

Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento

Baseline Studies of the Project for the Expansion and Consolidation of Family Health (PROESF): considerations about its follow up

Regina Bodstein ¹
Kátia Feliciano ²
Virginia Alonso Hortale ¹
Maria do Carmo Leal ¹

Abstract *This article discusses the process by which a group of experts invited by the Coordination for Monitoring and Evaluation of the Department of Primary Health Care of the Ministry of Health accompanied the Baseline Studies (BLS) carried out in the context of PROESF. The process consisted in establishing a dialogue and partnerships between important health institutions and research groups in the country and was supported by ABRASCO. The constitution of this group was important in view of the relevance of the BLS in subsidizing the conversion of the health care model besides providing more legitimacy and transparency to the activities, technically qualifying the dialogue and optimizing the use of the produced information. What was at stake was on one hand the quality of the products and results of the BLSs, which involved data about 168 municipalities from different mega-regions of the country, and on the other hand the establishment of partnerships between researchers, public managers and local professionals aimed at encouraging the institutionalization of evaluation in the Unified Health System by means of strategies for capacity building of the responsible for primary health care in the municipalities participating in the studies*

Key words *Primary health care, Monitoring, Institutionalization of evaluation of primary health care*

Resumo *O artigo discute o processo de acompanhamento dos Estudos de Linha de Base (ELB) desenvolvido no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) por um grupo de especialistas convidado pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAADAB/MS), garantindo a interlocução e a parceria entre importantes instituições e grupos de pesquisa em saúde do País, com apoio da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). A constituição do grupo de acompanhamento, além de permitir maior legitimidade e transparência às atividades, qualificando tecnicamente o diálogo e potencializando o uso das informações, foi importante diante da relevância dos ELB para subsidiar a conversão do modelo assistencial por meio da expansão da estratégia da saúde da família nos grandes centros urbanos do País. Estava em questão tanto a qualidade dos produtos e resultados dos ELB, que abrangiam dados sobre 168 municípios das diversas macrorregiões do País, como a constituição de parcerias entre pesquisadores, gestores e profissionais locais, a fim de incentivar a institucionalização da avaliação, por intermédio de estratégias de capacitação dos responsáveis pela atenção básica nos municípios participantes dos estudos.*

Palavras-chave *Atenção básica, Monitoramento, Institucionalização da avaliação da atenção básica*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, 21041-210 Rio de Janeiro RJ. bodstein@ensp.fiocruz.br

² Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira.

Introdução

Iniciativas de institucionalização da avaliação em saúde vêm sendo implantadas desde os anos 70 em diversos países, com o objetivo de melhorar o desempenho do sistema de saúde e aumentar o grau de responsabilidade dos gestores, garantindo transparência na utilização dos recursos. Desta forma, a institucionalização da avaliação passa a ser enfocada como objeto de pesquisa e de intervenção no campo da saúde^{1, 2, 3}, tendo em vista sua potencialidade para o diálogo entre pesquisa, processo decisório e serviços de saúde.

No Brasil, a avaliação em saúde emerge de forma sistemática no fim dos anos 90 e ganha relevância a partir de 2000, com o debate internacional em torno da metodologia de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde^{4, 5}. Através de iniciativas recentes, vem sendo sistematicamente debatida pelo Ministério da Saúde (MS), que passa a compreender a institucionalização da avaliação como uma política no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Nesse contexto, é criada, no MS, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, dentro do Departamento da Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde. Esta coordenação foi estruturada em torno de um conjunto de iniciativas voltadas para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde e para a indução e gestão de estudos e pesquisas, com o objetivo de produzir informação e comunicação, dentre outras atribuições⁶.

Os Estudos de Linha de Base (ELB) realizados no Brasil a partir de 2005 fazem parte das iniciativas desenvolvidas por essa coordenação⁶. Trata-se de um projeto que objetivou fazer um diagnóstico do padrão epidemiológico e da organização dos serviços, principalmente em relação à atenção básica, em 168 municípios do País com mais de 100 mil habitantes, o que corresponde a um território com cerca de 75 milhões de habitantes. As informações foram coletadas em uma amostra de mais de cinco mil unidades básicas de saúde, envolvendo entrevistas com quase 12 mil profissionais de saúde e aproximadamente 35 mil usuários potenciais ou reais dos serviços.

Esta pesquisa se constituiu no marco inicial, na “linha de base” de um estudo de seguimento das mudanças ocorridas ao longo do tempo, tanto nos padrões sanitários quanto na organização da assistência nessas áreas contem-

pladas pela investigação. Junto com outras iniciativas no âmbito do SUS, os ELB aparecem como um componente importante para o processo de institucionalização da avaliação em saúde no País.

Concomitante ao processo de investigação, foi realizado um treinamento dos profissionais de saúde locais em técnicas de avaliação de serviços de saúde, de forma que essa experiência se constituísse em uma oportunidade de compartilhamento de saberes entre os que operam os serviços de saúde e os que detêm os recursos científicos para avaliá-los.

Para garantir o sucesso desse empreendimento, foi criada uma estrutura gerencial e acadêmica de acompanhamento, ancorada por um grupo de especialistas convidados pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, oriundos de importantes instituições e grupos de pesquisa em saúde do País, de diferentes subáreas do conhecimento, em parceria com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Além de monitorar o desenvolvimento dos estudos, o grupo facilitou a interlocução entre as várias instituições de pesquisa envolvidas, aumentando a qualidade do trabalho e dos instrumentos de coleta de dados. O apoio técnico-científico e a parceria da Abrasco foram decisivos para o alcance dos resultados, vistos como subsídios importantes para o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) e para o processo de conversão do modelo assistencial no País.

O objetivo deste artigo é refletir sobre o acompanhamento dos ELB, identificar o papel desempenhado pelo grupo na realização dos estudos, de maneira a poder criar um referencial de pesquisa avaliativa da atenção básica no País.

Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

Desde meados da década de 1990, o sistema de saúde brasileiro vem orientando a política de saúde para priorizar a atenção básica. Inspirado na experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) do Ceará, iniciado em 1987, o MS implementa, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Em 1993, o Pacs já estava implantado em 13 estados das regiões Norte e Nordeste. Neste mesmo ano, estimulado pela experiência do Programa Médico de Família desenvolvido

pelo Município de Niterói, o MS cria o Programa de Saúde da Família (PSF) com o desafio de reorientar as práticas de saúde, promovendo e protegendo a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e contínua, além de assistir aos mesmos, reafirmando desta forma os princípios de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade que regem o SUS^{7, 8}.

No PSF o atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnicos de higiene dental) na unidade de saúde ou nos domicílios. No ideário do programa, a equipe de saúde e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade, possibilitando inclusive o desenvolvimento de ações intersectoriais que atuam nos determinantes dos padrões de saúde das populações. Do ponto de vista do modelo assistencial, as unidades/equipes de saúde da família seriam a porta de entrada do SUS, que asseguraria assistência integral à saúde da população⁹.

O PSF e o Pacs expandiram-se com muita aceitação pela população em municípios de pequeno porte, no interior do País. Já nos municípios maiores, sua presença era pequena, o que levou o MS a conceber o Proesf, em 2003, como uma proposta de fortalecimento e reorganização da atenção básica a partir do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes.

Dados de estudos nacionais vêm mostrando que muito embora ainda existam no Brasil importantes limitações de acesso aos serviços de saúde, houve, entre 1998 e 2003, melhora expressiva em vários indicadores analisados, particularmente em decorrência da expansão da atenção básica^{10, 11}.

Em 2003, cerca de 80% da população brasileira referiram ter um serviço de uso regular contra 71,2%, em 1998. A existência de serviço de uso regular é um indicador positivo de acesso aos serviços de saúde. O serviço de uso regular mais comum era o posto de saúde, e sua participação relativa aumentou expressivamente entre a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998 e a de 2003 (41,8% e 52,4%, respectivamente).

Entre 1998 e 2003, houve aumento também da proporção de pessoas que realizaram pelo

menos uma consulta médica no ano que antecedeu a pesquisa: de 54,7% para 62,8%, respectivamente. Este aumento se deu para todas as classes de rendimento, com expressivo diferencial entre as classes extremas, mostrando a persistência de imensa iniquidade no acesso.

Há evidências de que países onde existe uma forte orientação para a atenção primária têm resultados mais equitativos na saúde do que aqueles orientados para a atenção especializada, porque aquela custa menos para os indivíduos e é mais custo-efetivo para a sociedade. O acesso a um determinado tipo de assistência, comparado com outros, pode trazer mais benefícios à população, reduzindo a carga das doenças^{12, 13}.

Outros países têm priorizado o desenvolvimento da atenção básica dentro do sistema de saúde. No Canadá¹⁴, os cuidados primários de saúde, *primary health care* (PHC), são definidos como a base e o primeiro contato da população com o sistema de saúde, por intermédio de equipes compostas por médicos, nutricionistas, enfermeiras, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Incluem no seu escopo promoção da saúde e prevenção de doenças, assistência curativa e reabilitação voltadas para indivíduos, famílias e comunidades.

Características dos Estudos de Linha de Base

Os ELB e, portanto, alguns dos artigos originais deste número foram financiados com recursos emprestados para o Brasil – Proesf/MS – pelo Banco Mundial (acordo de empréstimo nº 7105-BR), destinados a suporte financeiro às investigações selecionadas em um processo de concorrência pública divulgada pelo Diário Oficial da União de 6 de janeiro de 2004. Oito instituições nacionais foram selecionadas para participar deste processo: Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade de São Paulo, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Estadual de Maringá, Universidade Federal de Minas Gerais e Fundação Cesgranrio.

O termo de referência da pesquisa definia como principais objetivos dos estudos: o desenvolvimento de metodologias de análise sobre as práticas de Saúde da Família; a coleta e a sistematização de dados primários e secundá-

rios; o compartilhamento das metodologias utilizadas e dos resultados obtidos durante a pesquisa; o apoio e a utilização e institucionalização dos resultados da avaliação nos municípios selecionados, envolvendo MS, Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Secretarias Municipais (SMS), pólos de educação permanente em saúde e instituições de pesquisa.

O plano metodológico a ser seguido por cada um dos estudos detalhava duas etapas de trabalho: a realização de estudos transversais em áreas com ou sem PSF, quando possível, para permitir uma comparação entre as diferentes modalidades de atenção básica; estudos de linha de base em 100% dos municípios, contemplando quatro grandes dimensões: político-institucional, organização da atenção, cuidado integral e desempenho dos sistemas de saúde (Quadro 1). As informações necessárias para contemplar o estudo destas quatro dimensões poderiam ser coletadas por intermédio de várias técnicas de pesquisa, incluindo consulta documental, entrevistas, questionários fechados, grupo focal, entre outras. Os grupos de investigação selecionados apresentaram propostas metodológicas diferentes para abordarem esses pontos do edital, o que foi considerado um aspecto enriquecedor desse processo no momento de seleção dos estudos.

Estava previsto ainda um conjunto de atividades de capacitação/treinamento dos profissionais de saúde dos municípios e estados envolvidos, que deveria estar contemplado na proposta do grupo que concorria ao financiamento. Um levantamento detalhado e a coleta da produção científica local e regional sobre avaliação da atenção básica realizada no interior do SUS também deveriam ser feitos por cada uma das equipes nas suas áreas de abrangência.

Muito embora houvesse uma especificação das subdimensões que deveriam ser abordadas e uma extensa lista de critérios e indicadores fosse sugerida para orientar as pesquisas, dentro de cada um desses aspectos listados, um leque de possibilidades de novos critérios e indicadores se abria e podia ser criado em cada investigação.

A definição de conceitos e categorias utilizados na avaliação é crucial não só para a validade do estudo, mas também para o avanço e o enriquecimento da discussão sobre a atenção básica. Trata-se de mostrar, além da importância do uso mais instrumental das avaliações em sua preocupação com a efetividade das ações e programas^{15, 16, 17} – bastante legítimo quando

se trata de subsidiar o processo decisório –, o ganho conceitual que as avaliações podem trazer^{18, 19}. Dessa forma, estudos avaliativos apresentam o potencial de gerar conhecimento para a compreensão ampliada e contextualizada do programa²⁰, bem como para a análise do processo decisório, gerando condições para sua governabilidade e sustentabilidade²¹.

Processo de acompanhamento dos ELB e interlocução

O grupo de acompanhamento, criado para apoiar a execução dos ELB, tinha a tarefa de fornecer às instituições responsáveis pelo desenvolvimento das pesquisas subsídios técnicos e operativos concernentes às atividades previstas. Garantir o cumprimento dos objetivos desses estudos e unificar estratégias que viessem a contribuir com a institucionalização da avaliação nos municípios selecionados, incluindo a capacitação de gestores e profissionais da atenção básica e do PSF, eram também outras atividades a serem implementadas⁶. Além disso, o grupo de acompanhamento desempenhou papel de promotor e facilitador da interlocução do MS com pesquisadores e representantes dos estados e dos municípios, dentro de uma perspectiva de representatividade conferida pela Abrasco.

Para dar conta das suas atribuições, o grupo promoveu o Seminário de Construção dos Instrumentos dos Estudos de Linha de Base, com a participação de todos os coordenadores dos ELB e suas equipes. O seminário teve como objetivo apresentar as diferentes metodologias adotadas pelas equipes de pesquisa e refinar os instrumentos de coleta de dados do estudo. Os produtos deste processo foram:

1. Socialização de metodologias e instrumentos de coleta de dados, com maior ênfase nos questionários da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), Pnad-Saúde, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e no questionário do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), já validado no Brasil²²;
2. Adequação do desenho metodológico e dos instrumentos de pesquisa, garantindo uma comparabilidade nacional e regional de algumas dimensões dos estudos;
3. Incentivo ao intercâmbio de instrumentos, questionários gerais ou partes deles, de elaboração própria de cada equipe;
4. Disponibilização de outras tecnologias de pesquisa utilizadas por alguns grupos como, por

Quadro 1

Matriz para orientar a elaboração e avaliação das propostas dos Estudos de Linha Base da implantação do Proesf.

Dimensões	Subdimensões	Critérios ou indicadores
Político-institucional	Projeto de governo	<ul style="list-style-type: none"> • prioridade setorial • articulação intersetorial e sociedade civil
	Capacidade de governo	<ul style="list-style-type: none"> • competência na condução e reorganização do sistema municipal de saúde
	Governabilidade Prioridade da atenção básica em saúde na gestão municipal	<ul style="list-style-type: none"> • base política de apoio ao SUS • trajetória de gestão no SUS conforme NOB e NOAS • institucionalização do PSF – conversão e expansão municipal • mecanismos e processos de decisão no sistema de saúde municipal
Organização da atenção	Práticas de gestão	<ul style="list-style-type: none"> • planejamento e programação municipal de saúde • qualidade do sistema de informação • mecanismos de monitoramento e avaliação • estratégias de controle e regulação
	Práticas na oferta de serviços	<ul style="list-style-type: none"> • regionalização • integralidade na atenção • acesso • assistência farmacêutica
	Sustentabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • provimento de infra-estrutura com recursos humanos e equipamentos necessários ao nível básico de atenção
	Experiências inovadoras	<ul style="list-style-type: none"> • acesso • modelos de atenção • funcionamento • gestão
Cuidado integral	Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • atenção ao primeiro contato • mecanismos de agendamento
	Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • práticas dos profissionais de saúde nas respostas às necessidades • conhecimento dos membros da família e o meio social em que vive
	Qualidade técnica e científica	<ul style="list-style-type: none"> • existência de protocolos de atenção • registro adequado nos prontuários de queixas, problemas e condutas
	Condições e práticas de trabalho Trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none"> • modalidades e regularidade de acompanhamento e supervisão • mecanismo de articulação e integração da equipe multiprofissional • protocolos como organizadores das práticas conjuntas da equipe
	Percepções sobre a saúde-doença e cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • percepção do usuário, profissional e gerente sobre saúde-doença e cuidado
	Direito à escolha de terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • uso de práticas terapêuticas alternativas ou populares de cura
Desempenho dos sistemas de saúde	Cobertura e desempenho de metas pactuadas	<ul style="list-style-type: none"> • indicadores do pacto da atenção básica, PPI e progressão de fase

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

exemplo, a de georeferenciamento, para analisar a cobertura das equipes de saúde da família, e um pacote estatístico denominado Pacopats, desenvolvido pela Universidade Federal de Pelotas, para análise da demanda ambulatorial nas unidades de saúde;

5. Por último, mas não menos importante, o desenvolvimento de um sentido de parceria e compartilhamento da responsabilidade pelo sucesso do estudo como um todo, inicialmente

sob a responsabilidade particular de cada grupo de pesquisa, de acordo com o lote para o qual concorreu.

O grupo de acompanhamento também organizou quatro oficinas macrorregionais dos ELB (Porto Alegre, São Paulo, Recife e Belém), em conjunto com a equipe de Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do MS, das quais participaram o conjunto dos investigadores e os técnicos das Secretarias

Estaduais e Municipais de Saúde. As oficinas macrorregionais visaram a apresentar a proposta dos ELB, mobilizando os gestores para o entendimento e o diálogo em torno dos principais objetivos da pesquisa e das diversas metodologias desenhadas. Havia o entendimento de que a própria institucionalização da atenção básica dependia do envolvimento e do compromisso dos diversos atores.

Durante todo o processo foram feitas reuniões com os coordenadores dos estudos e, a cada etapa do desenvolvimento da pesquisa (definição dos instrumentos de coleta de dados, relatório do trabalho de campo, entrega dos bancos de dados municipais e dos resultados e análise final das informações coletadas), era emitido um parecer técnico sobre a adequação e a qualidade do cumprimento daquela fase, tomando como referência o projeto de cada lote do estudo e os compromissos assumidos coletivamente. O acompanhamento de cada uma das etapas dos estudos se associava à liberação das parcelas financeiras a que faziam jus os projetos.

Todo este processo permitiu que a pesquisa se completasse no tempo previsto inicialmente, sem atrasos no seu cronograma de execução e com garantia de qualidade dos estudos.

Considerações finais

Os ELB aparecem como mais um dos diversos componentes que conformam uma proposta abrangente de avaliação da atenção básica, dentro de uma meta de sua institucionalização no SUS. Incorporam-se à fase inicial de um programa bastante ambicioso que prevê, até 2008, a ampliação da cobertura do PSF para 70% da população brasileira²³ e pretendem cumprir importante papel na orientação dos rumos das políticas de atenção básica no País, já que foram delineados para subsidiar os gestores do sistema de saúde, fornecendo informações confiá-

veis (e/ou válidas) sobre a situação da atenção básica nos grandes centros urbanos do Brasil.

Além disso, enquanto “estudos de linha de base” devem ser seguidos de novas investigações e pesquisas, como, aliás, já prevê o termo de referência do Proesf, fornecendo assim a base para futuras comparações no tocante à organização político-institucional, à integralidade da atenção à saúde e ao desempenho dos sistemas de saúde.

Trouxe como desafio e inovação a própria constituição de um grupo para acompanhar e legitimar todo o processo e para intermediar tecnicamente a relação entre as atividades de pesquisa e o gestor federal. As atividades do grupo de acompanhamento favoreceram a otimização dos recursos técnicos, financeiros e informacionais e mostraram a importância de se atuar tanto na interlocução entre os grupos de pesquisadores, como junto com o MS, para a mobilização de gestores, profissionais dos serviços e das unidades de saúde, visando a democratizar informações e a promover maior utilização dos produtos alcançados pelas investigações.

Entre essas atividades e funções do grupo de acompanhamento, merece destaque a capacidade de potencializar os benefícios gerados e o uso das informações e produtos dos estudos de forma sustentável. Sustentabilidade e continuidade, aliás, são desafios permanentes para o gestor público, principalmente quando a questão não é incluída desde a fase inicial de formulação e planejamento do programa²⁴.

A perspectiva do MS de estabelecer Centros Colaboradores em Avaliação em todos os estados do País e o estudo de metaavaliação dos ELB são incentivos para a formação de uma nova competência e cultura avaliativa, indutora de mudanças na atenção básica e no modelo assistencial, passos importantes para garantir a sustentabilidade da proposta e sua divulgação, como discutida neste número temático da revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Abrasco.

Colaboradores

R Bodstein participou da definição da estrutura do artigo, da sua elaboração e da redação final. K Feliciano, VA Hortale e MC Leal participaram da elaboração do artigo e da sua redação final.

Referências

1. Contandriopoulos AP. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):253-6.
2. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):229-59.
3. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Rev C S Col* 2002; 7(3):419-21.
4. Almeida C, Braveman P, Gold M, Szwarcwald C, Ribeiro S, Miglionico A, et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* 2001; 357(9268):1692-7.
5. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Rev C S Col* 2004; 9(3):711-23.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf (Componente III) Termo de Referência para o Sub-componente D Linha de Ação 3 – Estudos de Linha de Base “Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos Municípios Selecionados para o Componente 1”; 2004. [acessado 2005 Jan 25]. Disponível em <http://www.saude.gov.br>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Disponível em <http://www.saude.gov.br/caadab>.
8. Viana AL, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis – Rev Saúde Col* 1998; 8(2):11-48.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf; 2003 [acessado 2006 Mar 03]. Disponível em <http://www.saude.gov.br/proesf>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
11. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em números. *Revista Radis* 2004; 23:14-33.
12. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Rev Saúde em Debate* 2003; 65(27):243-56.
13. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38:831-65.
14. Watson D, Broemeling AM, Reid RJ, Black C. A results-based logic model for primary health care. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia; 2004.
15. Weiss CH. Evaluation research: methods for assessing program effectiveness. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1972.
16. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. Beverly Hills: Sage, 1978.
17. Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndan B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, et al., organizadores. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001. (WHO Regional Publications, European Series 92).
18. Weiss CH. Research for policy's sake: the enlightenment function of social research. *Policy Research* 1977; 3:531-45.
19. Rossi PH, Freeman HE. Evaluation: a systematic approach. Thousand Oaks: Sage; 1993.
20. Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.
21. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Rev C S Col* 2002; 7(3):401-12.
22. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* 2001; 50(2):161-75.
23. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bra Saúde Materno-Infantil* 2004; 4(3):317-21.
24. Plyue P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann* 2004; 27:121-133.

Artigo apresentado em 27/02/2006

Aprovado em 31/03/2006

Versão final apresentada em 17/04/2006