porém, o atributo longitudinalidade não foi conformado. As medidas de ajuste dos modelos foram satisfatórias. As cargas fatoriais foram maiores que 0,5, exceto para duas variáveis do fator 3. As ações mais realizadas pelas ESB (> 60%) foram as do primeiro contato e as menos comuns foram as da integralidade, destacando-se ter referência para especialidades (7,6%). Houve diferenças no processo de trabalho das ESB entre as regiões, tipo de equipe e extrato de certificação ($p < 0,05$).</p>

<p>Facchini LA; Tomasi E; Dilélio AS, 2018.</p> <p>10.1590/0103-11042018s114</p> <p>Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas</p>	<p>Destacar propostas para o enfrentamento dos desafios identificados na literatura.</p>	<p>Estudos sobre acesso e qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) evidenciam avanços na ampliação das coberturas da ESF e do acesso da população, na melhoria da estrutura dos serviços, na provisão de médicos e na cobertura de ações de saúde. Persistem problemas de estrutura, com destaque para a disponibilidade de insumos essenciais e de tecnologias de informação e comunicação. A organização e a gestão dos serviços e a prática profissional das equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde, apesar dos padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos. Propõe-se a universalização do modelo de atenção da ESF no Brasil com garantias de aportes na estrutura dos serviços de equipes completas com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde com dedicação integral. Programas de educação permanente, institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação em equipes locais e a realização de 'mutirões de qualidade' estimulam a melhoria sistêmica da qualidade da ESF no Brasil, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde.</p>
<p>Poças KC; Freitas LRS; Duarte EC, 2017.</p> <p>10.5123/S1679-49742017000200005</p> <p>Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais</p>	<p>Estimar e discutir indicadores selecionados de estrutura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil em 2012.</p>	<p>Os resultados evidenciaram altas coberturas ($\geq 70\%$) para agentes comunitários de saúde (87,6%), equipes com atendimento em cinco ou mais dias na semana (71,4%), em dois turnos ou mais (70%), com consulta de enfermagem (70,9%) e curativos (70,4%); porém, coberturas ainda são incipientes ($\leq 30\%$) para equipes em unidades com sinalização externa adequada (25,4%), prestando atendimento nos finais de semana (28,4%) e contando com profissionais para acolhimento (10,4%).</p>
<p>Araújo WRM; Queiroz, RCS; Rocha TAH Silva NC; Thumé E; Tomasi E; Facchini LA; Thomaz EBAF, 2017.</p> <p>10.11606/s1518-8787.2017051007033</p> <p>Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis</p>	<p>Investigar se características da estrutura das unidades básicas de saúde e do processo de trabalho das equipes de atenção básica estão associadas ao número de internações por condições sensíveis à atenção primária.</p>	<p>Na análise ajustada, para o desfecho ICSAPS em 2013, no bloco distal, a cobertura do Programa Bolsa Família ($\beta = -0,001$) e de plano privado ($\beta = -0,01$) apresentaram associação negativa. O índice de desenvolvimento humano ($\beta = 1,13$), a proporção de pessoa idosa ($\beta = 0,05$) e de menor de cinco anos ($\beta = 0,05$) e a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde ($\beta = 0,002$) mostraram associação positiva com ICSAPS. No bloco intermediário, apresentaram associação negativa o horário mínimo ($\beta = -0,14$) e a disponibilidade de vacina ($\beta = -0,16$); e associação positiva, a disponibilidade de medicamentos ($\beta = 0,16$). No bloco proximal, apenas a variável apoio matricial ($\beta = 0,10$) mostrou associação positiva. Na análise ajustada do número de internações por condições sensíveis à atenção primária em 2014, as variáveis apresentaram o mesmo sentido de associação de 2013</p>

<p>Tomasi E; Fernandes PAA; Oliveira TF; Thumé E; Silveira DS; Siqueira FCV; Duro SMS; Saes MO; Nunes BP; Fassa AG; Facchini LA, 2017.</p> <p>10.1590/0102-311x00195815</p> <p>Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais</p>	<p>Descrever a qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito da avaliação externa do PMAQ-AB e investigar diferenciais sociodemográficos e contextuais a serem considerados na avaliação e planejamento desta política de saúde</p>	<p>Durante o pré-natal, 89% das gestantes entrevistadas fizeram seis ou mais consultas, mais de 95% atualizaram a vacina antitetânica e receberam prescrição de sulfato ferroso, 24% referiram ter recebido todos os procedimentos de exame físico, 60% receberam todas as orientações e 69% realizaram todos os exames complementares. Apenas 15% das entrevistadas receberam atenção pré-natal adequada, considerando-se todas as ações preconizadas, sendo significativamente maior a proporção de completude da atenção em gestantes com mais idade, de maior renda, na Região Sudeste, nos municípios com mais de 300 mil habitantes e com IDH no quartil superior.</p>
<p>Tomasi E; Cesar MADC; ; Schmidt PRC; Thumé E; Silveira DS; Siqueira FCV; Nunes BP; Fassa AG; Saes MO; Duro SMS; Volz PM; Facchini LA, 2017.</p> <p>10.1097/JAC.0000000000000184</p> <p>Diabetes care in Brazil</p>	<p>Descrever a adequação da estrutura da APS e o processo de trabalho, assim como o cuidado percebido pelos usuários com DM.</p>	<p>A prevalência de autorrelato de recebimento de tratamento adequado foi de 14,3% (IC 13,4-15,2). Após o ajuste, foi 26% maior (RP = 1,26; IC 95%: 1,04-1,54) quando as unidades básicas de saúde tinham todos os itens de estrutura investigados, foi 13% maior (RP = 1,13; IC 95% : 1,00-1,29) quando o processo de trabalho das equipes para a organização e gestão dos serviços era adequado e 14% maior (RP = 1,14; IC95%: 1,00-1,30) quando a prática clínica das equipes era adequada.</p>
<p>Barcelos MRB; Lima RCD; Tomasi E; Nunes BP; Duro SMS; Facchini LA, 2017.</p> <p>10.1590/s1518-8787.2017051006802</p> <p>Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: Avaliação externa do PMAQ</p>	<p>Analisar se as variáveis demográficas, socioeconômicas e da organização dos serviços estão associadas à qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino.</p>	<p>A falta de acesso, atraso na realização do exame e falta de recebimento de orientações foram de 6,7%, 11,2% e 19,2%, respectivamente. Os problemas de qualidade foram menores de acordo com o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e da renda familiar per capita, aumentando com o porte populacional e a cobertura municipal da Estratégia Saúde da Família. A região Centro-Oeste do país apresentou as maiores ocorrências dos desfechos de baixa qualidade. As mulheres de raça indígena e amarela tiveram as maiores prevalências dos desfechos. As mulheres com companheiro, que recebiam o benefício do Programa Bolsa Família e tinham trabalho remunerado, tiveram menos falta de acesso, menos atraso na realização do exame e menos falta de recebimento de orientações. O processo de trabalho adequado nos serviços de saúde diminuiu a probabilidade de baixa qualidade em todos os indicadores.</p>

<p>Rocha TAH; Thomaz EBAF; Silva NC; Queiroz RCS; Souza MR; Barbosa ACQ; Thumé E; Rocha JVM; Alvares V; Almeida DG; Vissoci JRN; Staton CA; Facchini LA, 2017.</p> <p>10.1186/s12885-017-3700-z</p> <p>Oral primary care: an analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral cancer</p>	<p>Analisar o efeito da estrutura da APS e dos processos de trabalho sobre as taxas de incidência e mortalidade de câncer de boca após o ajuste para variáveis contextuais.</p>	<p>A taxa de incidência de câncer bucal teve associação positiva com a proporção de adultos com mais de 60 anos ($\beta = 0,59$; $p = 0,010$) e adultos fumantes ($\beta = 0,29$; $p = 0,010$). A taxa de mortalidade relacionada ao câncer bucal associou-se positivamente à proporção de adultos com mais de 60 anos ($\beta = 0,24$; $p < 0,001$) e ao desempenho de ações preventivas e diagnósticas do câncer bucal ($\beta = 0,02$; $p = 0,002$). A mortalidade esteve inversamente associada à cobertura das equipes de atenção primária ($\beta = -0,01$; $p < 0,006$) e ao financiamento da APS ($\beta = -0,52$; $p = 0,014$).</p>
<p>Rocha TAH; Silva NC; Thomaz EBAF; Queiroz RCS; Souza MR; Lein A; Rocha JVM; Alvares V; Almeida DG; Barbosa ACQ; Thumé E; Staton CA; Vissoci JRN; Facchini LA, 2017.</p> <p>10.1097/JAC.000000000000185.</p> <p>Primary Health Care and Cervical Cancer Mortality Rates in Brazil A Longitudinal Ecological Study</p>	<p>Examinar a relação entre a prestação de cuidados primários preventivos e as taxas de mortalidade por câncer cervical no Brasil.</p>	<p>Os resultados sugerem que a atenção primária à saúde contribuiu para reduzir as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil; entretanto, todo o potencial dos cuidados preventivos ainda precisa ser realizado. No modelo ajustado, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero foram significativamente mais altas nos estados com menor renda familiar per capita ($\beta = -0,06$; $P < 0,001$), com menores tamanhos populacionais ($\beta = -1,01$; $P = 0,025$) com menor investimento em PC ($\beta = -0,0002$; $P = 0,027$) e com uma proporção menor de PCTs que realizam colposcopia ($\beta = -0,14$; $P = 0,036$). Mesmo após os ajustes, as taxas de mortalidade continuaram associadas positivamente ao tempo ($\beta = 0,30$; $P < 0,001$), indicando aumento da mortalidade taxas ao longo do tempo.</p>
<p>Tomasi E; Oliveira TF; Fernandes PAA; Thumé E; Silveira DS; Siqueira FCV; Silva SM; Saes MO; Nunes BP; Fassa AG; Facchini LA, 2015.</p> <p>10.1590/S1519-38292015000200003</p> <p>Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ</p>	<p>Descrever e analisar a adequação da estrutura e processo das equipes do PMAQ-AB na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica no Brasil.</p>	<p>A prevalência de adequação da estrutura e do processo de trabalho foi 49% e 30%, respectivamente. A adequação da estrutura e o processo estiveram associados ao maior porte do município e IDH. A prevalência de adequação da estrutura foi maior nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (RP=1,35; IC95%:1,33-1,38), cuja adequação do processo de trabalho esteve associada à população adscrita <4.000 pessoas e equipe mínima completa.</p>

Sobre os autores e as autoras

Alessander Osorio

Graduado em Análise de Sistemas pela Universidade Católica de Pelotas, Especialista em Projeto de Aplicações Móveis pelo Instituto de Gestão em Tecnologia da Informação (IGTI), Mestre em Computação (UFPel), Doutorando em Computação (UFPel). Coordenador de tecnologia da informação do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, UFPel.

Aline Sampieri Tonello

Possui Doutorado em Odontologia na área de Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas – FOP/UNICAMP (2006-2010). Mestrado em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva (2003-2005). É especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pelo HRAC/USP (2001-2003). É Graduada em Odontologia (1997-2001) e Fellow Faimer Brasil 2017. Atualmente é Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Saúde da Família da RENASF. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando nos seguintes temas: epidemiologia, políticas de saúde, atenção básica, sistema único de saúde.

Allan Claudius Queiroz Barbosa

Graduado em Economia (PUC/MG 1985). Mestre em Administração (UFMG, 1989). Doutor em Administração (USP, 1995). Pós-Doutorado pelo ISEG/ Universidade de Lisboa (2005/2006) e Estudos de Especialização em Competências pelo *International Labour Organization* (ILO), Itália (1999/2000). Doutor em Administração (USP, 1995), Mestre em Administração (UFMG, 1989). Professor Titular da UFMG, onde leciona desde 1993. Professor Residente do Instituto de Estudos Avançados Transdisciplinares (IEAT) da UFMG (2019/2020). Professor afiliado da Universidade do Porto (desde 2010) e Pesquisador Associado do Instituto de Sociologia da Universidade do Porto (desde 2009). Coordenador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG, Grupo Residente do IEAT/ UFMG (2020), e do Núcleo interdisciplinar sobre gestão em organizações (não) empresariais (Nig.one/UFMG), com 26 anos de atuação na UFMG (1996/2021). Membro do Comitê Coordenador da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (OPAS/MS/Abrasco). Editor Responsável da APS em Revista. Atualmente é Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Inovação Tecnológica da UFMG (2021).



Allan Nuno Alves de Sousa

Graduado em Ciência Política pela Universidade de Brasília. Mestre em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Tecnologista vinculado ao Departamento de Saúde da Família do Ministério da Saúde.

Anacláudia Gastal Fassa

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Mestre e Doutora em Epidemiologia pela UFPel. *Takemi Fellow* na Harvard School of Public Health-United States of America (USA). Pós-doutora pela University of Massachusetts-Lowell/USA. Professora Titular do Departamento de Medicina Social da UFPel. Coordenadora dos módulos educacionais da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) da UFPel. Coordenou o Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família PROF SAÚDE da UFPel 2017-2020. Coordenou o Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFPel.

Camilo Bruno Fonseca

Possui formação de nível técnico em Agroindústria e em Biocombustíveis; Tecnólogo em Agroindústria; Formação Pedagógica com habilitação em Química. Especialização em Ensino de Ciências. Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos.

Claudia Flemming Colussi

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998). Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina e membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde – NEPAS – da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Saúde Coletiva.

Denise Silva da Silveira

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel. Mestrado e Doutorado em Epidemiologia pela UFPel. Atuou como preceptora de graduandos do curso de medicina e pós-graduandos da Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFPel, tutora de Projetos Pet-Saúde / Ministério da Saúde e supervisora de médicos do Projeto Mais Médico do Brasil. Pesquisadora no Grupo de Pesquisa AQUARES Acesso e Qualidade na rede de Saúde. Professora voluntária do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFPel.

Dirceu Ditmar Klitzke

Analista Técnico de Políticas Sociais lotado no Ministério da Saúde (MS), no Departamento da Saúde da Família, Secretaria de Atenção Primária. Trabalha há 12 anos no MS, além de quatro anos na gestão municipal de saúde, quando foi coordenador de atenção básica do município. No MS, foi coordenador das áreas de gestão da AB e gerenciamento de projetos e do Proesf, além de assessor de gabinete no Departamento de Atenção Básica e coordenador substituto da área de financiamento da APS. Possui mestrado em saúde coletiva, sobre o tema apoio institucional na atenção básica, pela Universidade de Brasília (2013), especialização em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Paraná (2004) e especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição pela Fiocruz (2009). Tem experiência na área de gestão de políticas públicas, formulação, implementação, apoio institucional, monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde. Atuando principalmente nos seguintes temas: Atenção Primária, Planejamento, Orçamento, Financiamento e Apoio Institucional.

Elaine Thumé (organizadora)

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Especialista em Saúde Comunitária pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Epidemiologia pela UFPeL. *Takemi Fellow* na Harvard School of Public Health-United States of America (USA). Professora Associada na Faculdade de Enfermagem da UFPeL. Coordenou o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPeL de 2018 a 2019. Professora no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da UFPeL. Membro do Grupo de Pesquisa AQUARES Acesso e Qualidade na Rede de Saúde.

Elaine Tomasi (organizadora)

Graduada em Serviço Social pela Universidade Católica de Pelotas (UCPeL). Mestre e Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Professora Associada do Departamento de Medicina Social da UFPeL. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da UFPeL 2020-2022. Professora do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPeL. Coordenadora de Avaliação da Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) da UFPeL. Membro do Grupo de Pesquisa AQUARES Acesso e Qualidade na Rede de Saúde.

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Especialista em Avaliação de Programas e Serviços de Saúde e em Formação Docente na área de Vigilância da Saúde, ambos pela ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Mestre em Odontologia (Diagnóstico Bucal) pela Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Saúde Pública (Epidemiologia) pela Universidade Federal da Bahia (2003-2007). Pós-doutorado em Saúde Global no Global Health Institute, Duke University, North Carolina, USA (2017) e em Avaliação de Serviços e Políticas de Saúde, no Politics and International Relations Department, University of Southampton, England, U.K. (2018). Professora Associada da Universidade Federal do Maranhão, vinculada ao Departamento de Saúde Pública. Professora Permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFMA) e Odontologia (UFMA). Consultora Membro do Grupo de Epidemiologia da Associação Brasileira de Saúde Coletiva ABRASCO.

Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Graduado em Fisioterapia pela Universidade Luterana do Brasil. Graduado em Educação Física pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Mestre em Epidemiologia (UFPeL). Doutor em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com estágio de doutorado na School of Public Health – University of Texas at Austin – School of Public Health. Professor associado da Universidade Federal de Pelotas, Coordenador do Curso de Fisioterapia e Professor da Escola Superior de Educação Física e dos Programas de Pós-Graduação em Educação Física (mestrado e doutorado) e Saúde da Família (UFPeL/ABRASCO-FIOCRUZ).

Janaína Duarte Bender

Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde, área de concentração em Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) em estágio de doutoramento com a Universidade de Lisboa (2021). Mestre em Ciências da Saúde pela UFPeL (2018), com auxílio de bolsa da CAPES. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (2016). Têm experiência no ensino e na pesquisa com ênfase em: Telessaúde e Telemedicina; Saúde Pública/Coletiva; Saúde do Idoso; Estratégia de Saúde da Família e Assistência hospitalar.

Josimari Telino de Lacerda

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999) e doutora em Ciências (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2005). Professora Associada do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-

Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de Saúde Coletiva com os seguintes temas: Políticas Públicas de Saúde, Planejamento, Gestão e Avaliação. Líder do grupo de pesquisa Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS). Integra o grupo de Pesquisa: TearSAN – Teia de Articulação pelo Fortalecimento da Segurança Alimentar e Nutricional.

Karla Pereira Machado

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pelotas (2014). Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande (PPGSP/ FURG) (2017). Doutoranda junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. É membro do Grupo de Pesquisa AQUARES Acesso e Qualidade na Rede de Saúde, do GBEM – Grupo Brasileiro de Estudos sobre Multimorbidade e do GEPOP – Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde das Populações.

Kátia Crestine Poças

Graduada em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Especialista em Farmacologia pela Universidade Federal de Lavras (UFLA) e em Planejamento em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Doutora em Saúde Coletiva pelo PPGSC FS/UnB e Universidade Nova de Lisboa/UNL Portugal. Professora Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília – Área de Medicina Social/Saúde Coletiva. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho, Gestão e Educação em Saúde da Universidade de Brasília. Pesquisadora do Consórcio entre Universidades (UFPel, UFSC, UFMG, UFG, UFMA e UnB) para a Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Coordenadora da Área de Medicina Social da FM/UnB. Coordenadora de Assuntos Acadêmicos do Grupo Gestor do UNA-SUS/UnB.

Louriele Soares Wachs

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Especialista em Saúde da Família pela UFPel. Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Professora dos módulos educacionais em Atenção Primária em Saúde da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) da UFPel. Orientadora e integrante da equipe de Coordenação Pedagógica do Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFPel.

Luiz Augusto Facchini (organizador)

Médico (Universidade Federal de Santa Maria, 1979), Mestre em Medicina Social (Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México, 1986) e doutor em Medicina (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994). Pós-doutoramento em Saúde Internacional (Takemi Programa, Harvard School of Public Health, Estados Unidos, 1997). Professor titular do Departamento de Medicina Social da UFPel até 2018. Atualmente aposentado, é professor voluntário e docente permanente dos Programas de Pós-Graduação em Epidemiologia, em Enfermagem e em Saúde da Família da UFPel. Secretário municipal de saúde de Pelotas (2001-2003). Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2009-2012) e conselheiro (2012-2015). No DMS-UFPel, coordena o Grupo de Pesquisa AQUARES e coordenou o Curso de Especialização em Saúde da Família, EaD (2011-2016). Liderou os três ciclos de Avaliação Externa do Programa de Acesso e Melhoria da Qualidade da APS (PMAQ-AB), realizados em 2012, 2014 e 2017/2018. É membro do Conselho Superior da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Coordena os módulos educacionais da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) na UFPel. Na ABRASCO é Pró-reitor da Rede Nacional de Mestrado Profissional em Saúde da Família, envolvendo 22 instituições nacionais em atividade desde 2017 e coordena a Rede de Pesquisas em Atenção Primária, desde 2010. Desenvolve atividades de ensino e pesquisa em íntima aplicação às políticas e ações de saúde no âmbito do SUS e da atenção primária à saúde.

Marciane Kessler

Graduada em Enfermagem – ênfase em Saúde Pública pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Estágio de Doutorado no Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública da University College London (UCL) (2019). Marmot Prince Mahidol Fellow no Instituto de Equidade em Saúde (UCL) (2019). Pós-doutoranda junto ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia na Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Professora nos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina Veterinária da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Erechim, RS. Atua nas disciplinas de Saúde Coletiva, Doenças Transmissíveis, Pesquisa em Enfermagem, Introdução à Enfermagem, Saúde Mental, Projeto Integrador, Estágio Supervisionado II e Epidemiologia e Saúde Única. É membro do Grupo de Pesquisa AQUARES Acesso e Qualidade na Rede de Saúde.

Maria Cristina Marino Calvo

Graduada em Odontologia pela Universidade de São Paulo (1981). Mestra em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1996). Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Atualmente é professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina, coordenadora do Núcleo Telessaúde SC da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Avaliação Em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação em saúde, saúde bucal, saúde bucal coletiva, atenção básica e Telessaúde.

Maria del Pilar Flores Quispe

Graduada em Nutrição pela Universidad Nacional Mayor de San Marcos Peru. Especialista em Nutrição Pública. Mestra em Epidemiologia UFPel. Doutoranda em Epidemiologia na UFPel. Membro do Grupo de Pesquisa AQUARES Acesso e Qualidade na Rede de Saúde. Trabalha em pesquisas na saúde coletiva com interesse nas áreas da saúde materno-infantil, desigualdades em saúde e avaliação de serviços de saúde com ênfase na atenção primária.

Maria Mercedes Bilhalva Lucas

Graduada em Licenciatura Plena em Geografia UFPel. Especialista em Ecologia Urbana UCPEL. Membro do Grupo de Pesquisa AQUARES Acesso e Qualidade na Rede de Saúde.

Mariangela Uhlmann Soares

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas UFPel. Especialista em Saúde da Família pela UFPel. Mestra e Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel.

Marta Rovey de Souza

Graduada em Bacharelado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas. Especialista em Métodos e Técnicas per al Estudi de la Población (CED, Barcelona. Curso de Aperfeiçoamento em Démographie Historique (Ecole des Hautes Études – Paris. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade de Campinas (UNICAMP). Professora Titular no Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Docente dos programas de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFG. Foi Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFG nos períodos de 2010-2012 e 2015-2017. Foi Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-UFG) no período

2009-2013. Coordenadora do Observatório da Saúde de Populações Vulneráveis. Desenvolve projetos de pesquisa nas áreas de: Saúde da mulher e da criança, Violências, Atenção primária, Saúde de populações vulneráveis.

Mirelle de Oliveira Saes

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Católica de Pelotas. Mestra e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande. Professora de Anatomia Humana da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande FAMED/FURG. Docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/FURG e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFPeI/ABRASCO-FIOCRUZ). É coordenadora do GEPOP – Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde das Populações, e membro do Grupo de Pesquisa AQUARES Acesso e Qualidade na Rede de Saúde e do GBEM – Grupo Brasileiro de Estudos sobre Multimorbidade. Atua principalmente nos seguintes temas: avaliação de serviços de saúde, idosos, adolescentes/escolares, atenção primária à saúde e epidemiologia e COVID-longa.

Nicole Rios Barros

Graduanda em Medicina na Universidade Federal de Pelotas; diretora local do Comitê Permanente de Direitos Humanos e Paz (SCORP – LC UFPeI); assistente regional do Green Lamp Team 2021 da IFMSA Brasil. Membro da Liga de Cirurgia Torácica (LACIT), da Liga de Cardiologia (LACARDIO) e da Liga de Saúde das Populações em Vulnerabilidade Social (LASPOVUS). Bolsista de Iniciação Científica CNPq.

Núbia Cristina Silva Rocha

Graduada em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. Mestra e Doutora em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. Doutora em Administração – CEPEAD – na Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-doutora pela Duke University. Atualmente é pesquisadora e consultora. Atua junto a projetos na área de saúde pública, de recursos humanos, com ênfase em avaliação de políticas públicas.

Pâmela Moraes Volz

Graduada em Ciências Sociais (bacharelado) pela Universidade Federal de Pelotas. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINTER e Geriatria e Gerontologia pela UNOPAR. Mestre em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, ambos da Universidade Federal de Pelotas. Professora substituta na Faculdade de Medicina

da Universidade Federal de Rio Grande (FURG), atuando como colaboradora nas disciplinas de Metodologia da Pesquisa, Sistemas de Informação em Saúde e Epidemiologia .

Rejane Christine de Sousa Queiroz

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Pará. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Maranhão e em Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores pela Universidade Federal do Ceará. Mestra em Saúde Pública pela FIOCRUZ. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Pós-doutorado em Saúde Global no Global Health Institute, Duke University, North Carolina, USA. Professora Associada do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão.

Rosália Garcia Neves

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas. Especialista em Estratégia de Saúde da Família. Mestra e Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Especialista em saúde na 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, em Pelotas. Tem experiência na área de Epidemiologia, avaliação de programas e serviços de saúde, Atenção Primária à Saúde, qualidade da atenção a doenças crônicas não transmissíveis e desigualdade em saúde.

Suele Manjourany Silva Duro

Graduada em Educação Física pela Universidade Federal de Pelotas (2003), Mestrado (2008) e Doutorado (2013) em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Atualmente atua como Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e como Editora Associada da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde. É membro do Grupo de Pesquisa AQUARES Acesso e Qualidade na Rede de Saúde.

Thiago Augusto Hernandes Rocha

Graduado em Psicologia. Mestre e Doutor em Gestão de Pessoas/Administração pela UFMG. Coordenador técnico de projetos em caráter nacional para avaliação de políticas públicas em saúde, educação e recursos humanos. Possui formação complementar em análises espaciais – SIG, análise e desenvolvimento de banco de dados em SPSS, Análise Envoltória de Dados (DEA), *Machine Learning*, R, análise multivariada de dados, metodologia de grupo focal e Business Process Modeling Notation. É membro da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. Já desenvolveu diversos projetos de pesquisa, consultoria e avaliação de desempenho junto à Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Secretarias estaduais de saúde, Fundações privadas, Secretarias Municipais de saúde, Fundações de

Amparo à Pesquisa, bem como empresas públicas e privadas. É revisor de periódicos especializados em saúde, gestão e tecnologia de informação aplicada à saúde. Tem experiência na área de Administração pública e avaliação de desempenho, atuando nos temas: avaliação de políticas públicas, desenvolvimento de metodologias de avaliação de desempenho, mineração de dados, geoprocessamento, gestão de desempenho, mapeamento de processos, reestruturação organizacional, estruturação de sistemas de tecnologia de informação em saúde, saúde móvel (mHealth), *Business Intelligence*, BIG DATA e ciência de dados aplicada à gestão.



Este livro proporciona ao leitor um perfil abrangente da Atenção Básica à Saúde, ao comparar os resultados da avaliação externa realizada entre 2012 e 2018, durante os três ciclos do PMAQ-AB. Também detalha as atividades da avaliação externa sob coordenação do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas e do Grupo de Pesquisas AQUARES – Acesso e Qualidade na Rede de Saúde. O texto apresenta padrões de indicadores de acesso e qualidade na atenção de gestantes, puérperas, recém-nascidos, crianças pequenas, adultos e idosos, em uma análise das equipes da Estratégia Saúde da Família. Além disso, destaca as mudanças ocorridas nos padrões ao longo do tempo, com foco no alcance dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde de universalidade, integralidade e equidade. Convém frisar, enfim, que a obra é disponibilizada em um momento de máximo desafio para o Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família face à pandemia de COVID-19 e às ameaças políticas neoliberais.