

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Luanna de Castro e Silva Vieira

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como Estratégia Avaliativa da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS: Uma Revisão Integrativa

Rio de Janeiro

2022

Luanna de Castro e Silva Vieira

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como Estratégia Avaliativa da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS: Uma Revisão Integrativa

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Elenice Machado da Cunha.

Co-Orientadora: Prof.^a Dra. Juliana Fernandes Kabad.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: National Primary Care Access and Quality Improvement Program (PMAQ-AB) as an evaluation strategy for Primary Health Care (PHC) in the SUS: an integrative review.

V658p

Vieira, Luanna de Castro e Silva.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como estratégia avaliativa da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS: uma revisão integrativa / Luanna de Castro e Silva Vieira. -- 2022.

96 f. : il.color.

Orientadora: Elenice Machado da Cunha.

Coorientadora: Juliana Fernandes Kabad.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

Bibliografia: f. 78-84.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 5. Gestão em Saúde. I. Título.

CDD 362.10425

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348 Biblioteca de Saúde Pública

Luanna de Castro e Silva Vieira

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como Estratégia Avaliativa da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS: Uma Revisão Integrativa

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

Aprovado em: 28 de janeiro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Marcela Alves de Abreu
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Juliana Fernandes Kabad (Co-Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca

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

Rio de Janeiro

2022

Dedico o esforço e o compromisso com esse trabalho a familiares, amigos, servidores públicos de saúde, Sistema Único de Saúde, Saúde Coletiva, movimentos sindicais e sociais de enfermagem, mulheres, negros, LGBTQIA+, povos indígenas e pesquisadores do Brasil.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amigos e alguns familiares por me apoiarem e incentivarem.

À ENSP/Fiocruz, Coordenação, Professoras Elizabeth Moreira / Ana Cláudia Figueiró, Tutoras Juliana Kabad e Marcela Abreu por acreditarem no meu potencial e não desistirem de mim em meio a tantas dificuldades.

À Orientadora Elenice Machado da Cunha e Co-Orientadora Juliana Kabad por todos os ensinamentos, paciência, dedicação, disponibilidade e suporte.

Aos colegas e amigos de turma pela ajuda, amadurecimento pessoal e profissional. Às minhas Professoras da Universidade Federal do Piauí (UFPI) por identificarem perfil acadêmico, me inserirem no meio científico e fortalecerem meus sonhos.

Seria uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceber as injustiças sociais de maneira crítica.

(FREIRE, 2018, p. 41)

RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) surgiu por meio da Portaria nº 1654 de 19 de julho de 2011, como proposta de institucionalizar o Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde (APS). Consiste em etapas e requisitos que avaliam interna e externamente Unidades Básicas de Saúde por todo o Brasil que aderem ao programa. **Objetivo:** Analisar as contribuições do PMAQ como estratégia avaliativa da APS no Sistema Único de Saúde (SUS). **Método:** Foi realizada análise crítica por meio de Revisão Integrativa de 71 artigos, cuja busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde. **Resultados:** Foi identificado maior quantidade de estudos referentes ao componente avaliação externa, que totalizaram 91,5% dos artigos. Em relação ao referencial teórico de avaliação em saúde, a maioria não menciona (80,2%). **Discussão:** PMAQ como ferramenta importante para consolidação e institucionalização da Avaliação em Saúde na APS, pois o tema Avaliação aparece tanto como a etapa mais estudada dos ciclos que compõem o PMAQ bem como foco de estudo sempre associado às dimensões do PMAQ. **Considerações Finais:** Apesar de o PMAQ apresentar limitações, mostrou-se como um revelador da nova PNAB capaz de aprimorar instrumentais analíticos do campo de análise de políticas públicas, além de fornecer suporte científico e social relevantes para institucionalizar Avaliação em Saúde na APS.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; avaliação em saúde; avaliação de programas e projetos de Saúde.

ABSTRACT

The National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) emerged through Ordinance No. 1654 of July 19, 2011, as a proposal to institutionalize Monitoring and Evaluation in Primary Health Care (PHC) . It consists of steps and requirements that internally and externally evaluate Basic Health Units throughout Brazil that adhere to the program. **Objective:** To analyze the contributions of the PMAQ as an evaluation strategy for PHC in the Unified Health System (SUS). **Method:** A critical analysis was carried out through an Integrative Review of 71 articles, whose search was carried out in the Virtual Health Library. **Results:** Greater interest was identified in the external evaluation component present in 91.5% of the articles. Regarding the theoretical framework of health assessment, most do not mention it (80.2%). **Discussion:** PMAQ as an important tool for the consolidation and institutionalization of Health Assessment in PHC, as the topic Assessment appears both as the most studied stage of the cycles that make up the PMAQ and as a focus of study always associated with the dimensions of the PMAQ. **Final Considerations:** Although the PMAQ has limitations, it proved to be a revealer of the new PNAB capable of improving analytical instruments in the field of public policy analysis, in addition to providing relevant scientific and social support to institutionalize Health Assessment in PHC.

Keywords: primary health care; health assessment; evaluation of health programs and projects.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Linha do Tempo da APS	23
Figura 2 -	Aspectos do Estudo Avaliativo	32
Figura 3 -	Contexto Histórico da Avaliação em Saúde na APS	38
Figura 4 -	Ciclos do PMAQ	43
Figura 5 -	Fases do PMAQ	44
Quadro 1 -	Dimensões e Subdimensões do PMAQ	46
Quadro 2 -	Áreas e Indicadores de Monitoramento do PMAQ	47
Figura 6 -	Resultados do 3º Ciclo do PMAQ no Brasil	49
Quadro 3 -	Etapas da Revisão Integrativa	53
Quadro 4 -	Filtragem com Estratégia de Busca Final	57
Quadro 5 -	Filtragem com Estratégia de Busca Final após retirada de repetições.....	58
Figura 7 -	Quantitativo de Artigos Revisados	58
Quadro 6 -	Aspectos Qualitativos do PMAQ segundo dimensão e respectivos autores de referência	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Artigos revisados sobre o PMAQ, segundo base de indexação, ano de publicação, abrangência, região do estudo e financiamento - Período 2011 a junho de 2021	62
Tabela 2 - Artigos revisados sobre o PMAQ segundo abordagem metodológica, tipo de estudo e referência metodológica	64
Tabela 3 - Artigos revisados segundo Ciclos, Fases e Dimensões do PMAQ	64
Tabela 4 - Artigos revisados sobre o PMAQ segundo Princípios/Diretrizes e Atributos da APS	66
Tabela 5 - Artigos revisados sobre o PMAQ segundo referências em Avaliação em Saúde	67
Tabela 6 - Artigos revisados sobre o PMAQ segundo foco do Estudo	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DF	Distrito Federal
EAB	Equipe de Atenção Básica
eSF	equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RI	Revisão Integrativa
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	HISTÓRICO E CONSTITUIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS.....	15
2.2	DIRETRIZES ORGANIZATIVAS E PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	26
2.3	CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	28
2.4	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	31
2.5	PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	40
3	OBJETIVOS	51
3.1	OBJETIVO GERAL	51
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	51
4	METODOLOGIA	52
4.1	ETAPAS DO ESTUDO.....	52
4.2	REVISÃO INTEGRATIVA	52
4.3	ETAPAS DO ESTUDO.....	54
5	RESULTADOS	61
6	DISCUSSÃO	70
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE A - FORMUÁRIO	85
	APÊNDICE B - ARTIGOS INCLUÍDOS PARA REVISÃO	88

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é compreendido por Albuquerque (2015) como sustentáculo de princípios e diretrizes, descritos em seu arcabouço legal, que constituem de forma inequívoca sua construção e, conseqüentemente, operacionalização. Possui regras, legitimidade, o que representa uma expressão política, jurídica e organizacional, enquanto política de Estado para a saúde e não de governo.

A rede assistencial do SUS abrange um conjunto de serviços divididos em ambulatoriais especializados, serviços de apoio ao diagnóstico e à terapêutica, incluindo serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, além de rede hospitalar de média e alta complexidade concomitante à oferta de serviços básicos na Atenção Primária para promoção e prevenção e também o cuidado individual (ALBUQUERQUE, 2015).

A compreensão sobre a finalidade da Atenção Primária à Saúde (APS) difere entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países europeus com sistema de saúde universal, por exemplo, Para Giovanella (2006) há o reconhecimento da concepção de Starfield, autora dedicada a estudos de Cuidados de Saúde Primários em nível internacional, que enfatiza o primeiro nível de assistência à clínica e aos cuidados individuais, sejam preventivos ou curativos, baseados em responsabilidade longitudinal pelo paciente independente da ausência ou presença de doença. Por outro lado, em países sem sistemas universais, a Atenção Primária, na maioria das vezes, corresponde a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade para cobrir necessidades previamente definidas de grupos populacionais de maior vulnerabilidade.

Estudos internacionais destacam a importância de uma APS articulada às necessidades de saúde da população: maior e melhor acesso aos serviços, enfoque em prevenção e promoção, redução da mortalidade, maior qualidade no atendimento, diagnóstico e tratamento precoce de doenças, redução de procedimentos especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais (LIMA et al., 2018a).

Giovanella e Mendonça (2012) explicam ainda a Atenção Primária à Saúde como um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas que, no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, na década de 1990, passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde (ABS). Nas décadas seguintes a APS assume a função de base para modelo assistencial de caráter universal.

No Brasil, foi adotada a designação Atenção Básica, para contrapor-se à perspectiva assumida por organismos internacionais, como o Banco Mundial, que em determinado momento entendeu a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, direcionada às populações de baixa renda, com ideia de minimizar os efeitos da exclusão social e econômica decorrentes do capitalismo. Contudo, a designação Atenção Básica, tomada pelo governo brasileiro, teve como propósito a oposição à proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres e buscou resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata, enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, que engloba diferentes setores, público e privado, com e sem fins lucrativos, no SUS (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Atenção Básica, como parte importante dos sistemas de saúde, é desenvolvida, segundo Bertusso e Rizzotto (2018), por meio de tecnologias simples e de baixo custo, sendo eficientes para esse nível de atenção, pois devem resolver cerca de 85% dos problemas de saúde precocemente. Além disso, é um mecanismo para a reformulação das políticas públicas de saúde e para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países. É inovadora no sentido de repensar o modelo hegemônico da biomedicina, centrado na figura do médico e no tratamento de doenças com base na especialização, pois se fundamenta no trabalho de equipe multidisciplinar, na promoção e prevenção da saúde.

Heimann et al. (2011), por outro lado, apontam importantes desafios para a consolidação de um modelo assistencial com bases na APS nos moldes da ESF que abrangem questões relativas à capacidade gestora de estados/municípios, vínculo dos profissionais, insuficiente definição de redes regionalizadas de atenção à saúde, precária oferta de cuidados contínuos e coordenados com consequente prejuízo à continuidade da assistência à saúde. Embora a APS tenha adquirido institucionalidade no SUS, questiona-se o grau de prioridade alcançado na agenda do governo, verificando-se fragilidades expressivas como política pública de saúde.

O Ministério da Saúde (MS), a partir de 2011, segundo Abreu et al. (2018a), consolida uma política de Monitoramento e Avaliação (M&A) dos serviços de saúde, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Consiste em uma intervenção para monitorar e avaliar a APS no Brasil, baseada na tríade de Donabedian – *estrutura* física e de funcionamento de UBS; *processo* de trabalho das equipes de atenção básica; *resultados* alicerçados em indicadores de saúde, por meio da atuação de

gestores locais em buscar estratégias de promoção de equidade e cobertura universal em saúde em seus territórios, apoiados em bases técnicas e científicas.

Devido à heterogeneidade na implantação da APS no Brasil, além da dificuldade em incluir como prioridade da saúde pública, associada à visão incipiente de cultura avaliativa, bem como problemas estruturais encontrados para acesso e cobertura da ESF, há a necessidade em aprofundar estudos avaliativos sobre a APS no país.

O PMAQ foi instituído por meio da Portaria nº 1654 de 19 de julho de 2011, que em 2015 foi revogada e substituída pela Portaria nº 1.645 (BRASIL, 2015), reforçando o propósito de institucionalizar o M&A na Atenção Primária à Saúde; compunha-se em etapas e requisitos que avaliam interna e externamente equipes e Unidades Básicas de Saúde por todo o Brasil que aderiram ao programa. A expectativa era de discussão dos processos de trabalho, planejamento e gestão, produção de indicadores de qualidade, de acesso, cobertura, satisfação do profissional de saúde e usuários.

Entretanto, em período recente, em vista de alterações nas formas de financiamento que parece considerar que a APS não é vista como política de Estado, mas sim de governo, foi descontinuada. Essas mudanças materializam-se, em parte, no Programa “Previnha Brasil” que extingue o PMAQ, responsável pelo repasse de recursos financeiros mediante alcance de metas, sendo criticado pelo governo vigente com a alegação de utilizar elevado número de indicadores e baixa capacidade de induzir melhorias (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2020).

Para o presente estudo pretende-se analisar o PMAQ como uma iniciativa para o fortalecimento do M&A, comandada pelo MS. Ao abordar o PMAQ, a investigação torna-se relevante à medida que lança luzes sobre a avaliação da APS como um programa federal que se materializa no cotidiano da gestão municipal. Em função das nuances presentes nessa intervenção avaliativa, surge a seguinte questão: O PMAQ pode ser considerado um processo de institucionalização da avaliação na APS no SUS?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO E CONSTITUIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS

É preciso reconhecer a Atenção Primária à Saúde como estratégica ao SUS como destacam Tasca et al. (2019), por reunir pontos positivos em várias dimensões, como melhoria dos indicadores básicos de saúde (taxas de mortalidade infantil e taxas de mortalidade materna), redução das internações sensíveis à atenção ambulatorial, maior satisfação de usuários, redução de consultas especializadas e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários, qualificação no cuidado das condições crônicas, promoção da equidade, dentre outros.

A ideia de atenção primária como forma de organização dos sistemas de saúde foi utilizada pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Conforme explica Portela (2017), esse Relatório propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra. Nos Centros de saúde primários deveria ser resolvida a maior parte dos problemas de saúde da população e estes Centros deveriam funcionar como a porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e com o suporte de centros de saúde secundários e hospitais de ensino. Nesse documento histórico está presente a base da criação do Sistema Nacional de Saúde na Inglaterra e inaugurou um conjunto de elementos centrais nas discussões contemporâneas para organização de sistemas de saúde com ênfase na APS, como a atenção ao primeiro contato, a hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização a partir de bases populacionais.

Para Matta e Morosini (2009), esse documento do governo inglês constituiu-se, por um lado, em contraponto ao modelo flexneriano, caracterizado pela abordagem curativa, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, tornou referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade.

Ainda em nível mundial, outro marco histórico importante algumas décadas depois foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, por meio da Declaração Alma-Ata (1978), com discussões sobre o papel da APS como parte integrante do sistema de saúde de um país. Caracterizando-a também como representante do primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde pelo qual os cuidados de

saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, constituem o ponto de partida de um continuado processo de assistência à saúde.

Embora a Declaração Alma-Ata tenha influenciado para avanços da APS no mundo e no Brasil, à medida que trouxe deliberações para cuidados primários, na época, não aprofundou como se esperava a perspectiva de promoção e prevenção nos sistemas de saúde e no cuidado. Essas deliberações foram condicionadas por questão econômicas, características socioculturais e políticas de cada país e de suas comunidades.

Países signatários da OMS participantes desse evento trouxeram para debate alguns aspectos importantes, como principais problemas de saúde, serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, educação em saúde para prevenção e controle, da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1979).

Embora estudos afirmem que no Brasil a adesão ao movimento pela APS entrou em discussão na agenda de reforma setorial em meados da década de 1970, acompanhando o movimento internacional, Giovanella e Mendonça (2012) apontam que, desde a década de 1920, foram implantados serviços que hoje poderiam ser chamados de atenção primária, com a criação de postos de profilaxia rural voltados ao combate a endemias e epidemias de agravos prioritários à época em áreas e populações pobres (ALMEIDA et al., 2018b). Giovanella e Mendonça (2012) confirmam que a saúde pública é tratada como uma função estatal no início do século XX, tendo por base práticas normativas de prevenção de doenças a partir de campanhas sanitárias e da organização de serviços rurais de profilaxia, mais conhecido como modelo campanhista.

Nesse período, predominava a organização das ações e dos serviços de saúde para a atenção de caráter curativo e individual realizava-se pela assistência médica urbana, como explicam as autoras, por meio de Caixas e de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), criados nas décadas de 1920 e 1930, seguindo o modelo de seguros sociais. Em seguida, na década de 1940, as reformas administrativas do Ministério de Educação e Saúde Pública aprofundaram a centralização e a verticalização das ações de saúde pública a partir da criação dos Serviços Nacionais de Saúde, voltados para doenças específicas, como malária, hanseníase, tuberculose, associado ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

O modelo SESP das décadas de 1940 e 1950 para unidades primárias de saúde adotou caráter mais abrangente destacado por Giovanella e Mendonça (2012), com ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa para doenças selecionadas, fundamentadas no desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob a influência da medicina preventiva norte-americana por meio de convênios com a Fundação Rockefeller.

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, não alterou a dualidade entre serviços de saúde pública e assistência médica, sendo debatida em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, quando se opuseram duas perspectivas. Uma unificadora, estruturada em torno de um conjunto de ideias designada como sanitarismo desenvolvimentista, que apresentava propostas de descentralização do sistema e soluções médicas e sanitárias mais próximas dos problemas de saúde e da população, enquanto a outra era oriunda do setor securitário, que propunha a ampliação da cobertura populacional da Previdência Social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A segunda perspectiva consolidou-se, segundo as autoras, mediante a unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, durante o regime autoritário, época em que se acelerou o crescimento da prática privada e empresarial da medicina na organização da atenção à saúde dentro da previdência social. Simultaneamente, eram preservadas práticas campanhistas isoladas no Ministério da Saúde e suas parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde. Porém, na década de 1970, a crise econômica se aprofundou com obstáculos na assistência médica previdenciária, devido à escassez de recursos financeiros e dificuldades nos sistemas sociais e de saúde, situação de pobreza nas áreas urbanas e rurais, sem possibilitar acesso a bens públicos, padrões de vida precários, taxas de morbidade e mortalidade elevadas.

Eclodiram, nesse cenário, algumas experiências sanitárias que difundiam um projeto de reforma da estrutura de assistência médica em confronto com o modelo assistencial vigente, conformedo por um padrão de consumo e de produção de serviços de elevado grau de desenvolvimento tecnológico, controlado pelo setor privado e altamente concentrado nas regiões metropolitanas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As experiências mencionadas por Giovanella e Mendonça (2012) resultaram de um esforço dos departamentos de medicina preventiva das escolas médicas, que desenvolveram programas de integração docente assistencial para implementar práticas de medicina comunitária. Esses departamentos recebiam apoio financeiro de organismos internacionais em parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde, expondo a precariedade da oferta

pública de cuidados médicos. A trajetória mencionada não foi homogênea nem consensual, mas trouxe novas bases para o debate sobre o modelo de atenção em saúde e suas alternativas, indicando a urgência de uma reforma setorial em nível nacional.

No Brasil, em 1982, foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) como afirmam Reis, Araújo e Cecílio (2010), que dava ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Visava integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha ainda criação de sistemas de referência e contra referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização. Previa ainda a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Foi viabilizada a realização de convênios entre Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos por meio do uso da capacidade pública ociosa. Podem-se reconhecer as Ações Integradas de Saúde (AIS) como principais pontos programáticos que estariam presentes na criação do SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010).

A partir da literatura consultada pode-se afirmar que no Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, iniciada na década de 1970, mas consolidada em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, levando o SUS a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA e MOROSINI, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde também foi um importante acontecimento que, para Reis, Araújo e Cecílio (2010), teve intensa colaboração e engajamento de movimentos sociais, em que houve consolidação de uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado, princípios que seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988.

Documentos da 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019) descrevem que a Constituição da República Federativa do Brasil (CF) de 1988 faz relação entre desenvolvimento econômico e social e as condições ambientais na determinação do processo saúde-doença e na promoção da saúde. É de responsabilidade governamental a provisão de serviços de saúde universais e integrais, com equidade e participação social. Sistemas

universais, como o SUS, integram cuidados individuais e ações coletivas de promoção e prevenção, garantem a continuidade do cuidado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), proporcionando o acesso à atenção especializada e hospitalar nos níveis secundário e terciário, conforme necessidade.

Paim (2009) destaca que a VIII Conferência Nacional de Saúde sistematizou e trouxe um relatório final do evento que inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição, o que, posteriormente, contribuiu na elaboração das leis orgânicas da saúde (8080 e 8142), que permitiram a implantação do SUS.

Matta e Pontes (2007) ressaltam que, na década de 1980, a associação entre democracia e descentralização de políticas se traduz no texto da Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada, com grande ênfase no papel dos municípios. Nos anos subsequentes, de forma atrelada à democratização, à descentralização tributária e de poder, ocorre uma proliferação acelerada do número de municípios no país, muitos deles de pequeno porte, o que implica em dificuldades no financiamento da APS no período atual, três décadas após a promulgação da CF.

Na década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado e regido pela Lei Nº 8080 e pela Lei Nº 8142. A primeira dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre organização e funcionamento de serviços correspondentes. Regula em nível nacional ações e serviços de saúde, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, dirigidas a fundações públicas, instituições filantrópicas e em empresas privadas. Essa lei também define princípios (aspectos voltados para relações sociais, derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito) e diretrizes (orientações gerais de caráter organizacional ou técnico que orientam o sistema de saúde a seguirem no mesmo caminho) do SUS (PAIM, 2009).

A Lei Nº 8080 traz universalidade, integralidade, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e igualdade da assistência à saúde como princípios. Enquanto as diretrizes são descentralização, integralidade, participação da comunidade, direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde, divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.

A segunda lei, conforme Paim (2009) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Estabelece o Fundo Nacional de Saúde, que consiste em instrumentos de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde existentes nas três esferas de governo. O Fundo possibilita o recebimento e o repasse dos recursos financeiros, oriundos da União, estados e municípios.

Em 1991, é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, atendendo às demandas de combate e controle da epidemia da cólera e das demais formas de diarreia com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação. A implementação do PACS, na época, teve caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica. Os ACS eram supervisionados por enfermeiros e subordinados às unidades básicas administradas pela FNS. A participação de ACS foi um importante passo na APS, pois preconizou o estabelecimento de vínculo direto com famílias e comunidades (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No Brasil, a APS foi instituída, como apontam Chaves et al. (2018), em uma concepção de atenção à saúde integral, sendo gradualmente fortalecida no SUS a partir de 1988. Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) com foco em populações de risco e, em 1998, adotado o Piso de Atenção Básica (incentivo financeiro per capita para ações primárias de saúde) que impulsionou a expansão do PSF em todo o território nacional.

A criação do PSF ocorreu em 1994, como afirmam Morosini, Fonseca e Lima (2018), o que permitiu a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação de maior vulnerabilidade social. Configurou-se um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária.

Sequencialmente, com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da AP, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, ao tornar automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Esses autores informam que, a partir do ano 2002, foram iniciados avanços para avaliação da APS ainda visando à reorientação do modelo de atenção. Surge, então, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente.

No âmbito do Proesf, foi criada em 2005 a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que se conformava em uma metodologia de avaliação em diversos níveis, com inclusão de gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

O PSF, em 2006, foi transformado, como destaca Chaves et al. (2018), em Estratégia Saúde da Família (ESF). A agenda política de fortalecimento da AP, por meio da ESF, consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. Nesse mesmo ano foi publicada a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006, em que constam as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (Brasil/MS, 2007).

Em 2011 a PNAB foi revisada, por meio da Portaria Nº 2488, que 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), como indica o documento do Ministério da Saúde que trata sobre a PNAB (Brasil, 2012b). Nesse documento, a princípio, busca-se preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte: expandir a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, constituir-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Lima et al. (2018) afirmam que a concepção de Atenção Primária está presente na PNAB por descrever a composição, estrutura e organização da APS. A partir da publicação da PNAB 2011, diversos programas e ações foram modificados ou instituídos na atenção básica e, como o Programa Mais Médicos, as ações e instrumentos para consolidação da integração ensino-serviço, as ações de regulação vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes.

Embora o SUS enfrente dificuldades de alocação de recursos, o Brasil passa por um período de transição sociopolítica, após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff e início do governo Michel Temer, com a promulgação da Emenda Constitucional Nº 95/2016, conhecida como a emenda do “Teto dos Gastos”, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

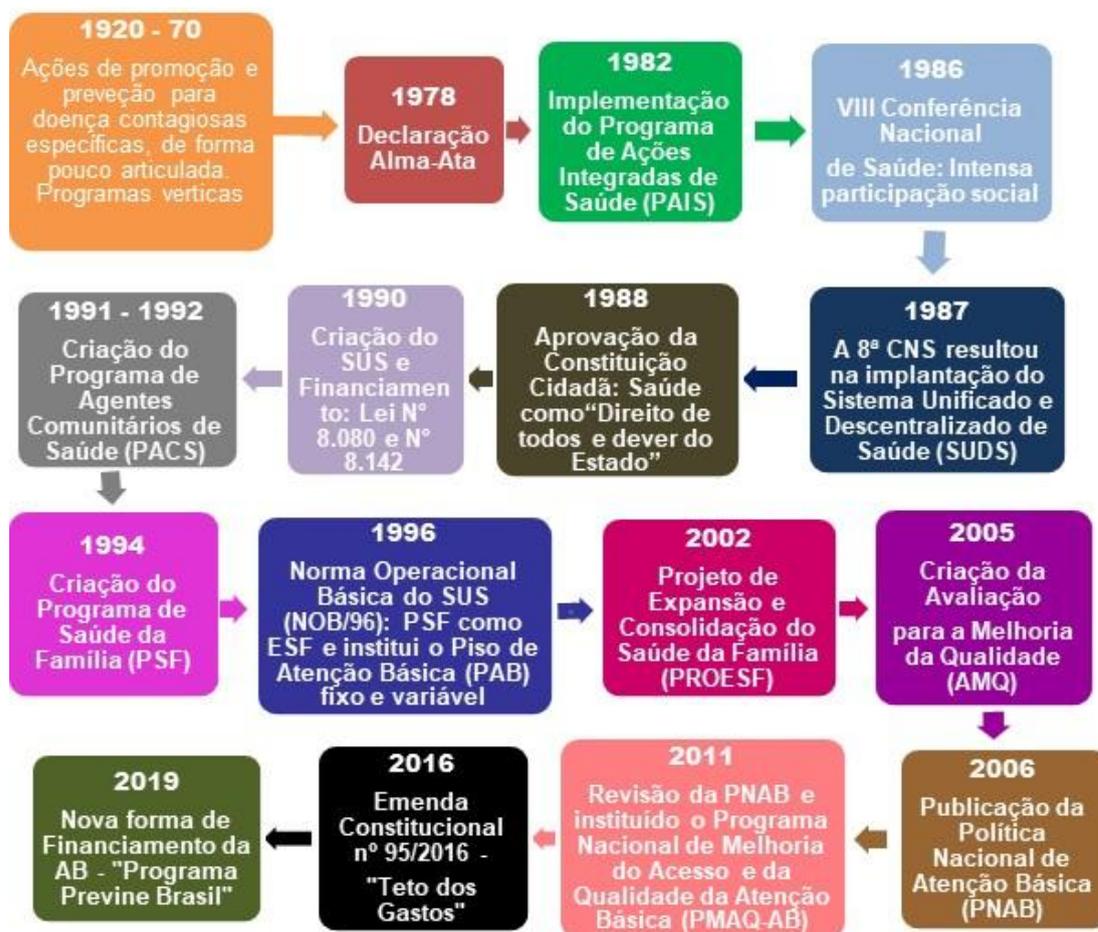
Funcia (2019) acrescenta que essa forma de ajuste fiscal, de caráter recessivo, com vigência fixada em vinte anos a partir do final de 2016, inviabilizou o processo de retomada do crescimento econômico, com prejuízo para as condições de vida e de saúde da maioria da população, especialmente como decorrência do desemprego e da queda dos níveis de renda, ainda presente em 2019. Nesse contexto do “teto” financeiro de despesas federais até 2036, aumenta a pressão pela alocação adicional de recursos estaduais e municipais para o financiamento do SUS.

Construir uma rede de Atenção Primária com ampliação de acesso representou uma reforma institucional e cultural de grandes proporções. Isso tem provocado diversos conflitos e resistências de grupos que se consideram prejudicados pelas mudanças nos níveis federais, estaduais e municipais, com consequentes tensões políticas e sociais (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Os autores acrescentam ainda as transições resultantes da reforma sanitária, cujas mudanças em cascata atingiram várias instituições. A Atenção Primária depende de radicais modificações e reformulações, a fim de redefinir o papel de unidades de saúde básicas e hospitalares, instituir uso mais racional de insumos, induzir a população a utilizar o sistema de saúde numa lógica diferente da tradicional, em que o acesso dos usuários é controlado pelas possibilidades financeiras e não por uma equipe de AP.

A figura 1 apresenta o resumo da trajetória da APS no Brasil e auxilia na compreensão da sua constituição e desafios explicitados no presente tópico.

Figura 1 – Linha do Tempo de ações pioneiras da APS no Brasil -1920 -2020.



Fonte: Elaboração Própria (2022).

O contexto de crise econômica e política, os retrocessos atuais, no que tange à garantia de direitos sociais, coloca em risco, para Fausto et al. (2018), os ganhos obtidos nas políticas públicas do nosso país em período recente. No âmbito da saúde, as práticas orientadas para o desmonte são visíveis e a atenção básica sofre as consequências desse projeto.

Em contrapartida, o documento elaborado pela Câmara Técnica da Atenção Básica (CTAB) do Conselho Nacional de Saúde com orientações para os debates na 16ª Conferência Nacional de Saúde registram avanços na atenção básica e no SUS, de um modo geral, com efeitos positivos no acesso, na redução de desigualdades e na melhoria da situação de saúde da população. Ao lado desses avanços convivem dificuldades e obstáculos a serem superados para alcançar uma atenção básica à saúde como eixo estruturante de um desejado SUS universal, público e de qualidade (BRASIL, 2020).

Uma mudança recente foi elaborada pela SAPS e Governo Federal, em que propõem o “Programa Previne Brasil”, regido pela Portaria Nº 2979 de 12 de novembro de 2019, que estabelece uma nova forma de financiamento da AB, baseada em um modelo misto. Organizado em capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo a programas estratégicos com consequente provimento de profissionais, como mostra Harzheim (2019):

- Capitação Ponderada → a população deve ser cadastrada nas Equipes de Atenção Básica (EAB) com foco na vulnerabilidade social (ao exemplo das que recebem auxílio financeiro do Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de dois salários mínimos). Também entram neste critério as faixas etárias com maior necessidade e gastos de saúde e classificação geográfica do município onde aquela população reside;
- Desempenho → contempla indicadores baseados na relevância clínica e epidemiológica de resultados de saúde. Até 2022, o governo federal deverá estabelecer a cada ano novos indicadores para pagamento;
- Incentivo a programas estratégicos → municípios que adotarem outros programas do Governo Federal, como Saúde na Hora, Saúde na Escola, Academia de Saúde, informatização, formação e residência médica e multiprofissional, dentre outros, ganharão mais recursos.

Diversos gestores e estudiosos da área divergem da proposta devido ao foco vinculado à produtividade, descartando aspectos demográficos e dificuldades sociopolíticas de cada região do Brasil, o que pode resultar em precarização ainda maior dos serviços da atenção básica, bem como perda de recursos, o que agravaria ainda mais a crise da saúde pública no país. Isso é explicado por Seta, Ocké-Reis e Ramos (2020), pois consideram a projeção de um cenário de eficiência irreal, com cadastramento de toda a população e alcance pleno das metas de indicadores que ainda não foram pactuados. Embora a população mais vulnerável seja tida como prioritária, não se mencionam indicadores como o Acompanhamento das Condições do Programa Bolsa Família. A proposta também não explicita os custos de transação do Ministério e dos municípios, deixando de apontar recursos necessários para a criação da Equipe de Apoio do Novo Financiamento no MS ou os gastos excedentes das secretarias municipais para ampliação de cadastros, muitas vezes com equipes terceirizadas por Organizações Sociais (OS).

Segundo Seta, Ocké-Reis e Ramos (2020), há possibilidade de induzir a busca por cadastramento, sem incentivo financeiro federal significativo para aumento do número de equipes e dificuldade real de seguimento do cuidado. Desestímulo à manutenção dos NASF, com posterior exclusão de fonoaudiólogos, fisioterapeutas e nutricionistas do Programa de Residência Multiprofissional, eliminando um diferencial positivo do sistema brasileiro e colocando em risco o princípio da integralidade, com a previsão de vínculos precários por dois anos. Atrelado a isso, o ganho em flexibilidade e autonomia não se dará na organização da rede municipal, pois há forte atuação do comando central na diretriz de capitação ponderada e intensiva normatização de programas como o ‘Saúde na Hora’, que encapsula as equipes em arranjos de distribuição de carga horária contrárias ao vínculo com as famílias, atributo essencial da APS.

Além disso, é levantada a possibilidade de extinção de pequenos municípios que têm até 5000 habitantes, por meio do “Plano Mais Brasil”. Foi criado em novembro de 2019 pelo atual governo e é composto por três Propostas de Emenda à Constituição (PECs) – a PEC Emergencial, a PEC do Pacto Federativo, a PEC dos Fundos Públicos. A primeira PEC trata de medidas temporárias (vedação de novas despesas obrigatórias, não promoção de servidores e proibição de concursos públicos) e de medidas permanentes (reavaliação de benefícios fiscais e vedação de criar, ampliar e renovar incentivos fiscais). A segunda é mais abrangente, voltada para redução da quantidade de cidades e desobriga fundos do governo federal para estados e municípios. A terceira e última PEC prevê liberação de verba presente nos fundos públicos brasileiros, prioritariamente, para pagamento da dívida pública brasileira e, posteriormente, em programas de erradicação da pobreza e recuperação do Estado (MARMENTINI, 2019).

O autor analisa e conclui que a concretização do “Plano Mais Brasil” levaria à sobrecarga da assistência de outras cidades maiores circunvizinhas aos municípios extintos, lotação de unidades dos grandes centros urbanos e uma série de problemas decorrentes que deixariam em colapso a saúde pública do Brasil.

Portanto, observa-se controvérsias sobre a APS no Brasil, um grupo de especialistas defende a continuidade do PMAQ, pois vê reflexo negativo no fim de programas de saúde na AB, já que seus resultados induziam acréscimos ao PAB variável de cidades conforme cumprimento de requisitos das suas fases, o que trouxe estímulos e melhorias de estrutura, acesso e integralidade do cuidado primário. Outro grupo, todavia, critica a aplicação do PMAQ, visto que enxerga favorecimento em áreas que têm bom desempenho e isola recursos

em áreas com médio ou baixo desempenho sem viabilidade de melhoria, isto é, afirmam que o PMAQ não promove a equidade.

2.2 DIRETRIZES ORGANIZATIVAS E PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos níveis do SUS, sendo que este possui princípios norteadores (universalização, equidade e integralidade) e princípios organizativos (regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular). Os últimos, também conhecidos como diretrizes, são condutores da gestão e do planejamento. Conjugados, os princípios e diretrizes são os meios para atingir os objetivos do SUS.

Gomes et al. (2011) trazem as dimensões na APS de Starfield, que consistem na atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, conforme descrito a seguir:

a) Atenção ao Primeiro Contato:

É o momento inicial de aproximação e contato entre o profissional de saúde e usuário. Brandão (2020) observa que esse atributo abrange questões em relação ao acesso, sejam elas geográficas, disponibilidade do profissional, características socioculturais que influenciam esse acesso ou as tecnologias que o intermediam, ampliando a definição para a realidade atual. Destaca a importância do profissional, preferencialmente um generalista, que conduzirá a entrada do paciente no sistema.

A garantia de atenção ao primeiro contato está relacionada ao uso da APS como a porta de entrada para as questões de saúde e à sua capacidade para lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social (GOMES et al., 2011).

b) Longitudinalidade:

O atributo da longitudinalidade é definido por Kessler et al. (2019) como fonte continuada de atenção e sua utilização ao longo do tempo, com a presença de vínculo, relação interpessoal e de confiança entre usuários e profissionais de saúde. No entanto, a palavra “continuidade” do cuidado frequentemente é utilizada de forma equivocada no lugar de longitudinalidade. São termos distintos, visto que a continuidade da atenção representa a

sequência de consultas ou visitas à unidade de saúde e não necessariamente que seja com o mesmo profissional ou serviço, sendo direcionada ao manejo dos problemas ou doença e não à atenção ao indivíduo ao longo do tempo.

Essa dimensão permite, segundo Kessler et al. (2019), conhecer o usuário em seu contexto familiar e social, comportamentos, hábitos e problemas de saúde, possibilitando o planejamento de cuidados e intervenções adequadas. Assim, tornaria oportuno um cuidado integral, com ações de prevenção de doenças, promoção em saúde, redução de uso de serviços de alta complexidade e custos na saúde.

Cunha e Giovanella (2011) optam pelo termo ‘vínculo longitudinal’, mais abrangente que longitudinalidade por requerer a existência de aporte regular de cuidados à saúde, assim como seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias. É destacada dentre as outras dimensões, por ser considerada característica central e exclusiva da APS, já que é centrada no acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico ou equipe de ESF, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos, com foco em uma relação terapêutica, caracterizada por vínculo de confiança e responsabilização entre profissional de saúde e paciente. Isso tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade.

c) Integralidade:

Segundo Santos et al. (2018), o conceito de Integralidade é um princípio fundamental de sistemas públicos de saúde, pois garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações.

O termo integralidade é uma proposta de organização dos sistemas e serviços de saúde mantenedores da continuidade do cuidado ao indivíduo, família e comunidade conforme destacam os autores. APS é operacionalizada pela Estratégia Saúde da Família, reconhecida como orientadora e coordenadora do sistema de saúde brasileiro, corroborando com a implementação do princípio da integralidade. Trata-se do nível de atenção do SUS com maior resolubilidade dos problemas de saúde da população, maior poder de organização e

direcionamento do sistema como um todo. A ESF, desde sua criação como Programa Saúde da Família, foi originada como um caminho para reorganização e fortalecimento da atenção básica no SUS, contemplando a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde. O cuidado integral ou holístico implica em visão de atenção ao indivíduo de forma particularizada e específica, bem como abordagem do indivíduo como protagonista de suas necessidades biopsicossociais.

Portanto, a dimensão da integralidade, exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita, aliada à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e ao reconhecimento adequado aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (GOMES et al., 2011).

d) Coordenação do Cuidado:

A coordenação dos cuidados, para Almeida et al. (2018a), promove melhorias na qualidade da assistência, reduz barreiras de acesso a distintos níveis de atenção e integra ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde e no território. Na literatura internacional, existe uma ampla gama de definições para coordenação do cuidado, que envolvem elementos da integração vertical e horizontal entre ações, serviços e distintos profissionais de saúde, com utilização de mecanismos e instrumentos específicos para planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos.

A coordenação implica ainda a capacidade de garantir a continuidade do cuidado, de um modo integrado e organizado, o que exige reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. Essas características constituem-se em valiosos indicadores para o processo de avaliação da AP (GOMES et al., 2011).

2.3 CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

As diferentes interpretações da abrangência e do escopo da atenção primária, sua complexidade conceitual e a evolução de sua implementação levaram à utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde. Essas interpretações foram descritas no Caderno Atenção Primária e Promoção da Saúde: Coleção Para Entender Gestão do SUS – Volume 3, elaborado pelo Conselho Nacional de

Secretários de Saúde (CONASS), trazendo desde o processo histórico até as diferentes interpretações para a APS (CONASS, 2011).

Segundo esse material, primeiramente, na década de 1980, havia a noção de que cuidados primários de saúde tinham um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde. Isso acabou por afastar o tema do centro das discussões à época (CONASS, 2011).

Posteriormente, a Atenção Primária assume características de promoção e prevenção em saúde, já que se trata da porta de entrada do cuidado e da busca dos usuários. Czeresnia e Freitas (2009) analisam que, além de motivações ideológicas e políticas, a APS surge devido à acentuada hospitalização e medicalização da sociedade. Embora o termo seja utilizado usualmente para caracterizar um nível de atenção à saúde, seu significado passa por mudanças ao longo do tempo para representar atualmente um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

Alguns autores, instituições, documentos e eventos do Ministério da Saúde, conforme ressaltado no material do CONASS (2011), já utilizam a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde. Enquanto, no Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de Atenção Básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (SF). Embora exista um conceito nacional que traz contribuições para a evolução conceitual e prática da APS mundialmente, identifica-se uma enorme quantidade de práticas sob a designação de Atenção Básica ou Saúde da Família. Assim, embora tenha idealizado uma atenção básica ampliada, abrangente e inclusiva, como pensada pelos formuladores de forma tripartite, pode-se ver, em alguns locais, a APS focalizada ou excludente na prática no país. Atentando para essa questão, podem-se corrigir os rumos para a construção do ideal de Atenção Primária à Saúde proposto.

Predominam ainda dubiedades, imprecisões conceituais e abordagens em disputa devido à busca por propósitos distintos. Em países em desenvolvimento, a APS apresenta-se como seletiva, pois tem restrição de intervenções custo-efetivas, limitadas à atenção materno-infantil e doenças infecciosas, com foco em áreas com alta vulnerabilidade socioeconômica e de resolutividade restrita. Na década de 1990, esse conceito foi aportado a fim de acompanhar ajustes macroeconômicos. O Banco Mundial segue essa concepção, pois restringe intervenções à responsabilização governamental de baixo custo, baseado em um modelo de Estado mínimo, negando direito universal à saúde (MENDONÇA et al., 2018).

Esses autores trazem ainda que países com sistemas universais de saúde, nos europeus especialmente, a APS está centrada em médicos generalistas ou em saúde da família e comunidade e implica no primeiro contato do paciente com base em financiamento solidário. Enquanto OMS e OPAS, nos anos 2000, aperfeiçoaram a visão sobre APS com aspectos mais abrangentes e mais integrados no sistema de saúde. Há também o modelo preconizado na ESF que aporta o campo de saúde coletiva em diálogo com acúmulos advindos do pensamento social latino-americano.

Starfield (2002) destaca que uma maior riqueza nacional e condições socioeconômicas elevadas não garantem produção de um alto nível de saúde. A autora afirma que os Estados Unidos são um exemplo, pois estão entre os países mais ricos do mundo, mas não colhem os benefícios disso em termos de melhor saúde. O nível global de gastos não está uniformemente associado a melhores níveis de saúde, pois os efeitos dos serviços de saúde devem ser uma consequência de características específicas desses serviços, ou seja, a obtenção de efetividade e equidade exige que os sistemas de saúde tenham forte orientação da atenção primária.

Em função disso, a APS passa a ter papel predominante para a construção de qualquer sistema de saúde humanizado, adequado, acessível, coordenado e promotor de participação social como indica Giovanella (2018). A autora afirma que o debate conceitual sobre atenção primária/atenção básica à saúde permanece atual, dada a incorporação da cobertura universal de saúde na Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – meta 3.8 do ODS 3 “Saúde e Bem-Estar”) e a atenção primária preconizada como estratégia para a cobertura universal.

É importante ressaltar, como mostram Mendonça et al. (2018), a denominação Atenção Básica à Saúde dada pelo movimento sanitário brasileiro em oposição ao modelo hegemônico reducionista e consagrado de APS, com o intuito de diferenciar ideologicamente na construção de um sistema público universal alicerçado pela cidadania ampliada. Portanto, existe uma tensão entre APS seletiva e APS integral. Tanto APS como AB são termos que podem se alinhar em torno de um sistema público universal de qualidade.

Em relação aos desafios, o destaque, para Mendes e Marques (2014) é o financiamento, que limita-se na realidade da receita disponível dos municípios brasileiros. A partir de 1995, em virtude da implantação do processo de descentralização das políticas sociais, em particular saúde, municípios passaram a efetuar gastos crescentes nessas áreas, a baixa capacidade de suas finanças torna-se ainda mais problemática. Além disso, o ritmo de crescimento da receita disponível dos municípios sofre interferências, e ainda a Lei de

Responsabilidade Fiscal constitui um fator inibidor do gasto, em que municípios menores não contam com recursos próprios suficientes para financiar a despesa não coberta pelo governo federal.

O segundo grande desafio é explicado por Gil (2006) é que, embora a ESF tenha se ampliado em termos de cobertura no país, atravessa entraves para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, que é sua consolidação nos grandes centros urbanos. Há um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. As práticas profissionais não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde: integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe. Simultaneamente, a gestão do sistema: lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra referência.

Para uma revolução na racionalidade da assistência médica, a APS passa por reformulações dos próprios saberes e das práticas de saúde. A criação dessa nova forma de cuidado em saúde originou uma cultura sanitária em várias dimensões, diferente da biomedicina tradicional. Esse conjunto de mudanças teve efeito positivo sobre a viabilidade e a sustentabilidade dos sistemas públicos comprometidos com direito universal à saúde. Faz-se, então, necessário valorizar a construção de um sistema público e universal. Porém, promover profundas reformas não é tarefa simples, principalmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades econômica, social e política (CAMPOS, 2016).

2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação em saúde corresponde a um conjunto de apreciações e julgamentos sobre intervenções, formalizadas ou não, organizadas em forma de políticas, programas e projetos, que pode estar inserida nas práticas sociais e de saúde para analisar determinada intervenção, conforme sua situação-problema, processos de trabalho e os elementos do contexto. Há variações de conceitos e abordagens, a depender do foco investigativo e do objeto de questionamento (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Scriven (2018) afirma que avaliação é um processo analítico fundamental a todas as iniciativas intelectuais e práticas disciplinadas, sendo considerada uma das mais versáteis no

âmbito transdisciplinar por ser possível de se aplicar em diversas áreas do conhecimento científico, com o diferencial de conquistar padrões usuais de validade para conclusões avaliativas.

Samico *et al.* (2010) destacam que estudos avaliativos são necessários para a análise de políticas, programas e projetos de saúde. Para que se possa aperfeiçoar as intervenções em saúde, há a necessidade de aprofundar informações sobre funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários, sendo a avaliação uma alternativa pertinente e adequada.

Porém, Felisberto *et al.* (2017) ressaltam que precisam ser avaliadas não apenas informações provenientes de resultados de pesquisas, mas o tipo de efeito, área temática, grau e utilidade no planejamento e na gestão, de forma que os tomadores de decisão possam utilizar os resultados da avaliação, indo ao encontro das necessidades de saúde da população e também os interesses dos envolvidos, paralelamente à reação do conhecimento apreendido. A Figura 2, apresentada a seguir, explicita os múltiplos aspectos envolvidos no desenvolvimento de um estudo avaliativo.

Figura 2 – Aspectos do Estudo Avaliativo



Fonte: Adaptado Brandão e Silva (2008).

Figueiró *et al.* (2010) estabelecem as origens do campo da avaliação a partir de duas necessidades: a) como prestação de contas (*accountability*), associado ao controle de programas, com o objetivo de sua melhoria, relacionados à responsabilização por parte

daqueles que detém a autoridade; b) associadas à investigação social guiada por metodologia e rigor sistemático. A partir do desenvolvimento da investigação social surgiria a avaliação como pesquisa, onde a ênfase encontra-se no desenho metodológico (estudos experimentais e quase experimentais). Nessa reflexão, Alkin elabora uma classificação das teorias da avaliação: uma baseada no método, outra baseada nos valores, ou seja, no processo de julgamento, com atribuição inicial do avaliador e depois como responsabilidade compartilhada com outros atores diretamente interessados na intervenção e na avaliação, denominados “*stakeholders*”; e a terceira baseada no uso da avaliação, orientado principalmente para a tomada de decisão (ALKIN, 2004 apud SAMICO et al., 2010).

Os conceitos utilizados na área de avaliação são diversos e cada avaliador construirá o desenho do estudo avaliativo de acordo com as características da intervenção estudada e dos objetivos da avaliação.

Champagne et al. (2011) constroem a definição de que avaliar consiste em:

Emitir juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, cujos atores envolvidos estejam aptos a se posicionar para construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações. (CHAMPAGNE et al, 2011;p 44)

Parreira e Silva (2015) aprofundam a designação de Avaliação com as ideias de lógica geral e lógica aplicada. A primeira refere-se ao núcleo da decisão com quatro passos intrínsecos ao processo avaliativo, enquanto a segunda refere-se às especificidades da situação e/ou problema e/ou contexto, sendo de fato mais próximas da realidade avaliada. Os quatro passos são definidos:

- 1º passo: Estabelecer critérios de mérito → os critérios são especificações da avaliação. Os critérios devem ser bem definidos e isso exige o conhecimento aprofundado do conteúdo da avaliação;
- 2º passo: Criar padrões comparáveis → após estabelecer critérios, devem ser definidos padrões de nível adequado, com os quais possam ser comparados. Definir padrões obriga a traduzi-los em indicadores específicos que determinam a relação de comparação;
- 3º passo: Mensuração e Comparação → sendo um processo conhecido e generalizado, exige atenção e cuidado, mas não oferece dificuldades insuperáveis,

ainda que, em casos de maior complexidade, a avaliação possa deparar-se com obstáculos de envergadura. São necessários indicadores válidos que permitam observar e medir com precisão o objeto avaliado;

- 4º passo: Integrar os dados num juízo sobre o mérito ou o valor → consiste em estabelecer um juízo de valor com base na comparação dos dados para tomada de decisão. Como na decisão, também na avaliação se verifica aspectos qualitativos entre as informações. Nem a decisão nem a avaliação são consequências mecânicas da comparação dos indicadores. O avaliador tem de decidir que juízo de valor entre tipos de indicadores fundamentam a intervenção, com respeito aos princípios da impessoalidade, publicidade e imparcialidade.

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) trazem diferentes características de avaliação, tais como julgamento de valor ou mérito de algo, pesquisa e mensuração, estimativa de alcance de objetivos específicos, auditoria, controle de qualidade, coleta e apresentação de informações que possibilitem tomadas de decisão assertivas. Uma definição mais extensa afirma que avaliação pode ser a identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios defensáveis para determinar valor, qualidade, utilidade, eficácia ou importância do objeto avaliado.

Para Champagne et al. (2011), as finalidades de uma avaliação são numerosas. Se há como particularidade a verificação da pertinência, trata-se de uma análise estratégica; se o enfoque for verificar a teoria da intervenção e sua racionalização, é uma análise lógica. Um estudo poderá ser baseado ainda em elementos diversos da intervenção, tais como rendimento, produtividade, efeitos esperados, entre outros. Há a análise de implantação, também chamada de avaliação de implementação, que estuda o desenvolvimento de uma intervenção ao longo do seu ciclo de vida e dos fatores de contexto externo, interno e organizacionais, que incidem sobre o processo de sua implementação, centrado nas relações existentes entre a intervenção e os diversos elementos do contexto. Um estudo avaliativo, portanto, pode combinar uma ou várias dessas análises conforme os objetivos da avaliação, as características da intervenção e as condições de realização de uma pesquisa avaliativa.

Champagne e colaboradores (2011) afirmam que as finalidades de uma avaliação podem estar explícitas ou implícitas, serem convergentes ou divergentes, ou oficiais ou oficiosas. Assim, a finalidade *estratégica* auxilia no planejamento e elaboração da intervenção, enquanto a finalidade *formativa* fornece informações para melhorar a intervenção

em andamento. Já a finalidade *somativa* determina efeitos de uma intervenção para decidir se deve ser mantida, transformada ou interrompida, ao passo que a finalidade *transformadora* é utilizada como reforço para melhorar uma situação injusta ou problemática em prol de benefícios coletivos. E, por fim, a finalidade *fundamental* contribui para o avanço de conhecimentos empírico-teóricos da intervenção com o intuito de construir e validar normas.

Para além dos desenhos e finalidades, faz-se necessário compreender como a avaliação surgiu como área do conhecimento científico, advinda de diferentes campos acadêmicos. Para isso, Guba e Lincoln (2011) descrevem o desenvolvimento temporal dessa área, que consiste em uma trajetória histórica organizada em gerações:

- 1ª Geração (1910-1930) → refere-se à construção e aplicação de instrumentos de medida, com foco em coeficiente de inteligência para classificação de crianças e progresso escolar;
- 2ª Geração (1942) → refere-se ao estudo de Ralph Tyler marcado por descrição e marca o nascimento de avaliação de programas, o avaliador tem papel de descritor;
- 3ª Geração (1967) → refere-se aos apontamentos de Stake em que traz a face de julgamento e o avaliador tem papel de juiz, retendo ainda os papéis anteriores em suas funções técnicas e descritivas;
- 4ª Geração (1980-1989) → refere-se a um estágio norteado pela negociação e uma visão responsiva e construtivista, ou seja, adota-se um processo que inclui programas/resultados para múltiplas realidades para sem construídas e negociadas na interação entre observador e observado (processo hermenêutico-dialético).

Partindo para uma perspectiva mais aplicada, no contexto de execução de serviços e ações de saúde pública, faz-se necessário discutir a institucionalização do M&A como práticas legítimas e previstas nas instituições e organizações de saúde. Desse modo, para que o M&A sejam práticas consolidadas, é necessária a mobilização e garantia de recursos, estimativas, procedimentos, orçamento, participação dos atores envolvidos e monitoramento, além de organizações e de regras que contribuem ao desenvolvimento e à perenidade da prática avaliativa dentro de um espaço definido (FELISBERTO et al., 2009). Como um aspecto constitutivo e complementar do processo avaliativo, Sellera et al. (2019) destacam que a atividade de monitoramento sistemático das ações em saúde, permite a observação, a mensuração e a análise contínua de uma determinada intervenção. É fundamental para o

acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto no processo de implementação de um programa, como no acompanhamento de seu desempenho operacional e finalístico. Portanto, considera-se importante a institucionalização do processo de M&A nos âmbitos da gestão nacional, regional, municipal ou local.

Scriven (2018) traz três finalidades para a institucionalização da avaliação. A primeira trata-se do potencial de transdisciplinaridade, citado anteriormente. A segunda finalidade consiste no fornecimento de recursos para melhoria de técnicas e elaboração de relatórios em áreas tradicionais que não sejam campos de aplicabilidade avaliativa – desde delineamento de pesquisas e julgamento de propostas a revisões bibliográficas e artigos apresentados para publicação até críticas literárias mais robustas para fins de aperfeiçoamento e criatividade. A terceira e última finalidade, considerada mais importante para o autor, consiste no incentivo à mudança profunda, quebra de paradigmas ou ainda a influência na institucionalização da cultura avaliativa.

No documento elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) intitulado “*Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*”, publicado em 2005, a avaliação é tratada como componente fundamental na gestão em saúde, em que é reconhecida sua importância para a construção e a análise de múltiplas ações que compõem as variadas dimensões do SUS (BRASIL, 2005). Neste documento é destacado que a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) foi criada num processo de reorganização interna do Ministério da Saúde. Em seguida, no ano de 2000, foi criado o Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas de Saúde, que se constituiu a partir da Coordenação de Saúde da Comunidade, vinculada à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Inicialmente denominada de Coordenação de Investigação, a CAA/DAB surgiu com o propósito de formular, conduzir, desenvolver e consolidar os processos avaliativos relacionados à atenção básica, com papel estratégico para o redirecionamento da organização do sistema de saúde no país (BRASIL, 2005).

Felisberto et al. (2008) afirmam que o MS desenvolveu desde 2003 diversas ações visando à institucionalização da avaliação no âmbito da atenção básica à saúde. Para isso, foi definido um modelo lógico para a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, com quatro focos: as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), o gestor federal representado pelo DAB e as instituições de ensino e pesquisa. Uma das estratégias dessa política para institucionalizar a avaliação foi o projeto “*Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em*

Monitoramento e Avaliação”, com ações voltadas para os gestores e ênfase para os estados e municípios. Este projeto foi apoiado financeiramente pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), fruto de acordo de empréstimo internacional firmado entre Brasil e Banco Mundial.

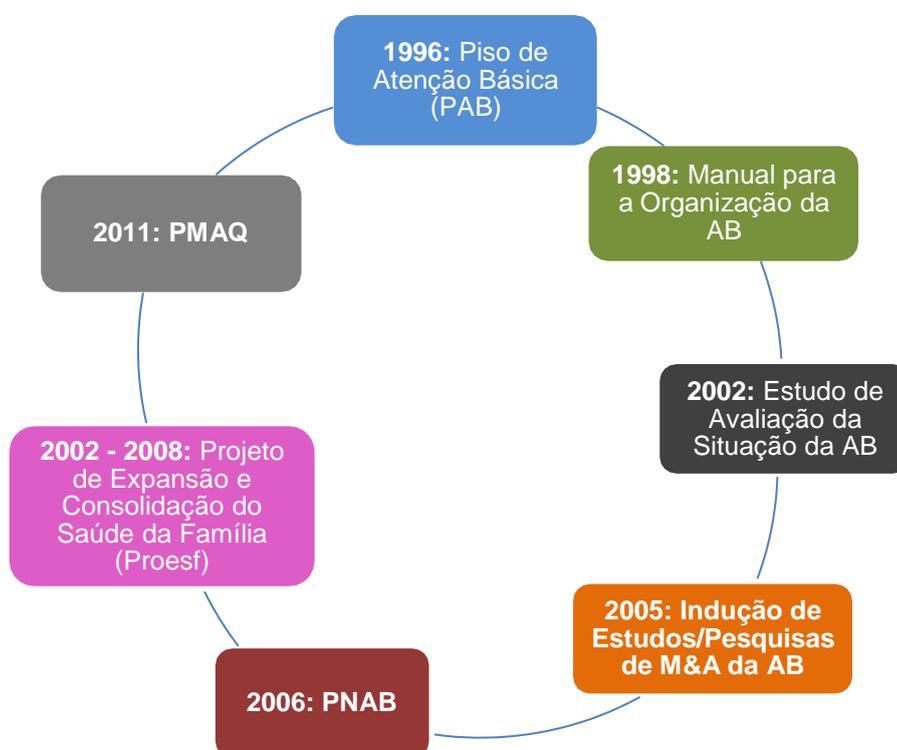
Embora a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica tenha sido considerada válida àquela altura, Contandriopoulos (2006) fez questionamentos sobre seu modelo lógico, pois considerou necessário colocar a aquisição de novos conhecimentos e a melhoria do desempenho do SUS como pilares para consolidação. O autor afirmou que não basta institucionalizar a avaliação, é preciso questionar a capacidade da avaliação de produzir informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS, ou seja, execução com efetividade, eficiência, eficácia, exequibilidade e factibilidade.

Em relação a isso, houve debates, como mostram Camargo Jr et al. (2008), em que por um lado, a institucionalização envolve um processo de apropriação pelos gestores municipais das ferramentas conceituais e metodológicas das pesquisas avaliativas, de modo a inserir práticas no cotidiano de trabalho. De outro, os indicadores utilizados na pactuação não conseguem capturar as mudanças em decorrência da reorientação do modelo assistencial. Essa limitação é particularmente evidente quando se indaga sobre o impacto das ações empreendidas voltadas aos princípios da integralidade, da universalidade e equidade no acesso às ações e serviços de saúde, na resolutividade, na intersetorialidade e na participação popular.

No que concerne às ações de avaliação no âmbito da Atenção Primária em Saúde no Brasil, Sousa (2018) relata que essa preocupação surge após 1996, com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB). Em sequência, em 1998, o MS publicou um documento intitulado “Manual para a organização da atenção básica”, que traz um capítulo sobre as responsabilidades da gestão, associa a avaliação a mecanismos de controle e prevê a obrigatoriedade dos gestores de elaborar rotinas, normas e fluxos de controle e avaliação. O autor relata ainda que, a partir de 2002, o MS empreendeu o maior estudo feito até então para avaliar a situação da atenção básica no país, que foi o “*Estudo de Avaliação da Situação da AB*”, além da criação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf).

A Figura 3 apresenta o contexto histórico da avaliação em saúde na APS no Brasil.

Figura 3 – Contexto Histórico da Avaliação em Saúde na APS. Brasil, 2021.



Fonte: Elaboração Própria (2022).

Em 2005, conforme sinalizado na Figura 3, houve indução de estudos e pesquisas da política de monitoramento e avaliação da atenção básica em parceria com CNPq. Em 2006, foram publicadas a Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que destacou a importância do monitoramento e avaliação para o desenvolvimento da atenção básica.

É citada também a constituição da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde em 2009 em parceria com Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com o objetivo de fomentar a articulação entres pesquisadores, gestores, profissionais e usuários, além de estimular uma apropriação do conjunto da sociedade dos resultados de pesquisa em M&A para a qualificação da atenção básica.

Em 2011 é elaborado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e considerado até então um importante marco para fortalecimento e institucionalização de avaliação em saúde na APS – como visto na seção de Referencial Teórico. Portanto, o período entre os anos 2000 e até o início da década de 2010, apresentou-se como importante momento histórico no desenvolvimento das bases para a

institucionalização da avaliação, produzindo um ambiente extremamente favorável para o que viria pela frente nos anos seguintes (SOUSA, 2018).

Tendo em vista a extensão territorial do Brasil, a heterogeneidade de estados e municípios, o aumento da expectativa de vida da população, crescimento de custos, surgimento de novas tecnologias, doenças emergentes e reemergentes, entre outros inúmeros fatores, constituem particularidades para a tomada de decisão de gestores. Daí a necessidade de se institucionalizar e consolidar uma cultura de M&A, a fim de contribuir com soluções ao enfrentamento para os problemas de saúde pública, com direcionadores factíveis para formulação de intervenções que atendam a demanda dos serviços de saúde, que podem ser políticas, programas, projetos e variam de acordo com o foco e nível de complexidade.

É preciso pontuar que os desafios e as mudanças do SUS colidem com o aumento da complexidade dos problemas de saúde contemporâneos. Desde a maior prevalência de doenças crônico-degenerativas até a persistência de doenças infectocontagiosas e alta carga de agravos de saúde mental e violências. O atual perfil epidemiológico exige dos profissionais de saúde, além de formação biomédica já prevista em sua formação, alta capacidade para compreender dimensões psicossociais, de determinação do processo saúde-doença-cuidado e em como atuar em contextos de vulnerabilidade. Serviços de saúde organizados com equipes multiprofissionais, que combinem autonomia profissional com responsabilidades clínicas e sanitárias, articulados em redes de atenção, com atuação intersetorial e abertos à participação comunitária, têm maior capacidade para manejo de problemas de saúde (GASTÃO; CAMPOS, 2020).

O fortalecimento do sistema de saúde, para Gastão e Campos (2020), deve estar associado à implantação de inovações, por meio de novas tecnologias, práticas, objetos ou arranjos institucionais, voltados para melhorar os resultados em saúde. Isso associado a projetos transformadores, reformulação de estruturas organizacionais, o modo de governar serviços, e, simultaneamente, promover mudança nas pessoas, nos seus valores e na cultura.

Decisões necessárias para atender a universalidade de acesso, qualidade da atenção prestada e viabilidade econômica do SUS são difíceis de tomar, já que envolve um sistema complexo de saúde, incertezas nas relações dos problemas de saúde, intervenções com necessidade de resolução e expectativas crescentes da população (SAMICO et al., 2010).

Embora cumprida a etapa de aumento considerável da cobertura da APS, Cunha e Giovanella (2011) ressaltam a necessidade em concentrar esforços para melhoria da qualidade. Iniciativas de caráter governamental podem ser exemplos de incentivos para a

realização de avaliações internas e externas, porém há insuficiência de mecanismos sensíveis que avaliem os processos utilizados para alcançar efetividade nesse nível assistencial.

As atividades avaliativas, para Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015), devem estimular a participação dos envolvidos, compreensão de serviços, com responsabilização dos indivíduos em aprimorar os serviços de forma não culpabilizante nem punitiva.

2.5 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

A eficiência de um sistema de saúde foi definida, por Miclos, Calvo e Colussi (2017), como a relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados. Também pode ser estabelecida a partir de um equilíbrio entre a provisão do cuidado, com o mínimo de desperdício, atrelada à geração de um retorno correspondente ao volume de recursos investidos.

Nesse sentido, para verificar essa relação e melhorar a eficiência na AB, o governo federal iniciou em 2003 um processo de institucionalização da avaliação na AB. Dentre as propostas de avaliação existentes, houve a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que induz o uso da avaliação por gestores e equipes de saúde, além de avaliar o desempenho das equipes em relação aos padrões de qualidade e acesso pactuados de maneira tripartite (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017).

O PMAQ foi regido pela Portaria Nº 1654 em 19 de julho de 2011 e elevava os recursos do incentivo federal para os municípios que apresentassem melhora no padrão de qualidade no atendimento, buscava incentivar gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população nas UBS, por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde, a fim de garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das ESFs.

Lemos, Prado e Medina (2018) definem o PMAQ como uma estratégia prioritária para alcançar mudanças de estrutura e organização de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de qualificar as práticas de gestão, cuidado e participação social e ampliar o acesso na Atenção Básica. Cabe ressaltar que o acesso diz respeito à universalidade, um dos princípios do SUS, e a qualidade se refere à integralidade da atenção à saúde.

A inovação pretendida pelo PMAQ foi a indução da cultura de análise, avaliação e intervenção que associa o incentivo financeiro ao desempenho de profissionais, à perspectiva

de ampliação do financiamento e ao estabelecimento de indicadores e padrões de modo a tornar possíveis comparações estatísticas entre os resultados alcançados por diferentes gestões e equipes de saúde locais no âmbito da AB, assim como pelas mesmas equipes e gestões em momentos distintos (LEMOS; PRADO; MEDINA, 2018).

Os principais objetivos do PMAQ encontram-se no “Manual Instrutivo do PMAQ” (BRASIL, 2015). Dizem respeito à ampliação do impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários; fornecimento de padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB; promoção de maior conformidade das UBS com os princípios da AB; estímulo à qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação; melhoria da qualidade da alimentação e do uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão; institucionalização de cultura de avaliação da AB no SUS com base na indução e no acompanhamento de processos e resultados; incentivo ao foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação, o controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e dos gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Pinto, Sousa e Ferla (2014) trazem o componente de financiamento da APS associado ao PMAQ. Os autores afirmam que, até 2007, o financiamento federal da APS era composto apenas pelo componente *per capita*, o Piso de Atenção Básica Fixo (PABF), e pelo componente de indução da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e outras rubricas relativas às ações que compunham o PAB Variável (PABV). A partir de 2007, foi, progressivamente, constituindo-se e fortalecendo-se o componente de estrutura e modernização, com investimentos cada vez maiores na estrutura das UBS, em equipamentos e na informatização das UBS. A partir de 2011, com o surgimento do PMAQ, foi criado o componente de qualidade que inaugurou um novo modo de financiar na APS associado ao processo de adesão voluntária, contratualização de compromissos e repasse de recursos aos municípios em função dos resultados que alcançavam no processo de avaliação e certificação do PMAQ-AB. Até então, o único fator que interferia no financiamento de uma equipe era qual modelagem havia entre as previstas na PNAB, mas com o PMAQ havia a influência do que é feito, como é feito e os resultados alcançados do município e da equipe tornam-se decisivos para o financiamento.

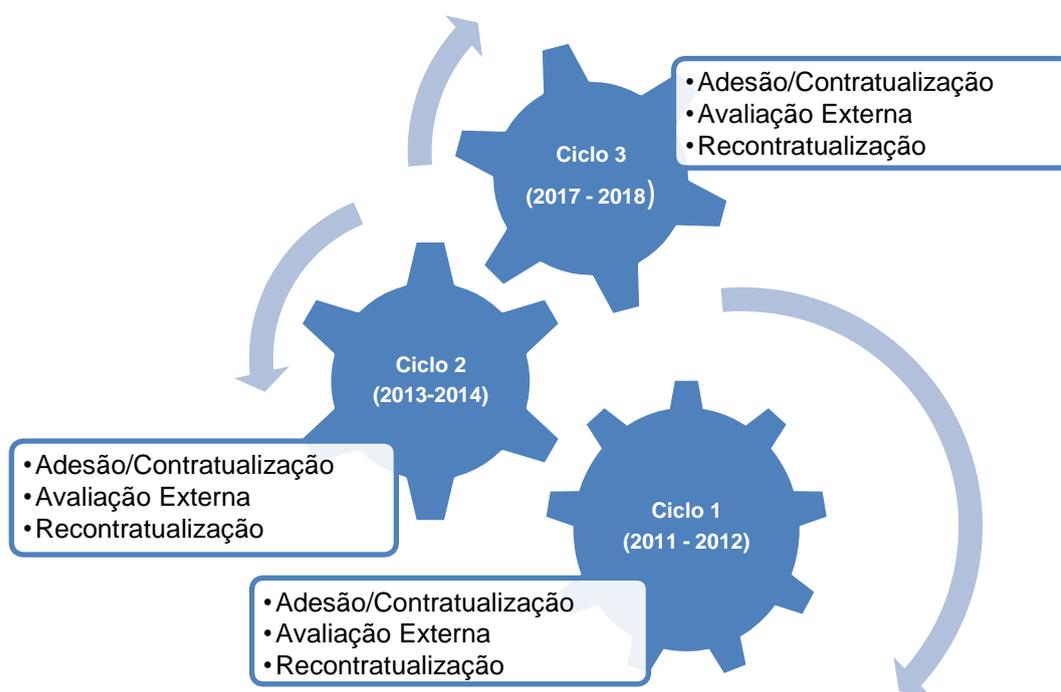
O município, segundo os autores, ao aderir, passava a receber 20% do componente de qualidade do PABV por equipe. Quando a Avaliação Externa era realizada e concluída a

certificação, o percentual variava, a depender do desempenho alcançado pelas equipes, podendo ser interrompido, no caso de desempenho insatisfatório, manter-se em 20%, aumentar para 60% ou chegar até a 100%. O município deveria implantar padrões de qualidade descritos no programa, adequar-se às exigências de informação e monitoramento, desenvolver ações de educação permanente e de apoio às equipes em todas as ações e fases do programa. A utilização dos recursos deveria estar associada ao custeio da APS naquilo que o município julgasse necessário para contribuir no avanço dos objetivos do PMAQ, de ações de educação permanente bem como melhorias das condições de trabalho e a instituição de diferentes premiações por metas atingidas.

Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015) explicam também que o PMAQ era composto por quatro fases, baseadas na Portaria N° 1645, de 02 de outubro de 2015, executadas ao fim da adesão a cada ciclo. Os autores esclarecem que cada ciclo prevê uma função e meta a ser atingida. No 1º ciclo, iniciado entre 2011 e 2012, o programa contou com a participação de Equipes de Atenção Básica (EAB) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). No 2º ciclo, iniciado entre 2013 e 2014, o programa passou por modificações, permitindo a participação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com intuito de ampliar as ações de melhoria do acesso e da qualidade para outros serviços das áreas que se articulam com a AB, já que o NASF e o CEO desenvolvem ações de saúde para promover a ampliação da oferta na rede de serviços da AB. O 3º ciclo, entre 2017 e 2018, o PMAQ-AB abrangeu as quatro modalidades de equipes/serviço.

A Figura 4, em seguida, apresenta os três ciclos do PMAQ e as fases que os compõem. É importante notar que cada ciclo, para ser concluído, requer a continuidade das suas respectivas fases, posto que os dados obtidos em cada fase direcionam a fase seguinte até o próximo ciclo, mediando ações e comparações entre os resultados de cada ciclo. Embora esses ciclos se complementem e apresentem pontos de continuidade com marcos temporais inclusive, muitas áreas/regiões não aderiram aos três ciclos, ou seja, algumas participaram de um e/ou dois e outras dos três.

Figura 4 – Ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasil, 2021.

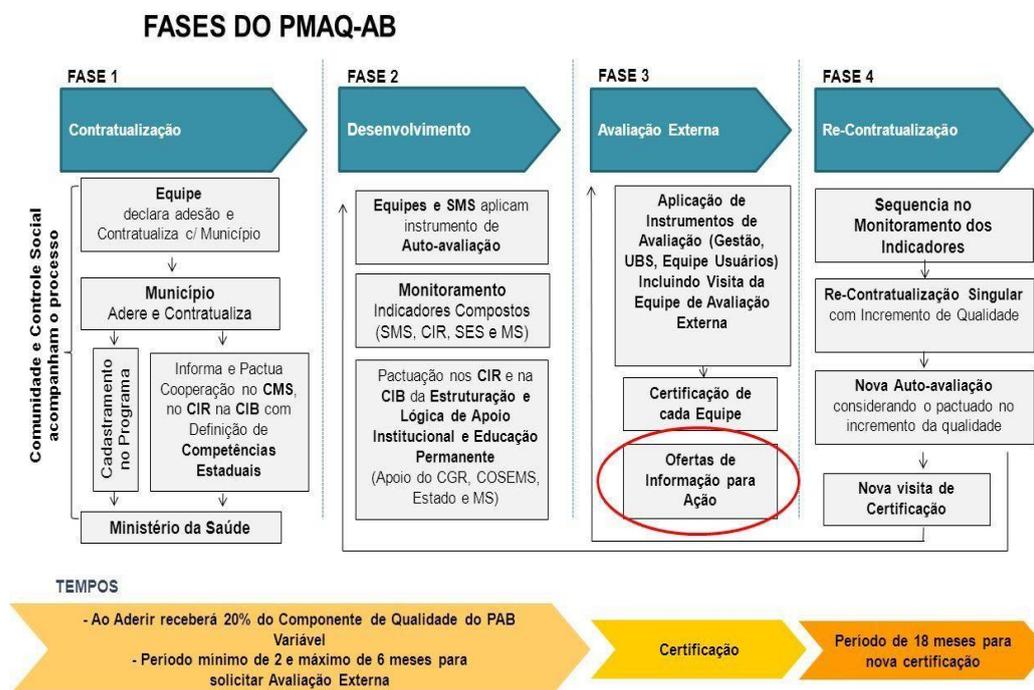


Fonte: Elaboração Própria (2022).

Fausto e Fonseca (2013) descrevem essas quatro fases que se complementam num ciclo contínuo como mostra a Figura 5:

- Fase 1: Adesão e Contratualização – consiste em compromissos entre equipes, gestores e MS;
- Fase 2: Desenvolvimento/Qualificação – consiste na autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional;
- Fase 3: Avaliação Externa – consiste em aplicar instrumentos de avaliação voltados para gestão, UBS, equipes multiprofissionais e usuários, em que os dados obtidos servem como referencial para certificação bem como são fontes de informação para monitoramento, tomada de decisão e mudanças necessárias.
- Fase 4: Recontratualização – repactuação entre equipes e gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade.

Figura 5 – Fases do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasil, 2021.



Fonte: Equipe PMAQ/ENSP/Fiocruz (LIMA, 2015). Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/10206847/>. Acesso em 14/08/2020.

Legenda: CMS – Conselho Municipal de Saúde; CIR – Comissão Intergestores Regional; CIB – Comissão Intergestores Bipartite; SMS – Secretaria Municipal de Saúde; SES – Secretaria Estadual de Saúde; MS – Ministério da Saúde; CGR – Colegiado de Gestão Regional; COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde; PAB – Piso da Atenção Básica.

A primeira fase do PMAQ consiste na adesão ao programa e ocorre mediante a contratualização de compromissos a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde. Esse processo implica na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados. Envolve também a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social, contribuindo com o aprimoramento da cultura de negociação e pactuação no âmbito do SUS. A adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupunham o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do Programa como mostrado no “Material de Apoio à Autoavaliação para Equipes de Atenção Básica” em Brasil (2013).

A segunda fase do programa é o momento de desenvolvimento das estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade. Segundo documento do MS (Brasil, 2013), essa fase é estruturada em quatro dimensões consideradas centrais na indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do

cuidado, são elas: autoavaliação, monitoramento de indicadores, educação permanente e apoio institucional.

A autoavaliação não tem instrumento de uso obrigatório nem periodicidade para sua realização, sendo entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os sujeitos e grupos integrantes avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho (BRASIL, 2013). Para essa etapa, segundo Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015), poderia ser utilizado instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil* (PCaTool).

O PCA Tool foi desenvolvido por Starfield e colaboradores no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations*. Trata-se de instrumento que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. Os quatro atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato, continuidade do cuidado, abrangência (*comprehensiveness*) e coordenação dos cuidados são subitens do acesso e, portanto, a qualidade dos serviços passa pela melhoria de estruturas e processos, relacionados à efetividade, que garantam o acesso tanto no nível individual como populacional, em que o acesso volta-se à dimensão ética da equidade, oferecendo mais atenção para quem mais necessita (NORMAN; NORMAN, 2013).

Alguns autores reforçam, entretanto, que o PMAQ-AB não tem seus instrumentos organizados a partir de atributos da APS, como acontece no PCATool, que possui um conjunto de ferramentas de pesquisa para a avaliação dos serviços de APS, adotado mundialmente e com questionário adaptado para o Brasil. Estudos com base no PCATool apontam que o alto desempenho das equipes está associado com maior qualidade do cuidado para problemas de saúde de alta prevalência, como, por exemplo, as doenças crônicas (LIMA et al., 2018b).

A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa e é descrita como um conjunto de ações que averigua as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes de atenção básica participantes do Programa. Destaca-se que os padrões de qualidade presentes no instrumento de certificação, utilizado nessa etapa, guardam similaridade com os padrões de autoavaliação. Poças (2017) afirma que essa fase é conduzida por Instituições de Ensino Superior (IES) conveniadas com o Ministério da Saúde em parceria com CONASS e CONASEMS para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes

instrumentos avaliativos, que foram elaborados em consenso por meio de oficinas e dimensões de saúde prioritárias.

A quarta e última fase do programa é o momento de reconstrução com a gestão municipal e as EAB, a partir das realidades evidenciadas na avaliação externa, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores que envolvem a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes da atenção básica (BRASIL, 2013).

É preciso destacar que o PMAQ compreende critérios, com dimensões, subdimensões e indicadores para monitoramento e avaliação em suas fases e ciclos. O Quadro 1 explicita cada dimensão com suas respectivas subdimensões.

Quadro 1 – Dimensões e Subdimensões do PMAQ. Brasil.

Unidade de Análise	Dimensões	Subdimensões
Gestão	Gestão Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação e Implementação da Atenção Básica no município; • Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde; • Gestão do Trabalho; • Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.
	Gestão da Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio Institucional; • Educação Permanente; • Gestão do Monitoramento e Avaliação (M&A).
	Unidade Básica de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestrutura e Equipamentos; • Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos.
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil da Equipe; • Organização e Processo de Trabalho; • Atenção Integral à Saúde; • Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

Fonte: Adaptado de AMAQ em Brasil (2013).

É perceptível, a partir dos itens que constam no Quadro 1, que as subdimensões do PMAQ vão ao encontro da tríade Estrutura/Processo/Resultado. Estrutura como componente voltado para as características físicas das unidades de saúde, equipamentos, horário de funcionamento, dimensionamento de pessoal, insumos em geral. Processo que compreende a organização do trabalho, composição de profissionais de saúde por equipe e área adscrita, divisão de tarefas, planejamento e gestão. Quando à subdimensão Resultado abrange

participação, controle social, satisfação de profissionais e usuários, educação permanente e alcance de metas pré-estabelecidas.

O Quadro 2 apresenta os respectivos indicadores referentes a cada área monitorada.

Quadro 2 – Áreas e Indicadores de Monitoramento do PMAQ. Brasil.

Áreas	Indicadores
Saúde da Mulher	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica; • Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada; • Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre; • Proporção de gestantes com pré-natal no mês; • Proporção de gestantes com vacina em dia; • Razão entre exames citopatológicos do colo do útero; • Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.
Saúde da Criança	<ul style="list-style-type: none"> • Média de atendimentos de puericultura; • Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo; • Proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia; • Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas; • Média de consultas médicas para menores de 1 ano; • Média de consultas médicas para menores de 5 anos; • Proporção de crianças com baixo peso ao nascer; • Proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas no domicílio; • Cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de diabéticos cadastrados; • Proporção de hipertensos cadastrados; • Média de atendimentos por diabético; • Média de atendimentos por hipertenso; • Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio; • Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.
Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; • Cobertura de primeira consulta odontológica programática; • Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante; • Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas; • Média de instalações de próteses dentárias; • Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante; • Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.
	<ul style="list-style-type: none"> • Média de consultas médicas por habitante;

Produção Geral	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado; • Proporção de consultas médicas de demanda agendada; • Proporção de consulta médica de demanda imediata; • Proporção de consultas médicas de urgência com observação; • Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência; • Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado; • Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar; • Média de exames solicitados por consulta médica básica; • Média de atendimentos de enfermeiro; • Média de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada; • Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
Vigilância – Tuberculose e Hanseníase	<ul style="list-style-type: none"> • Média de atendimentos de tuberculose; • Média de atendimentos de hanseníase.
Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto de usuários de álcool e drogas; • Proporção de atendimentos de usuário de álcool; • Proporção de atendimentos de usuário de drogas; • Taxa de prevalência de alcoolismo.

Fonte: Adaptado da Ficha de Qualificação de Indicadores do PMAQ (BRASIL, 2012).

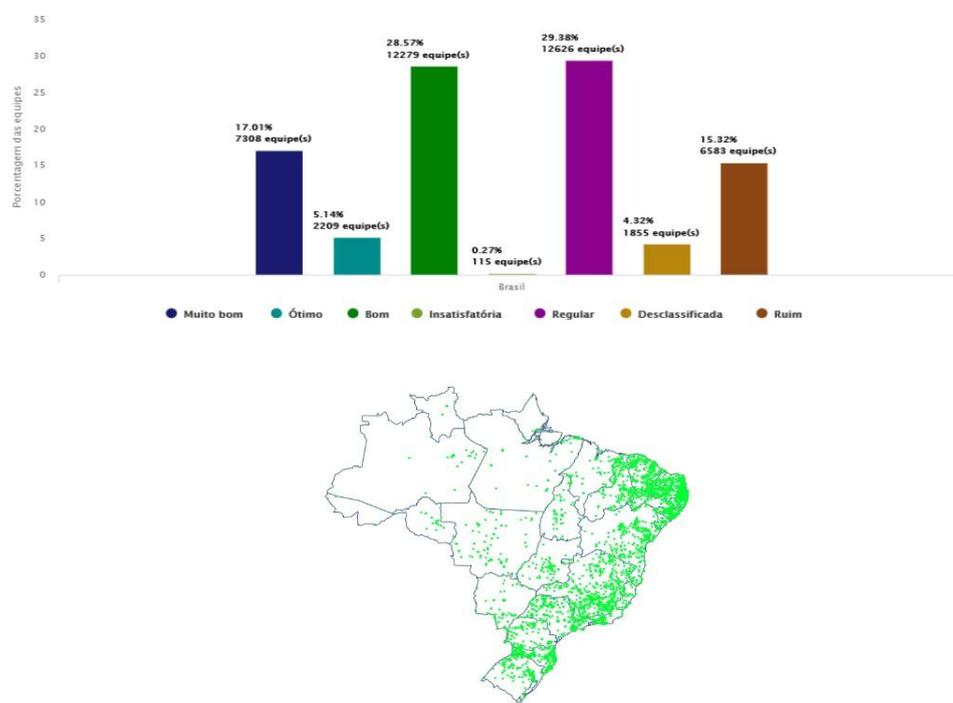
Baseado nos indicadores expressos no Quadro 2 gestores e profissionais de saúde abasteciam o SIAB para fornecer parâmetros de produtividade e respostas às metas pré-estabelecidas com posterior classificação das equipes participantes, que poderiam ser classificados em: muito bom, ótimo, bom, regular, ruim, insatisfatório ou desclassificação.

Destaca-se ainda que as dimensões e subdimensões apresentadas são associadas com indicadores, como base para repasse de recursos adicionais com fontes de financiamento federal para os municípios participantes que atingem melhores resultados desses indicadores no padrão de qualidade e de acesso no atendimento, por meio de avaliação periódica sobre o próprio trabalho dos profissionais, os indicadores de saúde e padrões de qualidade, sendo o último avaliado por equipe externa e cidadãos. As ações territoriais de assistência, vigilância e prevenção, com populações adscritas aos serviços, são consideradas prioridades (AMORIM; TEIXEIRA; FERLA, 2020).

É importante destacar que houve mudanças em 2019 nas formas de financiamento da APS no Brasil e em função disso o PMAQ foi extinto, com finalização dos três ciclos em todo território nacional de acordo com a adesão de cada área interessada.

A Figura 6 traz resultados do 3º Ciclo do PMAQ:

Figura 6 – Resultados do 3º Ciclo do PMAQ. Brasil, 2021.



Fonte: Retratos da APS. SAPS / MS (2020). Disponível em: <<https://retratos.navi.ifrn.edu.br/certificacao>>. Acesso em 14/08/2020.

Ao todo, 42.975 equipes foram avaliadas em todo o país, com a classificação de:

- Muito bom = 7308 (17.01%);
- Ótimo = 2209 (5.14%);
- Bom = 12279 (28.57%);
- Regular = 12626 (29.38%);
- Ruim = 6583 (15.32%);
- Insatisfatória = 115 (0.27%);
- Desclassificada = 1855 (4.32%).

Algumas observações precisam ser destacadas: a primeira é que, a partir da Figura 6 observa-se que maioria das adesões e certificações do 3º Ciclo do PMAQ aconteceu nas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul, com maior concentração na Região Nordeste. Isso aponta a heterogeneidade de comportamento da APS no Brasil com diferenças na sensibilização de

gestores, profissionais de saúde e usuários à utilização do PMAQ como estratégia avaliativa da APS. A outra possibilidade é a variabilidade na consolidação de práticas de promoção e prevenção em saúde em todo território nacional, questões logísticas, recursos e outras particularidades presentes na ESF de cada região do país.

O segundo ponto é a percentagem relativamente superior de classificação muito bom (17.01%), bom (28.57%) e regular (29.38%). Pode ser atribuído ao fato da influência na predominância de adesões no Nordeste, Sudeste e Sul, com características populacionais e sociodemográficas diferentes, por exemplo, da Região Norte, que possui comunidades indígenas e ribeirinhas, ou da Região Centro-Oeste, que tem um processo recente de implementação da ESF.

Um estudo de análise espacial da qualidade da Atenção Básica em saúde no Brasil, utilizando dados de avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ (2013/2014) desenvolvido por Abreu, Pinheiro, Queiroz et al. (2018), reafirma os resultados do 3º ciclo (2017/2018) anteriormente descritos na Figura 6. Essa análise utiliza um indicador municipal que retrata um panorama de diferenças entre os padrões espaciais encontrados inter e intrarregiões. As regiões Norte e Nordeste apresentaram forte concentração de valores mais baixos desse indicador, mas também foram encontrados municípios com bom desempenho (nos estados do Ceará, do Rio Grande do Norte e do Piauí). O mesmo acontece em regiões com um número maior de municípios com boa avaliação (Sudeste e Sul), onde foi observada presença importante de municípios com desempenho pior (estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo). Esses resultados são elucidativos da importância de considerar, em uma avaliação da APS, a heterogeneidade na efetivação do modelo pretendido para a AB nas diferentes áreas geográficas, tanto em termos de cobertura quanto em relação às dimensões do cuidado.

Desse modo, realizam-se as seguintes perguntas:

- O PMAQ pode ser considerado um processo de institucionalização da avaliação na APS?
- Quais as contribuições do PMAQ para institucionalização da avaliação na APS?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as contribuições do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como estratégia avaliativa da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicitar os estudos realizados sobre o PMAQ;
- Descrever os resultados dos estudos sobre o PMAQ na APS no SUS;
- Refletir o PMAQ como processo de institucionalização da avaliação da APS no SUS.

4 METODOLOGIA

4.1 OBJETO DE ESTUDO

No presente estudo, o tema escolhido foi o PMAQ devido sua magnitude e proposta de inovação como programa de avaliação na APS, com recorte para a compreensão do PMAQ como processo de institucionalização da avaliação em saúde na APS.

Para delimitar o estudo, considerou-se que o PMAQ consistiu em uma estratégia avaliativa com o propósito fortalecer a Atenção Primária no Brasil. Para tanto, optou-se pela realização de uma análise crítica, por meio de Revisão Integrativa.

4.2 REVISÃO INTEGRATIVA

Revisar, segundo Moreira (2004), significa olhar novamente, retomar os discursos de outros pesquisadores, não no sentido somente de visualizar, mas de refletir, analisar, criticar. Só pode haver crítica se os objetivos estiverem claros e bem formulados.

A revisão de literatura consiste num método de busca, análise, descrição do conhecimento em busca de respostas a uma determinada questão. O termo “literatura” refere-se a todo o material relevante escrito sobre o tema pesquisado, desde livros, documentos, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, monografias, dissertações, teses e outras variações (UNESP, 2015). Corrêa (2019) classifica a revisão de literatura em três tipos: Revisão Sistemática, Revisão Integrativa e Revisão Narrativa.

A Revisão Sistemática é conceituada por pesquisadores da Unesp (2015) como um tipo de investigação científica, baseada em estudos observacionais retrospectivos ou estudos experimentais de recuperação, acrescido da análise crítica da literatura. A revisão sistemática é, então, planejada, estruturada, controlada e possui uma série de particularidades, pois indica claramente as evidências a serem incluídas, indica e delimita a área de busca, aponta previamente descritores para a busca, evita a máxima apreensão subjetiva dos fatos observados, indica o campo e cronologia da revisão (CORRÊA, 2019).

Em contrapartida, a Revisão Narrativa teria como principal característica a não-utilização de critérios explícitos e sistemáticos para busca e análise crítica da literatura, não esgotando as fontes de informações, não aplicando estratégias de busca sofisticadas e

exaustivas. O objetivo seria mapear o conhecimento sobre uma questão ampla conforme indica Corrêa (2019), logo não exigiria protocolo rígido. Sendo assim, nesse tipo de revisão, as fontes não são pré-determinadas ou específicas, geralmente são menos abrangentes. A seleção ocorre de forma arbitrária, já que o pesquisador decide quais artigos ou informações são mais relevantes, sendo passível de viés e com grande interferência de interpretação subjetiva.

Por outro lado, a Revisão Integrativa, segundo pesquisadores da Unesp (2015), é uma alternativa para revisar rigorosamente e combinar estudos de diversas metodologias, delineamento experimental e não-experimental, com integração dos resultados. Serve para promover estudos em diversas áreas de conhecimento, com manutenção do rigor metodológico de revisões sistemáticas. Devido a essas particularidades, considera-se que a Revisão Integrativa seja o tipo mais adequado ao estudo do presente projeto, que consiste em análise do PMAQ como estratégia do MS para a avaliação da APS.

Segundo Corrêa (2019), a Revisão Integrativa segue etapas obrigatórias para melhor organização e agrupamento de estudos conforme Quadro 4 abaixo:

Quadro 3 – Etapas da Revisão Integrativa.

1ª	Delimitação do tema e identificação do objeto de estudo	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do problema; - Formulação de uma pergunta de pesquisa; - Definição de uma estratégia de busca; - Definição dos termos, palavras-chaves e/ou descritores; - Definição de bases de busca.
2ª	CrITÉrios de Seleção	<ul style="list-style-type: none"> - Uso das bases de dados; - Busca dos estudos com base nos critérios de seleção.
3ª	Organização de estudos pré-selecionados e selecionados	<ul style="list-style-type: none"> - Leitura do resumo, palavras-chave e título das publicações; - Sistematização de estudos pré-selecionados; - Identificação de estudos pré-selecionados e selecionados.
4ª	Categorização dos estudos Selecionados	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração e uso da matriz de síntese; - Categorização e análise das informações; - Formação de uma biblioteca individual; - Análise crítica dos estudos selecionados.
5ª	Análise dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão dos resultados.
6ª	Apresentação da revisão e síntese	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de documento que detalhe a revisão; - Propostas para estudos futuros.

Fonte: Adaptado Corrêa (2019).

A **1ª etapa** é o processo de elaboração da revisão integrativa, com início da definição de um problema e a formulação de uma questão de pesquisa que apresente relevância para a saúde pública, norteadora para a condução de uma revisão integrativa bem elaborada. Na **2ª etapa**, após a escolha do tema pelo revisor, ocorre formulação da questão de pesquisa, assim

se inicia a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. A **3ª etapa** consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, por meio um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave. O nível de evidência dos estudos deve ser averiguado, a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que irão gerar o estado do conhecimento atual do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Enquanto a **4ª etapa**, os autores reforçam que, para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente, deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Dentre as abordagens, o revisor pode optar para a aplicação de análises estatísticas, listagem de fatores que mostram um efeito na variável em questão ao longo dos estudos, a escolha ou exclusão de estudos frente ao delineamento da pesquisa.

Em seguida, na **5ª etapa**, o revisor fundamentado nos resultados da apreciação crítica dos estudos incluídos realiza comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. A posterior identificação de lacunas permite que se apontem sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde. Finalmente, na **6ª etapa**, a elaboração de documento que deve contemplar a descrição detalhada das etapas percorridas e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. Trata-se de um trabalho de extrema importância que influencia no acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.3 ETAPAS DO ESTUDO

- Identificação do Problema

Houve identificação clara dos temas “*Atenção Primária à Saúde*”, “*PMAQ*” e “*Avaliação em Saúde*”, devido à necessidade notada do programa como estratégia de contribuição para a institucionalização da avaliação em saúde na APS. Frente a isso, surgiu a pergunta norteadora: “*O PMAQ pode ser considerado um processo de institucionalização da avaliação na APS no SUS?*”.

- Busca na Literatura

O estudo foi baseado no levantamento de documentos científicos nacionais pela Internet – artigos científicos – publicados no intervalo de dez anos, desde a criação do PMAQ em 2011 até junho de 2021 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para isso, utilizou-se o método de busca avançada, com o termo “PMAQ” e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Avaliação em Saúde” e “Atenção Primária à Saúde”, sendo PMAQ utilizado como palavra de resumo por não ser mencionado na busca DeCS. Os outros dois termos foram buscados tanto em menções do resumo como em palavras-chaves.

Para obtenção e testagem de universo de artigos, teve necessidade em realizar buscas nas fases pré e pós-qualificação do projeto de pesquisa até a dissertação. Inicialmente, foi estipulado levantamento de artigos, dissertações e teses, por meio de estratégia de busca com conectores booleanos AND, OR, MESH mais elaboração de Formulário Inicial para direcionamento de informações.

Para associação entre termos foi empregado, inicialmente, o operador booleano AND nas bases Scielo, Lilacs, BDENF e Portal CAPES:

- 1ª busca → Avaliação em Saúde AND Atenção Primária à Saúde AND PMAQ;
- 2ª busca → Atenção Primária à Saúde AND PMAQ;
- 3ª busca → Avaliação em Saúde AND PMAQ;
- 4ª busca → PMAQ.

Na base Medline/PubMed, Kabad, Bastos e Santos (2012) aconselham o uso do padrão MeSH (*Medical Subject Headings*) da *U. S. National Library of Medicine Thesaurus* entre os descritores, em obediência a padrões nacionais e internacionais. Após averiguação prévia nessa base de dados, resultou mais viável na busca o operador booleano OR, com as seguintes combinações:

- 1ª busca → Avaliação em Saúde [MESH] OR Atenção Primária à Saúde [MESH] OR PMAQ AND Brazil;
- 2ª busca → Atenção Primária à Saúde [MESH] OR PMAQ AND Brazil;
- 3ª busca → Avaliação em Saúde [MESH] OR PMAQ AND Brazil;
- 4ª busca → PMAQ [MESH] OR Brazil.

A escolha pelo operador AND em Scielo, Lilacs, BDENF, BIREME e Portal CAPES foi relacionada à procura teste anterior, constando presença de maior quantidade referências. Enquanto, o operador OR captou mais estudos em PubMed/Medline.

As bases mencionadas foram selecionadas a partir de pesquisa prévia com combinação de palavras-chaves, DeCS e operadores para verificar viabilidade e factibilidade, sendo tais procuras sempre direcionadas em consonância com a pergunta norteadora a fim de respondê-la.

Todavia, após a fase de qualificação do projeto de pesquisa, essa estratégia de busca foi revisada e aperfeiçoada, percebendo inviável devido ao prazo para finalização do estudo e extensão dos documentos das dissertações/teses. Decidiu-se, então, delimitar os estudos para artigos científicos e utilizar apenas a BVS como ferramenta eletrônica de busca, posto que nela é possível, simultaneamente, fazer filtragens de ano, idioma, tipo de documento e base de indexação, o que facilitou e agilizou o desenvolvimento do estudo. Além disso, o Formulário de categorização de artigos (Apêndice A) foi aprimorado para melhor sistematizar as informações contidas nos artigos e atender ao objeto do estudo.

Posteriormente, a trajetória de busca seguiu os passos: a) preenchimento de formulário com três artigos para pré-teste; b) correção e revisão final do formulário; c) definição dos critérios de inclusão; d) novo preenchimento com os mesmos três artigos anteriores para novo teste após correção e revisão de formulário; d) decisão final sobre BVS por abranger, facilitar e filtrar buscas nas principais bases de indexação (Lilacs, BDENF, MedLine/PubMed e outras); e) Realização de primeira busca, incluídos todos tipos de documentos e organizados em pastas no Zotero de acordo com a estratégia de busca utilizada, utilizando boleano AND. As estratégias de buscas foram “Atenção Primária à Saúde AND PMAQ” (Busca 1), “Avaliação em Saúde AND PMAQ” (Busca 2), “Avaliação em Saúde AND Atenção Primária à Saúde” (Busca 3) e “Atenção Primária à Saúde AND Avaliação em Saúde AND PMAQ” (Busca 4) com exclusão de repetições. Análise numérica e verificada a necessidade de reformulação da estratégia de busca; f) estratégia de busca final definida como [PMAQ] AND [Atenção Primária à Saúde] OR [Avaliação em Saúde] e definidos Critérios de Exclusão; g) encerradas as buscas na BVS, lançados os artigos em pasta no Zotero com nome Busca X; g) Leitura de 50 resumos de artigos para aplicação de critérios de exclusão (leitura feita em ordem alfabética do título do artigo).

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Publicações científicas somente em formato de artigos de 2011 a junho de 2021 com/sem textos completos em três idiomas (português, inglês e espanhol);
- Publicações nacionais sobre os resultados PMAQ ou análise do PMAQ como projeto avaliativo;
- Publicações com resultados de ciclos/fases do PMAQ como objeto central do estudo.

Enquanto, os critérios de exclusão:

- Publicações científicas no formato de dissertações e teses e outros formatos;
- Publicações nacionais que não abordassem resultados do PMAQ ou análise do PMAQ como projeto avaliativo;
- Documentos repetidos com mesmo idioma ou em idiomas diferentes;
- Estudos comparativos entre PMAQ no Brasil e outros programas de Atenção Básica em outros países;
- Estudos com abordagem dos resultados do PMAQ de forma meramente ilustrativa por ter como foco do estudo outras intervenções.

▪ Sistematização e Organização das Buscas

Para melhor sistematização das buscas, organizou-se em quadros para demonstrar o quantitativo inicial e final de artigos ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão. Nos Quadros 1 e 2, há filtragem com a estratégia de busca final [PMAQ] AND [Atenção Primária à Saúde] OR [Avaliação em Saúde] e total resultante de artigos antes e após retirada de repetições, com total de 196 e 157 respectivamente.

Quadro 4 – Filtragem com Estratégia de Busca Final.

Busca	Estratégias de Busca com AND / OR	Total
Busca X	(PMAQ) AND (APS) OR (AVS)	196

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Quadro 5 – Filtragem com Estratégia de Busca após retirada de repetições.

Busca	Estratégias de Busca com AND / OR	Total
Busca X	(PMAQ) AND (APS) OR (AVS)	157

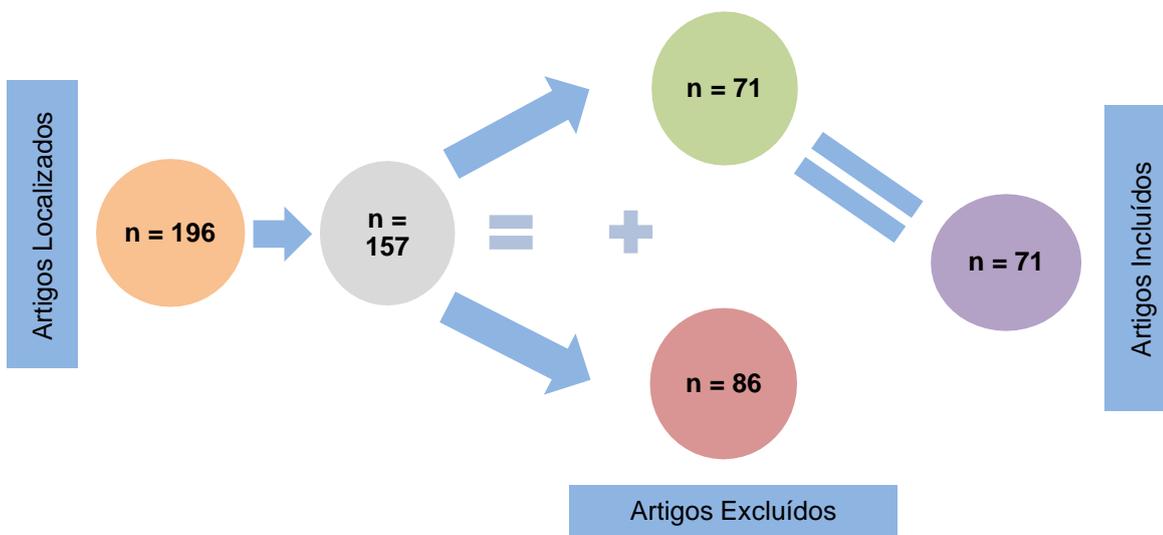
Fonte: Elaboração Própria (2022).

Como se observa no Quadro 5, após retirada de repetições, o total parcial foi de 157 artigos, dispostos e numerados em ordem alfabética conforme Apêndice B. Em seguida, foram empregados os demais critérios de exclusão, além de retirada de repetições, para delimitar o universo final de artigos a serem lidos, revisados e analisados para preenchimento de Formulário – Apêndice A. Finalmente, foram incluídos e selecionados 71 artigos.

- Quantitativo de artigos sem repetições = 157
- Excluídos = 86
- Incluídos = 71

Para seleção e organização definitiva, foi elaborado um quadro denominado Artigos Incluídos para Leitura. Ele foi utilizado como matriz para orientação, análise e preenchimento das informações do Formulário, servindo como base de formação de biblioteca individual, a fim de melhor compactação, reflexão e apresentação. A ferramenta Zotero foi utilizada para arquivamento dos artigos selecionados por apresentar fácil manuseio e acesso gratuito. A Figura 7 abaixo apresenta o esquema da seleção dos artigos.

Figura 7 – Quantitativo de Artigos Revisados.



Fonte: Elaboração Própria (2022).

- Agrupamentos dos Artigos Revisados

Após sistematização, os artigos foram organizados em uma planilha buscando possibilitar o agrupamento conforme variáveis do formulário de extração dos dados (Apêndice A). Para isso foram observadas cinco subdivisões. A primeira, referindo-se à apresentação do artigo, explicitando como variáveis: título, palavras-chaves, pergunta do estudo e/ou objetivo geral do estudo. A segunda subdivisão contemplando informações sobre tipo de publicação, base de indexação, ano de publicação, autoria, gênero, titulação e instituição de vínculo.

Para a terceira subdivisão buscou-se explicitar os aspectos metodológicos, como tipo de estudo, período a que se referem os dados, período da coleta dos dados, população do estudo, local do estudo, aspectos éticos, financiamento, agência financiadora e síntese do passo-a-passo da metodologia. Já a quarta detalhou características específicas do PMAQ, como ciclo, fase, abrangência e macrorregião estudada. A quinta e última parte contemplou os resultados com foco em dimensões/subdimensões do PMAQ, princípios/diretrizes e atributos da APS bem como aspectos teóricos relacionados à citação de referenciais metodológicos, escopo do estudo e considerações finais/conclusões/recomendações importantes.

Após agrupamento definitivo dessas variáveis, foram geradas seis tabelas apresentadas e detalhadas na parte dos Resultados.

- Análise e Síntese

Para apresentação, foi feita a apreciação do conteúdo coletado no Formulário, levando em conta as variáveis mencionadas. A discussão foi traçada em comparação com a literatura e resultados associados à pergunta norteadora do estudo para fins de consolidação do objeto de estudo.

Com base na Resolução do CEP/CONEP, que regulamenta os aspectos éticos envolvidos em pesquisas (resolução 510, de 07 de abril de 2016), não foi necessário submeter o estudo à Comitê de Ética por se tratar de Revisão Integrativa, que utilizou publicações de acesso livre para fins de análise reflexiva do PMAQ como estratégia avaliativa da APS no SUS. A referida resolução dispensa de apreciação: I – pesquisa de opinião pública com participantes não identificados; II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos

termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011; III – pesquisa que utilize informações de domínio público.

5 RESULTADOS

Como explicitado na Metodologia, foram incluídos no presente estudo 71 artigos com base na estratégia de busca final definida como “[PMAQ] AND [Atenção Primária à Saúde] OR [Avaliação em Saúde]” na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com filtragem de intervalo de tempo de dez anos, desde 2011 (ano de criação do PMAQ) a junho 2021, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram preenchidos formulários com informações contidas nos 71 artigos, voltadas para caracterização geral, metodologia, princípios/diretrizes/atributos da APS, avaliação em saúde e foco do estudo. Em seguida, lançadas em planilha Excel para categorização e organização em seis tabelas e um quadro, conforme tópicos a seguir:

- Tabela 1 → PMAQ-Brasil;
- Tabela 2 → Aspectos Metodológicos de Artigos Revisados;
- Tabela 3 → Ciclos, Fases e Dimensões do PMAQ;
- Tabela 4 → Princípios/Diretrizes e Atributos da Atenção Primária à Saúde (APS);
- Tabela 5 → Referência em Avaliação em Saúde;
- Tabela 6 → Foco do Estudo;
- Quadro 6 → Aspectos Qualitativos do PMAQ.

A “Base de Indexação” dos artigos foi o primeiro item a ser observado. Destacou-se a base Lilacs, a qual encontravam-se indexados 88,7% dos artigos revisados. O segundo item, “Ano de Publicação” com maior frequência no ano de 2020, 18,3%, observando-se aumento do volume de publicações a partir de 2014, ano de finalização do ciclo 2. É importante pontuar que, embora a criação do PMAQ tenha acontecido em 2011, o Ciclo 1 encerrou-se em 2012, o Ciclo 2 ocorreu no período 2013/2014, e o Ciclo 3, de 2017 a 2018. Como o programa foi encerrado em 2019, quando os dados do ciclo 3 foram disponibilizados, é possível que as produções acadêmicas, que se intensificaram a partir de 2014, em função do processamento de dados obtidos nos Ciclos 1 e 2, ainda sofram incremento.

Para a variável “Abrangência”, foi observado maior quantitativo de artigos com abordagem de dados no âmbito nacional, com frequência de 49,2%, em detrimento de análises de dados de abrangência municipal, regional ou estadual. Com relação à “Região de Estudo”, o Nordeste aparece em 21,4% dos artigos e o Sudeste, 14,0%. Provavelmente, houve destaque dessas regiões por maior adesão desde criação e primeiro ciclo do programa ou

ainda maior quantidade de estados (nove) que compõem Região Nordeste, enquanto a Região Sudeste possui o maior estado com maior contingente populacional da América Latina (São Paulo).

Quanto ao financiamento informado, destaca-se instituições federais, com empate entre MS e CAPES/CNPq, 9,8% dos artigos; e 76,2% sem informação de financiamento. O Português foi o idioma de publicação de 94,3% dos artigos.

Tabela 1 – Estudos revisados sobre o PMAQ, segundo base de indexação, ano de publicação, abrangência, região do estudo e financiamento - Período 2011 a junho de 2021.

(Continua)

Variáveis	Tipos de Variáveis	N	Frequência (%)
Base de Indexação	LILACS	63	88,7
	BDENF	3	4,2
	MEDLINE	4	5,6
	Coleciona SUS	1	1,5
TOTAL	-	71	100,0
Ano de Publicação	2013	1	1,5
	2014	11	15,4
	2015	1	1,5
	2016	5	7,0
	2017	11	15,4
	2018	12	16,9
	2019	10	14,0
	2020	13	18,3
	2021	7	10,0
TOTAL	-	71	100,0
Abrangência	Nacional	35	49,2
	Estadual	17	23,9
	Municipal	19	26,9
TOTAL	-	71	100,0
Região do Estudo	Norte	4	5,6
	Nordeste	15	21,4
	Centro-Oeste	3	4,2
	Sudeste	10	14,0
	Sul	4	5,6
	Brasil	35	49,2

Tabela 1 – Estudos revisados sobre o PMAQ, segundo base de indexação, ano de publicação, abrangência, região do estudo e financiamento - Período 2011 a junho de 2021.

(Conclusão)

Variáveis	Tipos de Variáveis		N	Frequência (%)
TOTAL	-		71	100,0
Financiamento	Sim	MS	7	9,8
		CAPES/CNPq	7	9,8
		Outros	3	4,2
	Não	54	76,2	
TOTAL	-		71	100,0
Idiomas	Português		67	94,3
	Inglês		3	4,2
	Espanhol		1	1,5
TOTAL	-		71	100,0

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Em relação aos aspectos metodológicos (Tabela 2), para a primeira variável, “Abordagem Metodológica”, destaca-se o quantitativo de estudos quantitativos, cuja frequência foi de 69,0%. Quanto ao “Tipo de Estudo”, 39,4% foram informados como descritivos, mas também foram observados estudos identificados como: ecológico, memórias, relato de experiência, estudo de caso, seccional. A soma, para este item, não totalizou 100% porque muitas vezes o autor informava mais de uma tipificação. Sobre “Referência Metodológica”, a maior parte, 64,8%, não constava citação de autores para respaldar as opções metodológicas. Nos estudos de natureza quantitativa, em se tratando de aspectos epidemiológicos, observou-se menção aos pressupostos de Rouquayrol et al. e, Teoria da Resposta ao Item de Backer e Andrade et al. Nos de natureza qualitativa, Minayo e Bardin; nos de Modelização de Intervenções, cita-se Brousselle et al.

Tabela 2 – Artigos revisados sobre o PMAQ segundo abordagem metodológica, tipo de estudo e referência metodológica. Brasil.

Variáveis	Tipos	N	Frequência (%)
Abordagem Metodológica	Quantitativo	49	69,0
	Qualitativo	14	19,7
	Quantitativo/Qualitativo	7	9,8
	Revisão Integrativa	1	1,5
TOTAL	-	71	100,0
Tipo de Estudo*	Descritivo	28	39,4
	Exploratório	8	11,2
	Avaliativo	5	7,0
	Outros	35	49,2
TOTAL	-	71	100,0
Referência Metodológica	Sim	25	35,2
	Não	46	64,8
TOTAL	-	71	100,0

Fonte: Elaboração Própria (2022). *Observação: Na variável Tipo de Estudo, é possível que um tipo seja também outro, por isso não soma 100%.

Com relação aos “Ciclos do PMAQ” observou-se que resultados sobre Ciclo 1 foram os mais frequentes, 42,2% do total. Alguns estudos (5,6%) não mencionavam e nem eram aplicados aos ciclos. Sobre “Fases do PMAQ”, a da Avaliação Externa foi predominante e apareceu em 91,5% dos artigos. Com relação às dimensões abordadas, os estudos que tinham ‘Equipes’ como foco foram 28,1% do total, enquanto a associação de duas ou mais dimensões estavam presentes em 38,3% dos artigos revisados.

Tabela 3 – Artigos revisados sobre o PMAQ segundo Ciclos, Fases e Dimensões do PMAQ. Brasil.

(Continua)

Ciclos do PMAQ	N	Frequência (%)
1	30	42,2
2	19	26,7
3	5	7,2
1 e 2	10	14,0
2 e 3	0	0,0
Todas	3	4,3

Tabela 3 – Artigos revisados sobre o PMAQ segundo Ciclos, Fases e Dimensões do PMAQ. Brasil.

(Conclusão)

Ciclos do PMAQ	N	Frequência (%)
Não menciona/Não se aplica	4	5,6
TOTAL	71	100,0
Fases do PMAQ	N	Frequência (%)
Autoavaliação/Desenvolvimento	1	1,4
Avaliação Externa	65	91,5
Ambas	2	2,8
Não menciona/Não se aplica	3	4,3
TOTAL	71	100,0
Dimensões do PMAQ	N	Frequência (%)
Estrutura	2	2,8
Gestão	4	5,6
Equipes	20	28,1
Usuários	6	8,4
Gestão e Equipes	10	14,0
Estrutura, Gestão, Equipes, Usuários	2	2,8
Associações das dimensões	27	38,3
TOTAL	71	100,0

Fonte: Elaboração Própria (2022).

A Tabela 4 apresenta os artigos revisados segundo os “Princípios/Diretrizes da APS” e/ou atributos abordados. Com relação ao primeiro item, destaca-se a Integralidade, com frequência de 16,9%. Coordenação do Cuidado aparece em segundo lugar com 15,4%. Os princípios/diretrizes da equidade e da regionalização não apresentam menção nos artigos revisados. À medida que Integralidade e Coordenação são mais presentes nos estudos, reforça a compreensão da maior frequência de estudos cujo foco é o processo de trabalho e funcionamento das Equipes, como visto na Tabela 3. Pressupõe-se a vinculação entre os temas. A coordenação do cuidado é proposta, na literatura sobre APS abrangente, como atribuição das equipes de saúde, de forma a garantir a integralidade da atenção, embora também possa ser interpretada como uma responsabilidade no âmbito da gestão.

Com relação aos “Atributos da APS”, Acesso ao Primeiro Contato, com 28,1% e Integralidade, com 16,9%, foram os mais frequentes nos estudos revisados. Esses achados reforçam a ligação entre os temas. Nos estudos revisados também foram abordados outras

questões, como Satisfação do Usuário (14,0%), Vínculo (4,2%), Comunicação (1,4%). Por outro lado, em 40,8% dos artigos não havia menção a nenhum dos princípios, nem diretrizes ou atributos.

Tabela 4 – Artigos revisados sobre o PMAQ segundo Princípios/Diretrizes e Atributos da APS. Brasil.

Variáveis	Tipos de Variáveis	N	Frequência (%)
Princípios/Diretrizes da APS	Universalidade	1	1,4
	Integralidade	20	16,9
	Equidade	0	0,0
	Regionalização	0	0,0
	Resolutividade	1	1,4
	Coordenação do Cuidado	11	15,4
	Participação Social	1	1,4
Atributos da APS	Acesso ao Primeiro Contato	20	28,1
	Integralidade	12	16,9
	Longitudinalidade	7	9,8
	Coordenação do Cuidado	11	15,4
	Orientação Familiar e Comunitária	1	1,4
	Competência Cultural	1	1,4
Outros	Vínculo	3	4,2
	Comunicação	1	1,4
	Satisfação do Usuário	10	14,0
	Acessibilidade	8	11,2
	Não	29	40,8
TOTAL	-	71	100,0

Fonte: Elaboração Própria (2022).

A identificação dos Princípios e diretrizes da APS tem por fonte a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a), enquanto que os Atributos da APS aqui destacados têm por referência os pressupostos teóricos de Starfield (2002). É importante destacar que nem todos os Princípios/Atributos e Diretrizes da APS foram mencionados em todos os artigos, por isso a soma não totaliza os 71 artigos. Por outro lado, mais de um Atributo é mencionado em um mesmo artigo e, em alguns casos, o Atributo, na perspectiva de Starfield (2002), é abordado associado com algum dos princípios ou diretrizes da APS.

Na análise dos artigos buscaram-se também identificar as referências do campo da “Avaliação em Saúde”. Como pode ser observado na Tabela 5, em 19,7% dos artigos há

menção a autores que discutem a avaliação, com destaque para Hartz, Vieira-da-Silva et al. de 5,6%. Em adição, em 80,2% dos artigos não havia referência teórica para o tema.

Tabela 5 – Artigos revisados sobre o PMAQ segundo referências em Avaliação em Saúde. Brasil.

Referência de Avaliação em Saúde	N	Frequência (%)
Almeida e Giovanella	2	2,8
Hartz, Vieira-da-Silva et al.	4	5,6
Campos et al.	2	2,8
Contandriopoulos	1	1,4
Figueiró e Hartz	1	1,4
Hartz e Contandriopoulos	1	1,4
Tanaka et al.	1	1,4
Feitosa et al.	1	1,4
Schneider e Viacava	1	1,4
SUBTOTAL	14	19,7
Nenhuma	57	80,2
TOTAL	71	100,0

Fonte: Elaboração Própria (2022).

No que refere ao “Foco de Estudo” é possível observar destaque para dois temas: Processo de Trabalho, com frequência de 12,6% e, Gestão do Trabalho, com frequência de 9,8%. Esses achados parecem corroborar que a equipe de saúde e seu processo de trabalho constituem-se em elemento central dos estudos avaliativos relativos ao PMAQ.

Em terceiro lugar, os temas Avaliação da APS / Avaliação de Serviços de Saúde / Avaliação do PMAQ / Avaliação de Desempenho, Qualidade da APS e Satisfação do Usuário com frequências iguais de 8,4%. O maior interesse por estudos congêneres à Avaliação em Saúde tem ligação com a etapa Avaliação Externa do PMAQ, que também se faz presente nos artigos revisados. Com percentagem de 30,0% aparecem outros temas, como Apoio Matricial, Comunicação, Promoção da Saúde, Gestão do SUS, Sistemas de Informação em Saúde.

Tabela 6 – Artigos revisados sobre o PMAQ segundo foco do Estudo. Brasil.

Foco do estudo	N	Frequência (%)
Atenção Pré-Natal	2	2,8
Atributos da APS	2	2,8
Avaliação da APS / Avaliação de Serviços de Saúde / Avaliação do PMAQ / Avaliação de Desempenho	6	8,4
Coordenação do Cuidado	2	2,8
Condições Sensíveis à APS	1	1,4
Educação Continuada / Permanente	2	2,8
Estrutura da APS	3	4,2
Gestão de Trabalho	7	9,8
Pagamento por Desempenho	2	2,8
Processo de Trabalho	9	12,6
Qualidade da APS	6	8,4
Satisfação do Usuário	6	8,4
Trabalho da Enfermagem	2	2,8
Outros Temas	21	30,0
TOTAL	71	100,0

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Para apoiar a análise e compreensão dos estudos revisados foi elaborado o Quadro 6, contemplando os aspectos de natureza qualitativa a partir das dimensões do PMAQ, buscando identificar e explicitar os respectivos autores de referência.

Quadro 6 – Aspectos Qualitativos do PMAQ segundo dimensão e respectivos autores de referência. Brasil.

Dimensões do PMAQ*	Princípios/Diretrizes/Atributos da APS/Outros	Foco do Estudo	Referência Teórica
Estrutura	Acesso, Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade, Acolhimento, Controle Social, Coordenação do Cuidado.	Estrutura da APS, Processo de Trabalho, Avaliação do PMAQ, Qualidade do Cuidado, Processo de Trabalho, Planejamento e Execução do PMAQ.	Matus, Donabedian, Merhy, Seidl.
Gestão	Acesso, Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade, Acolhimento, Controle Social, Coordenação do Cuidado.	Apoio Matricial, Financiamento, Gestão de Trabalho, Condições Sensíveis, Pagamento por Desempenho, Avaliação de Desempenho.	Giovanella, Bosquat, Stopa, Figueiró, Hartz, Starfield, Chueiri, Chimara.
Equipes	Acesso, Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade, Acolhimento, Controle Social, Coordenação do Cuidado, <u>Primeiro</u>	Aceitabilidade, Avaliação da APS, Avaliação da ESF, Avaliação da PMAQ, Organização do Processo de Trabalho, Educação Permanente/Continuada.	Aleluia, Bondstein, Cunha, Matta, Giovanella, Starfield, Donabedian,

	<u>Contato, Vínculo.</u>		Campos, Merhy, Unglert.
Usuários	Acesso, Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade, Acolhimento, Controle Social, Coordenação do Cuidado, Primeiro Contato, Vínculo, <u>Satisfação do Usuário.</u>	Acesso, Acolhimento, Qualidade do Cuidado, Porta de Entrada.	Unglert, Cunha, Starfield, Espiridião, Kodder, Mishima, Toscano.

Fonte: Elaboração Própria (2022). *Observação: A dimensão pode estar isolada ou associada com outras dimensões.

É possível observar, a partir do Quadro 6, que todas as dimensões que compõe o PMAQ foram contempladas nos artigos revisados em sua relação com os Princípios, Diretrizes e/ou Atributos da APS. Quando “Equipes” era dimensão abordada, observou-se também ênfase nos atributos do “Primeiro Contato” e “Vínculo” (sublinhado no Quadro 6). Em alguns dos artigos que investigavam a dimensão “Usuários” nota-se ainda a ênfase na “Satisfação do Usuário”.

A partir do entendimento e concordância entre dimensões do PMAQ e Princípios/Diretrizes/Atributos da APS/Outros, nota-se ainda convergência destes com seus respectivos focos de estudos e referências teóricas. Um exemplo é que, na dimensão Estrutura, aparece Acessibilidade na segunda coluna e, em seguida, o foco é Estrutura da APS, Planejamento e Execução do PMAQ e o autor Matus, uma importante referência para o tema. É perceptível, portanto, o acúmulo de referenciais que contribuem qualitativamente para o debate, embora ainda raras as referências no âmbito da avaliação.

6 DISCUSSÃO

O PMAQ foi instituído em 2011, por meio da Portaria N° 1654, e buscou articular as três esferas de gestão do SUS, tanto no desenho quanto na implementação do Programa, tendo em vista que envolveu o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e MS, além de instituições acadêmicas. Como Programa, visava ampliar o acesso e melhorar a qualidade da APS em todo o Brasil, com estratégia para alcançar um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. De início, as opções do processo de criação do PMAQ vão ao encontro do processo de institucionalização da avaliação da APS.

Adicionalmente, o PMAQ foi um programa direcionado para a avaliação de desempenho dos serviços de saúde no âmbito da APS/AB, e que propunha meios para subsidiar tomada de decisão com transparência dos processos, buscando ainda dar visibilidade aos resultados alcançados (DESTÉFANO; ROCHA; OLIVEIRA, 2019).

Para verificar as nuances do PMAQ e, se pode realmente ser considerado um elemento ou estratégia para fortalecer o processo de institucionalização da avaliação na APS no SUS, foi realizado este estudo, de revisão integrativa, abrangendo publicações desde sua criação, em 2011, até meados de 2021. O universo documental foi de 71 artigos. O fato de que a maioria dos artigos revisados constarem na base LILACS pode ser justificado por ser a base mais completa e acessada atualmente no meio acadêmico nacional.

No que tange à área/região de realização do estudo o destaque foram as regiões Nordeste e Sudeste, com 21,4% e 14,0% do total dos artigos, respectivamente. A análise espacial da Atenção Básica de Abreu et al. (2018b) vai ao encontro desse achado, visto que apontou para as regiões Nordeste e Sudeste níveis mais elevados de qualidade, se comparados ao restante das regiões do país, e também a maior adesão ao programa em estudo.

A maior parte de pesquisas caracterizou-se por apresentar dados de abrangência nacional, correspondendo a 49,2% dos artigos. Isso pode ser atribuído ao fato da parceria institucional entre PMAQ, Ministério da Saúde e universidades públicas federais. Foram seis Instituições de Ensino Superior (IES) principais como afirmou Giovanella (2018): Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Mota e David (2015) esclarecem que a questão da avaliação associada ao PMAQ é mais comum em âmbito nacional, pois adquiriu especificidades que consistem em intenso papel da instância federal como a principal formuladora dos processos avaliativos junto às Unidades Federativas e municípios.

Embora o PMAQ tivesse apoio institucional, a maioria dos estudos não informou financiamento (76,2%). Dentre os que informaram financiamento, houve similaridade entre MS e CAPES/CNPq, 9,8% das pesquisas custeadas. A maioria dos artigos foi publicada em idioma português de 94,3%, o que se justifica pelo fato do programa ser vinculado à política nacional de saúde e ater-se à verificação de características da APS no SUS.

Sobre aspectos metodológicos, destaque para estudos quantitativos de frequência 69,0%. Segundo Landim et al. (2006), é possível existir ainda uma hegemonia dos métodos quantitativos em pesquisas em saúde associada à concepção de que correntes positivistas e neopositivistas possuem maior valorização científica e validação no meio acadêmico. Por outro lado, da forma como foi desenhado e implementado e, também, o formato dos resultados disponibilizados favorece a realização de estudos quantitativos.

Sobre “Referência Metodológica”, a maior parte, 64,8%, não constava citação de autores para respaldar as opções metodológicas. Essa possível omissão se deve ao tipo de abordagem quantitativa utilizando bases de dados de sistemas do SUS com acesso público como relatado anteriormente, isto é, dados secundários, caracterizando a não necessidade de justificar o arcabouço teórico sobre o método de pesquisa.

A respeito das variáveis específicas do PMAQ, os estudos sobre o Ciclo 1 foram os mais frequentes, 42,2%. A maior frequência de estudos relativos ao Ciclo 1 (2012 a 2013) pode ser explicado pela inovação que representou e também pelo tempo decorrido para a consolidação, análise e disponibilização dos resultados. É provável que, para os outros ciclos, ainda sejam publicados artigos nos próximos anos.

Estudos da fase avaliação externa representou 91,5% dos artigos revisados. Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e treinados pelas Instituições de Ensino e Pesquisa, aplicavam instrumentos para a verificação de padrões de acesso e de qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão com base no monitoramento de indicadores de saúde da mulher, criança e adolescente, doenças crônico-degenerativas dentre outros. Eram realizadas também observações de infraestrutura e de condições de funcionamento das UBS, entrevista com profissionais das equipes participantes, entrevista com usuários, verificação de

documentos e informações armazenadas eletronicamente como explicou o Manual Instrutivo do PMAQ (BRASIL, 2015).

Outra possibilidade de ter a Avaliação Externa como fase mais mencionada nos estudos pode ser gradativo crescimento na cultura de avaliação na APS, pois o PMAQ, segundo Giovanella et al. (2018), incentivou a institucionalização da avaliação na atenção básica no Brasil, o que facilitou repercussão no SUS, em particular Secretarias Municipais de Saúde e coordenações da ESF, fortalecendo o Grupo de Trabalho de Avaliação em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e, posteriormente, da Rede de Pesquisa em APS.

Dentre as dimensões do PMAQ estudadas, o componente “Equipes” foi mais frequente, constando em 28,1% dos estudos. Mesquita et al. (2020) relatam que participação dos profissionais de saúde e a mobilização desses sujeitos nesse contexto promove reflexão sobre suas práticas no cotidiano e determina propostas para solução dos nós críticos identificados. As equipes possuem, então, protagonismo e incentivam a participação dos atores envolvidos no processo, uma vez que suscita mudanças nas condições e práticas de atenção a partir do fomento de espaços de diálogo, problematização, negociação, gestão compartilhada.

A Tabela 4 traz Princípios e Diretrizes mais Atributos da APS separadamente. Por conta da existência de diferentes interpretações para os atributos, torna-se pertinente consulta a alguns autores para fim de explicitar definições. Princípios/Diretrizes têm base na PNAB como estratégia para fundamentar e organizar o SUS (BRANCO, 2020). Enquanto Atributos, para Oliveira e Pereira (2013), têm a função de reordenar o sistema de atenção como modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde.

Na observação da variável “Princípios/Diretrizes da APS”, nota-se que a Integralidade teve maior frequência, 16,9%. Coordenação do Cuidado aparece em segundo lugar com 15,4%. O primeiro é definido por Shimazaki (2009), que destaca a Integralidade como mecanismo importante, porque ajusta serviços à necessidade de usuários, por meio de identificação adequada da situação de saúde, atendimento pela UBS e organização das Redes de Atenção em Saúde (consultas, transferências, internações, transporte, diagnóstico e tratamento). Essa definição insere a Integralidade no processo de trabalho de equipes na APS, mas também no âmbito da gestão.

Coordenação do Cuidado é descrito por Fernandes et al. (2018) como a disponibilidade de informações sobre problemas e serviços bem como reconhecimento de

informações coletadas de uma necessidade de cuidado atual. Contempla ainda a continuidade do atendimento pelo mesmo profissional, por meio de prontuários médicos, além do reconhecimento de problemas em outros serviços e a integração do cuidado na atenção geral ao paciente.

Na categoria “Atributos da APS”, Acesso ao Primeiro Contato possui maior valor com 16,9%. É a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde, sendo o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Diferencia-se em sócio- organizacional e geográfico. O primeiro inclui características de recursos que facilitam ou dificultam os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento. O segundo, por outro lado, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para obter os serviços. O acesso à atenção em saúde será ordenado pela APS com base em avaliação de risco individual e coletivo, cronologia e especificidades (DAMACENO et al., 2016).

Apesar de Acessibilidade não constar como Princípio/Diretriz/Atributo da APS, foi denominado dentro da variável “Outros” com 11,2%. Existem convergências e divergências sobre esse termo, que se mostrou permeado de complexidades. Alguns autores trazem acesso, muitas vezes, empregado de forma imprecisa na sua relação com o uso de serviços de saúde. O significado, portanto, varia entre autores e conjunturas, na literatura podem ser utilizados acesso e acessibilidade como sinônimos ou com significados distintos ou complementares (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Acessibilidade, segundo Albuquerque et al. (2014), refere-se a características da oferta, sendo acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Diversos autores discutem ainda acesso como o grau de ajuste entre usuário e sistema de saúde, definindo atributos para o conceito, como disponibilidade de serviços em relação às necessidades. Enquanto acessibilidade como acolhimento (*accomodation*), forma como os serviços organizam-se para receber os usuários e o grau de adaptação dos usuários. Para outros acesso e acessibilidade a ações e serviços de saúde têm significados semelhantes. Dizem respeito à capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Acessibilidade ou acesso aparecem como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Aparece ainda Vínculo na categoria “Outros” com 4,2%, sendo caracterizado por Santos, Romano e Engstrom (2018) como um dispositivo potente para o cuidado na APS, reconhecido internacionalmente como atributo essencial para modelos de atenção abrangentes

e efetivos, integrado aos demais atributos. Consiste em duas abordagens: uma temporal e outra interpessoal. A primeira se refere ao acompanhamento que o usuário realiza em uma unidade de saúde ao longo de sua vida, reconhecendo tal espaço como fonte regular para seus cuidados de saúde. A abordagem interpessoal diz respeito à relação entre profissional e usuário, valorizando o componente relacional entre ambos.

A Comunicação está também na categoria “Outros” com 1,4%. É um importante mecanismo no cuidado em saúde e na construção de diálogos dentro da APS. Por ser um aspecto crucial para o desenvolvimento da cultura de grupo, além de criar um senso comum de realização dentro da equipe, a comunicação tem posição de destaque sobre os domínios da prática interprofissional colaborativa em saúde, formando um canal aberto e efetivo entre as equipes de saúde e oferece oportunidades aos profissionais para compartilharem entre eles suas inquietações e as vitórias geradas no dia a dia do trabalho, o que contribui para melhores resultados e maior satisfação dos usuários (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Dentro da categoria “Outros”, Satisfação do Usuário tem a maior frequência, com 14,0%. Segundo Pellense (2013), a percepção dos usuários na prática de APS é de extrema importância, pois a comunidade é a razão da existência desse nível de cuidado e deve ser identificada como protagonista capaz de avaliar e intervir, auxiliando em mudanças do sistema, aprimoramentos, debates, o que fortalece a democracia em saúde.

A categoria “Referência em Avaliação em Saúde” não ocorre nenhuma citação em 80,2% do total de artigos revisados. O termo avaliação reúne rótulos e julgamentos, que muitas vezes são tratados como entraves, como aspectos subjetivos do desenvolvimento de determinada prática social, do tipo “fomos bem?”, “deu resultados?”, “estamos satisfeitos?” ou até a chamada pesquisa avaliativa, que busca responder a perguntas semelhantes recorrendo a métodos e técnicas de maior objetividade. Além disso, na prática cotidiana dos serviços de saúde no Brasil, a avaliação não é feita rotineiramente ou, pelo menos, enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais não respondidas completamente no plano da investigação. Entretanto, deve-se ressaltar que a temática da avaliação ganha relevância, por um lado associada à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, por outro, diante da verificação das dificuldades enfrentadas na alteração de indicadores de morbimortalidade dentre outras tantas circunstâncias (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Scriven (2018) afirma que avaliação em saúde é uma disciplina nova, mas uma prática antiga, embora não seja mera acumulação e síntese de dados, mas a combinação de responsabilização e gerenciamento na tomada de decisão, inserida em diversas áreas de conhecimento. Logo, não é um processo simples, mostrando-se por meio de coleta de dados ou informações em associação a esclarecimentos, verificações de valores e padrões relevantes, que podem sofrer alterações de acordo com objeto de estudo e natureza avaliativa em consonância com aspectos éticos, legais, culturais, ambientais e sociopolíticos.

Quando se observa a Tabela 6, com a categoria de “Foco de Estudo”, os assuntos mais mencionados são em primeiro lugar Processo de Trabalho com 12,8%. Em segundo Gestão do Trabalho 9,8% e, por fim, em terceiro lugar Avaliação da APS / Avaliação de Serviços de Saúde / Avaliação do PMAQ / Avaliação de Desempenho com 8,4%. Todos esses temas apresentam afinidades com o dado da categoria “Dimensão do PMAQ” em que Equipes se destaca. Essa evidência consolida as informações qualitativas expostas no Quadro 6, visto que tais temas aparecem com frequência ligados às Dimensões do PMAQ – estrutura, gestão, equipes e usuários – com seus respectivos teóricos.

Outro aspecto importante é a contraposição de autores a respeito do programa em si. Um ponto controverso, frequentemente levantado, refere-se ao pagamento por desempenho, pois para obter certificação estimulava-se a competitividade por melhores resultados, sendo financeiramente premiadas aquelas que apresentassem indicadores mais próximos das metas pactuadas, o que poderia ocasionar sobrecarga de trabalho de equipes, gestores e profissionais diversos pela necessidade de cumprimento de metas, gerando desgaste e sofrimento psíquico (MOTA; DAVID, 2015).

Um ponto questionado por Mota e David (2015) é a extensão e dificuldade para preenchimento de indicadores do instrumento PCATool, como também não ser de origem brasileira. A desigualdade dos repasses, permitindo que determinadas UBS fossem constantemente favorecidas, enquanto outras não melhoravam, já que não obtinham certificação satisfatória e, portanto, permaneciam sem o benefício.

Ao contrário disso, Pinto, Sousa e Ferla (2014) entendem o PMAQ como um revelador da nova PNAB capaz de aprimorar instrumentais analíticos do campo de análise de políticas públicas, além de expôr elementos essenciais dessa política para compreensão da dinâmica de atores sociopolíticos e a construção de novas agendas, fornecendo assim suporte científico e social relevantes para institucionalizar Avaliação em Saúde na Atenção Primária.

Como informa o Manual Instrutivo de Financiamento da APS em Brasil (2021), esse programa foi encerrado em 2019 e substituído pelo Programa Previne Brasil, em que foi pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a elaboração de um modelo de financiamento de custeio para a APS, que culminou na publicação da Portaria Nº 2.979/2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Mesmo após o encerramento do PMAQ, Ministério da Saúde disponibilizou os resultados das avaliações e os dados de todos os ciclos (<<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>>). Ao acessar a página microdados da Avaliação Externa podem ser consultados e importados para análise. No Ciclo 1, por exemplo, participaram 3966 municípios de todas UFs do país, com 17482 equipes contratualizadas, além de 38813 UBS e 17203 equipes participantes. Assim, pode-se concluir que o PMAQ apresenta contribuições para o processo de institucionalização da avaliação da APS, embora ainda que de forma frágil, pela descontinuidade do Programa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Revisão Integrativa realizada atendeu ao propósito de compreender e aprofundar aspectos relativos ao PMAQ. Embora o programa tenha sido descontinuado, revisar artigos que abordaram o tema, demonstrou grande valia para análise do processo de institucionalização da avaliação em saúde na APS. O maior interesse dos pesquisadores no componente “Avaliação Externa” chama atenção para a relevância desta etapa em todos os ciclos do programa.

Os resultados do PMAQ, constatado nas publicações revisadas, apresenta potencial de contribuição para a institucionalização da avaliação em um período indefinido. Contudo, conceitos e usos da avaliação foram pouco discutidos e, em 80,2% dos artigos revisados, não havia citação teórica referente ao tema. O que aponta para a necessidade de maior divulgação e discussão sobre os referenciais da avaliação e seu uso para análise dos achados.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. M. X. et al. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 27, n. 3, 2018a.
- ABREU, D. M. X. et al. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. **Saúde debate**, v. 42, n. spe1, p. 67–80, set. 2018b.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 182–194, out. 2014.
- ALBUQUERQUE, M. I. N. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. 1. ed. [s.l.] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)/Grupo Saber Tecnologias Educacionais e Sociais UNA-SUS UFPE, 2015.
- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018a.
- ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018b.
- AMORIM, J. S. C.; TEIXEIRA, L. B.; FERLA, A. A. Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 25, n. 9, p. 3625–3634, 2020.
- BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 408–419, 2018.
- BRANCO, S. C. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Princípios e Diretrizes. **UNASUS**, n. 1^a, p. 8, 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. 1413–1420, 2020.
- BRANDÃO, D.; SILVA, R. Avaliação educadora. In L. A. Ferraro Jr. (Org.). **Encontros e Caminhos: formação de educadoras(es) ambientais e coletivos educadores**. Volume III. Brasília: MMA, 2008. Disponível em: http://institutofonte.org.br/sites/default/files/Silva%20RR%20et%20al_Avaliacao%20educadora_artigo.pdf. Acesso em: 28 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. 1^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção Básica**. 3^a ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária de saúde: Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil)**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PMAQ: Manual Instrutivo / Ficha de Qualificação de Indicadores (Anexo)**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde (MS) / Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ)**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS) / Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf**. n. 2, p. 66, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações da Câmara Técnica de Atenção Básica: debates na 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Orientacoes_CTAB.pdf. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRESOLIN, A. B. et al. **Avaliação para o investimento social privado: metodologias**. 1ª ed. São Paulo: Fundação Santillana, 2013.

CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde em Debate**, v.35,n 39, 105, p 323-336. Rio de Janeiro, 2015.

CAMARGO JR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s58–s68, 2008.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016.

CHAMPAGNE, F. et al. **Avaliação: Conceitos e Métodos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

CHAVES, L. A. et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. 1ª ed. Brasília: CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde, v.3, 2011.

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

CORRÊA, M. F. M. M. **Estudos de Revisão**. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29213/2/Estudos_revisao.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.

CUNHA, E. M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 1029–1042, 2011.

CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Editora FIOCRUZ, 2009.

DAMACENO, A. N. et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. APS**, v. 19, n. 1, p. 122–138, 2016.

DESTÉFANO, J. D. C; ROCHA, K. B; OLIVEIRA, A. L. I. Avaliação dos resultados no 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica dos Municípios da Região de Saúde Central. **Rev. Cient. da Esc. Estadual de Saúde Pública de Goiás “Candido Santiago”**, v. 5, n. 3, p. 2–19, 2019.

FAUSTO, M. C. R. et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 12–14, 2018.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.

FELISBERTO, E. et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2091–2102, 2008.

FELISBERTO, E. et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n. 3, p. 339–357, 2009.

FELISBERTO, E. et al. Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 387–399, 2017.

FERNANDES, L. A. et al. Coordenação do cuidado em uma região administrativa do distrito federal: uma pesquisa avaliativa. **Enferm. foco (Brasília)**, v. 9, n. 1, p. 13–18, 2018.

FIGUEIRÓ, A.C; FRIAS, P. G; NAVARRO, L.M. **Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para as Práticas nas Instituições**. Capítulo 1. In; SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 65ª ed. Rio de Janeiro / São Paulo: Paz e Terra, 2018.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405–4415, 2019.

GASTÃO, A. M.; CAMPOS, W. DE S. **Implementação de Políticas e Atuação de Gestores Públicos**. 1ª ed. Brasília: IPEA, 2020.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171–1181, 2006.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 951–963, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 20 ago. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadorados cuidados?** 1ª ed. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), 2012.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 881–892, 2011.

GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rede UNIDA, 2016.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de Quarta Geração**. São Paulo: Unicamp, 2011.
HARZHEIM, E. Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde. v. 1, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, p. 46, 2019.

HEIMANN, L. S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2877–2887, 2011.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 895–918, 2012.

KESSLER, M. et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 186–193, 2019.

LANDIM, F. L. P. et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, p. 53–58, 2006.

LEMOS, L. M. A.; PRADO, N. M. DE B. L.; MEDINA, M. G. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): modelização da política no âmbito nacional. **Sociedade e Cultura**, v. 21, n. 2, 2018.

LIMA, J. G. **A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB**. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/10206847/>. Acesso em: 19 jan. 2020.

LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 52–66, set. 2018a.

LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 42, n. esp.1, 2018b.

MARMENTINI, G. **Plano Mais Brasil: o que significa? Politize!**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.politize.com.br/plano-mais-brasil/>. Acesso em: 17 ago. 2020.

MATTA, G. C; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 6, 2009.

MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MENDES, Á; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.

MESQUITA, L. M. et al. PMAQ: um desafio à adesão das equipes da estratégia saúde da família. **Saúde Redes**, v. 6, n. 3, p. 283–290, 2020.

MICLOS, P. V; CALVO, M. C. M; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 86, p. 1–10, 2017.

MOREIRA, W. Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção. **Revista Janus**, 1. v. 1, p. 12, 2004.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 122–127, 2015.

NORMAN, A. H; NORMAN, J. A. PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, v. 8, n. 29, p. 225–226, nov. 2013.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, 2013.

PAIM, J. **O que é o SUS**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PARREIRA, A; SILVA, A. L. DA. A lógica complexa da avaliação. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 23, n. 87, p. 367–388, 2015.

PEDROSA, I. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ**. Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso / UFMT, , 2016. Disponível em: <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2073>. Acesso em: 18 jan. 2020.

PELLENSE, M. C. S. **Satisfação dos usuários e a qualidade da atenção primária à saúde no Rio Grande do Norte**. Natal: UFRN, 2013.

PINTO, H. A; SOUSA, A. N. A; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Divulg. saúde debate**, n. 51, p. 43–57, 2014.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255–276, 2017.

PREVIATO, G. F; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1535–1547, 2018.

REIS, D. O; ARAÚJO, E. C; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. 1ª ed. São Paulo (SP): UNA-SUS/UNIFESP, 2010.

SANTOS, C. T. B. et al. A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1233–1240, 2018.

SANTOS, R. O. M; ROMANO, V. F; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, 2018.

SCRIVEN, M. **Avaliação: um guia de conceitos**. 1ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2018.

SELLERA, P. E. G. et al. A Implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2085–2094, 2019.

SETA, M. H. D; OCKÉ-REIS, C. O; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 53, 2020.

SHIMAZAKI, M. E. **A Atenção Primária à Saúde**. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3930.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2022.

SILVA, L. M. V; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80–91, 1994.

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

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1. ed. Brasília, DF: UNESCO / Ministério da Saúde, 2002.

TASCA, R. et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2021–2030, 2019.

UNESP. **Tipos de Revisão de Literatura**. Universidade do Estado de São Paulo (UNESP). São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

Organização Mundial de Saúde/Unicef/Brasil - **Relatório da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde - Alma-Ata URSS**, 06-12 de Setembro de 1978 - Unicef/Brasil, 1979.

WORTHEN, B. R; SANDERS, J. R; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de Programas: Concepções e Práticas**. 1ª ed. São Paulo: Editora Gente, 2004.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO

Critérios de Inclusão

- Publicações científicas em formato de artigos;
- Publicações nacionais sobre os resultados PMAQ ou análise do PMAQ como projeto avaliativo;
- Publicações com resultados dos ciclos/fases do PMAQ como objeto central do estudo.

Apresentação

- Título:
- Palavras-Chaves:
- Pergunta do estudo e/ou objetivo geral do estudo:

Tipo de Publicação e Autoria

() Artigo Periódico:

- Base de indexação: () Lilacs () MedLine/PubMed () BDENF () Coleciona SUS
- Ano de Publicação:

Identificação de Autoria (pelo menos 2 primeiros autores)

1º Autor

- Nome:
- Sexo / Gênero:
- Titulação:
- Instituição de Vínculo:

2º Autor

- Nome:
- Sexo / Gênero:
- Titulação:
- Instituição de Vínculo:

Metodologia

- Tipo de estudo:
- Período a que se referem os dados:
- Período da coleta dos dados:
- População do Estudo:

Caracterização Geral

- Abrangência: () Nacional () Estadual () Municipal
- Macrorregião do Brasil estudada? () Região Norte () Região Nordeste () Região Centro-Oeste () Região Sudeste () Região Sul () Todas
- Ciclo do PMAQ? () Ciclo 1 – 2011/2012 () Ciclo 2 – 2013/2014 () Ciclo 3 – 2017/2018
() Inclui mais de um ciclo: Quais? _____
- Fase do PMAQ: () Desenvolvimento/Autoavaliação () Avaliação Externa () Ambas: Quais? _____
() Não se aplica. Explicitar: _____

Resultados

- O estudo priorizou/destacou alguma dimensão e/ou subdimensão e/ou indicador do PMAQ?
- () Sim: Qual? _____ () Não contempla
- O estudo priorizou/destacou algum dos princípios/fundamentos/Diretrizes ou Atributos da APS?
- () Sim. Quais? _____ () Não contempla
- Principais resultados:

Aspectos Teóricos

- Principais referenciais teóricos?
- Principais referenciais metodológicos?
- Referências teóricas relativas ao Monitoramento e a Avaliação em Saúde?
() Sim. Quais? _____ () Não contempla

Considerações Finais ou Conclusões

Considerações/conclusões e/ou recomendações do estudo (observando, na medida do possível, coerência com as palavras chaves do estudo):

APÊNDICE B - ARTIGOS INCLUÍDOS PARA A REVISÃO

Quantidade	Título do Artigo	2 Autores Principais	Periódico	Base de Dados	Lido/Revisado/C orrigido
1	A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ	Autor 1: Maria Jesus Barreto Cruz Autor 2: Alaneir de Fátima dos Santos	Cad. Saúde Pública (Online)	LILACS	x
2	A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre	Autor 1: Valéria Rodrigues Autor 2: Cleber Ronald Inácio dos Santos	Saúde debate	LILACS	x
3	A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB	Autor 1: Márcia Cristina Rodrigues Fausto Autor 2: Ligia Giovanella	Saúde debate	LILACS	x
4	Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco	Autor 1: Maria do Socorro Veloso de Albuquerque Autor 2: Tereza Maciel Lyra	Saúde debate	LILACS	x
5	Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará	Autor 1: Larissa Ádna Neves Silva Autor 2: Rui Massato Harayama	Saúde debate	LILACS	x
6	Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil	Autor 1: Luiza Garnelo Autor 2: Juliana Gagno Lima	Saúde debate	LILACS	x
7	Ações para o controle da tuberculose no Brasil: avaliação da atenção básica	Autor 1: Alexandre Baumgarten Autor 2: Rafaela Soares Rech	Rev. bras. epidemiol	LILACS	x

8	Análise do acesso e acolhimento entre os resultados do PMAQ-AB e a satisfação dos usuários do pronto atendimento: semelhanças e diferenças	Autor 1: Mariana Figueiredo Souza Gomide Autor 2: Ione Carvalho Pinto	Medicina (Ribeirão Preto)	LILACS	x
9	Análise do desempenho das Residências Médicas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família segundo os indicadores do PMAQ-AB das equipes da Atenção Primária	Autor 1: Dulce Pimenta Gonçalves Autor 2: Maria Clara Lélis Ramos Cardoso	Rev. bras. med. fam. comunidade	LILACS	x
10	Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil	Autor 1: Daisy Maria Xavier de Abreu Autor 2: Pedro Cisalpino Pinheiro	Saúde debate	LILACS	x
11	Asistencia sanitaria, certificación de calidad y apoyo institucional: la atención primaria en Brasil	Autor 1: Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado Autor 2: Alaneir de Fátima dos Santos	Salud pública Méx	LILACS	x
12	Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, no Rio Grande Do Sul e Nas Demais Unidades Federativas do Brasil, Na Atenção Básica	Autor 1: Évelin Maria Brand Autor 2: Graziela Barbosa Dias	Saúde Redes	LILACS	x
13	Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	Autor 1: Hêider Aurélio Pinto Autor 2: Alcindo Antônio Ferla	Divulg. saúde debate	LILACS	x
14	Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?	Autor 1: Helvécio Miranda Magalhães Junior Autor 2: Hêider Aurélio Pinto	Divulg. saúde debate	LILACS	x
15	Atributos essenciais da atenção primária à saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB	Autor 1: Juliana Gagno Lima Autor 2: Ligia Giovanella	Saúde debate	LILACS	x

16	Autoavaliação: instrumento para reflexão do processo de trabalho nas equipes de saúde da família	Autor 1: Marjorye Polinati da Silva Vecchi Autor 2: Estela Márcia Saraiva Campos	Rev. APS	LILACS	x
17	Avaliação da Atenção Pré-Natal na Rede Básica de Saúde em Sergipe - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	Autor 1: Jéssica Santos De Oliveira Autor 2: João Batista Cavalcante Filho	Rev. Rede cuid. saúde	LILACS	x
18	Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB	Autor 1: Mariana Janssen Autor 2: Sandra Costa Fonseca	Saúde debate	LILACS	x
19	Avaliação da organização dos serviços e processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família em Mato Grosso	Autor 1: Talita Xavier Claudino Autor 2: Ligia Regina Oliveira	Saúde Redes	LILACS	x
20	Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil	Autor 1: Leandro Alves da Luz Autor 2: Rosana Aquino	Saúde debate	LILACS	x
21	Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	Autor 1: Mirna Barros Teixeira Autor 2: Angela Casanova	Saúde debate	LILACS	x
22	Avaliação de um programa de melhoria da atenção básica na perspectiva de profissionais de saúde	Autor 1: Priscila da Silva Freitas Autor 2: Flávia Paula Magalhães Monteiro	Rev. enferm. UFPE on line	BDENF	x
23	Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do	Autor 1: Paulo Navarro de Moraes Autor 2: Aparecida Mari Iguti	Saúde debate	LILACS	x

	PMAQ-AB				
24	Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB	Autor 1: Ane Polline Lacerda Protasio Autor 2: Polyana Barbosa da Silva	Saúde debate	LILACS	x
25	Avaliação dos resultados no 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica dos Municípios da Região de Saúde Central	Autor 1: Jaqueline de Deus Costa Destéfano Autor 2: Kenia Barbosa Rocha	Rev. Cient. da Esc. Estadual de Saúde Pública de Goiás "Candido Santiago"	coleccionaS US	x
26	Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível	Autor 1: Aline Macarevich Condessa Autor 2: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani	Rev. bras. epidemiol	LILACS	x
27	Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care.	Autor 1: James Macinko Autor 2: Matthew J Harris	J Ambul Care Manage	MEDLINE	x
28	Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais	Autor 1: Kátia Crestine Poças Autor 2: Lúcia Rolim Santana de Freitas	Epidemiol Serv Saude	LILACS	x
29	Construindo um modelo para avaliar o uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	Autor 1: Gabriella de Almeida Raschke Medeiros Autor 2: Daniela Alba Nicke	Epidemiol Serv Saude	LILACS	x
30	Coordenação e longitudinalidade da atenção primária à saúde na Amazônia brasileira	Autor 1: Amanda Lia Rebelo Rabelo Autor 2: Rúbia Aparecida Lacerda	Rev Bras Enferm	LILACS	x
31	Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item	Autor 1: Miriam Francisco de Souza Autor 2: Alaneir de Fatima Dos Santos	Rev Saude Publica	LILACS	x

32	Delivering maternal and childcare at primary healthcare level: The role of PMAQ as a pay for performance strategy in Brazil	Autor 1: Olívia Lucena de Medeiros Autor 2: Jorge Otávio Maia Barreto	PLoS One	MEDLINE	x
33	Desempenho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família na avaliação do PMAQ-AB	Autor 1: Alexandre Ramiro Pinto Autor 2: Débora Dupas Gonçalves Nascimento	Rev. Esc. Enferm. USP	LILACS	x
34	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	Autor 1: Thamires Lorenzet Seus Autor 2: Denise Silva da Silveira	Epidemiol. serv. saúde	LILACS	x
35	Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB	Autor 1: Josiane Ribeiro Silva Medrado Autor 2: Angela Oliveira Casanova	Saúde debate	LILACS	x
36	Fatores associados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil	Autor 1: Ane Polline Lacerda Protasio Autor 2: Luciano Bezerra Gomes	Cad. saúde pública	LILACS	x
37	Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica	Autor 1: Neiva Francenely Cunha Vieira Autor 2: Maria de Fátima Antero Sousa Machado	Interface	LILACS	x
38	Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná	Autor 1: Maria Lucia Frizon Rizzotto Autor 2: Célia Regina Rodrigues Gil	Saúde debate	LILACS	x
39	Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB	Autor 1: Helena Seidl Autor 2: Swheelen de Paula Vieira	Saúde debate	LILACS	x

40	Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB	Autor 1: Gabriela Mendes da Silva Flôres Autor 2: Leni Dias Weigelt	Saúde debate	LILACS	x
41	Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis	Autor 1: Dayanna Mary de Castro Autor 2: Veneza Berenice de Oliveira	Cad. Saúde Pública (Online)	LILACS	x
42	Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil	Autor 1: Alaneir de Fátima dos Santos Autor 2: Délcio Fonseca Sobrinho	Cad. Saúde Pública (Online)	LILACS	x
43	Infraestrutura e processo de trabalho na atenção primária à saúde: PMAQ no Ceará	Autor 1: Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer Autor 2: Ana Patrícia Pereira Morais	Rev Saude Publica	MEDLINE	x
44	Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	Autor 1: Severina Alice da Costa Uchôa Autor 2: Claudia Santos Martiniano	Saúde debate	LILACS	x
45	Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB	Autor 1: Lenir Aparecida Chaves Autor 2: Alzira de Oliveira Jorge	Cad. Saúde Pública (Online)	LILACS	x
46	Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde	Autor 1: Ana Claudia Pinheiro Garcia Autor 2: Maria Angélica Carvalho Andrade	Saúde debate	LILACS	x
47	Memórias sobre a avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Piauí, Brasil	Autor 1: Fábio Solon Tajra Autor 2: Tauani Zampieri Cardoso	Interface (Botucatu, Online)	LILACS	x
48	Modelização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade em um município baiano	Autor 1: Larissa Morgan Andrade Lemos Autor 2: Nília Maria de Brito Lima Prado	Saúde debate	LILACS	x

49	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ	Autor 1: Deniclara Brocardo Autor 2: Carla Lourenço Tavares de Andrade	Saúde debate	LILACS	x
50	O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade	Autor 1: Reíza Stéfany de Araújo e Lima Autor 2: João Agnaldo do Nascimento	Cad. saúde colet., (RJ)	LILACS	x
51	O conflito como manifestação da dimensão política dos enfermeiros na implementação do PMAQ-AB	Autor 1: Tânia Silva Gomes Carneiro Autor 2: Pedro Silveira Carneiro	Saúde debate	LILACS	x
52	O Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família antes e após adesão do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	Autor 1: Adla Françoise de Macêdo Faustino Santiago Autor 2: Alisson Douglas da Nóbrega Correia	Ciência Plural	LILACS	x
53	O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde	Autor 1: Heletícia Scabelo Galavote Autor 2: Eliane Zandonade	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	LILACS	x
54	Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil	Autor 1: Daisy Maria Xavier de Abreu Autor 2: Lucas Henrique Lobato de Araújo	Epidemiol. serv. saúde	LILACS	x
55	As percepções e avaliações dos profissionais de saúde que trabalham na ponta em relação ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): uma abordagem com métodos mistos	Autor 1: Fabiana da Cunha Saddi Autor 2: Matthew J Harris	Cad. Saúde Pública (Online)	LILACS	x
56	Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º	Autor 1: Gladston Thalles da Silva	Ciênc. Saúde Colet	LILACS	x

	ciclo)	Autor 2: Ferdinando Oliveira Carvalho			
57	PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná	Autor 1: Francielle Regina Bertusso Autor 2: Maria Lucia Frizon Rizzotto	Saúde debate	LILACS	x
58	PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do programa nacional	Autor 1: Juliana Sampaio Autor 2: Marina Nascimento de Moraes	Rev. enferm. UFPE on line	BDENF	x
59	PMAQ: um desafio à adesão das equipes da estratégia saúde da família	Autor 1: Livia Mendes Mesquita Autor 2: Geilsa Soraia Cavalcanti Valente	Saúde Redes	LILACS	x
60	Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014	Autor 1: Rosália Garcia Neves Autor 2: Maria Del Pilar Flores-Quispe	Epidemiol. serv. saúde	LILACS	x
61	Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Autor 1: Isabelle Cristina Borba da Silva Autor 2: Laís Alves Bernardino da Silva	Rev. bras. med. fam. comunidade	LILACS	x
62	Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB	Autor 1: Teresa Cristina de Carvalho Lima Neves Autor 2: Luiz Albérico Araújo Montenegro	Saúde debate	LILACS	x
63	Programa de melhoria de acesso e qualidade da atenção básica no município de Amargosa, Bahia	Autor 1: Renata Tannous Sobral de Andrade Autor 2: Adriano Maia dos Santos	Rev. baiana saúde pública	LILACS	x
64	Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica sob a ótica médica	Autor 1: Marilane Amaro Autor 2: Jean Paulo Oliveira	Rev. enferm. atenção saúde	BDENF	x
65	Qualidade da Atenção Primária à Saúde infantil em estados da região Nordeste	Autor 1: Fabiane do Amaral Gubert Autor 2: Valter Cordeiro Barbosa Filho	Ciênc. Saúde Colet	LILACS	x

66	Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ	Autor 1: Juleimar Soares Coelho de Amorim Autor 2: Luciana Barcellos Teixeira	Ciênc. Saúde Colet	LILACS	x
67	Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB	Autor 1: Ane Polline Lacerda Protasio Autor 2: Luciano Bezerra Gomes	Ciênc. saúde coletiva	LILACS	x
68	Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil	Autor 1: Juliana Leal Ribeiro Cantalino Autor 2: Magda Duarte dos Anjos Scherer	Rev. saúde pública (Online)	LILACS	x
69	Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica	Autor 1: César Soares Autor 2: Marília Ramos	Saúde debate	LILACS	x
70	Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica	Autor 1: Marly Marques da Cruz Autor 2: Rafaela Barros Chagas de Souza	Saúde debate	LILACS	x
71	Variation in primary health care services after implementation of quality improvement policy in Brazil	Autor 1: Anya P G F Vieira-Meyer Autor 2: Maria de Fatima A S Machado	Fam Pract	MEDLINE	x