



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Andrei Mendes Moreira

**Avaliação do provimento da atenção básica nos municípios catarinenses**

Florianópolis

2021



Andrei Mendes Moreira

**Avaliação do provimento da atenção básica nos municípios catarinenses**

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Alba Nickel.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Moreira, Andrei Mendes  
Avaliação do provimento da atenção básica nos municípios  
catarinenses / Andrei Mendes Moreira ; orientadora,  
Daniela Alba Nickel, 2021.  
97 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Avaliação em Saúde. 3. Atenção  
Primária a Saúde. 4. Atenção Básica. 5. Gestão em Saúde. I.  
Nickel, Daniela Alba. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.  
Título.

Andrei Mendes Moreira

**AVALIAÇÃO DO PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS  
CATARINENSES**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca  
examinadora composta pelos seguintes membros:

Dra. Gabriella de Almeida Raschke Medeiros  
Membro Externo - UNIVALI

Dra. Maria Cristina Marino Calvo  
Membro PPGSC/UFSC

Dr. Fernando Hellmann  
Suplente PPGSC/UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi  
julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo  
PPGSC/UFSC.

---

Dra. Marta Verdi

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

Dra. Daniela Alba Nickel (UFSC)  
Orientadora – Presidente da Banca

Florianópolis, 2021.

Este trabalho é dedicado à minha amada Família,  
aos queridos amigos, e a Deus.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente gostaria de agradecer a todos os colegas de universidade que no dia a dia nos ajudam e nos ensinam cada vez mais sobre o que é ciência ética e amor, em especial aos colegas do NEPAS, que em muito contribuíram para esta dissertação, a CAPES pelo financiamento da Bolsa que me permitiu me sustentar ao longo desse caminho. Posteriormente minha orientadora e todos os professores que me fizeram trilhar essa jornada de mestre com tanto esforço.

Não menos importantes também agradeço a todos os sanitaristas e educadores que lutaram antes de nós para que esse caminho existisse.

## RESUMO

A Atenção Básica deve ser ofertada para atender ações e serviços necessitados pela população, sendo o gestor municipal o principal responsável pelo seu provimento. Avaliar o provimento da Atenção Básica contribui para compreender a realidade local, possibilitando que os gestores de diferentes esferas articulem as políticas públicas de saúde, visando os princípios de universalidade, equidade e integralidade. Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a gestão do provimento da atenção básica dos municípios catarinenses no triênio 2016-2018. Para isto foi realizada uma pesquisa avaliativa, de caráter quantitativo, com dados secundários, baseado no modelo de avaliação do Núcleo de Extensão de Pesquisa e Avaliação em Saúde da UFSC (NEPAS) que consta de 24 indicadores sobre o provimento da atenção básica. Os indicadores foram convertidos em uma escala de 0-1 atingindo desta forma o valor máximo de 24 pontos por município. Para emissão de juízo de valor, este trabalho considerou o quartil da escala linear, onde os resultados abaixo de 25% da escala foram considerados como “ruim”, maior ou igual a 25% e menor que 50% foram considerados como “regular”, maior ou igual a 50% e menor que 75% considerados como “bom”, e maior ou igual a 75% considerados “ótimo”. Os resultados foram analisados a partir das dimensões “Promoção e Prevenção” e “Diagnóstico e Tratamento” e ciclos de vida da criança do adolescente, do adulto e do idoso, além da análise a partir de diferentes portes populacionais e das 9 macrorregiões de saúde do estado. Os resultados demonstram melhores desempenhos na dimensão de “Promoção e Prevenção”, no ciclo de vida “Adulto”, no porte 2 e na macro região de saúde do Alto vale do Itajaí. Os piores desempenhos estiveram no ciclo de vida “Adolescente” e nas regiões da Serra catarinense e do Meio Oeste. Com intuito de contribuir com a área de avaliação em atenção básica, esta dissertação produziu ainda como resultado um artigo de revisão bibliográfica das avaliações da atenção básica brasileira, nos anos de 2014 a 2018. Buscou-se neste artigo compreender o que tem sido pesquisado na área e como estas pesquisas têm ocorrido. Os resultados observam uma baixa variabilidade metodológica, com predominância de pesquisas quantitativas e de um mesmo instrumento de avaliação. Observou-se ainda uma grande preocupação em avaliar os atributos da atenção básica.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde. Atenção Primária a Saúde.



## ABSTRACT

Primary Health Care must be offered to attend actions and services needed by the population, with the municipal manager being primarily responsible for providing it. Evaluating the provision of Primary Care contributes to understanding the local reality, enabling managers from different spheres to articulate public health policies, aiming at the principles of universality, equity and integrality. This research aimed to evaluate the provision of primary health care management in the municipalities of Santa Catarina in the 2016-2018 triennium. For this, an evaluative research was carried out, of quantitative character, with secondary data, based on the evaluation model of the Center for Extension of Research and Evaluation in Health of UFSC (CEREH) that consists of 24 indicators on the provision of primary care. The indicators were converted into a scale of 0-1, thus reaching the maximum value of 24 points per municipality. In order to issue a value judgment, this study considered the quartile of the linear scale where the results below 25% of the scale were considered "bad", greater than or equal to 25% and less than 50% were considered "regular", greater than or equal to 50% and less than 75% considered "good", and greater than or equal to 75% considered "excellent". The results were analyzed from the dimensions and life cycles, in addition to the population sizes and health macro-regions of the state. The results demonstrate that the dimension "Promotion and Prevention" performed better than that of "Diagnosis and Treatment", the life cycle of the "Adult" presented a better result regarding the life cycle, while the life cycle of the "Adolescent" presented most critical result. As for size, it is observed that "Porte 2" presented most municipalities with better performance in relation to other sizes. It was also found that the health macro-region of Alto Vale do Itajaí presented the best performance while Serra Catarinense and the Centro Oeste presented more municipalities with unsatisfactory results. In order to contribute to the area of evaluation in primary health care, this dissertation also produced as a result a bibliographic review article on the evaluations of primary care in Brazil, from 2014 to 2018. This article sought to understand what has been researched in the area and how these searches have taken place. The results observe a low methodological variability, with a predominance of quantitative research and the same evaluation instrument.

Key-words: Health Evaluation. Primary Health Care Evaluation.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura da Matriz Avaliativa do Modelo NEPAS.....30

Figura 2 - Modelo teórico-lógico da gestão da atenção básica.....35

Artigo 2:

Figura 1 - Desempenho dos escores finais dos municípios catarinenses por macrorregião de saúde, no triênio 2016-2018.....63

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro da estrutura da Matriz Avaliativa do Modelo NEPAS, Dimensão Provimento.....31

Artigo 1:

Quadro 1: Categorias dos objetos de avaliação, artigos e uso de instrumentos validados. Brasil, 2014-2018 Provimento.....41

Artigo2:

Quadro 1 - Quadro da estrutura da Matriz Avaliativa do Modelo NEPAS, Dimensão Provimento.....57

## LISTA DE GRÁFICOS

### Artigo 1:

Gráfico 1 - Porcentagem de artigos relacionando a amplitude com a fonte de dados. Brasil, 2014-2018.....43

### Artigo 2:

Gráfico 1 - Distribuição da porcentagem de municípios de Santa Catarina por porte populacional, de acordo com o juízo de valor nos ciclos de vida, 2016-2018.....61

## LISTA DE TABELA

Artigo 2:

Tabela 1 Distribuição da porcentagem de municípios de Santa Catarina por porte populacional, de acordo com o juízo de valor nos ciclos de vida, distinguindo as dimensões “Promoção e Prevenção” e “Diagnóstico e Tratamento”, no triênio 2016-2018.....60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE Agentes de Combate às Endemias

APS Atenção Primária à Saúde

CAA/DAB Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção básica

CIB Comissão Intergestores Bipartite

ESF Estratégia de Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDSUS Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPAS Núcleo de Extensão e Pesquisa de Avaliação em Saúde

NOB Norma Operacional Básica

OMS Organização Mundial de Saúde

PAB Variável: Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável

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

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNAD Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílio

PSF Programa Saúde da Família

SES-SC Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidades Básicas de Saúde

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1	OBJETIVOS.....	17
1.1.1	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>17</b>
1.1.2	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1	ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	18
2.2	ATENÇÃO BÁSICA EM SANTA CATARINA.....	22
2.3	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	26
2.4	AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	29
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>ARTIGO 1.....</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>ARTIGO 2.....</b>	<b>54</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
	<b>APÊNDICE A - Classificação dos municípios no porte populacional 1....</b>	<b>79</b>
	<b>APÊNDICE B - Classificação dos municípios no porte populacional 2....</b>	<b>84</b>
	<b>APÊNDICE C - Classificação dos municípios no porte populacional 3....</b>	<b>88</b>
	<b>APÊNDICE D - Classificação dos municípios no porte populacional 4....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO A - Quadro da justificava dos indicadores (medida).....</b>	<b>91</b>
	<b>ANEXO B - Quadro do cálculo e escala dos indicadores do provimento da atenção básica.....</b>	<b>94</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Decorrente de um longo processo de luta histórica pelo chamado “movimento sanitaria” e de diversos outros setores da sociedade civil, alinhados pela busca do direito universal à saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Este sistema implantado no início dos anos 1990 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142, determina a diversos órgãos e instituições públicas, dos diferentes entes federativos, a obrigatoriedade na prestação de uma grande variedade de ações e serviços de saúde, respeitando os princípios de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade da assistência.

O SUS conta com diretrizes organizacionais que levam em consideração a diversidade regional do país, não só ao que tange as diferentes questões epidemiológicas e ambientais, mas também aos múltiplos aspectos socioeconômicos e culturais da população. A descentralização, regionalização e hierarquização, alinhadas à participação popular, servem como diretrizes que orientam a execução dos serviços de saúde (LIMA; MACHADO; NORONHA, 2008).

Autores enfatizam que o fortalecimento da atenção básica é o melhor caminho para a aplicação dos princípios e diretrizes do SUS. A atenção básica refere-se a um modelo de atenção primária adotado no Brasil, que oferece serviços básicos e essenciais à saúde, sendo o primeiro contato do cidadão com o sistema. É importante atentar-se aos estímulos federais para o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e posteriormente, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para consolidar este modelo de atenção como ordenador da rede de atenção (GIOVANELLA et al, 2009; CASTRO; FAUSTO, 2012; FONSECA; LIMA; MOROSINI, 2018).

Partindo da premissa de vigilância e promoção em saúde aplicada a um determinado território, a atenção básica possui relação com as três esferas governamentais. No entanto, a execução direta dos seus recursos e serviços é de responsabilidade municipal, conseqüentemente de seus gestores, sendo deles o dever de prover as necessidades de saúde da população do município com qualidade (BRASIL, 2017).



Os repasses financeiros aos municípios e a crescente autonomia nas tomadas de decisões por parte dos seus gestores, em consonância ao processo de descentralização do sistema, aumentaram a preocupação com a implantação e desenvolvimento deste modelo, assim como de sua gestão, tendo como consequência o crescimento das diversas iniciativas do Ministério da Saúde para acompanhar a qualidade dos serviços ofertados. Incentivado pelo Projeto de Expansão do Programa Saúde da Família (PROESF), que buscava o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País, surge em 2003, o Departamento de Atenção Básica (DAB). Este departamento é responsável pela criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA) que tinha como função realizar avaliações sobre o funcionamento da atenção básica. Já em 2011, lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica (PMAQ-AB). O PMAQ-AB é um programa que existiu desde 2011 e que utiliza a auto avaliação e a avaliação externa para desenvolver a qualidade da atenção básica, tendo como um dos objetivos o fortalecimento da gestão municipal (BODSTEIN, 2002; BRASIL, 2005; CONILL, 2008; GARNELO; HORTALE; VIEIRA, 2010, BRASIL, 2012).

A avaliação da atenção básica provê informações acerca do funcionamento dos serviços para as diferentes esferas governamentais, tendo grande relevância na gestão do sistema público de saúde. De acordo com Contandriopoulos (2006), a avaliação deve auxiliar a tomada de decisão, utilizando-se de informações válidas e legítimas para emitir um julgamento de valor sobre determinado fenômeno, contribuindo assim para uma melhor gestão dos sistemas de saúde.

Apesar de a atenção básica no Brasil ter a gestão municipal como principal responsável pela sua execução, existe a corresponsabilidade das esferas estadual e federal. É dever do gestor estadual promover a integração e a modernização dos sistemas municipais. Por consequência, a avaliação da atenção básica contribui para tomadas de decisões além da esfera municipal, possibilitando a gestão estadual conhecer as diferentes realidades municipais e regionais para articular políticas que respeitam o princípio da equidade no estado (BRASIL, 2017).

Dentro das pesquisas avaliativas realizadas em Santa Catarina, destaca-se a “Avaliação da Gestão da Atenção Básica”, realizada pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (NEPAS/UFSC) em associação com a Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), que constitui um modelo avaliativo da qualidade da gestão

municipal da Atenção Básica de Santa Catarina. Este modelo foi utilizado em uma série de avaliações entre os anos de 2006 a 2015, a fim de estimular a gestão municipal para a qualificação do provimento da Atenção Básica.

Diante do exposto, o objetivo da pesquisa foi avaliar o provimento da gestão da atenção básica nos municípios catarinenses, no triênio 2016 a 2018.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

- Avaliar o provimento da gestão da atenção básica nos municípios catarinenses, no triênio 2016-2018.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Revisar a literatura de avaliação da atenção básica publicada no Brasil nos últimos anos.
- Classificar os municípios de acordo com o julgamento de valor dos escores gerais, por macrorregião de saúde.
- Classificar os municípios de Santa Catarina de acordo com o escore geral obtido na avaliação, por porte populacional.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Atenção básica é o termo utilizado no Brasil para definir uma forma de Atenção Primária com enfoque menos seletivo que outras encontradas em diversos países, estando em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Sua estrutura é composta principalmente por Unidades Básicas de Saúde (UBS), formadas por equipes de atenção básica, minimamente constituídas por um médico, de preferência, especialista em saúde da família e comunidade, um enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) - podendo ainda fazer parte, o agente de combate às endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal. Nas UBS podem ainda atuar as equipes ligadas ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), constituídas por profissionais de diversas formações e especialidades que variam de acordo com as necessidades da população local (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; BRASIL, 2017).

A atenção básica é definida na sua política nacional como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Desde os anos 90, com a Norma Operacional Básica 96 (NOB/96), é incentivada a concepção de atenção básica centrada na família, onde a equipe de saúde multiprofissional atua sobre determinado território, tendo sob sua responsabilidade um número específico de famílias. Esta equipe age de acordo com a ótica da vigilância e promoção em saúde, devendo atentar-se aos maiores riscos encontrados no território e trabalhando para além da atuação clínica através de ações educativas e intersetoriais, diminuindo assim os agravos gerados pelos determinantes sociais envolvidos no processo de saúde/doença. Para isto o médico como generalista e a participação dos agentes comunitários são profissionais que ajudam a melhor compreender os problemas locais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Além da função de exercer os serviços primários à população, a atenção básica funciona como ordenadora dos serviços e cuidados da Redes de Atenção, tornando-se o centro de comunicação e uma das portas de entrada do SUS, sendo importante meio de comunicação com a população e o sistema de saúde. São atributos da atenção básica: 1) Primeiro Contato: relacionado ao primeiro contato do cidadão com o sistema, assim como o local onde este deve buscar regularmente a assistência à saúde; 2) Longitudinalidade: referente a continuidade da relação clínico-paciente; 3) Integralidade: busca compreender o ser humano a partir das suas múltiplas dimensões (orgânicas, psíquicas e sociais), além de buscar garantir o acesso a todos os tipos de serviços; 4) Coordenação: de ações e serviços básicos resolutivos a problemas menos frequentes e mais complexos; 5) Orientação para comunidade: conhecimentos das necessidades da população local, além de se referir a importância da sua participação para tomadas de decisões acerca da sua saúde; 6) Centralidade na família: conhecimento da dinâmica familiar e seu contexto; 7) Competência cultural: reconhecer a multiplicidade cultural da população local (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A PNAB atribui a todas as esferas de governo responsabilidades comuns para execução da atenção básica, como a garantia de infraestrutura e insumos, e o respeito às comissões intergestoras e aos instrumentos de gestão pactuados. Delimita, ainda, as obrigações peculiares a cada esfera de governo (BRASIL, 2017).

As Secretarias Municipais de Saúde possuem função de coordenação, sendo responsáveis diretas por: execução e gerenciamento dos serviços e ações da atenção básica; organizar o fluxo das pessoas em linhas de cuidado; manter atualizado o sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES); mobilizar a população e garantir espaço para o controle social; inserir a ESF no município; definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção básica; garantir a qualificação profissional por meio da educação permanente; realizar a gestão do trabalho; garantir recursos materiais e insumos para funcionamento da UBS; garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; qualificar os dados dos sistemas oficiais de informação (BRASIL, 2017).

Já as Secretarias Estaduais de Saúde possuem relevância no papel de integração das esferas municipais e das macrorregiões de saúde, além de incentivar o papel do município em assumir a gestão da atenção à saúde em sua localidade, e quando isto não for possível, substituí-lo temporariamente nesse sentido.

A esfera federal, salvo exceções, não executa diretamente ações na atenção básica, porém interfere diretamente na criação de leis e normas técnicas que influenciam as políticas municipais de saúde. O governo federal, através do Ministério da Saúde, possui ainda função de avaliar e fiscalizar as políticas públicas nesta área, além de ser parte integrante do financiamento tripartite.

O financiamento da Atenção básica é de responsabilidade tripartite, sendo este abordado nos diferentes planos de gestão. O repasse de recursos da União para os municípios é realizado fundo a fundo, através de conta aberta para facilitar a fiscalização pelos conselhos de saúde. O financiamento do SUS é hoje baseado na: 1) Capitação ponderada: onde são considerados o número de pessoas registradas em equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde, levando ainda em consideração a vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico por faixa etária e classificação geográfica estabelecida pelo IBGE; 2) Do pagamento por desempenho: onde o valor do pagamento por desempenho será calculado a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas pré-definidos pelo governo; e 3) Incentivos para ações estratégicas: onde o Ministério da Saúde busca priorizar áreas específicas através de incentivos financeiros. (BRASIL, 2019)

Deve-se enfatizar que as formas de investimento na atenção básica foram modificadas ao longo dos anos. A primeira mudança significativa ocorreu com o Pacto Pela Saúde (2006), que alterou a forma de financiamento eliminando mais de 100 modalidades de transferência e reduzindo-as em cinco blocos principais, sendo um deles o bloco da atenção básica. Posteriormente, com o SUS Legal (2017) passou-se a atender um modelo de financiamento que flexibiliza a alocação dos investimentos do SUS em apenas dois blocos principais, capital e custeio, o que na teoria aumentaria a autonomia municipal nos investimentos em saúde. Tal medida segue a lógica de descentralização do SUS, porém, em um momento de crise, pode resultar em um maior investimento na média e alta Complexidade, em detrimento da atenção básica. Esta medida seria substituída em 2019 pelo “Previne Brasil” que instituiu o modelo de capitação e avaliação de desempenho como forma de financiamento do SUS. Deve-se enfatizar que apesar do sistema de capitação ser uma forma de melhorar o vínculo da população com o SUS, este também apresenta sérios riscos ao não considerar as dificuldades regionais em registrar toda a população que utiliza o sistema,

prejudicando certas regiões do país quanto ao financiamento (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; MASSUDA, 2020).

Mendes, Carnut e Guerra (2018, p. 224) citam que o financiamento, entre os anos de 2008 a 2017, vem se deteriorando em nível federal: “[...] as despesas empenhadas do Ministério da Saúde com a subfunção atenção básica diminuíram em 4,7%, passando de R\$ 22 milhões para R\$ 21 milhões”. Este problema seria compreensível em momentos de retração econômica, mas estes mesmos autores atentam ao fato de que essa redução não ocorreu na despesa com assistência hospitalar e ambulatorial, a qual se manteve em torno de R\$ 53 milhões no mesmo período. O fato reflete o descaso com o financiamento da atenção básica em prol da média e alta Complexidade, aumentando a responsabilidade das esferas municipais e estaduais em prover os serviços com recursos próprios.

Além da alocação financeira, outros desafios são encontrados para a consolidação da atenção básica no Brasil. Ferla, Pinto e Sousa (2014) elencam que as principais dificuldades são: 1) financiamento insuficiente da atenção básica; 2) infraestrutura inadequada nas UBS; 3) baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde; 4) necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempo de espera e garantindo atenção, em especial, para os grupos mais vulneráveis; 5) necessidade de melhorar a qualidade dos serviços, incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado; 6) pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais; 7) desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e qualificação da gestão; 8) inadequadas condições e relações de trabalho, tais como mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e baixo investimento nos trabalhadores; 9) necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na atenção básica; 10) necessidade de ampliar a legitimidade da atenção básica junto aos usuários e de estimular a participação da sociedade.

Diversos processos políticos auxiliaram numa mudança de panorama da atenção básica no Brasil nos últimos 10 anos. A própria PNAB sofreu diversas modificações passando por duas edições (2011 e 2017) desde a sua criação em 2005. Melo et al. (2018), apontam mudanças positivas no texto mais recente da PNAB que interferiram no processo de consolidação política da atenção básica no SUS, tais como: o surgimento da figura do gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) e suas

atribuições; um relativo aumento do poder do gestor municipal; além da indicação de financiamento pelo ente estadual para os municípios. Por outro lado, surgem também mudanças que preocupam a efetivação desta política, tais como: a redução do número de agentes comunitários de saúde e alterações na carga horária dos profissionais.

Apesar da preocupação com o enfraquecimento da atenção básica, são também observados aspectos positivos nas últimas décadas. O crescimento da abrangência da ESF, que ultrapassou a marca de 40 mil equipes em 2016, trouxe avanços na qualidade da saúde da população. Dilélio, Facchini e Tomasi (2018) destacam essa evolução com reduções significativas da mortalidade infantil e de menores de 5 anos, a redução de internações por causas sensíveis à atenção primária, acesso a ampla rede de serviços e aumento da utilização das UBS.

Deve-se destacar que o processo de desenvolvimento da atenção básica não ocorre de forma homogênea em todo país. Isso se deve, em parte, a grande heterogeneidade dos municípios e regiões do país. A influência dos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais possui grande influência na saúde da população, sendo este conjunto de aspectos chamado de determinantes sociais de saúde (DILÉLIO; FACCHINI; TOMASI, 2018)

## 2.2 ATENÇÃO BÁSICA EM SANTA CATARINA

De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), o estado de Santa Catarina possuía mais de 6 milhões de habitantes (estimativa de aproximadamente 7 milhões em 2018) distribuídos em uma área total de 95.730,921 km<sup>2</sup>, refletindo uma densidade demográfica de 65,27 hab/ km<sup>2</sup> e um crescimento demográfico de 1,57% ao ano. Mesmo sendo o 20º menor estado brasileiro, com apenas 3,27% da população do país, chama atenção o alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (0,774 - terceiro maior do Brasil) e a quinta maior renda per capita do país (R\$ 1.660).

O estado possui 295 municípios com 84% da população residindo em áreas urbanas, com demografia superior a 200 hab/ km<sup>2</sup>, e 72,3% dos municípios catarinenses possuem população inferior a 15 mil habitantes (IBGE, 2010).

Ao que tange a área da saúde, o estado é subdividido em 16 Regiões de Saúde pactuadas pela Comissão Intergestores Bipartite através da Deliberação 457/CIB/12, agrupados por municípios limítrofes buscando integrar e organizar os serviços e ações



de saúde na rede estadual, respeitando as identidades culturais, econômicas e sociais de cada região (SANTA CATARINA, 2016a).

Como eixo organizacional da atenção básica, a saúde da família foi implementada a partir de 1994, tendo Ascurra, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages como municípios pioneiros. Todos os municípios do estado possuem equipes de saúde da família, sendo que 215 municípios (72,9%) são 100% cobertos por essa estratégia. A cobertura populacional da ESF no estado foi de 79% em 2014, a cobertura de equipes de saúde bucal era de 49% enquanto a cobertura total da atenção básica chega a 87%.

Três municípios de grande porte, com população acima de 100 mil habitantes, possuem cobertura da ESF menor que 50%: Joinville (38%), Balneário Camboriú (43%) e Jaraguá do Sul (49%). Dentre as macrorregiões de saúde, todas possuem cobertura da ESF superior a 50%, quatro delas apresentam cobertura acima de 90% (Laguna, Serra Catarinense, Alto Vale do Itajaí e Extremo Oeste); seis entre 80% e 90% (Serra Catarinense, Grande Florianópolis, Extremo Sul Catarinense, Foz do Rio Itajaí, Meio Oeste e Oeste); três entre 70% e 80% (Carbonífera, Médio Vale do Itajaí e Alto Uruguai Catarinense); duas entre 60% e 70% (Alto Vale do Rio Peixe e Planalto Alto); e apenas um com cobertura de ESF entre 50% e 60% (Nordeste).

Quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF-AB), o estado se destaca em 2014 onde se constituía de 243 equipes implantadas em 236 municípios. A gestão estadual, com as deliberações 267/CIB/12 e 440/CIB/13, estipulou financiamento estadual ao NASF-AB até o município ser credenciado pelo Ministério da Saúde, além da implantação do cofinanciamento estadual para o financiamento federal. Contudo, é importante ressaltar que a distribuição das equipes NASF-AB nas regiões de saúde possui ainda grande diferença entre elas. Na Serra Catarinense, por exemplo, apenas 17% dos municípios tem NASF, enquanto a região Oeste conta com estas equipes em 96% dos municípios.

De acordo com registros do DATASUS, o estado possuía 1.567 centros de saúde/unidades básicas no ano de 2019, contando com 856 equipes da Estratégia de Saúde da Família e 206 Núcleo de Apoio a Saúde da Família, sendo que em 2015 o número de pessoas cadastradas na ESF eram 4 milhões de pessoas (BRASIL, 2019).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), cujo objetivo era incentivar as equipes e os gestores de saúde

a melhorar o desempenho da atenção básica através de incentivos financeiros alcançados pela avaliação, demonstrou razoável desempenho entre as equipes NASF-AB em SC. No segundo ciclo, finalizado em 2014, das 84 equipes participantes, 18 (21%) atingiram desempenho “muito acima da média”, 31 (37%) “acima da média” e 33 (39 %) apresentaram desempenho “mediano ou abaixo da média”, e nenhuma equipe foi classificada como “insatisfatória” (SANTA CATARINA, 2016b).

As equipes de atenção básica também obtiveram bons resultados no segundo ciclo do PMAQ-AB, estando em sua maioria acima da média. Em 2014, 271 (31%) equipes foram classificadas como “muito acima da média”, 320 (37%) “acima da média”, e 246 (30%) “mediano ou abaixo da média” e 15 (2%) tiveram “desempenho insatisfatório”.

No ciclo de vida da criança (0 a 9 anos de idade), se destaca o nascimento prematuro, que de 2010 a 2014 teve um aumento de cerca de 50%. A necessidade de implementação de ações de prevenção ao óbito em menores de 1 ano também é citada no Plano Estadual de Saúde de 2016, com preocupação em qualificar a assistência pré-natal, a atenção ao parto e ao recém-nascido. O número de óbitos evitáveis por falta de ações de diagnóstico e tratamento precoce e por falta de atenção apropriada à gestação totalizaram 75% das mortes, demonstrando uma deficiência no planejamento e na execução da assistência e vigilância dos óbitos infantis e fetais (SANTA CATARINA, 2016a).

Apesar de mortalidade infantil ter caído 4,7% nos anos de 2010 a 2014, a taxa de mortalidade neonatal, no ano de 2014, foi de 70% da taxa de mortalidade infantil total, em oposição a 30% do pós-neonatal. Atenta-se ainda o fato de que, entre 2010 e 2014, a redução da taxa de óbitos neonatais foi menor que a redução na taxa pós-neonatal (5,9%), mostrando uma maior carência na qualidade da assistência pré-natal na atenção básica de Santa Catarina. Ademais, existe uma grande disparidade entre as regiões do estado. A região de saúde da Serra Catarinense, por exemplo, apresenta taxa de mortalidade até duas vezes maior que a média estadual, mostrando uma maior necessidade dos gestores em atentarem-se a equidade na oferta de serviços a nível estadual (SANTA CATARINA, 2016a).

O período da adolescência, faixa etária dos 10 aos 19 anos, tem peculiaridades que interferem no processo saúde/doença. Estudo realizado com estudantes da rede pública de Santa Catarina (FARIAS JUNIOR et al., 2009) encontrou alta proporção de adolescentes expostos a fatores de riscos, tais como uso e abuso de álcool e outras

drogas, realização insuficiente de atividades físicas, má alimentação, e não utilização de preservativos nas relações sexuais.

Já a saúde do adulto chama atenção a crescente necessidade de atenção a quadros evitáveis como diabetes, obesidade e hipertensão arterial, tais como problemas já comumente encontrados na saúde da mulher, como dificuldades no período gestacional, além dos agravos da violência doméstica (SANTA CATARINA, s/d).

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) se configuram como uma doença comum na idade adulta, porém seu crescimento na população acima de 60 anos também ocorreu. A longevidade e o desenvolvimento no tratamento das disfunções sexuais têm possibilitado o aumento da atividade sexual nesta fase da vida, porém o sexo sem meios de prevenção tem contribuído para a propagação das IST entre os idosos (LAROQUE et al., 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2050 estima-se que a população acima de 60 anos corresponda a 20% da população mundial, representando uma mudança demográfica considerável em relação a década de 2010, com importante impacto sobre os gastos públicos em saúde. Berenstein e Wajnman (2008, p. 2302) afirmam que “gastos com tratamentos dispensados aos idosos tendem a ser mais caros, pois o aumento da proporção de idosos onera o sistema por um simples efeito de composição”, devendo o sistema estar preparado para essa mudança demográfica.

O estado de Santa Catarina, de acordo com o IBGE (2010) tem a maior expectativa de vida ao nascer (79,7 anos), terá este índice em 84,5 anos no ano de 2060, mantendo-se o estado com maior expectativa de vida do país. O índice de envelhecimento, medido pela relação de pessoas com mais de 60 anos e pessoas menores de 15 anos, passou de 20% em 1991 para 48% em 2012.

As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte desta população, seguida por neoplasia, com enfoque para o câncer de próstata nos homens (8%) e o de mama (5%) nas mulheres. Doenças do aparelho respiratório, lesões por causas externas (principalmente aquelas ligadas à quedas), e Diabetes Mellitus também tem alta prevalência na população idosa (SANTA CATARINA, 2016a).

Quanto ao financiamento em saúde, observa-se aumento dos gastos municipais em detrimento das outras esferas de gestão. Os municípios catarinenses

gastaram no setor saúde 20% dos recursos próprios totais no ano de 2009, e 24% em 2015. Na esfera estadual, esse número permaneceu em 12% no mesmo período. Isso significa que cerca de 60% do investimento em saúde é executado pela esfera municipal (MAZON et al., 2018).

A média de gastos em saúde dos municípios catarinenses chega a R\$ 740,18 per capita, entre os anos de 2012 a 2017. Os gastos referentes a atenção básica alcançaram 87% deste total, com média de R\$ 640,48 per capita para este nível de atenção. Observa-se variação entre as regiões do estado, sendo que a região da Grande Florianópolis gasta em média R\$ 604,19 per capita, região Sul R\$ 617,03 per capita, Vale do Itajaí R\$ 635,99 per capita, região Norte R\$ 639,29 per capita, região Serrana R\$ 761,76 per capita e região Oeste R\$ 873,31 per capita (ENGELAGE, 2018).

Dentre os desafios enfrentados pelo estado na área da saúde estão a alta rotatividade dos profissionais, a falta de recursos humanos e a baixa informatização para articulação dos níveis de atenção nos processos de referência e contra referência. A má distribuição de recursos tecnológicos tem contribuído para este problema, estando a macrorregião da Grande Florianópolis com maior oferta de serviços relativos à alta densidade tecnológica (SANTA CATARINA, 2016a).

### 2.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Com o preocupante cenário pós-segunda guerra, onde havia uma crescente necessidade de gerir políticas públicas com recursos escassos, a avaliação ganha relevância no processo de planejamento das políticas públicas. Melo e Tanaka (2004, p. 121) afirmam que a avaliação “constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão”.

O conceito e a forma de avaliação modificaram-se ao longo do tempo. Guba e Lincoln (2011) atentam para uma mudança progressiva na forma de avaliar, através da ideia de que existem diferentes gerações das avaliações. Inicialmente associavam avaliação a simples mensuração de resultados escolares (primeira geração) ou descrição de certos fenômenos (segunda geração), e as mais recentes a métodos mais elaborados que resultam em emissão de julgamento de valor por parte dos pesquisadores (terceira geração) e maior participação dos envolvidos no processo avaliativo (quarta geração).

A compreensão atual é de que a avaliação ocorre através de métodos de pesquisa com critérios previamente estabelecidos, emitindo um juízo de valor sobre o objeto avaliado. Brousselle et al. (2011) enfatizam que a avaliação consiste em:

Emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações. *Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)* (BROUSSELLE et al., 2011, p. 44).

Diversos autores, buscando consolidar a importância de atribuir julgamento de valor ao processo avaliativo, aproximam-se do termo *valia*, que significa dar valor (GARCIA, 2001; MELO; TANAKA, 2004, FITZPATRICK; WORTHEN; SANDERS, 2004 apud COLUSSI, 2010). Lucketi (*apud* Colussi e Calvo, 2012) enfatiza que o juízo de valor “significa uma afirmação qualitativa, sobre um dado objeto, a partir de critérios preestabelecidos”.

Contandriopoulos (2006) afirma ser consenso o uso de avaliação como instrumento, devendo este se tornar rotina, com intuito de que todas as medidas sejam tomadas com apoio em “evidências comprovadas”. No Brasil, o Ministério da Saúde vem implementando a avaliação com “intuito de dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde” devendo “subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas” (BRASIL, 2005, p.7).

Scaratti (2007, p. 35) ao citar Silva (2000) afirma que, tal como a esfera da educação, a área da saúde deve ser avaliada quanto à sua capacidade de resposta (*responsiveness*) da gestão e à qualidade dos serviços.

Desta forma, este trabalho utiliza-se dos conceitos de qualidade definidos por Davok (2007). Este autor relaciona a qualidade de um objeto avaliado às dimensões de valor e mérito de Scriven (1991), onde o valor se relaciona a boa aplicação dos recursos de acordo com as partes interessadas, e o mérito se relaciona a algo bem executado. Em outras palavras, a avaliação que busca medir qualidade, refere-se à

capacidade de intervir de forma eficaz e confiável (mérito), além de aferir se a intervenção corresponde aos desejos dos interessados (valor). Davok (2007) correlaciona ainda o conceito de valor e mérito, aos conceitos de qualidade de Sander (1982, 1995, apud DAVOK, 2007), associando valor à relevância e efetividade, e mérito à eficácia e eficiência.

A eficiência “é o critério econômico que revela a capacidade administrativa de produzir o máximo de resultados com o mínimo de recursos, energia e tempo.” Já a eficácia “é o critério institucional que revela a capacidade administrativa para alcançar as metas estabelecidas ou os resultados propostos” (DAVOK, 2007, p. 510).

A efetividade “é o critério político que reflete a capacidade administrativa para satisfazer as demandas concretas feitas pela comunidade externa.” Enquanto a relevância “é o critério cultural que mede o desempenho administrativo em termos de importância, significação, pertinência e valor” (DAVOK, 2007, p. 510).

Estes critérios são constituídos por variáveis numéricas, indicadores, que buscam indicar, aproximar ou traduzir dimensões sociais, podendo subsidiar a gestão pública a fim de fomentar a melhor tomada de decisão a cerca de um determinado fenômeno (JANUZZI, 2005). Os indicadores devem apresentar uma justificativa (*rationale*) para sua utilização, comprovando sua importância para compreender a realidade estudada. No processo de avaliação, para que se emita o julgamento de valor, deve haver uma medida de referência que defina o que seria o resultado ideal, denominada parâmetro.

A organização destes dados na avaliação é realizada através da matriz de julgamento, que visa “expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízo de valor” (FELISBERTO et al., 2010, p.93).

A composição e a organização dos indicadores e parâmetros de uma matriz podem ser validadas em conjunto com especialistas nas áreas estudadas, conferindo maior qualidade. Para isto, os pesquisadores na área de avaliação utilizam técnicas de consenso, como a Delphi. Esta técnica é utilizada quando há inexistência dos dados necessários para se analisar aquilo que deseja, estimulando a criação de novas ideias.

Assim, busca-se o entendimento coletivo realizado entre especialistas sobre determinado tema, seguindo o pressuposto de que “o julgamento coletivo, quando organizado, é melhor que a opinião de um só indivíduo, ou de grupos desprovidos de

conhecimentos específicos” (SCARPARO et al., 2012, p. 242). Portanto, é possível validar, através do consenso de especialistas, formas de estruturar uma matriz de julgamento, que esteja adequada a realidade estudada.

## 2.4 AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

O processo de avaliação já vem sendo implementado pelo SUS, porém é importante atentar sobre como ele ocorre na atenção básica, dado a sua gama de responsabilidades na saúde da população e na organização do sistema como um todo. Miclos, Calvo e Colussi (2015, p. 984) enfatizam que “a avaliação desse nível de atenção é estratégica para identificar as fragilidades persistentes que dificultam sua organização e operacionalização em direção à resolubilidade desejada para o serviço”.

Outro fator é a grande heterogeneidade dos municípios brasileiros, que geram desempenhos variáveis no nível da atenção básica em virtude da diversidade demográfica, epidemiológica e social encontrada nas diversas regiões do país. A crescente descentralização administrativa e a rapidez de expansão da ESF, também acentuaram a necessidade de avaliação nesse nível de atenção, já que pelo menos, nas últimas duas décadas, os gestores municipais vêm ganhando relevância no processo de gestão (BODSTEIN, 2002; CASTRO; MACHADO, 2012; GARNELO; HORTALE; VIEIRA, 2010).

A nova PNAB (2017, p.3) busca normatizar a avaliação na atenção básica, sendo responsabilidade de todas as esferas de governo “planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da atenção básica nos territórios”; além de “estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados” e de “definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da atenção básica”.

A criação da CAA/DAB em 2003 buscou institucionalizar a avaliação na esfera da atenção básica. Naquele ano foi formada a Comissão de Avaliação da Atenção Básica, que envolvia técnicos e gestores de diferentes setores do Ministério da Saúde, com o objetivo de criar uma Política Nacional de Avaliação. Foram desenvolvidas estratégias, como o Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias

Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação (BRASIL, 2005), e o PMAQ-AB, instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 2011, como objetivo de:

[...] induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em Saúde (BRASIL, 2011, p.79).

Através da adesão dos municípios a este programa, inicia-se um processo de avaliação buscando analisar as condições de acesso e de qualidade de cada um dos municípios e das equipes de atenção básica. Posteriormente, são pactuados novos padrões e indicadores de qualidade que devem ser seguidos para recebimento do benefício financeiro, que constava de aumento de 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção básica Variável (PAB Variável) por equipe participante.

No estado de Santa Catarina, além da grande adesão ao PMAQ-AB por parte dos municípios, a Secretaria de Estado da Saúde realiza outras formas de avaliação para diagnosticar a realidade das esferas municipais. Dentre elas, a “Avaliação da Gestão da Atenção Básica”, que teve início em 2004, em associação ao Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) (SANTA CATARINA, s/d).

Este projeto construiu um modelo de avaliação com dimensões, subdimensões e indicadores para avaliar a gestão da atenção básica nos municípios catarinenses. Através de oficinas de consenso com diversos integrantes da SES/SC e do NEPAS/UFSC, a matriz avaliativa resultou em 40 indicadores (Figura 1).

Figura 1. Estrutura da Matriz Avaliativa do Modelo NEPAS

GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	
	Promoção e Prevenção	Diagnóstico e Tratamento
Atuação Intersetorial (04 Indicadores)	Criança (03 Indicadores)	Criança (03 Indicadores)
Participação Popular (04 Indicadores)	Adolescente (03 Indicadores)	Adolescente (03 Indicadores)
Recursos Humanos (04 Indicadores)	Adulto (03 Indicadores)	Adulto (03 Indicadores)
Infraestrutura (04 Indicadores)	Idoso (03 Indicadores)	Idoso (03 Indicadores)

Fonte: SES/SC



Com dados coletados em 2005, a aplicação dessa matriz ocorreu pela primeira vez em 2006 com uma amostra de 70 municípios, sofrendo a primeira atualização de conteúdo em 2007. A partir de 2008 foram realizadas seis avaliações de desempenho da gestão da atenção básica dos municípios de Santa Catarina: 1) avaliação em 2008 com dados coletados em 2007; 2) avaliação em 2009 com dados coletados em 2008; 3) avaliação em 2010 com dados coletados em 2009; 4) avaliação em 2011 com dados coletados em 2010; 5) avaliação em 2012 com dados coletados em 2011; 6) avaliação em 2015 com dados coletados em 2014 (SANTA CATARINA, 2016, s/d).

Importante ressaltar que para a avaliação de 2015, a matriz avaliativa foi novamente atualizada, e apenas a dimensão de “Provimento da atenção básica” foi avaliada. Os dados coletados naquele ano passaram a ser exclusivamente de origem secundária, tornando a utilização da avaliação mais acessível (NICKEL et al, 2014). A seguir são apresentados os indicadores contidos nessa matriz (Quadro 1):

Quadro 1 – Estrutura da Matriz Avaliativa do Modelo NEPAS, Dimensão Provimento.

	Critério	Indicador (medidas)	Fonte
Criança	PP Relevância	Taxa de sobrevivência infantil	SIM/IBGE
	Efetividade	Cobertura Vacinal com a vacina Pentavalente em crianças menores de um ano de idade	SISAPS
	Eficácia	Nascidos Vivos com Idade Gestacional $\geq$ 37 semanas	SINASC
	DT Relevância	Taxa de não-internação hospitalar de crianças < 5 anos	SIH/IBGE
	Efetividade	Taxa de consultas de < de 10 anos	SIM/IBGE
	Eficácia	Taxa de não Internação em crianças < 5 anos por doenças sensíveis à atenção básica	SIA/IBGE
Adolescente	PP Relevância	Taxa de não-mortalidade de adolescentes por causas externas	SIM/IBGE
	Efetividade	Taxa de adolescentes não grávidas	SINASC/IBGE
	Eficácia	Percentual de gestantes adolescentes com 7 ou mais consultas de pré-natal	SINASC/IBGE
	DT Relevância	Taxa de adolescentes acompanhados pelo SISVAN	SISVAN/IBGE
	Efetividade	Taxa de consultas de adolescentes na atenção básica	SIAB/IBGE
	Eficácia	Taxa de primeira consulta odontológica programática para adolescentes	SIA/IBGE

Adulto	PP	Relevância	Sobrevivência Materna em mulheres de 20 a 49 anos	SIM/SINASC
		Efetividade	Existência de serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras	SINAN
		Eficácia	Acompanhamento pré-natal das gestantes adultas	SINASC
	DT	Relevância	Taxa de não internação de adultos por doenças sensíveis por doenças sensíveis à atenção básica	SIH/IBGE
		Efetividade	Taxa de não internação por AVC ou ICC	SIH/IBGE
		Eficácia	Proporção de parto normal	SINASC
Idoso	PP	Relevância	Cobertura vacinal contra Influenza em idosos	SI-PNI/IBGE
		Efetividade	Presença de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município	CNES
		Eficácia	Taxa de idosos não internados por fratura de colo do fêmur	SIH/IBGE
	DT	Relevância	Taxa de idosos não internados por doenças sensíveis à atenção básica	SIH/IBGE
		Efetividade	Taxa de consultas médicas na atenção básica para pessoas acima de 60 anos	SIAB/IBGE
		Eficácia	Oferta de prótese dentária	SAI

Fonte: SES-SC; 2015; CALVO, COLUSSI, MICLOS; 2015.

Legendas: PP = Promoção e Prevenção; DT = Diagnóstico e Tratamento; SIM = Sistema de Informação Sobre Mortalidade; SIA = Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde; sistema de informações hospitalares; SI-PNI = Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações; SINASC = Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; SIAB= Sistema de Informação da Atenção Básica; SISVAN= Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Os municípios em 2015 foram estratificados por portes, sendo divididos em:

- municípios com menos de 10.000 habitantes;
- municípios entre 10.000 e 25.000 habitantes;
- municípios entre 25.000 e 50.000 habitantes, de 50 a 100 mil;
- municípios com mais de 100.000 habitantes.

O resultado desta avaliação conferiu aos municípios melhor classificados no escore geral de cada estrato populacional, uma premiação de incentivo e valorização dada pela SES-SC / Gerência de Coordenação da Atenção básica e Telessaúde SC, de um computador e um kit multimídia - composto por webcam, microfone e fone de ouvido.

Este modelo tem como referencial teórico os princípios e diretrizes do SUS, e sua relevância consta não apenas pela participação das partes interessadas, como secretários de saúde, na construção do modelo, mas também de projetos paralelos

que buscaram desenvolver a capacidade dos gestores e técnicos na utilização do método avaliativo como forma de melhorar a gestão. Nickel et al (2014) enfatizam a dificuldade de implementar uma cultura de avaliação no SUS, principalmente pela instabilidade da gerência que se altera com grande frequência no sistema, como a falta de entendimento acerca da finalidade desta prática. O modelo NEPAS porém, foi capaz de contornar algumas dessas dificuldades através da inclusão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das Gerências Regionais no processo avaliativo. Além disso, o processo de premiação aos municípios de melhor desempenho estimulou a participação e o envolvimento. Soma-se este fato a divulgação dos dados em *websites* e entre gestores, permitindo uma melhor articulação acerca do processo avaliativo.

A partir de 2015 houve mudanças, por exemplo, os dados primários não foram coletados, e a avaliação utilizou os dados secundários, advindos de sistemas de informação. Paim (2006) enfatiza que apesar desse tipo de dado conter problemas, como o viés de informação), uma série de benefícios facilitam o processo avaliativo, tais como o baixo custo em seu levantamento e a grande abrangência que estes dados podem alcançar a nível territorial.

Os resultados de todas as avaliações podem ser encontrados no site da SES/SC ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)) seguindo o caminho nas abas: Serviços - Gestores da Saúde - Atenção Primária a Saúde - Avaliação da Gestão Municipal da Atenção Básica.

Além do trabalho realizado em conjunto com a SES/SC, uma série de trabalhos acadêmicos foram produzidos por alunos do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva na linha de avaliação em saúde, em seu processo de conclusão de curso, tendo o modelo NEPAS como parte do estudo. Entre eles, destacam-se o trabalho de Scaratti (2007, p. 5) que teve como objetivo “construir um modelo matemático que permitisse avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde e gerar subsídios para o seu aperfeiçoamento”; Colussi (2010) que utilizou este modelo para dar enfoque à avaliação da Saúde Bucal; e Nickel (2013) que buscou analisar e descrever o uso da avaliação pela SES/SC. O modelo ainda foi replicado para todos os municípios brasileiros em trabalho realizado por Miclos, Calvo e Colussi (2015).

Para contribuir com a área e melhor compreender como estão ocorrendo as avaliações em saúde acerca da atenção básica no Brasil foi realizado um artigo de revisão de literatura intitulado “Revisão de Literatura sobre os objetos de estudo e metodologias das avaliações da atenção básica no Brasil”. Essa pesquisa consiste

em uma revisão de literatura sistêmica (CLARKE, HORTON; 2001) que utilizou como descritores “avaliação” e “atenção primária a saúde” em múltiplas bases de dados, buscando artigos publicados no período entre 2014 e 2018 que avaliaram a atenção básica brasileira. Este artigo será apresentado como parte dos resultados dessa dissertação e espera contribuir com a discussão sobre as avaliações em atenção básica no Brasil. Deve-se enfatizar, porém que o principal objetivo do trabalho é realizar a avaliação dos municípios catarinenses, como descrito na Metodologia.

### **3 METODOLOGIA**

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS et al., 2011) de caráter quantitativo (CRESWELL, 2007). A avaliação tem como objeto a qualidade do provimento da gestão da atenção básica dos municípios de Santa Catarina, no triênio de 2016-2018.

O modelo avaliativo utilizado foi criado em parceria da SES/SC e com o NEPAS/UFSC. Tendo em vista que este modelo de avaliação possui duas dimensões, deve-se destacar que este trabalho enfoca a dimensão “Provimento da Atenção Básica”. Esta dimensão é avaliada pelos critérios de efetividade, eficácia e relevância, e organizada em duas subdimensões: (1) Promoção e prevenção, e (2) Diagnóstico e tratamento, subdivididas pelos ciclos de vida da criança, do adolescente, do adulto e do idoso.

Como expresso no modelo teórico-lógico (Figura 2), a gestão da atenção básica está subordinada aos “Determinantes Sociais”, às diversas “Políticas Públicas” que interferem no processo saúde-doença, aos “Princípios e Diretrizes” do SUS, e à “Política de Atenção Básica”. Enquanto as “Ações de Provimento” da atenção básica englobam os processos de “Promoção e Prevenção” e “Diagnóstico e Tratamento” objetivando a redução de riscos à saúde da população. Os “Pilares Organizacionais” visam garantir o melhor acesso da população ao sistema, configurando um sistema de saúde com qualidade.

Figura 2. Modelo teórico-lógico da gestão da atenção básica.



Fonte: NEPAS/UFSC, 2019.

A matriz avaliativa do Modelo NEPAS utilizada neste trabalho está apresentada no Quadro 1. Os indicadores, justificativas e medidas utilizados neste trabalho foram os mesmos utilizados na avaliação mais recente realizada pela SES/SC, em 2015, e estão melhor descritos no Anexo A e B.

Os dados para a avaliação foram coletados em sistemas de informação (Quadro 1) prioritariamente, em bases de dados secundários sobre atenção básica disponíveis *online* por órgãos governamentais ou instituições de pesquisa.

Após coletados, os dados foram organizados em planilha eletrônica, pelo programa *Excel*, e analisados de forma descritiva, conforme o cálculo do indicador.

Para a análise dos dados os indicadores foram considerados todos com o mesmo peso e convertidos através do método de progressão linear, separados por porte populacional, sendo transcritos em uma escala de 0-1, sendo “0” o pior resultado possível, e “1” o melhor resultado possível. Foram ainda considerados que os outliers superiores ao valor máximo encontrados na análise de cada indicador teriam sua pontuação equiparada ao município melhor qualificado, ocorrendo o oposto nos municípios com outliers inferiores ao valor mínimo. Estes indicadores foram somados

em cada subdimensão e ciclo de vida. Posteriormente foram agregados todos os valores dos indicadores obtendo o valor máximo de 24 pontos por município. Para emissão de juízo de valor, em cada um dos aspectos analisados, considerou-se o quartil da escala linear:

- resultado abaixo de 25% foi ajuizado como “ruim”;
- resultado maior ou igual a 25% e menor que 50% foi ajuizado como “regular”;
- resultado maior ou igual a 50% e menor que 75% foi ajuizado como “bom”;
- resultado maior ou igual a 75% foi ajuizado como “ótimo”.

Diante da heterogeneidade dos municípios catarinenses, estes foram estratificados em porte populacional seguindo a lógica de quantidade de pessoas cobertas por equipes de Saúde da Família - 3500 pessoas por equipe conforme orientações do Ministério da Saúde, buscando equilíbrio entre o número de municípios distribuídos em cada porte. Sendo assim, o primeiro porte foi relacionado a 2 equipes de saúde da família, resultando nos municípios com população entre 0 a 7 mil habitantes, o segundo porte é relacionado a municípios com 3 a 6 equipes de saúde da família, resultando nos municípios com população entre 7 mil a 21 mil habitantes, o terceiro porte é relacionado a municípios com 7 a 16 equipes de saúde da família, englobando municípios com população entre 21 mil a 63 mil habitantes, e o quarto porte referente a município com 17 ou mais equipes de saúde da família, englobando os municípios com população acima de 63 mil habitantes.

Foram ainda observados os resultados dos municípios por macrorregiões de saúde através do mapa do estado, além de ocorrer uma classificação do escore final dos municípios por porte (APÊNDICE A, APÊNDICE B, APÊNDICE C, APÊNDICE D).

O presente estudo utiliza dados secundários e por isso está dispensado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## 4 ARTIGO 1

### Revisão de literatura sobre os objetos de estudo e metodologias das avaliações da atenção básica no Brasil nos anos de 2014 a 2018

Andrei Mendes Moreira<sup>1</sup>

Daniela Alba Nickel<sup>2</sup>

**Resumo:** A avaliação em saúde busca emitir juízo de valor sobre determinada intervenção, por meio de parâmetros cientificamente e socialmente aceitos sobre a realidade estudada. No Brasil, houve crescente incentivo a esta prática com programas governamentais e ampliação do número de grupos de pesquisa em avaliação. Este artigo buscou revisar a literatura sobre avaliação da atenção básica brasileira, no período de 2014 a 2018, com foco na metodologia e objeto de estudo dessas avaliações. Foi observada pouca diversificação metodológica nos artigos analisados, sendo que os estudos, em sua maioria, apresentam o mesmo percurso metodológico: quantitativo, com delineamento transversal, utilizando instrumentos validados para avaliação. A utilização de dados secundários e primários coincide, respectivamente, com a maior e menor amplitude das pesquisas reportadas nos artigos. Os artigos apresentaram-se em grande maioria avaliando atributos da atenção básica, por hora associados a enfermidades específicas, por outra a grupos etários ou sexualidade/gênero.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde. Atenção Primária a Saúde.

**Abstract:** Health evaluation is a practice that seeks to make value judgments about a given intervention, through scientifically and socially accepted parameters on the studied reality. In Brazil, there has been a growing incentive to this practice through government programs and expansion of the number of research groups under evaluation. This article sought to review the literature on Brazilian primary health care evaluation, from 2014 to 2018, focusing on the methodology and object of study of these assessments. Little methodological diversification was observed in the articles analyzed, and it was observed that most studies have the same methodological path, being quantitative, with a cross-sectional design, using validated instruments for evaluation. The use of secondary and primary data coincides, respectively, with the greater and lesser breadth of research reported in the articles. The majority of articles were presented evaluating attributes of primary care, hourly associated with specific diseases, on the other hand with age groups or sexuality / gender.

**Key-words:** health evaluation, primary health care.

## 1 INTRODUÇÃO

Internacionalmente conhecida como base para um modelo de sistema de saúde centrado no usuário-cidadão, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa os serviços relacionados à resolução das questões de saúde mais comuns na população. Porém, não existe unanimidade nesta concepção, a qual está sujeita a interpretações e adaptações referentes ao contexto social, econômico e político em que está inserida. Giovanella (2006) identifica três principais linhas de conceitos referentes à APS. A primeira, como um programa focalizado e seletivo com cesta restrita de serviços; a segunda, como um dos níveis de atenção que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; e a terceira, como uma concepção abrangente sendo a organizadora do sistema de saúde.

No Brasil, a APS é definida como um “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”, realizadas através de uma equipe multiprofissional que atua em um território definido (BRASIL, 2017). O conceito de APS está baseado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), e que tem como escopo organizacional a descentralização.

Com intuito de diferenciar-se de formas mais seletivas de APS, passa-se a adotar no Brasil o termo Atenção Básica (AB). Apesar de surgir sob forte influência da estrutura do SUS e de diversas experiências encontradas em diferentes municípios brasileiros a partir dos anos 70, esta passa a ganhar espaço a partir de 1994, com o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF) e com o impulso da política de descentralização adotada pelo governo federal, oriunda de diversas normas operacionais que ocorreram entre 1991 e 1996. Somente em 2006 é criada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), uma revisão da legislação advinda de um acordo entre as diversas esferas governamentais, e que tinha como objetivo consolidar e qualificar o PSF como política de estado norteadora do SUS (CONILL, 2008).

Com a criação da PNAB, concretiza-se uma política de AB descentralizada, com relevância da atuação das esferas municipais que, devido à grande disparidade econômica e social brasileira, não se instala de forma homogeneizada, principalmente



ao que se refere a sua qualidade. A fim de avaliar a qualidade das ações prestadas na atenção básica, a esfera federal vem estimulando, inclusive financeiramente, o desenvolvimento de políticas avaliativas (CONILL, 2008; GOMES, BARBOSA, FERLA, 2016)

A avaliação em saúde é uma prática que busca emitir juízo de valor sobre determinada intervenção, através de parâmetros cientificamente e socialmente aceitos sobre a realidade estudada, que devem servir como uma forma de auxiliar a tomada de decisões dos agentes públicos (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000, p. 44).

Apesar do crescente estímulo governamental para o uso da avaliação, Ibañez et al. (2006) enfatizavam “a falta de uma visão crítica dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da Atenção Básica”. Somando-se esta questão à complexidade da AB no Brasil, devido a sua variedade de cesta de serviços, pluralidade de programas, peculiaridades locais e constantes mudanças políticas, depara-se com uma maior necessidade de compreender como tem ocorrido as pesquisas avaliativas na área da saúde em âmbito nacional. Para tal, este artigo busca realizar uma revisão de literatura acerca das avaliações em saúde na atenção básica realizadas no Brasil entre os anos de 2014 a 2018 contribuindo para construção de novas ideias de estudos avaliativos, objetivando compreender o que é estudado nas avaliações e como.

## **2 METODOLOGIA**

A pesquisa consiste em uma revisão de literatura sistemática (CLARKE, HORTON; 2001). A revisão da literatura utilizou os descritores “Avaliação” e “Atenção Primária à Saúde”, sempre utilizando o operador “AND” entre os dois descritores, nas bases de dados PubMed, Scielo, Springer e ScienceDirect, no período de 2014 a 2018 levando em consideração apenas artigos que abordavam a atenção básica brasileira, em língua portuguesa, espanhola e inglesa. A busca ocorreu no mês de janeiro de 2019.

Inicialmente, a seleção ocorreu pela leitura do título, posteriormente fez-se a leitura do resumo, palavras-chaves e metodologia para identificar os artigos que indicavam ser de avaliação. Foram excluídos os artigos de revisão bibliográfica e de meta-avaliação. Finalmente, foram considerados apenas os artigos que expressavam

juízo de valor a partir de parâmetros preestabelecidos, sendo excluídos aqueles que realizaram uma análise descritiva e se intitulavam como avaliação. Nos artigos selecionados foram identificados o título, nome dos autores, ano de publicação e revista de publicação.

Os artigos selecionados ainda foram divididos em categorias segundo o objeto de avaliação, são elas: 1) características da atenção básica não específicas a agravos ou população; 2) atenção básica, com especificidade para riscos ou agravos; 3) atenção básica com especificidade para populações (faixa etária, gênero, gravidez); 4) implantação de programas na atenção básica; 5) estrutura física de unidades básicas de saúde; 6) equipe de saúde bucal.

Quanto a amplitude das pesquisas nos artigos selecionados, foram classificados em: 1) de âmbito municipal: quando apenas um município foi avaliado; 2) de âmbito estadual: quando o estado foi avaliado ou quando mais de um município no mesmo estado foram avaliados; 3) de âmbito federal, quando todos os municípios do país, ou dois ou mais municípios em diferentes estados foram avaliados.

Também foram classificados quanto ao delineamento (transversal, longitudinal), quanto a metodologia (quantitativos, qualitativos e misto), fonte de coleta de dados (primária ou secundária), e uso de instrumento avaliativo validado.

### **3 RESULTADOS**

Retornaram na busca aproximadamente 9000 artigos, sendo 250 selecionados por título para a próxima etapa de revisão, por apresentarem a possibilidade de serem artigos de avaliação na atenção básica. Destes 250, 136 foram excluídos após leitura do resumo e metodologia, por não se apresentarem como artigos de avaliação da atenção básica e 24 estavam duplicados. Para análise final na leitura do texto completo restaram 90 artigos. Destes, 40 foram excluídos após leitura do texto porque tratavam de pesquisas descritivas que não expressavam juízo de valor, apesar de expressarem o termo avaliação em seu título, e/ou método, e/ou palavras-chaves. Dessa forma foram identificados um total de 50 artigos que possuíam as características requeridas nessa revisão. A maioria nos estudos (n=17) foram publicados em 2017 e a revista com maior frequência de artigos selecionados foi “Ciência em Debate” (n=14).

Em relação ao objeto analisado (Quadro 1), podemos observar que 18 artigos estão classificados na categoria 1) características da atenção básica não específicas a agravos ou população; como os artigos “A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais (KESSLER et al, 2018)” ou “Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários (GONTIJO, 2017)”; 12 artigos pertencentes a categoria 2) atenção básica, com especificidade para riscos ou agravos, como o artigo “Adesão de portadores de hipertensão na Estratégia Saúde da Família do Brasil (RÊGO; RADOVANOVIC, 2018)” ou “Hanseníase e atenção primária: um estudo avaliativo sob a ótica do médico (SOUZA, SILVA, XAVIER; 2018)”; 9 artigos na categoria 3) atenção básica com especificidade para populações (faixa etária, gênero, gravidez), tal como o artigo “Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança (DINIZ et al, 2016)” ou “Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança (SANTOS et al, 2016)”; 6 artigos foram classificados na categoria 4) implantação de programas na atenção básica como o artigo “Programa de Controle da Esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil (COSTA et al, 2017)”; 3 artigos na categoria 5) estrutura física de unidades básicas de saúde, como o artigo “Avaliação da qualidade de conservação de vacinas na atenção primária à saúde (OLIVEIRA et al, 2014)”; e 2 na categoria 6) equipe de saúde bucal como o artigo “Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil (SILVEIRA FILHO et al, 2016)”.

Quadro 1: Categorias dos objetos de avaliação, artigos e uso de instrumentos validados. Brasil, 2014-2018

Categorias	Artigos	Uso de instrumentos validados
1) Características da atenção básica não específicas a agravos ou população (n=18)	Souza et al (2018) <sup>1</sup> ; Kessler et al (2018) <sup>7</sup> ; Gontijo (2017) <sup>13</sup> ; Vieira, Gazzinelli (2017) <sup>15</sup> ; Lins, Soares, Coelho (2016) <sup>23</sup> ; Fontana, Lacerda, Machado (2016) <sup>25</sup> ; Miclos et al (2016) <sup>27</sup> ; Silva e Fracolli (2014) <sup>32</sup> ; Castanheira (2014) <sup>33</sup> ; Silva et al (2014) <sup>34</sup> ; Cesar et al (2014) <sup>36</sup> ; Carneiro et al (2014) <sup>37</sup> ; Alencar et al (2014) <sup>42</sup> ; Vidal et al (2018) <sup>44</sup> ; Turci, Costa, Macinko (2015) <sup>45</sup> ; Miclos, Calvo, Colussi (2017) <sup>47</sup> ; Santos et al (2015) <sup>49</sup> ; Lopes et al (2017) <sup>50</sup> .	PCATOOL: Souza et al (2018) <sup>1</sup> ; Kessler et al (2018) <sup>7</sup> ; Gontijo (2017) <sup>13</sup> ; Coelho (2016) <sup>23</sup> ; Silva e Fracolli (2014) <sup>32</sup> ; Silva et al (2014) <sup>34</sup> ; Cesar et al (2014) <sup>36</sup> ; Carneiro et al (2014) <sup>37</sup> ; Alencar et al (2014) <sup>42</sup> ; Vidal et al (2018) <sup>43</sup> ; Turci, Costa, Macinko (2015) <sup>45</sup> NEPAS: Miclos et al (2016) <sup>27</sup> QUALIS-AB: Castanheira (2014) <sup>33</sup>

2) Atenção básica, com especificidade para riscos ou agravos (n=13)	Antunes, Padoin, Paula (2018) <sup>2</sup> ; Rêgo e Radovanovic (2018) <sup>4</sup> ; Souza, Silva, Xavier (2018) <sup>6</sup> ; Shuhama (2017) <sup>9</sup> ; Wolkers et al (2017) <sup>11</sup> ; Wysocki et al (2017) <sup>16</sup> ; Reis et al (2017) <sup>19</sup> ; Araujo et al (2015) <sup>29</sup> ; Radigonda, Souza, Cordoni Junior (2015) <sup>30</sup> ; Silva et al (2014) <sup>31</sup> ; Tavares et al (2014) <sup>39</sup> ; Silva-Sobrinho et al (2017) <sup>46</sup> ;	PCATool: Antunes, Padoin, Paula (2018) <sup>2</sup> ; Wolkers et al (2017) <sup>11</sup> ; Araujo et al (2015) <sup>29</sup>
3) Atenção básica com especificidade para populações (faixa etária, gênero, gravidez) (n=9)	Guimarães et al (2018) <sup>3</sup> ; Pedraza e Santos (2018) <sup>5</sup> ; Silva et al (2018) <sup>8</sup> ; Diniz et al (2016) <sup>21</sup> ; Santos et al (2016) <sup>24</sup> ; Silva e Fracolli (2016) <sup>26</sup> ; Paula et al (2016) <sup>28</sup> ; Araujo et al (2014) <sup>35</sup> ; Handell, Cruz, Santos (2014) <sup>41</sup> ;	PCATool: Pedraza e Santos (2018) <sup>5</sup> ; Silva et al (2018) <sup>8</sup> ; Diniz et al (2016) <sup>21</sup> ; Santos et al (2016) <sup>24</sup> ; Silva e Fracolli (2016) <sup>26</sup> ; Paula et al (2016) <sup>28</sup> ; Araujo et al (2014) <sup>35</sup> .
4) Implantação de programas na atenção básica (n=6)	Souza, Vanderlei, Frias (2017) <sup>10</sup> ; Losso, Freitas (2017) <sup>14</sup> ; Rodrigues, Cruz, Tavares (2017) <sup>17</sup> ; Costa et al (2017) <sup>18</sup> ; Andrade et al (2017) <sup>20</sup> ; Costa e Calvo (2014) <sup>40</sup> ;	-
5) Estrutura física de unidades básicas de saúde (n=3)	Siqueira et al (2017) <sup>12</sup> ; Oliveira et al (2014) <sup>38</sup> ; Raglione et al (2016) <sup>48</sup> ;	PAISSV 2.0: Siqueira et al (2017) <sup>12</sup> ; Oliveira et al (2014) <sup>38</sup> ;
6) Equipe de saúde bucal (n=2)	Silveira Filho et al (2016) <sup>22</sup> ; Reis (2017) <sup>44</sup> ;	Ferramenta de avaliação da efetividade de estratégias de PSB: Silveira Filho et al (2016) <sup>22</sup>

Fonte: autor, 2020

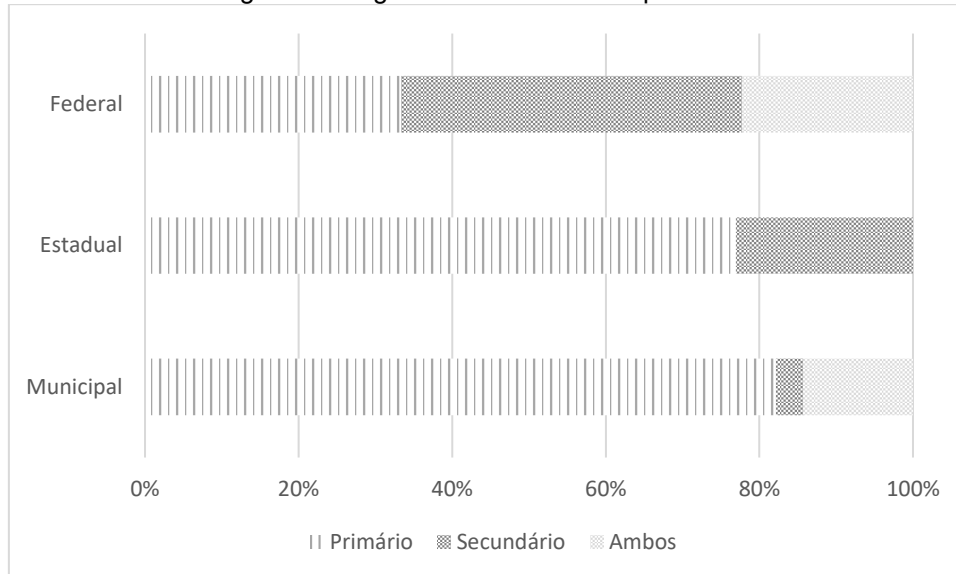
Chama atenção a frequência do uso de instrumentos validados nos artigos selecionados, com destaque para aqueles da categoria 1) Características da atenção básica não específicas a agravos ou população, em que dos 18 artigos, 13 usaram instrumentos validados, como o PCATool (n=11), e da categoria 3) Atenção básica com especificidade para populações (faixa etária, gênero, gravidez), em que dos 9 artigos, 7 utilizaram o PCATool.

Todos os 50 artigos analisados apresentaram abordagem quantitativa, sendo a maioria com delineamento transversal (n=28), 2 se apresentaram como estudo de caso, enquanto outros 20 artigos não apresentaram o tipo de delineamento do trabalho.

Quanto a amplitude da pesquisa, 28 artigos realizaram a avaliação apenas na esfera municipal, 13 artigos analisaram na esfera estadual e 9 artigos analisaram a esfera federal, ou múltiplos municípios e estados brasileiros. Quanto à coleta de dados, 8 artigos utilizaram apenas dados de fontes secundárias, 36 artigos utilizaram apenas fontes primárias, e 6 artigos utilizaram os dois métodos. Observa-se no Gráfico

1 a predominância da utilização de dados secundários em pesquisas com maiores amplitudes.

Gráfico 1: Porcentagem de artigos relacionando a amplitude com a fonte de dados. Brasil, 2014-2018.



Fonte: autor, 2020

Os artigos com dados de fonte primária utilizaram como sujeitos de pesquisa ou informantes-chave os profissionais de saúde, estando estes sujeitos presentes em 24 artigos; os usuários dos serviços de saúde, presentes em 13 artigos e os gestores da saúde, presentes em 4 artigos; outros sujeitos como cuidadores, familiares e acompanhantes dos usuários dos serviços de saúde estiveram presentes em 6 artigos. Observou-se a utilização de mais de um tipo de sujeitos de pesquisa ou informantes-chave em 7 artigos.

#### 4 DISCUSSÃO

A revisão de literatura de artigos sobre avaliação em saúde na atenção básica encontrou 50 artigos sobre o tema. Ao proceder a análise do resumo e texto completo, percebeu-se a diversidade de conceitos que envolvem a avaliação. Optou-se por não incluir na análise desta revisão de literatura os artigos que utilizaram o termo avaliação, porém não apresentavam julgamento de valor e parâmetros. Formigli e Silva (2004) elucidam que este fato é decorrente da própria diversidade terminológica da avaliação, mas também às inadequações e insuficiências metodológicas diante do

incipiente desenvolvimento teórico do campo bem como da ausência de "acordos de grupo" visando uma uniformização conceitual.

A revisão demonstrou baixa variabilidade metodológica, sendo observado que os artigos utilizaram métodos exclusivamente quantitativos, a maioria com abordagem transversal e uso de um mesmo instrumento de avaliação (PCATool). Serapionni (2016, p.66) analisa que o grande desafio da avaliação é "...combinar de forma apropriada, os métodos, as perguntas e as questões empíricas e não defender uma única abordagem metodológica para todos os problemas", ou seja, a pluralidade metodológica é importante para responder diversas perguntas do campo da avaliação, compreender os diferentes objetos avaliados e a perspectiva dos atores envolvidos.

O uso frequente do instrumento validado PCATool nos artigos revisados chama atenção, porém corrobora com outros artigos de revisão acerca da atenção básica (FRACOLLI et al, 2014; D'AVILA et al, 2016; PRATES et al, 2017) que trazem esse instrumento como principal ferramenta, principalmente nas avaliações a partir da década de 2010. Embasado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde a partir da estrutura, processo e resultado, proposto por Donabedian (1966), o PCATool é incentivado pelo próprio Ministério da Saúde para uso nas avaliações da atenção básica (BRASIL, 2010).

Além da baixa variabilidade metodológica, a ausência de pesquisas qualitativas e mistas demonstram dificuldade da área em abranger perguntas "como" e "por que" - aspectos essenciais para avaliação em saúde. Ao analisarmos a complexidade do SUS e as particularidades do território brasileiro, devemos questionar esta lacuna nas pesquisas de avaliação brasileira. Ozawa e Pongpirul (2013) enfatizam a necessidade desse tipo de pesquisa no contexto de países em desenvolvimento, em que a compreensão sócio-econômica e cultural influi na medida de desempenho dos sistemas de saúde.

Por outro lado, Almeida e Giovanella (2008), Campos et al. (2011), Colussi e Calvo (2012) demonstraram a existência de pesquisas de avaliação em saúde com metodologias qualitativa ou mista. Porém estas pesquisas têm caráter puramente descritivo, sem apresentar julgamento de valor ou parâmetros pré-estabelecidos, e são expostas em teses e dissertações. Estes fatos podem explicar a exclusividade de artigos com metodologia quantitativa nesta revisão de literatura.

Quanto à amplitude territorial da pesquisa, a maioria os artigos analisaram a esfera municipal, o que reflete o desafio de realizar pesquisas de avaliação em saúde

no Brasil: um país extenso, com grande diversidade sociocultural e um sistema de saúde descentralizado, onde diferentes realidades territoriais assumem diferentes processos de tomada de decisão e organização de serviços. Apesar dos municípios seguirem as mesmas diretrizes e legislações, cada gestor municipal prioriza determinado aspecto, de acordo com a sua realidade no provimento da atenção básica, produzindo diferentes resultados na saúde da população (MICLOS, CALVO e COLUSSI, 2015).

As pesquisas de maior amplitude estiveram relacionadas, em maior frequência, ao uso de dados secundários. Uma explicação é que os dados provenientes de sistemas de informação em saúde têm como vantagem a cobertura populacional, o baixo custo para a coleta das informações e a facilidade de coleta para estudos transversais (COELI, 2010).

O fato de artigos relacionados a agravos e riscos estarem em menor quantidade nesta revisão, quando comparado aos artigos que avaliaram as características da atenção básica, traz à tona que as avaliações em saúde acompanham a reestruturação do modelo de atenção básica, pautada na Estratégia de Saúde da Família, sem necessariamente abordar a relação determinista de saúde-doença, como no caso de artigos que buscam avaliar os atributos essenciais da atenção básica ou artigos que analisam a percepção do usuário.

## **5 CONCLUSÃO**

Esta revisão conclui que os artigos analisados apresentam preocupação com a complexidade do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que sinalizam uma limitação no campo metodológico, quanto à baixa variedade de métodos utilizados.

A revisão de literatura explicita a necessidade do campo da avaliação em discutir as dificuldades encontradas no dia a dia do pesquisador para se chegar ao uso de métodos mais condizentes com a realidade estudada, principalmente em um sistema tão complexo como SUS. Sugere-se que novos trabalhos acadêmicos aprofundem a falta de pluralidade metodológicas na avaliação, explicitando inclusive a realidade dos pesquisadores na área.

Deve-se enfatizar ainda a importância das instâncias gerenciais, nos diferentes âmbitos federativos, em estimular modelos e pesquisas avaliativas que consigam superar as diversidades do campo da avaliação em saúde, tais como as questões

financeiras, o gerenciamento dos sistemas de informações e a falta de difusão da importância da avaliação para a sociedade, como meio de prestação de contas e de qualificação do SUS.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.
- ANDRADE, Heuler Souza et al. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. **Saúde em Debate [online]**. 2017, v. 41, pp. 242-258. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S18>. Acesso em 26 de mar. de 2019.
- ANTUNES, Bibiana Sales; PADOIN, Stela Maris de Mello; PAULA, Cristiane Cardoso de. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: criança e adolescente vivendo com HIV. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, p. e20170233-e20170233, 2018.
- ARAUJO, Juliane Pagliari et al. Avaliação de atributos para orientação familiar e comunitária na saúde infantil. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, pág. 440-446, outubro de 2014.
- ARAÚJO, Juliana Sousa Soares de et al. Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade. **Saúde em Debate [online]**. 2015, v. 39, n. 105, pp. 411-422. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002009>>. Acesso em 26 de mar. de 2019
- CAMPOS, Rosana Onocko et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.
- CARNEIRO, Maria do Socorro Melo et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate [online]**. 2014, v. 38, pp. 279-295. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>. Acesso em 26 de mar. de 2019.
- CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde em Debate [online]**. 2014, v. 38, n. 103, pp. 679-691. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140063>>. Acesso em 26 de mar. de 2019.
- CESAR, Marcelo de Castro et al. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde em Debate [online]**. 2014, v. 38, pp. 296-306. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S022>. Acesso em 26 de mar. de 2019.

COELI, Cláudia Medina. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cad Saude Colet**, v. 18, n. 3, p. 335-6, 2010.

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

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7-s16, 2008

COSTA, Filipe Ferreira; CALVO, Maria Cristina Marino. Evaluation of the Family Health Strategy implementation in Santa Catarina in 2004 and 2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. 2014, v. 17, n. 02, pp. 557-570. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020020ENG>. Acesso em 26 de mar. de 2019.

COSTA, Cassandra de Sousa et al. Programa de Controle da Esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Saúde em Debate [online]**. 2017, v. 41, pp. 229-241. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S17>. Acesso em 26 de mar. de 2019.

D'AVILA, Otávio Pereira et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 855-865, 2017.

DE SOUSA, Gutembergue; FERREIRA DA SILVA, Rodrigo; BRASIL-XAVIER, Marília. Hanseníase e atenção primária: um estudo avaliativo sob a ótica do médico. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 20, n. 3, p. 359-365, June 2018.

DINIZ, Suênia Gonçalves de Medeiros et al. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 37, n. 4, e57067, 2016.

FONTANA, Karine Cardoso; LACERDA, Josimari Telino de; MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate [online]**. 2016, v. 40, n. 110, pp. 64-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611005>. Acesso em 26 de mar. de 2019.

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

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, p. 951-963, 2006.

GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade–(PMAQ-AB)**. 2016. Disponível em: <

[https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000400052&lang=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400052&lang=pt)>. Acesso em: 23 de ju. de 2020.

GONTIJO, Tarcísio Laerte et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde em Debate [online]**. 2017, v. 41, n. 114, pp. 741-752. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406> Acesso em 26 de mar. de 2019

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00110417, 2018.

HANDELL, Ingrid Botelho Saldanha, Cruz, Marly Marques da e Santos, Marina Atanaka dosAvaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. 2014, v. 23, pp. 101-110. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100010>>. Acesso em 23 mar de 2019.

IBAÑEZ, Nelso; et. al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Cien Saude Colet**, São Paulo, SP, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; SANTOS, Iná Da Silva. Percepção materna do cuidado à saúde da criança na estratégia saúde da família de dois municípios da Paraíba, Brasil. **Gerencia y Políticas de Salud**, v. 17, n. 34, 2018.

KESSLER, Marciane et al. A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1063-1071, May 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301063&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301063&lng=en&nrm=iso). Acesso em 26 de mar. de 2019.

LINS, Tiago Salessi; SOARES, Francisco José Passos; COELHO, Jorge Artur Peçanha de Miranda. Avaliação dos Atributos em Atenção Primária à Saúde no Estágio em Saúde da Família. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro. v. 40, n. 3, p. 355-363, Set. 2016.

LOPES, Fernando Rocha Lucena et al. Reliability of information on people with disabilities gathered by community health workers in highly consanguineous communities of Northeastern Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 317, 2017

LOSSO, Luisa Nuernberg e Freitas, Sérgio Fernando Torres de. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate [online]**. 2017, v. 41, pp. 171-187.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S313>. Acesso em 26 de mar. de 2019

MICLOS, Paula Vitali; CALVO, Maria Cristina Marino; COLUSSI, Claudia Flemming. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 86, 2017

MICLOS, Paula Vitali, Calvo, Maria Cristina Marino e Colussi, Claudia Flemming. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde em Debate [online]**. 2015, v. 39, n. 107, pp. 984-996. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151070386>>. Acesso em 26 de mar. de 2019.

Neves de et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 353-364, Feb. 2014.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de et al . Avaliação da qualidade de conservação de vacinas na atenção Primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 9, p. 3889-3898, Set. 2014.

PAULA, Fabiana Angélica de et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde em Debate [online]**. 2015, v. 39, n. 106, pp. 802-814. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030020>>. Acesso em 26 de mar. de 2019.

PRATES, Mariana Louzada et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1881-1893, 2017.

RADIGONDA, Bárbara; SOUZA, Regina Kazue Tanno de; CORDONI, Luiz. Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. **Saúde em Debate [online]**. 2015, v. 39, pp. 423-431. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002010>>. Acesso em 26 de mar 2019.

RAGLIONE, Dante et al. Evaluation of the cold chain for vaccine conservation in primary healthcare centers in the South and Midwest regions of São Paulo city, Brazil, in 2011-2012. **Epidemiologia e serviços de saude: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 25, n. 1, p. 65, 2016.

REGO, Anderson da Silva; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. Adesão do hipertenso à Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, n. 3, pág. 1030-1037, maio de 2018.

REIS, Simone Pieren dos et al. Aspectos geográficos e organizacionais dos serviços de atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 141-148, 2017.

REIS, Clarice Magalhães Rodrigues dos et al. Primary dental care evaluation in Brazil: an item response theory approach. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 77, n. 4, p. 317-324, 2017.

RODRIGUES, Patrícia Silveira, Cruz, Mariana Sodário e Tavares, Noemia Urruth Leão. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde em Debate [online]**. 2017, v. 41, pp. 192-208. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S15>. Acesso em 26 de mar. de 2019.

SANTOS, Alaneir de Fátima dos et al. Institutional and matrix support and its relationship with primary healthcare. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 54, 2015.

SERAPIONI, Mauro. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Sociologia**, v. 31, p. 59-80, 2016.

SHUHAMA, Bruna Viana et al. Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03275, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100475&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100475&lng=en&nrm=iso). Acesso em 26 de mar. de 2019.

SANTOS, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito et al. Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 610-617, Dec. 2016

SILVA, Carla Silvana de Oliveira e et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, Nov. 2014.

SILVA, Daiane Medeiros da et al. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1044-1053, dez. 2014.

SILVA, Simone Albino da; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde em Debate [online]**. 2014, v. 38, n. 103, pp. 692-705. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140064>. Acesso em 26 de mar. de 2019.

SILVA, Simone Albino da; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 54-61, Feb. 2016.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de saúde pública**, v. 10, p. 80-91, 1994. **oletiva**, v. 22, p. 1881-1893, 2017.

SILVA-SOBRINHO, Reinaldo Antonio et al. Assessment of primary health care in the treatment of tuberculosis in a Brazilian locality of the international triple frontier. **The Open Nursing Journal**, v. 11, p. 124, 2017.

SILVA, Abiúde Nadabe e et al. Avaliação da atenção primária na perspectiva da população masculina. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 2, pág. 236-243, abril de 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200236&lng=en&nrm=iso)

[71672018000200236&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200236&lng=en&nrm=iso). Acesso em 26 de mar. de 2019.

SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy et al. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 19, n. 4, p. 851-865, Dec. 2016.

SOUZA, Monique Feitosa de; VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; FRIAS, Paulo Germano de. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 26, p. 817-834, 2017.

SOUZA, Lucia Aparecida de et al. Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100424&lang=pt)

[14472018000100424&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100424&lang=pt) Acesso em: Acesso em 26 de mar. de 2019.

SIQUEIRA, Leila das Graças et al. Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 557-568, 2017.

TAVARES, Venâncio de Sant'Ana et al. Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 527-536, 2014

TURCI, Maria Aparecida; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James. The influence of structural and organizational factors on the performance of primary health care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, according to nurses and managers. **Cadernos de saude publica**, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015.

VIDAL, Tiago Barra et al. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017504, 2018.

VIEIRA, Ed Wilson; GAZZINELLI, Andréa. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. **Saude soc.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 448-461, Jun. 2017.

WYSOCKI, Anneliese Domingues et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 161-175, Mar. 2017.

WOLKERS, Paula Carolina Bejo et al. Atenção primária à criança com diabetes mellitus tipo 1: perspectiva de cuidadores. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 5, p. 451-457, Out. 2017.

## 5 ARTIGO 2

### Avaliação do provimento da atenção básica nos municípios catarinenses no triênio 2016-2018

Andrei Mendes Moreira<sup>1</sup>

Daniela Alba Nickel<sup>2</sup>

**Resumo:** A atenção básica deve ser ofertada de maneira a atender uma série de ações e serviços necessitados pela população, sendo o gestor municipal o principal responsável pelo seu provimento. Este artigo teve por objetivo avaliar gestão do provimento da atenção básica dos municípios catarinenses no triênio 2016-2018. Para isto foi realizada uma pesquisa avaliativa, de caráter <sup>1</sup>quantitativo, com dados secundários, baseada no modelo de avaliação do Núcleo de Extensão de Pesquisa e Avaliação em Saúde da UFSC (NEPAS) que consta de 24 indicadores sobre o provimento da Atenção Básica. Os resultados foram analisados a partir das dimensões e ciclos de vidas, segundo o porte populacional e as macrorregiões de saúde do estado. Os resultados demonstraram que a dimensão “Promoção e Prevenção” teve melhor desempenho que “Diagnóstico e Tratamento”, o ciclo de vida do “Adulto” apresentou melhor resultado em contraponto ao ciclo de vida do “Adolescente” com resultado insatisfatório. Quanto ao porte foi observado que o “Porte 2” apresentou a maioria dos municípios com melhor desempenho em relação aos demais. A macrorregião de saúde do Alto Vale do Itajaí apresentou melhor desempenho enquanto Serra Catarinense e Meio Oeste apresentaram maior número de municípios com resultado insatisfatório.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde. Atenção Primária a Saúde. Atenção Primária. Avaliação da Atenção Primária a saúde.

**Abstract:** Primary care must be offered in order to meet a series of actions and services needed by the population, with the municipal manager being primarily responsible for providing it. This article aimed to evaluate the provision of primary care management in the municipalities of Santa Catarina in the 2016-2018 triennium. For this, an evaluative research was carried out, of quantitative character, with secondary data, based on the evaluation model of the Center for Extension of Research and Evaluation in Health of UFSC (NEPAS) that consists of 24 indicators on the provision of Primary Care. The results were analyzed from the dimensions and life cycles, according to the population size and the health macro-regions of the state. The results showed that the dimension “Promotion and Prevention” performed better than “Diagnosis and Treatment”, the “Adult” life cycle showed a better result in contrast to

---

<sup>1</sup> Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, UFSC, Campus Trindade. E-mail: [andreimoreira@hotmail.com](mailto:andreimoreira@hotmail.com). Telefone: (48) 996949028

<sup>2</sup> Professora da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutora em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, UFSC, Campus Trindade, e-mail: [danielanspb@gmail.com](mailto:danielanspb@gmail.com).



the “Adolescent” life cycle with an unsatisfactory result. As for size, it was observed that “Porte 2” presented the majority of municipalities with better performance in relation to the others. The Alto Vale do Itajaí health macro-region showed the best performance while Serra Catarinense and the Midwest had the highest number of municipalities with unsatisfactory results.

**Key-words:** Health Evaluation. Primary Health Care Evaluation. Provision of Primary Health Care.

## 1 INTRODUÇÃO

Como eixo orientador para uma mudança em nível estratégico do SUS, a atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família, se apresenta como possibilidade de mudança do modelo hospitalocêntrico para um modelo com enfoque ao cuidado longitudinal e próximo da população. Este tipo de atenção se caracteriza por uma gama de oferta de serviços básicos correspondentes a serviços ambulatoriais, geralmente não especializados, servindo como primeiro contato do sistema com a população e organizando o sistema de saúde (ROSA; LABATE, 2005; GIOVANELLA, 2006).

A atenção básica parte da lógica da promoção e prevenção em saúde, tendo como centralidade um determinado território de abrangência onde as equipes de saúde atuam. A gestão necessita ocorrer da forma mais descentralizada possível, sendo o gestor municipal o principal responsável pela execução direta dos recursos e serviços, devendo assim, prover as necessidades básicas dos territórios englobados no município. Os gestores estaduais e federais têm importante papel para a equânime distribuição financeira em seus territórios, definindo políticas públicas de níveis estaduais e nacionais, e prestando apoio institucional aos municípios (BRASIL, 2017).

A Lei Orgânica de Saúde preconiza que para um correto planejamento e gestão do sistema de saúde, são necessários processos de avaliação e monitoramento, auxiliando os gestores e técnicos para a tomada de decisão qualificada, a partir do conhecimento das questões críticas do sistema de saúde. No caso da atenção básica, esse processo é estratégico para identificar as fragilidades que limitam a sua organização e operacionalização em direção à resolubilidade do serviço de saúde (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2015).

Servindo como um processo crítico-reflexivo em relação ao *modus operandi* dos serviços de saúde, a avaliação em saúde é considerada como uma prática que

expõe um julgamento de valor sobre determinada realidade ou fenômeno. Tem função de auxiliar a tomada de decisões acerca de políticas públicas que compreende os sistemas de saúde (CONTANDRIOPOULOS; 1997).

Desde 2001 o governo brasileiro vem incentivando a institucionalização do processo de avaliação na atenção básica, com intuito de modernizar a capacidade de gestão nos serviços de saúde, culminado na Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica e no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (SOUSA, 2018).

O modelo avaliativo adotado pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) é um caso exemplar no processo de institucionalização da avaliação (NICKEL et al, 2014a). A construção do modelo ocorreu numa parceria entre a SES-SC e o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (NEPAS/UFSC), sendo aplicado de forma contínua entre os anos de 2008 a 2015 (NICKEL et al, 2014a).

O modelo NEPAS/UFSC serviu como avaliação a ser utilizada por gestores de saúde, identificando os pontos críticos da atenção básica nos municípios catarinenses, de forma que os resultados encontrados fossem compreensíveis tanto para os gestores e técnicos em saúde, como para a sociedade. Para isso foram acordados indicadores e parâmetros, em duas dimensões: 1) a dimensão gestão do sistema municipal de saúde “que reflete a capacidade do gestor de promover o acesso aos serviços de atenção básica”; 2) a dimensão provimento da atenção básica “que corresponde à garantia da assistência à saúde conforme os princípios de universalidade e integralidade” (NICKEL et al, 2014b). A partir de 2015, a SES/SC passou a utilizar apenas a dimensão provimento da atenção básica, valendo-se do uso exclusivo de dados secundários coletados em sistemas de informação para facilitar sua aplicabilidade (SANTA CATARINA, 2015). Entre 2016 e 2020 a SES/SC não realizou esta avaliação.

Considerando a importância de avaliar a atenção básica e a disponibilidade de uma matriz avaliativa robusta e validada, este artigo tem como objetivo avaliar o provimento da atenção básica nos municípios catarinenses, no triênio 2016-2018.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa, utilizando a matriz avaliativa SES-SC/ NEPAS-UFSC. O período avaliado foi o triênio 2016-2018 nos municípios catarinenses com relação à dimensão do Provimento da Atenção Básica. Dois municípios foram excluídos por falta de dados, resultando num total de 293 municípios analisados.

A dimensão Provimento da Atenção Básica tem duas subdimensões: 1) Promoção e Prevenção e 2) Diagnóstico e Tratamento. Cada uma delas com indicadores referentes aos ciclos de vida da criança, adolescente, adulto e idoso.

Os critérios de qualidade utilizados na matriz são: Eficácia (capacidade administrativa para alcançar metas); Efetividade (capacidade administrativa de satisfazer as demandas da sociedade) e Relevância (critério cultural que mede o desempenho administrativo em termos de importância, significação, pertinência e valor) (DAVOK, 2007).

A matriz apresenta 3 indicadores, um para cada critério, em cada ciclo de vida, nas subdimensões “Promoção e Prevenção” e “Diagnóstico e Tratamento”, resultando em 24 indicadores (Quadro 1). Os indicadores, justificativas e medidas utilizados neste trabalho foram os mesmos utilizados na avaliação mais recente realizada pela SES/SC, em 2015, e podem ser melhor analisadas no site da SES/SC: <https://www.saude.sc.gov.br>.

Quadro 1. Matriz de indicadores do provimento da atenção básica, segundo ciclo de vida, subdimensão e critério.

	Critério	Indicador (medidas)	Fonte	
Criança	PP	Relevância	Taxa de sobrevivência infantil	SIM/IBGE
		Efetividade	Cobertura Vacinal com a vacina Pentavalente em crianças menores de um ano de idade	SISAPS
		Eficácia	Nascidos Vivos com Idade Gestacional >= 37 semanas	SINASC
	DT	Relevância	Taxa de não-internação hospitalar de crianças < 5 anos	SIH/IBGE
		Efetividade	Taxa de consultas de < de 10 anos	SIM/IBGE
		Eficácia	Taxa de não Internação em crianças < 5 anos por doenças sensíveis à atenção básica	SIA/IBGE
Adolescente	PP	Relevância	Taxa de não-mortalidade de adolescentes por causas externas	SIM/IBGE
		Efetividade	Taxa de adolescentes não grávidas	SINASC/IBGE

	Eficácia	Percentual de gestantes adolescentes com 7 ou mais consultas de pré-natal	SINASC/IBGE	
DT	Relevância	Taxa de adolescentes acompanhados pelo SISVAN	SISVAN/IBGE	
	Efetividade	Taxa de consultas de adolescentes na atenção básica	SIAB/IBGE	
	Eficácia	Taxa de primeira consulta odontológica programática para adolescentes	SIA/IBGE	
	Critério	Indicador (medidas)	Fonte	
Adulto	PP	Relevância	Sobrevivência Materna em mulheres de 20 a 49 anos	SIM/SINASC
		Efetividade	Existência de serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras	SINAN
		Eficácia	Acompanhamento pré-natal das gestantes adultas	SINASC
	DT	Relevância	Taxa de não internação de adultos por doenças sensíveis por doenças sensíveis à atenção básica	SIH/IBGE
		Efetividade	Taxa de não internação por AVC ou ICC	SIH/IBGE
		Eficácia	Proporção de parto normal	SINASC
Idoso	PP	Relevância	Cobertura vacinal contra Influenza em idosos	SI-PNI/IBGE
		Efetividade	Presença de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município	CNES
		Eficácia	Taxa de idosos não internados por fratura de colo do fêmur	SIH/IBGE
	DT	Relevância	Taxa de idosos não internados por doenças sensíveis à atenção básica	SIH/IBGE
		Efetividade	Taxa de consultas médicas na atenção básica para pessoas acima de 60 anos	SIAB/IBGE
		Eficácia	Oferta de prótese dentária	SAI

Fonte: SES-SC; 2015; CALVO, COLUSSI, MICLOS; 2015.

Legendas: PP = Promoção e Prevenção; DT = Diagnóstico e Tratamento; SIM = Sistema de Informação Sobre Mortalidade; SIA = Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde; sistema de informações hospitalares; SI-PNI = Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações; SINASC = Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; SIAB= Sistema de Informação da Atenção Básica; SISVAN= Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Os 293 municípios catarinenses analisados foram divididos em 4 portes populacionais definidos conforme a quantidade de pessoas cobertas por equipes de saúde da família - 3500 pessoas por equipe, conforme orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Sendo assim, o primeiro porte foi relacionado a 2 equipes de saúde da família, resultando nos municípios com população entre 0 a 7 mil habitantes, o segundo porte é relacionado a municípios com 3 a 6 equipes de saúde da família, resultando nos municípios com população entre 7 mil a 21 mil habitantes, o terceiro

porte é relacionado a municípios com 7 a 16 equipes de saúde da família, englobando municípios com população entre 21 mil a 63 mil habitantes, e o quarto porte referente aos municípios com 17 ou mais equipes de saúde da família, englobando aqueles com população acima de 63 mil habitantes.

Os dados foram coletados nos sistemas de informações, no DATASUS e em sites governamentais, sendo organizados em planilhas eletrônicas, através do programa *Excel*, possibilitando o cálculo dos indicadores (Quadro 1).

Para a análise dos dados os indicadores foram considerados todos com o mesmo peso e convertidos através do método de progressão linear, separados por porte populacional, sendo transcritos em uma escala de 0-1, sendo “0” o pior resultado possível, e “1” o melhor resultado possível. Foram ainda considerados que os outliers superiores ao valor máximo encontrados na análise de cada indicador teriam sua pontuação equiparada ao município melhor qualificado, ocorrendo o oposto nos municípios com outliers inferiores ao valor mínimo. Estes indicadores foram somados em cada subdimensão e ciclo de vida. Posteriormente foram agregados todos os valores dos indicadores obtendo o valor máximo de 24 pontos por município.

Para emissão de juízo de valor foi considerado o quartil da escala linear onde os resultados abaixo de 25% da escala foram ajuizados como “ruim”, maior ou igual a 25% e menor que 50% foram ajuizados como “regular”, maior ou igual a 50% e menor que 75% ajuizados como “bom”, e maior ou igual a 75% ajuizados como “ótimo”.

Foram ainda observados os resultados dos municípios por macrorregiões de saúde através do mapa do estado, além de ocorrer uma classificação do escore final dos municípios por porte (APÊNDICE A, APÊNDICE B, APÊNDICE C, APÊNDICE D).

O presente estudo utiliza dados secundários e está dispensado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

### **3 RESULTADOS**

A distribuição dos municípios avaliados de acordo com o juízo de valor emitido nos ciclos de vida e segundo o porte populacional está apresentada na Tabela 1 e no Gráfico 1. A Tabela 1 apresenta os resultados encontrados nas subdimensões “Diagnóstico e Tratamento” e “Promoção e Prevenção”, possibilitando uma análise entre as duas subdimensões e o somatório das subdimensões. Já o Gráfico 1 refere-

se aos ciclos de vida, sem distinguir as subdimensões, sendo o somatório dos indicadores de ambas as dimensões e o escore final do município. Este último, engloba todos os ciclos e subdimensões.

Tabela 1. Distribuição dos municípios de Santa Catarina por porte populacional, de acordo com o juízo de valor nos ciclos de vida, distinguindo as dimensões “Promoção e Prevenção” e “Diagnóstico e Tratamento”, no triênio 2016-2018.

<b>Ciclo/ Total</b>	<b>Promoção e Prevenção</b>				<b>Diagnóstico e Tratamento</b>			
<b>Porte 1 (n=129)</b>	<b>Ruim</b>	<b>Regular</b>	<b>Bom</b>	<b>Ótimo</b>	<b>Ruim</b>	<b>Regular</b>	<b>Bom</b>	<b>Ótimo</b>
Criança	3 (2%)	22 (17%)	92 (71%)	12 (9%)	2 (2%)	37 (29%)	86 (67%)	4 (3%)
Adolescente	0 (0%)	15 (12%)	64 (50%)	50 (39%)	57 (44%)	65 (50%)	6 (5%)	1 (1%)
Adulto	2 (2%)	16 (12%)	63 (49%)	48 (37%)	1 (1%)	12 (9%)	74 (57%)	42 (33%)
Idoso	0 (0%)	10 (8%)	63 (49%)	56 (43%)	27 (21%)	86 (67%)	13 (10%)	3 (2%)
<b>Total</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>4 (3%)</b>	<b>100 (78%)</b>	<b>25 (19%)</b>	<b>1 (1%)</b>	<b>86 (67%)</b>	<b>42 (32%)</b>	<b>0 (0%)</b>
<b>Porte 2 (n=99)</b>								
Criança	2 (2%)	8 (8%)	86 (87%)	3 (3%)	0 (0%)	2 (2%)	88 (89%)	9 (9%)
Adolescente	1 (1%)	8 (8%)	57 (58%)	33 (33%)	39 (39%)	50 (51%)	10 (10%)	0 (0%)
Adulto	1 (1%)	15 (15%)	22 (22%)	61 (62%)	1 (1%)	1 (1%)	52 (53%)	45 (45%)
Idoso	0 (0%)	12 (12%)	43 (43%)	44 (45%)	10 (10%)	78 (79%)	10 (10%)	1 (1%)
<b>Total</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>2 (2%)</b>	<b>78 (79%)</b>	<b>19 (19%)</b>	<b>1 (1%)</b>	<b>38 (38%)</b>	<b>60 (61%)</b>	<b>0 (0%)</b>
<b>Porte 3 (n=42)</b>								
Criança	0 (0%)	14 (33%)	28 (67%)	0 (0%)	1 (2%)	5 (12%)	33 (79%)	3 (7%)
Adolescente	1 (2%)	7 (17%)	31 (74%)	3 (7%)	16 (38%)	17 (41%)	9 (21%)	0 (0%)
Adulto	0 (0%)	2 (5%)	2 (5%)	38 (90%)	1 (2%)	2 (5%)	21 (50%)	18 (43%)
Idoso	2 (5%)	9 (21%)	21 (50%)	10 (24%)	16 (38%)	23 (55%)	3 (7%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>4 (10%)</b>	<b>32 (76%)</b>	<b>6 (14%)</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>25 (60%)</b>	<b>17 (40%)</b>	<b>0 (0%)</b>
<b>Porte 4 (n=23)</b>								
Criança	1 (4%)	6 (26%)	15 (66%)	1 (4%)	0 (0%)	8 (35%)	13 (57%)	2 (9%)
Adolescente	1 (4%)	5 (22%)	12 (52%)	5 (22%)	7 (30%)	10 (44%)	5 (22%)	1 (4%)

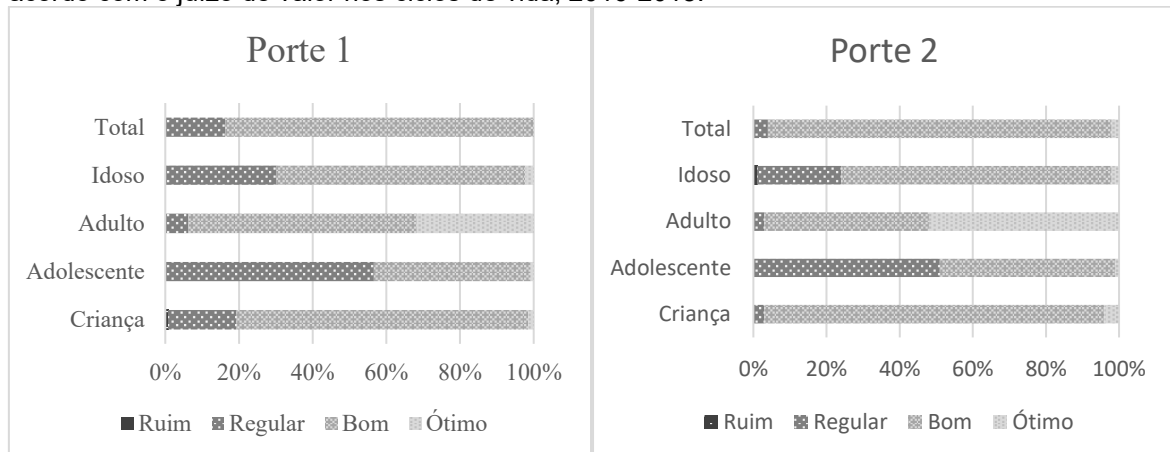
Adulto	0 (0%)	3 (13%)	12 (52%)	8 (35%)	2 (9%)	4 (17%)	12 (52%)	5 (22%)
Idoso	2 (9%)	3 (13%)	12 (52%)	6 (26%)	5 (22%)	11 (48%)	6 (26%)	1 (4%)
Total	0 (0%)	3 (13%)	20 (87%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (61%)	9 (39%)	0 (0%)

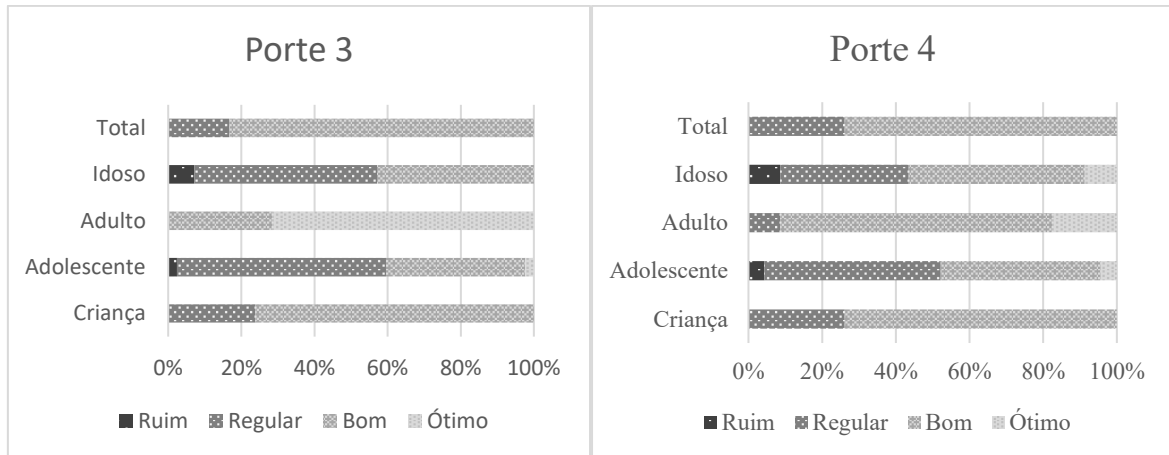
Fonte: autor, 2020.

A Tabela 1 apresenta a diferença no resultado total das dimensões nos municípios em todos os portes, sendo que a dimensão “Diagnóstico e Tratamento” apresenta piores resultados em relação a “Promoção e Prevenção”, podendo ser observável esta relação na maioria dos ciclos. Pode-se notar, por exemplo, que em todos os portes e em todos os ciclos mais de 66% dos municípios estão classificados como “bom” ou “ótimo” na dimensão “Promoção e Prevenção”, enquanto na dimensão “Diagnóstico e Tratamento” nos ciclos do “Adolescente” e do “Idoso”, apresentam maioria dos municípios como “regular” ou “ruim”.

A alta porcentagem de municípios classificados como “ruim” e “regular”, nos ciclos de Idoso e do Adolescente na dimensão “Diagnóstico e Tratamento”, está relacionado ao desempenho ruim dos indicadores “Taxas de Consultas”, coletados no SIAB.

Gráfico 1. Distribuição da porcentagem de municípios de Santa Catarina por porte populacional, de acordo com o juízo de valor nos ciclos de vida, 2016-2018.





Fonte: autor, 2020.

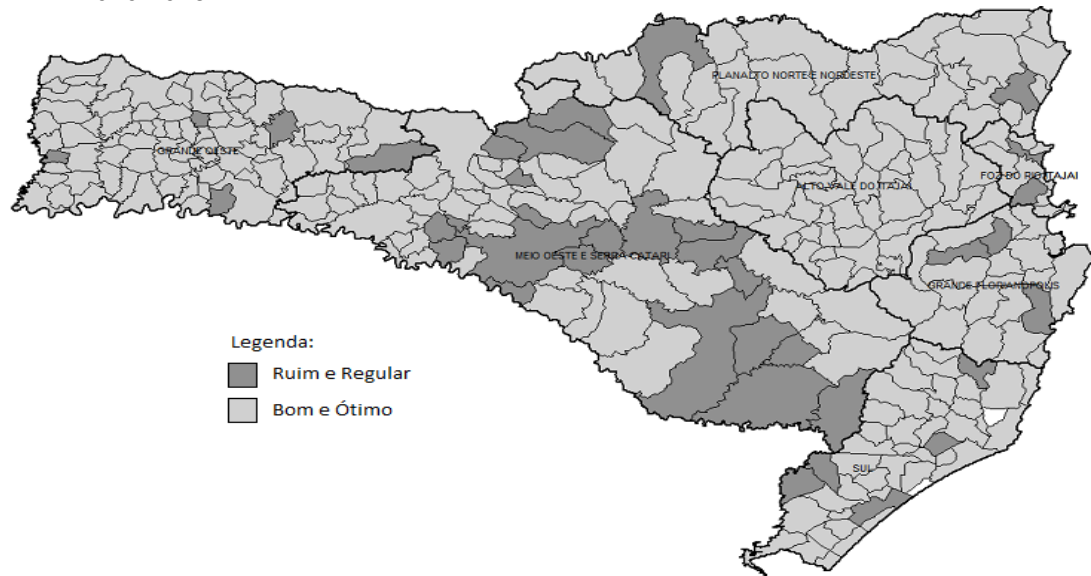
Como demonstrado no Gráfico 1, o ciclo de vida do Adulto obteve melhores resultados, independente do porte populacional. O melhor desempenho ocorreu nos municípios do porte 3, onde 71% destes são classificados como “ótimo” e 36% como “bom”. Nos outros portes essa classificação há pouca variação, sendo 90% dos municípios com juízo de valor “bom” e “ótimo”.

Em contrapartida, o resultado no ciclo de vida do Adolescente obteve juízo de valor “Regular” na maioria dos municípios, independente do porte, sendo este ciclo de vida que apresentou os piores resultados. Os ciclos de vida da Criança e do Idoso apresentam resultados intermediários, tendo sido os municípios classificados em sua grande maioria entre “regular” e “bom”. No gráfico, ao observarmos o ciclo de vida da Criança, o porte 2 apresenta municípios com os melhores resultados, sendo 93% destes classificados como “bom”. A maioria dos municípios, em todos os portes populacionais, estão classificados como “bom” no ciclo da Criança, enquanto no ciclo de vida do Idoso a maioria dos municípios estão classificados como “regular”.

Quanto ao escore final dos municípios, observa-se que apenas dois alcançam a classificação de “ótimo”, e que nenhum município obteve resultado final “ruim”. O porte 2 apresenta os municípios com melhor desempenho, enquanto o porte 4 os municípios com pior desempenho.



Mapa 1. Desempenho dos escores finais dos municípios catarinenses por macrorregião de saúde, no triênio 2016-2018.



Fonte: autor, 2020.

**Obs:** O Mapa utilizado foi extraído do DATASUS que divide o estado em 7 macrorregiões, juntando as macrorregiões Meio Oeste a Serra Catarinense, e Planalto Norte a Nordeste.

No mapa 1 podemos observar a qualidade do provimento da atenção básica nos municípios segundo as macrorregiões de saúde. As macrorregiões que apresentam melhor resultado são as regiões do Alto Vale do Itajaí com 100% dos municípios atingindo resultado “bom e ótimo”, seguido pelo Planalto Norte, Nordeste e o Grande Oeste, com mais de 92% dos municípios classificados como “bom e ótimo”. Enquanto isso a Serra Catarinense apresenta a situação mais crítica com 37% dos municípios apresentando resultado “ruim e regular”, seguido pelo Meio Oeste com 26% dos municípios neste patamar. Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis e Região Sul apresentam 80% a 90% dos municípios atingindo resultado “bom e ótimo”, e de 10% a 20% dos municípios com resultado “ruim e regular”.

#### 4 DISCUSSÃO

A região sul tem apresentado bons resultados avaliativos em saúde, quando comparada a outras regiões do Brasil, chamando atenção por apresentar maior cobertura de equipes de ESF. Miclos, Calvo e Colussi (2015) ressaltam bons resultados de Santa Catarina na avaliação do provimento da atenção básica em 2011, com resultados piores na saúde do idoso e do adulto em relação aos ciclos da criança

e do adolescente. No presente artigo, porém, o que se observou foi um melhor resultado no ciclo do adulto, enquanto o ciclo do adolescente aparece com o pior desempenho.

Este fato pode ser elucidado por um fator crítico nos indicadores presentes nestes ciclos de vida. A defasagem dos sistemas de informação interfere no resultado dos indicadores que utilizam taxas de consultas, sendo esta medida presente em dois indicadores do ciclo do adolescente, em um indicador no ciclo da criança e um indicador no ciclo do idoso. A baixa cobertura de alguns sistemas de informações, as subnotificações, a fragmentação das informações e a pouca confiabilidade em seus dados aparentam ser consequências da falta de cultura do uso da informação, do planejamento e das avaliações em saúde em todo Brasil, dificultando a realização de trabalhos que utilizam dados secundários e a apresentação de resultados fidedignos à realidade estudada (COSTA; MORAIS, 2014).

O desempenho ruim alcançado no ciclo do Adolescente, também pode ser explicado pela dificuldade em operacionalizar políticas públicas nesta faixa etária da sociedade. Pesquisadores elucidam esse problema, relacionado a difícil abordagem dos temas que cercam os jovens brasileiros, como drogas, gravidez na adolescência e violência; além da baixa participação dos jovens, principalmente do sexo masculino, nas atividades propostas pelas unidades de saúde, dificultando o acesso dos usuários deste ciclo de vida ao sistema de saúde (FERRARI, THOMSON, MELCHIOR; 2006; BRÊTAS et al; 2011; BUENDGENS, ZAMPIERI; 2012).

O melhor resultado do ciclo de vida do Adulto tem influência direta do indicador de “Existência de Serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras”. Este indicador apresentou pouca capacidade discriminatória já que em aproximadamente 100% dos municípios recebeu juízo de valor “ótimo”. Delziovo et al (2018) afirmam que Santa Catarina tem melhorado a notificação da violência contra a mulher, decorrente de fatores como a descentralização do SINAN e a capacitação e sensibilização de profissionais de saúde para a importância do tema.

Os diferentes resultados encontrados nas subdimensões de “Promoção e Prevenção” e “Diagnóstico e Tratamento” alertam para o funcionamento da integralidade do sistema. Este princípio doutrinário do SUS prevê o equilíbrio entre práticas preventivas, de promoção em saúde, e as práticas assistenciais. Elas devem ter articulação com outras políticas públicas e níveis de atenção, visando atender a necessidade específica do usuário do sistema. Carneiro et al (2014) e Vidal et al

(2018) apontam dificuldades das equipes de saúde em garantir todos os serviços necessários a população, devido a problemas organizacionais das equipes ou da rede de atenção. Outros estudos, porém, apontam que a integralidade tem se mostrado satisfatória para equipes de saúde e usuários do sistema (DINIZ et al 2016; SILVA et al 2014).

Assim, os resultados avaliativos acerca da integralidade do sistema são específicos da localidade do estudo, o que explicaria uma possível diferença de resultados nas subdimensões em determinados ciclos de vida e portes populacionais; enquanto em alguns municípios, determinados ciclos necessitam qualificar o provimento da “Promoção e Prevenção”, em outros existe a necessidade qualificar ações de “Diagnóstico e Tratamento”.

Miclos, Calvo e Colussi (2015) observam que o porte dos municípios influencia a qualidade do provimento da Atenção Básica, sendo favorável aos municípios com maior porte populacional. Apesar do presente artigo ter o porte populacional agrupado de forma diferente de Miclos, Calvo e Colussi (2015), pode-se observar que, ao contrário destas autoras, os municípios de menor porte apresentaram melhores resultados. Uma hipótese para a melhora desses municípios em relação a avaliações anteriores é o aumento das despesas da atenção básica em municípios pequenos em relação à média e alta complexidade, em consonância com o princípio de descentralização do sistema (MAZON; MASCARENHA; DALLABRIDA; 2015).

Os desempenhos do provimento da atenção básica segundo as macrorregiões de saúde acompanham a realidade socioeconômica das macrorregiões do estado de Santa Catarina. A região do Vale Itajaí, que abarca grande parte dos municípios das macrorregiões de saúde do Alto do Itajaí, responde pela maior fatia do PIB catarinense, aproximadamente 30% do PIB em 2017, e que também apresenta melhor resultado nesta avaliação. Outras regiões que apresentam bons resultados no desempenho deste artigo expressam grande importância econômica, como a Grande Florianópolis e a região Norte. A região do Planalto Serrano, correspondente a maioria dos municípios da macrorregião de saúde da Serra Catarinense, possui a menor participação no PIB estadual e apresentou os piores resultados na avaliação (IBGE, 2017).

O Meio Oeste e a Serra Catarinense são as regiões que apresentam os municípios com pior IDH no estado. Lovatto e Soares (2017) afirmam que o baixo IDH tem relação direta com indicadores de maternidade na adolescência. Este estudo

corroborar com esta associação ao analisarmos que o indicador “Taxa de adolescentes não grávidas” apresenta situação crítica nestas regiões, sendo que na Serra Catarinense, 15 dos 18 municípios apresentaram resultado abaixo da média estadual para este indicador (dado não apresentado).

A situação se repete no indicador Taxa de sobrevivência infantil, onde a Serra Catarinense apresentou valores críticos negativos em levantamentos anteriores (SANTA CATARINA, s/d). O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) elucida a mortalidade infantil como um bom indicador das condições de saúde local. Desta forma, o baixo desempenho na mortalidade infantil enfatiza uma pior qualidade das condições de saúde nesta região em relação as outras macrorregiões do estado (MICLOS; CALVO; COLUSSI; 2015).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho avaliou a qualidade do provimento da atenção básica, segundo porte populacional e macrorregiões no estado de Santa Catarina. Houve diferença nos resultados entre os municípios de diferentes macrorregiões, o que corroborou com a desigualdade socioeconômica do estado. Os municípios de menor porte populacional apresentaram os melhores resultados, quando comparados aos demais municípios. A dimensão “Promoção e Prevenção” apresentou melhor resultados do que a dimensão “Diagnóstico e Tratamento”. Enquanto o ciclo de vida do Adulto apresentou o melhor resultado, o ciclo de vida do Adolescente apresentou piores resultados devido, principalmente, a qualidade do indicador de taxa de consultas.

As dificuldades das avaliações com uso de dados secundários, aqui também encontradas, devem ser compreendidas e criticadas tanto em âmbito político como acadêmico para que se busque uma melhor capacidade avaliativa e aproximação da realidade estudada. Deve-se estimular, dessa forma, políticas públicas que fortaleçam a importância da avaliação na saúde, assim como enaltecer pesquisas acadêmicas que buscam compreender as dificuldades da gestão de informação.

Quanto ao modelo NEPAS, para que seus indicadores estejam adequados a realidade momentânea, sugere-se a revisão de indicadores que apresentaram pouca discriminação entre os municípios catarinenses, como a “Existência de serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras”, e dos indicadores que utilizam

taxa de consultas, pois estes dados apresentaram baixa qualidade no sistema de informação.

Apesar das dificuldades encontradas em uma pesquisa com ampla quantidade de dados secundários, não se deve eximir a importância dos resultados encontrados para os municípios, devendo atentar-se aos gestores catarinenses as diferenças aqui descritas, principalmente ao que tange o princípio de equidade e as desigualdades regionais. Os indicadores aqui encontrados demonstram a dificuldade de alguns municípios em gerir a informação no SUS, refletindo assim de forma negativa os resultados dos municípios que menos atentam-se a esta questão, e enaltecendo a importância da gestão da informação no sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRÊTAS, José Roberto da Silva et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3221-3228, 2011.

BUENDGENS, Beatriz Belém; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 64-72, 2012.

CARNEIRO, Maria do Socorro Melo et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 279-295, 2014.

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 907-914, 2014.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. In: HARTZ, ZMA. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. pp. 29-47.

DAVOK, DelsiFries. Qualidade em educação. **Revista Avaliação**, v. 12, n. 3, p. 505-513, 2007.

DELZIOVO, Carmem Regina et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa

Catarina, 2008-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e20171493, 2018.

DINIZ, Suênia Gonçalves de Medeiros et al. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 37, n. 4, 2016.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; THOMSON, Zuleika; MELCHIOR, Regina. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, p. 2491-2495, 2006.

LOVATTO, Marcos Vinícius Perez; SOARES, Alex Silva. **Análise espacial das condições do nascimento nas macrorregiões de saúde no Estado de Santa Catarina**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2019.

MAZON, Luciana Maria; MASCARENHAS, Luis Paulo Gomes; DALLABRIDA, Valdir Roque. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 23-33, 2015.

MICLOS, Paula Vitali; CALVO, Maria Cristina Marino; COLUSSI, Claudia Flemming. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 984-996, 2015.

NICKEL, Daniela Alba et al. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 839-850, 2014a.

NICKEL, Daniela Alba et al. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 2619-2630, 2014b.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SILVA, Carla Silvana de Oliveira et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4407-4415, 2014.

SOUSA, Allan Nuno. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 289-301, 2018.

VIDAL, Tiago Barra et al. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017504, 2018.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação cumpriu o objetivo de avaliar o provimento da atenção básica dos municípios catarinenses através do modelo de avaliação NEPAS-UFSC, em duas diferentes dimensões, segundo porte populacional e macrorregiões de saúde do estado. Foram observadas diferenças nos resultados dos municípios, tanto ao que tange as dimensões do modelo, como aos ciclos de vida, aos portes populacionais e as macrorregiões de saúde. Esta dissertação contribuiu ainda com uma revisão bibliográfica com intuito de identificar o que vem sendo pesquisado e como, na área de avaliação da atenção básica brasileira. Verificou-se que as pesquisas em avaliação têm abordado principalmente os atributos essenciais da atenção básica, e tem pouca variabilidade metodológica, com exclusividade de uso de métodos quantitativos.

O estudo teve como limitação as dificuldades das pesquisas que abordam dados secundários, tais como a qualidade dos sistemas de informação em saúde, característica de um país com pouca cultura avaliativa e uso de informação na prática de gestão dos sistemas de saúde.

Quanto ao modelo utilizado para avaliação, observou-se que alguns indicadores necessitam revisão, tanto pela má alimentação dos sistemas de informação em saúde, como no caso dos indicadores de taxa de consulta, quanto pela pouca discriminação de alguns indicadores, como no caso do indicador “Existência de serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras”. No entanto, a sua contribuição para a gestão e para academia é indiscutível, através do seu modelo de avaliação, que possibilitou ao longo do tempo a definição de dimensões e indicadores que conseguem discriminar a realidade dos municípios catarinenses. Enfatiza-se ainda, como observado no artigo de revisão, a importância do modelo NEPAS-UFSC para área de avaliação, devido à grande limitação do número de instrumentos validados para avaliar a atenção básica brasileira.

Deve-se elucidar a importância desta avaliação para o desenvolvimento da atenção básica no estado de Santa Catarina, levando em consideração a importância da avaliação para uma melhor tomada de decisão dos gestores locais, tanto na esfera municipal, onde estes possuem importância direta na execução desse nível de atenção em saúde, quanto para os gestores estaduais, que possuem função de integrar de forma equânime o sistema de saúde em todos os municípios do estado.

Este estudo observou ainda os desafios da avaliação em se firmar como uma cultura na área da gestão em saúde, fato que perpassa tanto nos aspectos de pluralidade metodológica, como na determinação clara e consensuada do conceito de avaliação.

## REFERÊNCIAS

Brasil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Avaliação na Atenção básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção básica Variável - PAB Variável**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção básica. Banco de dados do PMAQ 2º Ciclo. Brasília, DF: MS; c2018 [acesso em 01 junho 2019]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=2\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo)  
» [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=2\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo)

BERENSTEIN, Cláudia Koeppel; WAJNMAN, Simone. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 2301-2313, 2008.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 401-412, 2002.

BROUSSELLE, Astrid.et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 22, p. 477-506, 2012.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues. **A política brasileira de atenção primária à saúde**. In: Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. 2012. p. 173-196.

COLUSSI, Claudia Flemming. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. 299 p. 2010. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Odontologia)–Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

COLUSSI, Claudia Flemming; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura [Evaluation in Oral Health Care in Brazil: a reviewoftheliterature]. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 1, p. 92-100, 2012.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7-s16, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705- 711, mar. 2006.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DAVOK, DelsiFries. Qualidade em educação. **Revista Avaliação**, v. 12, n. 3, p. 505-513, 2007.

DILÉLIO, Alitéia Santiago; FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

ENGELAGE, Emanuele et al. Reflexo da aplicação dos recursos públicos municipais nos indicadores de saúde em Santa Catarina. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC**. 2018.

FARIAS JÚNIOR, José Cazuza de et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, p. 344-352, 2009.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 358-372, 2014.

FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. Política Nacional de Atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

GARNELO, Luíza; HORTALE, Virginia Alonso; VIEIRA, Janete Maria Rebelo. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 852-865, 2010.

GIOVANELLA, Lúcia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA, Lúcia; MENDONÇA, Maria Helena. **Atenção primária à saúde**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVV, et al., organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 493-545

GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011. p. 27-58.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Dados do Censo 2010. Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php?uf=42](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=42). Acessado em: mai. 2019.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. 2005. **Revista do Serviço Público**, Brasília 56 (2): 137-160 Abr/Jun 2005.

LAROQUE, Mariana Fonseca et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 774, 2011.

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; NORONHA, José Carvalho de. **Sistema Único de Saúde-SUS**. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2008. p. 435-472.

MAZON, Luciana Maria et al. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MELO, Cristina; TANAKA, Oswaldo. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, p. 121-136, 2004.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 224-243, 2018.

MICLOS, Paula Vitali; CALVO, Maria Cristina Marino; COLUSSI, Claudia Flemming. Avaliação do desempenho da Atenção básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 984-996, 2015.

NICKEL, Daniela Alba et al. **Meta-avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina, com foco na utilização**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, UFSC, Florianópolis, 2013.

NICKEL, Daniela Alba et al. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 2619-2630, 2014.

SAMICO, Isabella et al. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. In: Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. 2010. p. 175-175

SANTA CATARINA. Santa Catarina. Secretaria Estadual de Saúde (Org.). **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. 2016a. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude>>. Acesso em: 09 maio 2019.

SANTA CATARINA. Santa Catarina. Secretaria Estadual de Saúde (Org.). **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade**. 2016b. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/pmaq/resultados-2-ciclo-pmaq/10522-xanxere-e-oeste/file>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

SANTA CATARINA. Santa Catarina. Secretaria Estadual da Saúde (Org.). **Avaliação da Gestão da Atenção básica em Santa Catarina: 2008 a 2015**. (s/d) Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/acompanhamento-e-avaliacao/avaliacao-da-gestao-municipal-da-atencao-basica-em/6542-conheca-a-avaliacao-da-atencao-basica-em-santa-catarina-para-2013/file>>. Acesso em: 05 de maio, 2019.

SCARATTI, Dirceu. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses**. 2007. 315 p. 2007. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)-Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCARPARO, Ariane Fazzolo et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.



**APÊNDICE A – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS NO PORTE POPULACIONAL****1**

Posição	Município	Escore Final
1	Flor do Sertão	16,66
2	Santa Terezinha do Progresso	16,44
3	Treviso	16,41
4	Vargeão	16,29
5	Tigrinhos	16,19
6	Lajeado Grande	16,17
7	Anchieta	15,91
8	Vitor Meireles	15,74
9	Petrolândia	15,63
10	Itá	15,61
11	Romelândia	15,56
12	Witmarsum	15,54
13	Imbuia	15,52
14	Mirim Doce	15,51
15	Paraíso	15,49
16	Piratuba	15,46
17	Princesa	15,32
18	Peritiba	15,32
19	Salto Veloso	15,31
20	Atalanta	15,25
21	Nova Itaberaba	15,16
22	Arabutã	15,12
23	São João do Itaperiú	15,09
24	Botuverá	15,03
25	Caibi	14,93
26	Saltinho	14,91
27	Jaborá	14,90

28	Tunápolis	14,82
29	Serra Alta	14,79
30	Vargem Bonita	14,76
31	Grão Pará	14,61
32	Presidente Nereu	14,59
33	União do Oeste	14,59
34	Ipira	14,50
35	Erval Velho	14,44
36	Rio Fortuna	14,39
37	Nova Erechim	14,39
38	Frei Rogério	14,39
39	Águas Frias	14,39
40	Águas Mornas	14,37
41	Arvoredo	14,37
42	José Boiteux	14,37
43	Bom Jesus	14,34
44	Paial	14,29
45	Santa Rosa de Lima	14,29
46	Coronel Martins	14,28
47	Rio das Antas	14,28
48	Alto Bela Vista	14,27
49	Riqueza	14,24
50	Santiago do Sul	14,22
51	São João do Oeste	14,16
52	Bela Vista do Toldo	14,16
53	Barra Bonita	14,12
54	Vidal Ramos	14,10
55	Luzerna	14,10
56	São Pedro de Alcântara	14,05
57	São Miguel da Boa Vista	14,04
58	Jardinópolis	14,00
59	Águas de Chapecó	13,97
60	Capão Alto	13,93

61	Sul Brasil	13,90
62	Dona Emma	13,88
63	Doutor Pedrinho	13,84
64	Ibicaré	13,78
65	Laurentino	13,76
66	Modelo	13,72
67	Chapadão do Lageado	13,70
68	Cordilheira Alta	13,66
69	Matos Costa	13,65
70	Planalto Alegre	13,62
71	Cunhataí	13,62
72	Caxambu do Sul	13,58
73	Iraceminha	13,58
74	Agronômica	13,50
75	Arroio Trinta	13,48
76	Rio do Campo	13,48
77	Entre Rios	13,45
78	Rancho Queimado	13,40
79	Aurora	13,39
80	Guarujá do Sul	13,34
81	Leoberto Leal	13,34
82	Ponte Alta do Norte	13,26
83	São Bernardino	13,25
84	Galvão	13,22
85	Rio Rufino	13,14
86	Novo Horizonte	13,10
87	Bandeirante	13,09
88	Braço do Trombudo	13,03
89	Santa Helena	13,03
90	Xavantina	12,97
91	Anitápolis	12,85
92	Marema	12,83
93	Jupia	12,74

94	Presidente Castello Branco	12,66
95	Angelina	12,66
96	Cerro Negro	12,64
97	Lindóia do Sul	12,53
98	Ouro Verde	12,52
99	Ermo	12,45
100	Pinheiro Preto	12,40
101	Formosa do Sul	12,34
102	Bom Jesus do Oeste	12,28
103	Bocaina do Sul	12,27
104	Zortéa	12,16
105	Pedras Grandes	12,14
106	São Bonifácio	12,10
107	Passos Maia	12,02
108	Abdon Batista	12,02
109	Urupema	11,88
110	São Cristovão do Sul	11,87
111	Celso Ramos	11,87
112	Irati	11,74
113	Morro Grande	11,73
114	Palmeira	11,61
115	Vargem	11,45
116	Macieira	11,35
117	Belmonte	11,35
118	Iomerê	11,31
119	Timbé do Sul	11,20
120	Guatambú	11,19
121	Calmon	11,11
122	Ponte Alta	10,84
123	Ibiam	10,80
124	Lacerdópolis	10,63
125	Major Gercino	10,62
126	Bom Jardim da Serra	10,42

127	Painel	10,23
128	Brunópolis	10,13
129	São Martinho	9,38

## APÊNDICE B – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS NO PORTE POPULACIONAL

### 2

<b>Posição</b>	<b>Município</b>	<b>Escore Final</b>
1	Antônio Carlos	18,29
2	Pinhalzinho	18,17
3	Corupá	17,34
4	Massaranduba	16,79
5	Lontras	16,73
6	Ascurra	16,61
7	Pouso Redondo	16,43
8	Nova Veneza	16,35
9	Mondaí	16,35
10	Governador Celso Ramos	16,33
11	Iporã do Oeste	16,27
12	Rio do Oeste	16,26
13	Monte Carlo	16,12
14	Siderópolis	15,90
15	Porto Belo	15,88
16	Quilombo	15,81
17	Descanso	15,80
18	Treze Tílias	15,75
19	Benedito Novo	15,70
20	Lauro Muller	15,65
21	Itapoá	15,55
22	Bombinhas	15,54
23	Apiúna	15,49
24	Palma Sola	15,48
25	Salete	15,45
26	Rodeio	15,42
27	Três Barras	15,42

28	Nova Trento	15,38
29	Papanduva	15,24
30	Taió	15,19
31	Itapiranga	15,16
32	Cunha Porã	15,16
33	Sangão	15,15
34	Faxinal dos Guedes	15,15
35	Praia Grande	15,14
36	São José do Cedro	15,09
37	União do Oeste	15,01
38	Tangará	14,98
39	Presidente Getúlio	14,97
40	Cocal do Sul	14,96
41	Irani	14,89
42	Luiz Alves	14,87
43	Palmitos	14,85
44	Alfredo Wagner	14,81
45	Ibirama	14,79
46	Meleiro	14,74
47	Morro da Fumaça	14,73
48	São Carlos	14,64
49	Abelardo Luz	14,59
50	Campo Alegre	14,55
51	Balneário Arroio do Silva	14,50
52	Campo Erê	14,47
53	São Ludgero	14,42
54	Ilhota	14,32
55	Garuva	14,27
56	Santa Rosa do Sul	14,25
57	Trombudo Central	14,24
58	Jaguaruna	14,15
59	Saudades	14,14
60	São Domingos	14,05

61	Balneário Barra do Sul	14,03
62	Ipumirim	13,99
63	Canelinha	13,97
64	Balneário Gaivota	13,96
65	Santa Terezinha	13,90
66	Agrolândia	13,90
67	Dionísio Cerqueira	13,88
68	Guaraciaba	13,86
69	Seara	13,80
70	Rio dos Cedros	13,79
71	Otacílio Costa	13,72
72	Passo de Torres	13,70
73	Monte Castelo	13,69
74	Irineópolis	13,61
75	São José do Cerrito	13,52
76	Jacinto Machado	13,45
77	Lebon Régis	13,37
78	Catanduvas	13,34
79	Armazém	13,32
80	Coronel Freitas	13,30
81	Turvo	13,23
82	Gravatal	13,22
83	Anita Garibaldi	13,22
84	Urubici	13,16
85	Santa Cecília	13,08
86	Paulo Lopes	12,96
87	Imaruí	12,76
88	Água Doce	12,76
89	Maracajá	12,67
90	Timbó Grande	12,65
91	São João do Sul	12,57
92	Major Vieira	12,55
93	Campo Belo do Sul	12,34



94	Bom Retiro	12,07
95	Correia Pinto	12,02
96	Ponte Serrada	11,97
97	Ipuaçu	11,62
98	Ouro	11,28
99	Treze de Maio	9,29

## APÊNDICE C – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS NO PORTE POPULACIONAL

### 3

<b>Posição</b>	<b>Município</b>	<b>Escore Final</b>
1	Rio Negrinho	16,80
2	Forquilha	16,48
3	Timbó	16,44
4	Balneário Piçarras	16,24
5	São Miguel do Oeste	15,83
6	Itaiópolis	15,35
7	Guaramirim	15,32
8	Itapema	15,28
9	Imbituba	15,13
10	Barra Velha	15,13
11	Urussanga	15,09
12	Santo Amaro da Imperatriz	14,87
13	Içara	14,86
14	Herval d'Oeste	14,50
15	Maravilha	14,46
16	Orleans	14,45
17	Porto União	14,24
18	Mafra	14,23
19	Fraiburgo	14,22
20	Joaçaba	14,15
21	Xaxim	14,11
22	Garopaba	13,80
23	Tijucas	13,62
24	Penha	13,62
25	Pomerode	13,56
26	São Francisco do Sul	13,55
27	Capivari de Baixo	13,48

28	Guabiruba	13,30
29	Ituporanga	13,30
30	Sombrio	13,29
31	Videira	12,83
32	Laguna	12,80
33	Xanxerê	12,80
34	São Lourenço do Oeste	12,69
35	Braço do Norte	12,35
36	Araquari	11,62
37	Curitibanos	11,06
38	Canoinhas	10,86
39	Campos Novos	10,70
40	Capinzal	10,24
41	São João Batista	10,22
42	São Joaquim	9,80

**APÊNDICE D – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS NO PORTE POPULACIONAL****4**

<b>Posição</b>	<b>Município</b>	<b>Escore Final</b>
1	Chapecó	16,65
2	Criciúma	15,72
3	Florianópolis	15,67
4	Jaraguá do Sul	14,86
5	Concórdia	14,63
6	Joinville	14,62
7	Balneário Camboriú	14,59
8	São José	14,53
9	Blumenau	14,32
10	Brusque	13,99
11	São Bento do Sul	13,38
12	Indaial	13,09
13	Biguaçu	12,98
14	Itajaí	12,78
15	Tubarão	12,57
16	Rio do Sul	12,46
17	Gaspar	12,09
18	Palhoça	11,79
19	Navegantes	11,50
20	Lages	11,08
21	Camboriú	10,43
22	Araranguá	9,84
23	Caçador	9,63

## ANEXO A - QUADRO DA JUSTIFICATIVA DOS INDICADORES (MEDIDA)

Indicador (Medida)	Justificativa
<b>Ciclo da Criança</b>	
Taxa de sobrevivência infantil	A mortalidade infantil, além de constituir-se num importante indicador de condição de vida, também reflete a capacidade do setor saúde em superar as dificuldades sociais, oferecendo atenção à gestação, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, através de busca ativa da população mais necessitada.
Cobertura Vacinal com a vacina Pentavalente em crianças menores de um ano de idade	As coberturas vacinais pentavalente são importantes no calendário vacinal pois protegem as Rua Esteves Júnior, 390 – 3º andar – Florianópolis – SC – 88.015-530 Telefone: 3664-7270 crianças menores de um ano contra difteria, tétano, coqueluche e doenças por haemophilus influenzae tipo B e Hepatite B. A cobertura vacinal satisfatória (>95%) será indicativo de que as demais vacinas do calendário básico de vacinação estariam com resultados adequados. O denominador seguiu a forma de cálculo do Ministério da Saúde considerando a população de NV de 2 anteriores
Nascidos Vivos com Idade Gestacional >= 37 semanas	Esta medida subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como para a atenção à saúde infantil e materna.
Taxa de não-internação hospitalar de crianças < 5 anos	A hospitalização de crianças é reflexo de baixas condições de vida e de atenção à saúde deficiente. Ela constitui episódio indesejável na assistência à saúde. O estímulo ao ACD realizado nas unidades básicas de saúde e à busca ativa da população infantil de maior risco pode evitar a ocorrência e o agravamento de problemas de saúde que levam à internação de crianças menores de 5 anos.
Taxa de consultas de < de 10 anos	A assistência à criança se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. O acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças mais prevalentes como diarreia e afecções respiratórias agudas, e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações, são ações de responsabilidade do nível primário, e são fundamentais para a integralidade do atendimento a criança. A organização da assistência a criança deve, portanto, contemplar uma série de atividades programadas, incluindo os atendimentos individuais, cujo acesso deve estar plenamente garantido nos serviços de atenção básica do município.
Taxa de não Internação em crianças < 5 anos por doenças sensíveis à atenção básica	O ACD, as consultas de enfermagem e as visitas domiciliares, entre outras ações realizadas pelas equipes de saúde, evitam a ocorrência e o agravamento de problemas de saúde que levam à internação de crianças. Dentre os agravos sensíveis à atenção básica está a IRA.
<b>Ciclo do Adolescente</b>	
Taxa de não-mortalidade de adolescentes por causas externas	O óbito do adolescente é um evento raro, geralmente associado a causas externas de mortalidade. A sociedade espera que sejam tomadas providências para reduzir esse evento, muitas vezes associado ao abuso de drogas. Os jovens devem ser orientados a não dirigir alcoolizados, ou sob os efeitos de substâncias psicoativas, e a usar cintos de segurança.
Taxa de adolescentes não grávidas	A gravidez indesejada ocorre com muita frequência entre adolescentes, e sua prevenção é uma das funções da atenção básica.
Percentual de gestantes adolescentes com 7 ou mais consultas de pré-natal	Esta medida objetiva o acompanhamento e o monitoramento da situação de saúde das gestantes adolescentes de modo a estimular a adesão regular ao

	pré-natal, estimular hábitos de vida e condutas saudáveis e seguras, além da possibilidade de identificar situações de risco que exijam intervenções oportunas para proteção da gestante e do concepto.
Taxa de adolescentes acompanhados pelo SISVAN	Vários distúrbios clínico-metabólicos desfavoráveis relacionados ao excesso ponderal em populações adultas podem ter início antes dessa fase da vida. Portanto, a identificação e o acompanhamento dessas situações em adolescentes constituem-se em importantes ações a serem realizadas pela atenção básica. Muitos estudos tem se dedicado a investigar a obesidade em crianças e adolescentes, e todos detectam prevalências de sobrepeso e obesidade superiores a 15% nessa faixa etária. O esperado é que a atenção básica esteja monitorando uma parcela expressiva desses adolescentes.
Taxa de consultas de adolescentes na atenção básica	Os programas de atenção ao adolescente estão sendo implementados há vários anos, mas mais recentemente são observadas mudanças significativas no perfil de morbi-mortalidade neste grupo populacional, sugerindo a que a prática assistencial inclua além da prevenção de agravos, o diagnóstico, o monitoramento, o tratamento e a reabilitação dos problemas de saúde. Nesse cenário, as unidades de saúde devem preocupar-se em viabilizar espaços e horários adequados para prover consultas a esse grupo etário.
Taxa de primeira consulta odontológica programática para adolescentes	As diretrizes nacionais para atenção à saúde do adolescente preconiza que se acompanhe os problemas mais frequentes nessa população. A cárie dentária e a gengivite estão entre as morbidades que mais atingem esse grupo, devendo a atenção básica organizar-se para prover o atendimento em saúde bucal necessário e oportuno.
<b>Ciclo do Adulto</b>	
Sobrevivência Materna em mulheres de 20 a 49 anos	A mortalidade materna constitui-se em um problema importante e prioritário para intervenção, dada a sua magnitude e evitabilidade. O número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de Rua Esteves Júnior, 390 – 3º andar – Florianópolis – SC – 88.015-530 Telefone: 3664-7270 promoção da saúde pública
Existência de serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras	A notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências atende à legislação e garante a atenção e a proteção às pessoas em situação de risco; permite melhor conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública; mede a sensibilidade da rede de atenção à saúde às notificações de violência; permite acompanhar a adesão da unidade de saúde à notificação
Acompanhamento pré-natal das gestantes adultas	A realização do pré-natal representa papel fundamental para a prevenção e/ou detecção precoce de patologias maternas e/ou fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante
Taxa de não internação de adultos por doenças sensíveis por doenças sensíveis à atenção básica	Algumas patologias são especialmente sensíveis ao atendimento ambulatorial, que quando bem realizado vai evitar o agravamento dos quadros e evitar internações hospitalares.
Taxa de não internação por AVC ou ICC	Na população abaixo de 60 anos a atenção básica deve ser capaz de estabelecer acompanhamento e propor tratamentos ambulatoriais que evitem as taxas altas de internação por AVC e ICC, muito relacionados à hipertensão arterial não controlada.
Proporção de parto normal	Um aumento nos partos normais é esperado no pacto pela vida. Um bom acompanhamento pré-natal na atenção básica facilita a escolha pelo parto normal

<b>Ciclo do Idoso</b>	
Cobertura vacinal contra Influenza em idosos	A vacinação de idosos previne quadros respiratórios agudos, muito debilitantes para idosos. Cobertura alta de vacinação indica que o Secretário Municipal da Saúde está preocupado com os idosos e que a população está sendo motivada a participar das campanhas de saúde municipais.
Presença de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município	O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, atuando em acordo com as Diretrizes Nacionais, amplia a abrangência do cuidado em saúde e contribui na oferta de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na Atenção Básica.
Taxa de idosos não internados por fratura de colo do fêmur	Com o aumento da expectativa de vida, e conseqüente maior proporção de idosos na população, esse tipo de fratura tem aumentado nos últimos anos. Sua ocorrência gera intervenção que pode resultar em sequelas incapacitantes em vários níveis
Taxa de idosos não internados por doenças sensíveis à atenção básica	Algumas patologias são especialmente sensíveis ao atendimento ambulatorial, que quando bem realizado vai evitar o agravamento dos quadros e evitar internações hospitalares
Taxa de consultas médicas na atenção básica para pessoas acima de 60 anos	As doenças e agravos crônicos não transmissíveis são cada vez mais prevalentes na população em geral, mas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada, e frequentemente estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas. Portanto requerem acompanhamento constante pela equipe de saúde, sendo as consultas individuais necessárias ao diagnóstico e tratamento dessas condições.
Oferta de prótese dentária	Em decorrência de uma prática odontológica que historicamente se caracterizou como mutiladora, restabelecer o equilíbrio estético, funcional e de auto-estima por meio da oferta de prótese dentária se constitui numa medida de melhoria da qualidade de vida do usuário do SUS.

Fonte: SES/SC

## ANEXO B - QUADRO DO CÁLCULO E ESCALA DOS INDICADORES DO PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Indicador (Medida)	Cálculo	Escala
<b>Ciclo da Criança</b>		
Taxa de sobrevivência infantil	$(\sum \text{população de 0 a 4 anos} - \sum \text{dos óbitos de 0 a 4 anos}) \text{ no último triênio} / \sum \text{população de 0 a 4 anos no último triênio} \times 100$	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Cobertura Vacinal com a vacina Pentavalente em crianças menores de um ano de idade	Número de crianças < 1 de ano com a 3ª dose pentavalentes ano passado / População NV, de 2 anos anteriores X 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Nascidos Vivos com Idade Gestacional >= 37 semanas	Número de NV com IG >= 37 semanas no último triênio / Número total de NV no último triênio X 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Taxa de não-internação hospitalar de crianças < 5 anos	$(\sum \text{população de 0 a 4 anos} - \sum \text{das internações de 0 a 4 anos}) \text{ no último triênio} / \sum \text{população de 0 a 4 anos no último triênio} \times 100$	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Taxa de consultas de < de 10 anos	Número de consultas de menores de 9 anos no último triênio / População de 0 a 9 anos no último triênio x 100	Contínua - quanto maior melhor
Taxa de não Internação em crianças < 5 anos por doenças sensíveis à atenção básica	$(\sum \text{da população de 0 a 4 anos} - \sum \text{das internações de 0 a 4 anos po ICSAB}) \text{ no último triênio} / \sum \text{população de 0 a 4 anos no último triênio} \times 100$	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
<b>Ciclo do Adolescente</b>		
Taxa de não-mortalidade de adolescentes por causas externas	$(\sum \text{da população de 10 a 19 anos} - \sum \text{dos óbitos de 10 a 19 anos por causas externas no último triênio}) / \sum \text{população de 10 a 19 anos no último triênio} \times 1$	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Taxa de adolescentes não grávidas	$(\sum \text{da população feminina de 10 a 19 anos} - \sum \text{dos NV de mães de 10 a 19 anos}) \text{ no último triênio} / \sum \text{da população feminina de 10 a 19 anos no último triênio} \times 100$	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Percentual de gestantes adolescentes com 7 ou mais consultas de pré-natal	Número de NV de mães com 10 a 19 anos com 7 ou + consultas de pré-natal no último triênio / Número de NV mães com 10 a 19 anos no último triênio X 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Taxa de adolescentes acompanhados pelo SISVAN	Número de adolescentes acompanhada pelo SISVAN (SISVAN WEB + SIST GESTÃO DO BOLSA FAMÍLIA) no ano passado / População total de adolescentes no ano passado X 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Taxa de consultas de adolescentes na atenção básica	Número de consultas de menores de 9 anos no último triênio / População de 0 a 9 anos no último triênio x 100	Contínua - quanto maior melhor
Taxa de primeira consulta odontológica programática para adolescentes	Número de primeiras consultas odontológicas (cod. 0301010153) em 10 a 19 anos no ano passado / População total de adolescentes no ano passado X 100	Contínua - quanto maior melhor
<b>Ciclo do Adulto</b>		
Sobrevivência Materna em mulheres de 20 a 49 anos	$(\text{Número de NV de mulheres 20 a 49 anos} - \text{Número de óbitos maternos de mulheres de 20 - 49 anos}) \text{ no último triênio} / \text{Número de NV de mulheres de 20 a 49 anos no último triênio} \times 100$	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Existência de serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras	Existência ou não de serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras	Binário - Sim / Não tendência positiva



Acompanhamento pré-natal das gestantes adultas	(Número de NV de mães com 20 a 59 anos com 7 ou + consultas de pré-natal no último triênio / Número de NV mães com 20 a 159 anos no último triênio X 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Taxa de não internação de adultos por doenças sensíveis por doenças sensíveis à atenção básica	$(\sum \text{da população de 20 a 59 anos} - \sum \text{ICSAB na população de 20 a 59 anos})$ no último triênio / $\sum$ população de 20 a 59 anos no último triênio X 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Taxa de não internação por AVC ou ICC	$(\sum \text{da população de 20 a 59 anos} - \sum \text{de internação AVC\_ICC na população de 20 a 59 anos})$ no último triênio / $\sum$ da população de 20 a 59 anos no último triênio X 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Proporção de parto normal	Número NV de parto normal de mães de 20 a 59 anos no último ano / Número total de NV de mães de 20 a 59 anos no último ano X 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
<b>Ciclo do Idoso</b>		
Cobertura vacinal contra Influenza em idosos	Número de doses de influenza em idosos no ano passado / População de idosos no ano passado x 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Presença de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município	Existência de NASF	Binário - Sim/Não tendência positiva
Taxa de idosos não internados por fratura de colo do fêmur	$(\sum \text{da população de idosos} - \sum \text{de idosos internados por fratura de fêmor})$ no último triênio / População total de idosos no último triênio X 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Taxa de idosos não internados por doenças sensíveis à atenção básica	$(\sum \text{da população de idosos} - (\sum \text{ICSAB na população de idosos}))$ no último triênio / $\sum$ população de idosos no último triênio X 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Taxa de consultas médicas na atenção básica para pessoas acima de 60 anos	Número de consultas para idosos no último triênio / população de idosos no último triênio X 100	Percentual - 0 a 100 - quanto maior melhor
Oferta de prótese dentária	Existência de registro do procedimento de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária no SIA	Binária Sim / Não - tendência positiva

Fonte: SES/SC