



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

Péricles Ricardo de Souza Ribeiro

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL:
um estudo comparativo com base nos ciclos 2 e 3 do Programa Nacional de
Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB

Florianópolis

2023

Péricles Ricardo de Souza Ribeiro

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL:

um estudo comparativo com base nos ciclos 2 e 3 do Programa Nacional de
Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof. Dra. Claudia Flemming Colussi

Florianópolis

2023

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

Ribeiro, Péricles Ricardo de Souza
Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde no
Brasil : um estudo comparativo com base nos ciclos 2 e 3
do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
da Atenção Básica - PMAQ-AB / Péricles Ricardo de Souza
Ribeiro ; orientadora, Claudia Flemming Colussi, 2023.
114 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Avaliação em Saúde. 4. Avaliação de Programas e Projetos de
Saúde. 5. Demandas de Serviços de Saúde. I. Colussi,
Claudia Flemming . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

Péricles Ricardo de Souza Ribeiro

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: um estudo comparativo com base nos ciclos 2 e 3 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 22 de maio de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Maria Cristina Marino Calvo, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Sonia Natal, Dr.(a)
Consultor Telemedicina Núcleo SC / Aposentado FIOCRUZ

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

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof.(a) Marta Inez Machado Verdi, Dr.(a)
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof.(a) Claudia Flemming Colussi, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2023.

Dedico esta dissertação aos mais de 700.000 mortos pela COVID-19, aos incansáveis profissionais de saúde de todos os níveis de atenção que nunca hesitaram ao atuar na linha de frente, aos que acataram as recomendações sanitárias ajudando a reduzir a propagação da doença, aos gestores responsáveis do SUS que se propuseram a enfrentar a avassaladora campanha de fake news que favoreceria a proliferação do vírus.

Que a ciência persista derrubando mitos e permitindo que possamos construir um SUS a cada dia mais forte.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho marca o final de um período de profundo amadurecimento, aprendizado e autoconhecimento. No decorrer desse caminho, aconteceu o inesperado: uma pandemia, que veio acompanhada de uma sobrecarga física e mental para as quais trajetória acadêmica alguma seria capaz de preparar.

A obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva era algo sonhado, porém agora tão próximo que chega o momento de agradecer às pessoas que colaboraram para realização desse projeto.

Aos meus pais, Maria Socorro de Souza Ribeiro e Paulo de Oliveira Ribeiro, que sempre apoiaram as minhas decisões, mesmo algumas vezes em discordância, permitindo que eu pudesse cometer erros e, com eles, aprender. Se existe uma forma de amor incondicional neste mundo é a que ambos demonstram. Saibam que é recíproco.

À minha companheira de vida, Mariel Alves Loureiro, sem a qual eu não teria chegado aonde estou. Obrigado pelo apoio, cuidado, compreensão e, especialmente, por trazer a Ellie para as nossas vidas. Não nos completamos, pois nada antes nos faltara, mas sim nos unimos, nos somamos, e, dessa forma, crescemos juntos em nossa jornada.

À minha orientadora Claudia Flemming Colussi, que esteve presente em todos os momentos dessa trajetória acadêmica, e até mesmo em outro país permaneceu dedicada e participativa. Obrigado por direcionar meus esforços da maneira mais sábia mesmo quando eu não conseguia visualizar o horizonte.

À minha família, em especial aos meus irmãos, Paulo e Plínio, vocês foram e sempre serão inspiração em minha trajetória.

Aos meus grandes amigos que permanecem em minha terra natal, Pedro e Larissa, nenhuma distância é capaz de apagar o que o tempo construiu. Obrigado por estarem presentes sempre que precisei. Contem comigo sempre!

Às grandes amizades construídas ao longo dessa jornada, Bianca, Rutiélin, Bruna, Frederico, Marcos e Viviane, cada um de vocês foi essencial para esse momento. Aqui deixo um especial agradecimento a toda a equipe do Centro de Saúde Saco dos Limões pela parceria sem igual.

Às professoras integrantes da banca examinadora, Cristina, Gabriela, Sônia e Daniela, assim como àquelas que participaram da banca de qualificação, obrigado pelo aceite e pelo tempo dedicado a contribuir com este trabalho.

Aos profissionais que aceitaram colaborar na oficina de consenso, por dedicarem seu tempo e conhecimentos a este estudo, Cassia, Erika, Marcos, Nilcema, Rejane, Selma e Sônia.

Ao PPGSC e a todos os professores pela oportunidade de concluir essa jornada em uma instituição pública e renomada.

Aos que torceram por mim e me acompanharam nessa trajetória, meus mais sinceros agradecimentos.

“É impossível dar saúde a quem veste trapos e trabalha com salários que não permitem condições mínimas de subsistência. É impossível dar saúde a um povo se não o libertarmos de sua dependência econômica para que ele mesmo tome suas decisões.”

(Salvador Allende).

RESUMO

Um sistema de saúde com a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial apresenta intervenções mais custo-efetivas, acessíveis e de ampla utilização e aceitação dos usuários. Avaliar qualidade, cobertura e impactos de ações e serviços, sua, é um processo capaz de detectar pontos que necessitem de aprimoramento e promover melhorias. Vários instrumentos apresentam essa finalidade, entre os mais utilizados no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) estão o PCATool e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Assim, foi conduzido um estudo avaliativo longitudinal que visa analisar a qualidade da APS e comparar o desempenho alcançado pelas equipes no 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB. Para isso, foram desenvolvidos os modelos teórico e lógico, assim como uma matriz avaliativa que utiliza as variáveis disponíveis no banco de dados desse instrumento para avaliar os atributos essenciais da APS. Esta matriz passou por validação em oficina de consenso que teve a participação de pesquisadores do campo da avaliação em saúde, profissionais e gestores da APS com reconhecida experiência na temática da pesquisa. As variáveis utilizadas foram recodificadas a cada etapa do processo para emissão de juízo de valor dos indicadores, subdimensões e dimensões, atribuindo-se escores 0 – 0,5 – 1 que representam os resultados ruim, regular e bom, respectivamente. A análise comparativa evidenciou melhoria do desempenho das equipes em todas as dimensões e subdimensões da matriz. Para ambos os ciclos, o atributo com pior desempenho foi a coordenação do cuidado e a longitudinalidade foi o mais bem avaliado. A integralidade apresentou maior número de equipes que melhoraram o desempenho do 2º para o 3º ciclo. A subdimensão fluxos de apoio matricial apresentou significativa melhoria do desempenho no período avaliado, sobretudo por nenhuma equipe ter apresentado bom desempenho no 2º ciclo. A região Norte apresentou um aumento de 523,2% das equipes com bom desempenho entre os ciclos, mas ainda se mantém aquém das outras macrorregiões no 3º ciclo. Apesar de não ser possível afirmar que essa melhoria é uma consequência direta do PMAQ-AB, outros estudos similares destacam o potencial indutor de mudança desse instrumento, sobretudo ao gerar um processo reflexivo nas equipes durante a aplicação do questionário. A elaboração e utilização da matriz avaliativa evidenciou as potencialidades e limitações do PMAQ-AB resultando numa nova perspectiva de análise dos dados coletados e estimulando a discussão de aspectos que podem ser utilizados na construção de um novo instrumento de avaliação adequado à realidade atual das equipes que atuam na APS no Brasil.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Avaliação em Saúde, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

A health system focused on Primary Health Care (PHC) as the point of first contact results in cost-effective, accessible, and widely accepted interventions. Evaluating health services' quality, extension, coverage, and outcomes can show the need for improvement. For this purpose, several tools are available. The PCAT and the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) are the most utilized in the Family Health Strategy (ESF). Therefore, we conducted a longitudinal evaluative study to analyze and compare the quality of PHC teams in the 2nd and 3rd cycles of the PMAQ-AB. Then, we developed the theoretical and logical models and an evaluation matrix to assess the PHC essential attributes using data from PMAQ-AB. The validation of the evaluation matrix occurred in a consensus workshop with the participation of researchers in the health assessment field, PHC professionals, and managers, with recognized experience in the study topic. The conversion of the value judgment happened at each process stage for the indicators, sub-dimensions, and dimensions, assigning scores 0 – 0,5 – 1, representing poor, fair, and good performance, respectively. The comparative analysis showed team improvement in all dimensions and sub-dimensions. Coordination had the worst performance in both cycles. Continuity of care presented the best results. Comprehensiveness showed the highest number of teams improving performance in the analyzed period. The subdimension matrix support processes showed a significant improvement in the evaluated period. The North region showed an increase of 523,2% of teams with good performance between the cycles. However, it remains below the other macro-regions in the 3rd cycle. Although it is not assured to conclude that this development is a direct consequence of the PMAQ-AB, other similar studies highlight its potential for inducing improvement, especially when generating a reflective process during the questionnaire application. The development and utilization of the evaluation matrix revealed the potentialities and limitations of the PMAQ-AB. It resulted in a new perspective of the PMAQ-AB data analysis stimulating the discussion of aspects for constructing a new evaluation instrument adequate to the current situation of the PHC teams in Brazil.

Keywords: Primary Health Care, Health Care Evaluation Mechanisms, Health Care Quality, Access, and Evaluation, Health Services Needs and Demand.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Questões da avaliação em saúde	32
Figura 2 - Percurso metodológico	45
Figura 3 - Modelo teórico da atenção à saúde das equipes de APS no Brasil	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações necessárias para avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária.....	25
Quadro 2 - Tipos de avaliação em saúde.....	32
Quadro 3 - Impacto positivo de serviços de APS na saúde de uma população	36
Quadro 4 - Aspectos fundamentais na avaliação da qualidade da APS	37
Quadro 5 - Desafios do PMAQ-AB.....	41
Quadro 6 - Modelo lógico da atenção em saúde das equipes que atuam na APS no Brasil	53
Quadro 7 – Resumo das contribuições da oficina de consenso.....	55
Quadro 8 - Matriz avaliativa dos atributos das equipes que atuam na APS no Brasil com identificação das variáveis utilizadas do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB.....	56
Quadro 9 - Parâmetros utilizados para juízo de valor: Primeiro contato (D1)	63
Quadro 10 - Parâmetros utilizados para juízo de valor: Longitudinalidade (D2)	64
Quadro 11 - Parâmetros utilizados para juízo de valor: Integralidade (D3).....	65
Quadro 12 - Parâmetros utilizados para juízo de valor: Coordenação do cuidado (D4)	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual de equipes de APS que alcançaram juízo de valor bom, regular ou ruim por subdimensões e tendência de mudança no comparativo entre ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB	80
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	OBJETIVOS	19
1.1.1	Objetivo geral	19
1.1.2	Objetivos específicos	19
2	DESENVOLVIMENTO	20
2.1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1.1	Modelos de sistemas de saúde	20
2.1.2	Atenção Primária à Saúde	23
2.1.3	Atenção Primária à Saúde no Brasil	27
2.1.4	Avaliação no contexto da Atenção Primária à Saúde	29
2.1.4.1	<i>Avaliação em saúde</i>	29
2.1.4.2	<i>Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde</i>	35
2.1.5	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB	40
2.2	METODOLOGIA	45
2.2.1	Definição da pesquisa	45
2.2.2	Percurso metodológico	45
2.2.3	Análise do referencial teórico	46
2.2.4	Elaboração dos modelos teórico e lógico	46
2.2.5	Desenvolvimento da matriz de análise e julgamento	46
2.2.6	Coleta dos dados	47
2.2.7	Emissão do juízo de valor	48
2.2.8	Sistematização e análise dos resultados	48
2.2.9	Aspectos éticos	49
3	RESULTADOS	50
3.1	MODELO AVALIATIVO DESENVOLVIDO	51
3.2	ARTIGO: AVALIAÇÃO COMPARATIVA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL COM BASE NOS DADOS DOS CICLOS 2 E 3 DO PMAQ-AB.....	69
4	CONCLUSÃO	92
	REFERÊNCIAS	94

APÊNDICE A – MATRIZ AVALIATIVA ANTES DA OFICINA DE CONSENSO.....	101
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA: CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.....	102

1 INTRODUÇÃO

Um sistema de saúde orientado para a Atenção Primária à Saúde (APS) está relacionado a uma melhoria no padrão de cuidado, ampliação do acesso e da realização de estratégias ou atendimentos preventivos (STARFIELD, 2002).

No contexto de um sistema de saúde, esse nível de atenção pode ser definido por sua atuação como porta de entrada, sendo o primeiro contato das pessoas que buscam alguma forma de cuidado em um sistema de saúde. Starfield (1992) caracteriza a APS através de quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. O resultado esperado é uma atenção à saúde acessível, centrada na pessoa e na comunidade atendida, contínua ao longo da vida dos indivíduos e coordenada com outros níveis de atenção de modo a atender integralmente as necessidades da população. Um serviço de APS de alta compatibilidade com esses atributos alcança maior resolubilidade, intervenções mais custo-efetivas e um elevado grau de segurança e satisfação do usuário com os serviços de saúde (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Estudos anteriores convergem para a conclusão de que uma maior qualidade da APS está associada a uma menor taxa de internações por causas sensíveis à atenção primária e de mortalidade infantil (CASTRO et al., 2020; HATISUKA; MOREIRA; CABRERA, 2021).

No sistema de saúde brasileiro, a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é associada à melhoria de diferentes indicadores, como o número de internações por causas sensíveis à APS, mortalidade infantil, cobertura vacinal, acesso a cuidados de saúde, óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, mortalidade materna, entre outros (MACINKO et al., 2010; CALLITTO; MANFREDINI, 2013).

Contudo, apesar da melhoria desses indicadores ainda há um longo caminho a ser percorrido e muito para ser aprimorado visando a consolidação de um modelo de atenção à saúde com enfoque na APS que seja capaz de apresentar ampla cobertura e uma atenção à saúde de qualidade, reduzindo as inequidades regionais (RONCALLI; LIMA, 2006; MACINKO et al., 2006; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018; TESSER; SERAPIONI, 2019).

A possibilidade de avaliar a qualidade do serviço prestado na APS, sua extensão, cobertura e impactos, é um passo necessário a fim de promover melhorias e detectar pontos frágeis que necessitem de aprimoramento (HARZHEIM, 2006).

A temática da avaliação em saúde se apresenta bem consolidada na literatura como uma parte essencial do planejamento e da gestão de sistemas de saúde, uma vez que é capaz de fornecer informações sobre o diagnóstico de uma determinada realidade possibilitando estabelecer frentes de atuação que enfoquem melhorias dos problemas identificados (SILVA; FORMIGLI, 1994; BRUIN-KOOISTRA et al., 2012).

A avaliação é um processo que exige constante aprimoramento, tanto para garantir a legitimidade de seus resultados quanto para que seja realizado de maneira custo-efetiva, direcionando recursos e esforços a fim de reduzir desigualdades regionais ou, pelo menos, estabelecendo parâmetros que orientem a melhoria dos serviços com avaliação não satisfatória (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2020). Nesse contexto, vários instrumentos validados se propõem a essa finalidade no contexto da APS, entre estes o WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET), ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP), European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP), General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) e o PCATool (FRACOLLI et al., 2014).

Ao longo do processo de consolidação da ESF como modelo de atenção predominante no território brasileiro, diferentes formas de avaliar a APS no Brasil foram propostas, tais como a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) em 2005, o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) em 2007 no estado de São Paulo, o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011 e o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2012; BRASIL, 2019a; CASTANHEIRA et al., 2016).

O PMAQ-AB foi uma proposta de avaliação e estímulo à melhoria da qualidade da APS com objetivo de ampliar o impacto da APS sobre a saúde da população, melhorar a qualidade da prestação do cuidado, dos sistemas de informação, do acesso e da satisfação dos usuários, estimular atividades de educação permanente e promover transparência dos processos de gestão através da participação popular, além de incentivar a institucionalização da cultura de

avaliação na APS e no Sistema Único de Saúde (SUS) (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016; BRASIL, 2012).

A variedade de informações produzidas pelo PMAQ-AB é analisada por vários autores em diferentes perspectivas mesmo em estudos conduzidos alguns anos após a descontinuidade dos ciclos avaliativos, o que demonstra a possibilidade de utilização desses dados para realização de um diagnóstico situacional da APS e avaliação de intervenções (BOUSQUAT et al., 2017; GOMES; PINTO; CASSUCE, 2021).

Apesar da existência de instrumentos internacionalmente validados para avaliação da qualidade da APS, o PMAQ-AB foi desenvolvido a partir da necessidade de avaliar as fragilidades da APS no Brasil, já que os problemas identificados eram relacionadas à precariedade da estrutura física, condições de trabalho inadequadas, pouca ou nenhuma integração com a atenção secundária, financiamento insuficiente e dificuldade na reorientação de práticas (BRASIL, 2012). Essas particularidades não seriam tão bem analisadas se fosse utilizado um instrumento desenvolvido para outros contextos.

Por fim, há de se considerar as dimensões geográficas e as particularidades do território brasileiro e de seu sistema de saúde na proposição de um processo avaliativo da APS, adicionando-se ainda o fato que a ESF tem o importante papel de reorientação de práticas no SUS, atuando de maneira descentralizada e assumindo um papel central nas redes de atenção à saúde (CASTANHEIRA et al., 2016).

Diante do exposto, esta pesquisa tem o intuito de avaliar a qualidade da APS do Brasil nos anos 2013 e 2017 através de padrões de desempenho por equipe considerando indicadores dos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB utilizados na construção de uma matriz de análise dos atributos essenciais da APS.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Realizar uma análise comparativa da qualidade da Atenção Primária à Saúde do Brasil nos anos 2013-2017.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar indicadores que representem os atributos essenciais da atenção primária nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB para compor uma matriz avaliativa da qualidade da APS;
- Avaliar o desempenho das equipes APS em 2013 (2º Ciclo PMAQ-AB) e 2017 (3º Ciclo PMAQ-AB);
- Comparar os resultados da avaliação por dimensões, subdimensões e macrorregiões das equipes avaliadas, identificando a melhoria, a manutenção ou a piora do desempenho da APS no período de avaliação;
- Discutir os resultados da avaliação, assim como aspectos e fatores relacionados às diferenças e padrões encontrados.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Em seguida, será apresentado o referencial teórico utilizado como embasamento para a metodologia desta pesquisa.

2.1.1 Modelos de sistemas de saúde

Para entender a atuação da APS é importante conceituar as formas de organizar um sistema de saúde e suas tipologias. O estudo comparativo dos diferentes tipos de sistemas de saúde traz informações valiosas acerca de seus resultados e sobre o impacto dessa forma de organização na saúde da população atendida (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

A maneira de entender o processo saúde-doença, a própria conceituação de saúde e diferentes aspectos culturais e históricos tendem a moldar a organização da atenção à saúde num determinado local. À vista disso, há diferentes modos de organizar um sistema de saúde, algo também entendido como diferentes tipologias, que variam conforme o tipo de financiamento, a abrangência das ações, assim como o envolvimento público ou privado na prestação do cuidado (BURAU; BLANK, 2006; LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Mesmo que as tipologias de sistemas de saúde estejam bem descritas na literatura, no campo prático o que se encontra é uma mistura dessas características. Bureau e Blank (2006), por exemplo, sugerem que a análise dessas características é mais complexa do que se imagina, uma vez que, no estudo desses autores, apenas 4 dos 9 países analisados se encaixam perfeitamente em um dos 3 tipos de sistemas de saúde descritos na literatura.

Da mesma maneira, Lobato e Giovanella (2012) destacam que um sistema de saúde é parte de um processo de transformação social, que se apresenta como resultado das demandas e necessidades de uma determinada população, assim como é capaz de influenciar a própria sociedade e suas organizações.

O modelo Beveridge se apresenta como um sistema de saúde caracterizado pela cobertura universal, financiamento realizado por meio de impostos e prestação do cuidado realizada ou controlada pelo estado (BURAU; BLANK, 2006).

O principal exemplo e protótipo desta tipologia é o “National Health System” (NHS), criado em 1948 no Reino Unido, e representa um marco não apenas no campo da saúde, mas também da seguridade social, uma vez que traz a perspectiva de saúde como direito universal devendo o acesso a cuidados em saúde ser garantido pelo estado (SERAPIONI; TESSER, 2020).

Como o cuidado é prestado diretamente pelo estado, através da própria estrutura pública ou da contratação de serviços privados, essa tipologia costuma resultar em uma atenção à saúde com acesso mais equânime e de custos distribuídos de maneira mais uniformes (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Outro tipo, o modelo Bismarck apresenta uma proposta de cobertura universal, porém financiado por meio de seguro saúde obrigatório, pago por empregados e empregadores, e com prestação do serviço podendo ser pública ou privada (BURAU; BLANK, 2006).

Vários países, tais como Japão e Holanda, têm sistemas de saúde financiados através de contribuição social obrigatória, tendo esse modelo surgido na Alemanha em 1883 (SERAPIONI; TESSER, 2020).

Por fim, o modelo Smith ou modelo de seguros privados, apresenta financiamento baseado no pagamento individual de seguro saúde ou desembolso direto pela prestação de serviço. Esse pagamento pode ser realizado pelo próprio segurado ou por seu empregador. A prestação de serviço é predominantemente privada e o acesso é restrito aos indivíduos que possuem o seguro ou que podem arcar com os custos do cuidado em saúde (BURAU; BLANK, 2006).

Nesse modelo de proteção social, o estado não apresenta responsabilidade na assistência à saúde, sendo as opções de seguro usualmente fornecidas por empresas privadas. Desta forma, há maior potencial de gerar a prestação de um cuidado desigual conforme a condição socioeconômica de cada cidadão, assim como uma atenção pouco eficiente, já que os gastos são regulados conforme interesse de mercado (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Ao longo da história das políticas de saúde no Brasil, já houve predomínio de cada um dos três modelos conforme o contexto histórico.

No período anterior a 1930 predominavam as políticas higienistas com o objetivo de controlar as epidemias que assolavam a população e o cuidado em saúde era prestado de maneira privada ou por instituições filantrópicas à população pobre. Com o crescimento da população urbana e do movimento operário, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, uma forma de seguro social atualmente criticada por potencializar desigualdades no cuidado em saúde. Algum tempo depois, com o surgimento do movimento de Reforma Sanitária, inicia o processo de base conceitual para criação do SUS, um modelo de sistema de saúde com enfoque no acesso, descentralização, universalização e na participação popular (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Para Serapioni e Tesser (2020), o sistema de saúde brasileiro atualmente apresenta características comuns aos modelos Beveridge, Smith e Bismarck, sendo uma maior proximidade com esses dois primeiros.

Se, por um lado, o SUS se propõe à prestação de um cuidado universal, seu longo retrospecto de subfinanciamento faz com que ainda apresente muito a evoluir em questões de cobertura, acesso e qualidade dos serviços de saúde (TESSER; SERAPIONI, 2019).

Essas particularidades geram iniquidades importantes que, historicamente, vem sendo potencializadas por meio de subsídios financeiros para contratação de planos de saúde privados e do reembolso de gastos com saúde suplementar na arrecadação de impostos (SERAPIONI; TESSER, 2020).

Dessa maneira, Paim (2012) defende um modelo de sistema de saúde que seja capaz de representar a pluralidade do amplo território brasileiro. Essa reflexão ultrapassa as bordas da simples dicotomia do modelo hegemônico hospitalocêntrico contra os modelos de promoção, vigilância ou linhas de cuidado. Logo, faz-se necessário o entendimento de que um sistema de saúde é uma construção sociocultural e definido historicamente pelo contexto no qual está inserido resultando em um agrupamento de tecnologias, recursos e estratégias a fim de garantir o cuidado em saúde.

Modelos de atenção são combinações de tecnologias estruturadas em função de problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde, historicamente definidas. Não são normas, nem exemplos a serem seguidos, mas formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) medidas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde. Não se reduzem às formas de organização dos serviços de saúde, nem aos modos de administrar ou gerenciar ou gerir um sistema de saúde, ainda que

possam interagir, sinergicamente, com as dimensões gerencial e organizativa de um sistema de serviços de saúde nas estratégias de transformação. Constituem, enfim, racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde. (PAIM, 2012, p. 487-488).

Com base no exposto e considerando a complexidade da organização de sistemas de saúde, é necessário monitorar as intervenções implementadas, a fim de estabelecer o papel de tais mudanças na melhoria ou não das condições de vida da população (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; CESAR, 2018).

Da mesma maneira que a própria construção de um sistema de saúde é uma atividade dinâmica, o processo de avaliar e implementar melhorias também deve ser contínuo e organizado (SILVA; FORMIGLI, 1994; LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

2.1.2 Atenção Primária à Saúde

No contexto dos sistemas de saúde existem diferentes níveis de atenção sendo a APS caracterizada, conforme Starfield (1992), por quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Uma APS bem estruturada atua como a primeira forma de contato das pessoas com o sistema de saúde e é capaz de prestar um cuidado em saúde acessível, centrado na pessoa e na comunidade atendida, contínuo ao longo da vida dos indivíduos e coordenado com outros níveis de atenção de modo a atender integralmente as necessidades da população.

Starfield (2002) descreve o atributo do primeiro contato como resultado do acesso e da utilização dos serviços, diferenciando a acessibilidade (aspectos que permitem que os usuários cheguem ao serviço de saúde, tais como organização da oferta e localização geográfica) do acesso (percepção das pessoas em relação à acessibilidade). Esse entendimento reforça que não apenas as características da oferta são relevantes, mas também a percepção dos usuários, a adequabilidade dos serviços e sua aceitabilidade, que terão a utilização como produto. Travassos e Martins (2004) discutem a complexidade do conceito de acesso identificando autores que enfocam nas particularidades dos indivíduos, nas características da oferta ou em ambos.

Uma fonte adequada de informações da atenção de primeiro contato é a forma de organização dos serviços de saúde e sua capacidade de oferta, obtida através do projeto do programa de atenção primária, assim como a experiência e a preferência dos usuários quando necessitam cuidados em saúde (STARFIELD, 2002).

Oliveira e Pereira (2013) destacam a utilização do termo longitudinalidade de maneira similar à continuidade do cuidado na literatura, apesar de outros autores destacarem suas diferenças conceituais. Cunha e Giovanella (2011) abordaram essa questão conceitual e definem a longitudinalidade com base em três aspectos que são a disponibilidade de uma fonte regular de cuidado, a formação de um vínculo terapêutico entre usuário e equipe e a continuidade informacional. Starfield (2002) destaca que a longitudinalidade pressupõe a avaliação do vínculo do paciente com a equipe de saúde, o que pode ser adequadamente avaliado por instrumentos que entrevistem os próprios usuários. Assim, a formação do vínculo do usuário com o serviço de saúde trata-se da característica que diferencia a longitudinalidade da continuidade do cuidado.

A integralidade envolve a atuação intersetorial para garantir o acesso dos usuários a qualquer nível de atenção apropriado às suas necessidades em perspectiva individual ou coletiva (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Portanto, a oferta de serviços deve contemplar a promoção, prevenção, cura e reabilitação, além da abordagem integral das necessidades do indivíduo no seu contexto familiar, social e cultural.

Starfield (2002) descreve que a disponibilidade de serviços pode variar conforme o tempo e o contexto local, se adaptando conforme a realidade da população assistida, e destaca o potencial do vínculo longitudinal na identificação dessas necessidades de saúde.

No caso da integralidade, os sistemas de informação, auditoria dos registros de prontuário e o projeto de organização da carteira de serviços disponíveis são formas de coleta de dados para avaliação (STARFIELD, 2002).

A coordenação do cuidado, conforme Oliveira e Pereira (2013), representa o papel da APS como articuladora da rede de atenção à saúde, uma função capaz de reduzir os efeitos da fragmentação do cuidado de usuários, especialmente aqueles com multimorbidades.

Esse atributo pode ser analisado através de dados coletados do projeto do programa de APS e da auditoria dos registros de prontuário (STARFIELD, 2002).

O Quadro 1 descreve as características que compõem a avaliação dos atributos da APS.

Quadro 1 – Informações necessárias para avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária

Atributo	Tipo de informação necessária
Primeiro contato	Acessibilidade da unidade
	Acesso à atenção
	Uso da unidade como local de primeiro contato
Longitudinalidade	Definição da população eletiva
	Conhecimento do paciente e de seu meio social
	Extensão e força da relação com os pacientes, não importando o tipo de necessidade para a atenção
Integralidade	Espectro de problemas a serem tratados
	Atividades preventivas primárias e secundárias
	Reconhecimento e manejo dos problemas de saúde (incluindo saúde mental) na população
	Porcentagem de pessoas manejadas referenciadas sem encaminhamento
Coordenação do cuidado	Mecanismos para continuidade
	Reconhecimento de informações de consultas prévias
	Reconhecimento de consultas para encaminhamento / consultoria (ocorrências e resultados)

Fonte: Adaptado de Starfield (2002).

Apesar do conceito proposto por Starfield apresentar ampla aceitação como a definição de APS, o termo “primary care” já foi caracterizado de diferentes maneiras por outros autores. Desta forma, sua definição pode ser compreendida de maneira multidimensional, o que reconhece a própria complexidade deste nível de atenção, conforme proposto pelo “Comitê sobre o Futuro da Atenção Primária” (1996):

Atenção primária é a prestação de serviços de saúde integrados e acessíveis por médicos responsáveis por atender a grande maioria das necessidades pessoais de saúde, desenvolvendo uma parceria de longo prazo com os pacientes e atuando no contexto da família e da comunidade. (tradução livre de IOM, 1996, p. 48).

Antes mesmo da utilização do termo APS, e muito mais ainda de suas primeiras definições, o relatório Dawson publicado em 1920, que tinha por objetivo propor uma reorganização da atenção em saúde oferecida no Reino Unido, traz

recomendações para sistematização da oferta de cuidado de uma maneira que os serviços de saúde deveriam estar disponíveis próximo à residência dos habitantes de uma determinada área (MINISTRY OF HEALTH, 1920). Apesar da proposta de criação de Centros de Saúde Primários, secundários e hospitais-escola, sendo o secundário caracterizado pela presença de atenção especializada e a organização baseada em níveis de complexidade do cuidado, o relatório Dawson ainda não faz menção ao termo “primary care”, que seria definido apenas anos após.

Em 1978 a Conferência de Alma-Ata, formulou uma declaração que trata de mais um passo na consolidação da APS como parte essencial de um sistema de saúde resolutivo e adequado às necessidades de uma população. Esse documento expressa que os Cuidados Primários em Saúde devem ser promovidos, desenvolvidos e implementados aos sistemas de saúde do mundo, especialmente em países em desenvolvimento. Além disso, destaca como meta o provimento de um cuidado em saúde em nível aceitável e acessível a todos os povos do mundo, destacando a desigualdade como um importante fator no processo de adoecimento). A definição de Cuidados Primários de Saúde proposta trata de um cuidado amplo, que considera e se adapta às condições socioeconômicas da população assistida, que seja orientado para a comunidade e ofereça cuidados relacionados à promoção de saúde, prevenção, cura e reabilitação, além de incluir um importante fator de participação popular, empoderamento do usuário na organização e controle do cuidado em saúde, educação em saúde e integração do cuidado com outros níveis de atenção (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

O processo de reorganização dos modelos de sistemas de saúde, que transitam de um modelo centrado no cuidado hospitalar para um enfoque na APS, é diretamente relacionado a mudança ampla na forma de entender e conceituar saúde. Segundo a declaração de Alma-Ata:

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p. 1).

Vale ressaltar que, pela amplitude e complexidade do próprio termo, é preferível a nomenclatura “Atenção Primária”, à já utilizada “Atenção Básica”, uma

vez que a definição desse nível de cuidado não se trata do provimento de um cuidado mínimo ou de menor complexidade em relação a outros níveis de atenção. Esse termo se aproxima mais do conceito de APS seletiva, que propõe a oferta um pacote de serviços essenciais voltados à uma população pobre (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007). Esse conceito de APS pode resultar na ampliação de desigualdades sociais em saúde e se afasta completamente do modelo de cuidado amplo e integral originalmente proposto na Declaração de Alma-Ata.

2.1.3 Atenção Primária à Saúde no Brasil

A construção de um sistema de saúde com enfoque em serviços de APS no Brasil apresenta direta relação com a mudança na concepção de saúde, que passa a ser vista como um direito da população e cujo conceito ampliado se apresenta não apenas como ausência de doença (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Tal mudança de paradigma se inicia durante a década de 1970, com a criação dos departamentos de Medicina Preventiva e surgimento dos primeiros programas de residência médica em Medicina Geral e Comunitária (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Conforme descrito por Andrade et al. (2018), apesar das críticas ao modelo de saúde médico-centrado hegemônico, a Medicina Comunitária apresentava ainda elementos de uma atenção à saúde voltada ao liberalismo e ao interesse de mercado, o que gerou embates com o campo da Saúde Coletiva. Assim, a partir das reflexões em torno das críticas ao modelo médico-assistencial privatista, ao sistema de saúde focado em programas direcionados a populações em situação de vulnerabilidade social e com promoção à medicalização da sociedade, se inicia o movimento da Reforma Sanitária Brasileira a fim de promover a “democratização da saúde” (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Esses conceitos e discussões ampliaram a noção de saúde como direito, um elemento essencial na promoção de uma sociedade mais igualitária. Como resultado desse processo, o reconhecimento da influência dos determinantes sociais da saúde se encontra na própria constituição de 1988 (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 118-119).

Como parte do processo de reorganização da atenção em saúde no Brasil, a idealização do SUS em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde, sua incorporação à constituição em 1988 e regulamentação em 1990 marcam pontos importantes na trajetória de um sistema de saúde com ênfase na APS (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Com a criação do SUS, a Saúde da Família foi gradativamente implementada como forma de prestação dos cuidados primários em saúde. Assim, a ESF, originalmente Programa de Saúde da Família quando de sua criação em 1994, foi adotada como forma de organização para a APS no Brasil (PORTELA, 2017).

Segundo Lobato e Giovanella (2012), a ESF surge num contexto de rompimento dos modelos de atenção hegemônicos e, apesar de inicialmente considerada um programa, apresentava características de uma atenção com enfoque no modelo sanitaria, cuja finalidade era promover a integralidade e a uniformização das ações em saúde quando definitivamente implantado.

Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, nesse, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1997, p.8).

Portela (2017) destaca que a ESF converge, de certa maneira, para um sinônimo de APS na realidade brasileira, sem, no entanto, englobar toda a complexidade do conceito de APS. É fundamental ter clareza desse conceito a fim de avaliar os resultados alcançados pelas estratégias implantadas pela ESF em diferentes locais.

Essa definição e clareza são especialmente importantes quando se constata que a implantação da ESF e do próprio SUS, como modelo hegemônico no Brasil, é um processo ainda lento, onde alguns locais ainda apresentam uma ESF organizada para a prestação de serviços básicos e que apresentam dificuldade em consolidar a mudança do modelo de organização e prestação do cuidado em saúde proposto (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

O processo de implantação, planejamento, execução e avaliação é algo previsto desde a adoção da ESF como modelo de atenção predominante no território brasileiro (BRASIL, 2000). No entanto, Castanheira et al. (2016) destacavam a necessidade de clareza quanto aos objetivos da avaliação, da utilização dos dados e do interesse do avaliador. Assim, se um processo avaliativo serve, exclusivamente,

ao gestor do sistema de saúde, não há forma de garantir que esse juízo de valor seja algo compatível com o interesse dos outros atores envolvidos e que conte com a aceitação dos usuários e dos profissionais que atuam nos serviços de APS.

A partir da última revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), alguns aspectos importantes da ESF vêm sendo descaracterizados, como a ausência do Agente Comunitário de Saúde nas equipes, a redução da carga horária mínima de profissionais, o enfoque no atendimento à demanda espontânea, – esses dois últimos transformando a Unidade Básica de Saúde em uma forma de pronto-atendimento onde não há vinculação do usuário à equipe – a perda do princípio da universalidade ao alterar a lógica do financiamento para a captação ponderada, e o enfraquecimento do componente multiprofissional de apoio às Equipes de Saúde da Família (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

2.1.4 Avaliação no contexto da Atenção Primária à Saúde

A fim de caracterizar a avaliação da qualidade da APS e os instrumentos desenvolvidos com essa finalidade, esse tópico aborda o conceito e as particularidades da avaliação em saúde, assim como as características da avaliação da qualidade da APS.

2.1.4.1 Avaliação em saúde

Segundo Guba e Lincoln (1989), que definiram o que se conhece por “quarta geração da avaliação”, não há uma única forma absolutamente correta de definir o termo avaliação, já que a própria existência de tal definição terminaria por desconsiderar algumas das variáveis envolvidas no processo de avaliar, como seus objetivos e a forma de condução. Muitos autores se propuseram a buscar uma definição desse conceito.

Dubois, Champagne e Bilodeau (2011) definem o que chamam de “avaliação contemporânea” como o resultado de um constante aprimoramento a partir dos meios de se obter informação acerca de uma intervenção. Assim, para conceituar o que se entende por avaliação é necessário observar as mudanças que esse conceito apresentou ao longo de sua construção.

Avaliar, então, é uma característica fundamental da espécie humana e correlaciona-se diretamente com qualquer processo de tomada de decisão da rotina diária. Assim, na perspectiva desse conceito, desde questões simples sobre o potencial risco-benefício de uma decisão, suas implicações e custos, bem como os resultados esperados, estão envolvidos no ato de avaliar (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

No contexto organizacional, a finalidade da avaliação trata de aumentar a efetividade de uma determinada ação, por meio de uma otimização do processo de trabalho, maior produtividade, redução de custos e menor desperdício de recursos (CALVO; HENRIQUE, 2006). Essa forma de avaliação se utiliza de indicadores quantitativos para estabelecer a qualidade de um serviço com base em seus resultados (MANNION; GODDARD, 2002).

Ademais, Calvo e Henrique (2006) destacam a importância de definir o significado de avaliar associado ao tipo de avaliação realizada, por exemplo, de qualidade, de eficiência, de eficácia, de produtividade, de efetividade ou de quantidade.

Entretanto, há um ponto em comum nas publicações de diversos autores, relativa ao fato de que a percepção de valor acerca de um objeto, no julgamento de um determinado avaliador, pode ser diferente de outro que participe do mesmo processo. Dessa maneira, é importante que sejam utilizados variáveis, indicadores e parâmetros bem definidos, assim como é essencial ter discernimento quanto à finalidade da avaliação, quem avalia e para quem essa avaliação servirá, além do contexto histórico, cultural e institucional de onde a avaliação é conduzida.

Os sistemas de saúde, os níveis de atenção e as ações em saúde carregam uma intrínseca complexidade que se integra às próprias particularidades do campo da avaliação. Assim, a avaliação em saúde trata de aspectos do cuidado que vão desde o enfoque individual, até a análise de programas, ações, intervenções e de seus resultados (SILVA; FORMIGLI, 1994).

O juízo de valor emitido pela avaliação é um resultado da interação dos diferentes atores envolvidos no processo, inclusive do avaliador, gestores e profissionais avaliados (NOVAES, 2000). Isso faz com que o campo da avaliação apresente muitas abordagens em construção e esteja em constante aprimoramento (CALVO; HENRIQUE, 2006; CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades (BRASIL, 2005, p 18).

Em princípio, a avaliação em saúde surge num contexto da necessidade de quantificar os resultados obtidos a partir de um determinado investimento na criação de programas e políticas sociais pelo estado. Nesse momento, o enfoque está na avaliação da eficiência, que representa a relação entre resultados e o custo de uma determinada ação e se trata de um dos conceitos usados na avaliação (CALVO; HENRIQUE, 2006).

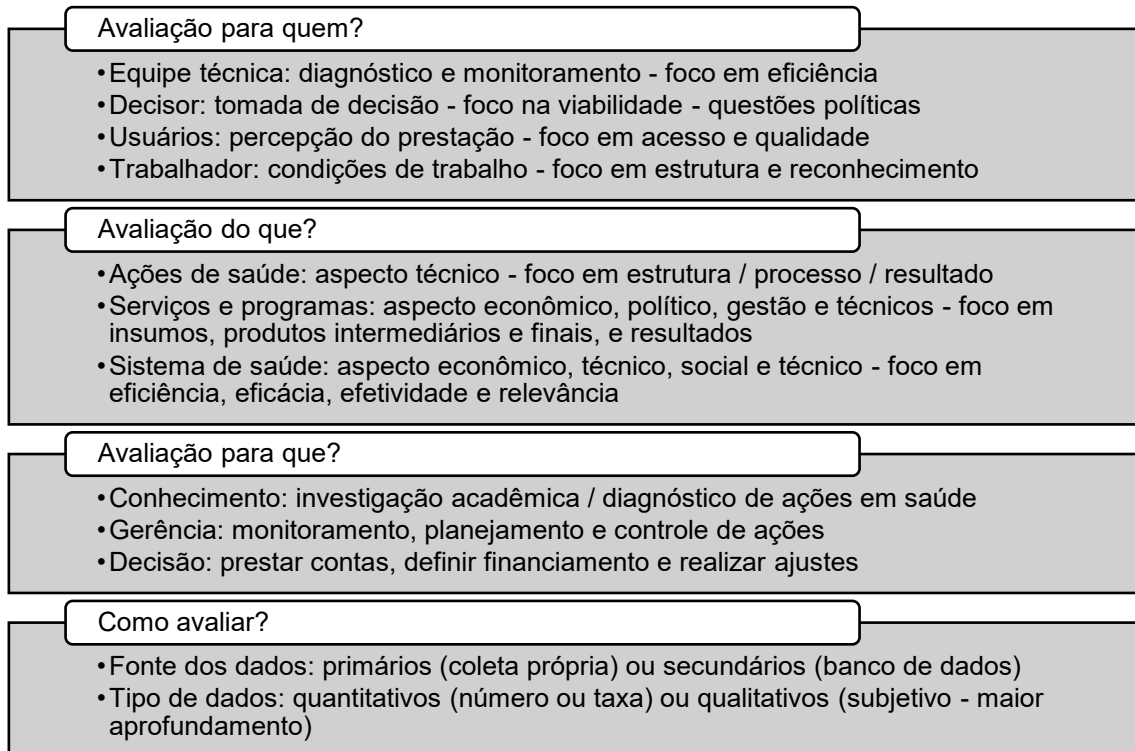
Calvo e Henrique (2006) descrevem os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade. Enquanto eficiência se relaciona com o custo-benefício de uma ação, eficácia é associada ao cumprimento do objetivo esperado e a efetividade lida com o potencial dessa ação de modificar uma determinada realidade.

Tais definições são extensamente discutidas por diversos autores ao longo do desenvolvimento da avaliação em saúde. Silva e Formigli (1994) discutem outros conceitos relacionados à avaliação, tais como qualidade, impacto, acessibilidade, cobertura e satisfação do usuário.

Algumas questões permeiam o campo da avaliação em saúde e partem da necessidade da definição de alguns aspectos que podem influenciar os resultados da avaliação, tais como o objetivo, o objeto, a finalidade e a consequência das informações produzidas, assim como a quem interessa a avaliação (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Calvo e Henrique (2006), identificaram importantes questões da avaliação em saúde que são descritas na Figura 1.

Figura 1 - Questões da avaliação em saúde



Fonte: Calvo e Henrique (2006).

O trabalho de Novaes (2000), descreve três categorias da avaliação em saúde com base em 8 critérios definidos após análise das variações metodológicas encontradas em revisão da literatura. Estes são: objetivo, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, forma de utilização da informação produzida, contexto da avaliação, temporalidade e tipo de juízo formulado. Estas categorias e suas principais características são descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Tipos de avaliação em saúde

Crerios	Investigação avaliativa	Avaliação para decisão	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Avaliador	Externo (interno)	Interno / externo	Interno / externo
Enfoque	Impactos	Compreensão	Quantificação
Metodologia predominante	Quantitativo / experimental / quase experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Qualitativo e quantitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Uso da informação	Demonstração	Informação	Instrumento de gestão
Juízo em relação à	Hipóteses	Recomendações	Normas
Temporalidade	Pontual / replicado	Corrente / pontual	Integrado / contínuo

Fonte: Novaes (2000)

Calvo, Magajewski e Andrade (2016) definem outras formas de classificar o processo de avaliação em saúde. Por exemplo, conforme o momento em que é realizada, podendo ser antes da intervenção ser colocada em prática, com o objetivo de realizar ajustes no planejamento, ou após a intervenção, cuja finalidade se trata de identificar os resultados e mudanças alcançados.

A avaliação em saúde também pode ser classificada quanto à sua natureza, sendo a normativa caracterizada pelo enfoque técnico, em geral quantitativo, para produção de informação acerca da adequação do objeto a critérios estabelecidos previamente. Frequentemente esta primeira é usada durante a implantação da ação (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

Já a natureza avaliativa é mais adequada quando a ação já está implantada, seu objetivo é identificar e emitir juízo de valor acerca dos resultados da intervenção, geralmente baseada em indicadores e inclui a proposição de estratégias para melhorar os aspectos insatisfatórios (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

Assim, há diversas maneiras de classificar, definir e conduzir um processo de avaliação. Não há uma abordagem metodológica única ideal para todas as formas de avaliação cabendo essa decisão ao avaliador.

A avaliação destaca-se em importância, sobretudo em um contexto de tomada de decisão na definição das estratégias de monitoramento, planejamento, no controle de custos e incorporação de novas tecnologias em um sistema de saúde (GRIMM; TANAKA, 2017).

Trazendo uma perspectiva com maior enfoque em ações de monitoramento, mas destacando a correlação existente com a avaliação, Grimm e Tanaka (2017) apontam a necessidade de transparência no processo de definição dos indicadores utilizados. A avaliação apresenta maior complexidade por detectar não apenas as mudanças ocorridas ao longo do tempo, mas também por buscar as razões que geraram mudança e emitir juízo de valor quanto ao alcance dos objetivos propostos.

Silva e Formigli (1994) também destacam aspectos de um sistema de saúde que podem ser monitorados para definição de prioridade e readequação de práticas e serviços. Entre estes, a cobertura, a eficiência, a efetividade, a qualidade técnico-científica do cuidado, o acesso, a equidade e a satisfação do usuário.

Assim, é fundamental que serviços de saúde tenham como atividade rotineira o hábito de avaliar. Vários autores defendem a institucionalização da avaliação, um processo com o potencial de gerar informações para melhoria do

processo de trabalho das equipes, para tomada de decisão dos gestores e para planejamento das ações e programas (BOUSQUAT et al., 2017).

No entanto, para efetiva institucionalização da avaliação como parte do processo de trabalho de serviços de saúde é essencial promover o entendimento acerca da finalidade, da pertinência e da legitimidade da avaliação (BOUSQUAT et al., 2017). Basicamente, trata de incluir o ponto de vista dos atores envolvidos, desconstruir a perspectiva de que a avaliação trará repercussão negativa para as equipes e propiciar o entendimento da avaliação como ferramenta para alcançar a melhoria da qualidade serviço prestado e das condições de trabalho.

Novaes (2000) descreve que a prática da institucionalização do processo avaliativo em programas e serviços de saúde vem gerando o surgimento de tipos de abordagem metodológica que se agrupam em “comunidades profissionais” presentes na saúde pública, na administração, na gestão e na medicina. Três dessas abordagens são descritas a seguir:

- Avaliação tecnológica em saúde: trata da incorporação de tecnologias, equipamentos ou medicamentos a um determinado serviço, assim como análise de tecnologias já implantadas e seus resultados. Consiste em uma avaliação técnica com enfoque na eficiência cuja finalidade é a tomada de decisão.
- Avaliação de programas: mensura o impacto gerado por uma determinada intervenção ou a própria implantação de um programa ou ação estratégica. Apresenta aspectos de avaliação técnica em conjunto com avaliação de qualidade, tem como finalidade a produção de conhecimento, tomada de decisão e planejamento.
- Avaliação, gestão e garantia de qualidade: avalia a adequação de um determinado serviço em comparação a parâmetros de qualidade estabelecidos. Pode apresentar enfoque na produção de informação, planejamento ou tomada de decisão.

Assim, Calvo e Henrique (2006) destacam que a avaliação em saúde é uma ferramenta fundamental não apenas para quantificar resultados de uma ação já realizada, mas um ponto a ser devidamente explorado durante a fase de planejamento de uma intervenção.

Grimm e Tanaka (2017), pontuam a avaliação da gestão orçamentário-financeira dentro da perspectiva do SUS como instrumento de orientação da mais eficiente alocação de recursos. Esses autores concluem que a avaliação deveria se

tornar uma atividade permanente, no contexto da gestão orçamentária, com enfoque nos resultados alcançados.

É com base nas perspectivas apresentadas que Silva e Formigli (1994) sugerem a implementação e aprimoramento de modelos de avaliação em saúde capazes de identificar as principais fragilidades de uma intervenção, programa ou ação, no contexto da atenção em saúde. O resultado de tais ações é uma melhoria constante dessas práticas, assim como a consolidação da legitimidade do processo de avaliação.

2.1.4.2 Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde

Starfield, Shi e Macinko (2005) revisaram pesquisas que associassem maior oferta de médicos especialistas em APS com indicadores de saúde populacional. Assim, encontraram associação positiva entre prestação de um cuidado em saúde prestados por um médico especialista em APS e em locais com um serviço de APS de reconhecida qualidade com maior oferta de cuidados preventivos em saúde.

Da mesma maneira, locais que contam com um serviço de APS adequadamente implementado apresentam melhor desfecho em diversos indicadores de saúde e relacionados à saúde (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Outros autores corroboram tais resultados demonstrando o impacto da implementação de serviços de APS resultando em menores taxas de internações por causas sensíveis à APS e de mortalidade infantil, assim como maior disponibilidade de leitos em atenção terciária, em municípios com melhores indicadores de cobertura e desempenho dos serviços de APS (CASTRO et. al., 2020; HATISUKA; MOREIRA; CABRERA, 2021; PINTO; GIOVANELLA, 2018; SOARES; RAMOS, 2020).

Ainda conforme o trabalho de Starfield, Shi e Macinko (2005), há 6 mecanismos identificados que podem justificar porque um serviço de saúde com enfoque na APS é capaz de alcançar melhores resultados, estes estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3 - Impacto positivo de serviços de APS na saúde de uma população

Razão	Detalhamento
Ampliação do acesso a serviços de saúde	A APS é capaz de reduzir ou remover barreiras de acesso ao serviço de saúde atuando como porta de entrada
Melhoria na qualidade do cuidado	A qualidade do cuidado prestado por médicos da APS é similar ou superior aos desfechos alcançados por especialistas para doenças mais frequentes
Maior enfoque na prevenção	Cuidados preventivos são mais efetivos quando realizados em conjunto em comparação ao direcionamento a um órgão ou doença específica
Controle precoce de condições crônicas	Condições crônicas tendem a ser controladas mais cedo na APS, tal fator é essencial para prevenção de complicações
Prestação de cuidado mais apropriado	Um cuidado contínuo ao longo da vida e centrado na pessoa resulta em melhores desfechos ao longo do tempo
Menos intervenções desnecessárias ou inapropriadas	A educação médica voltada ao ambiente hospitalar (onde os exames têm maior probabilidade pré-teste) tende a promover intervenções diagnósticas que são inapropriadas na comunidade pela baixa prevalência dessas doenças

Fonte: Adaptado de Starfield, Shi e Macinko (2005).

Dessa maneira, destaca-se o impacto da implementação de serviços de APS nos desfechos alcançados na saúde populacional. Contudo, é fundamental a construção de um processo contínuo de estímulo a melhorias nesses serviços a fim de buscar uma aproximação do proposto como APS, assim como adequações à realidade local promovendo uma melhoria da qualidade dos serviços de saúde (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). A continuidade do processo avaliativo resulta em um contínuo aprimoramento através de informações que norteiam o planejamento e a execução de ações que sejam adequadas à realidade dos serviços avaliados.

Segundo Starfield (2002), esforços para avaliar a qualidade da APS segundo suas características se iniciam na década de 70. Essa forma de avaliação propõe estimar o potencial do serviço de APS de alcançar excelência através de seus atributos se apresentando como um serviço acessível, com prestação de cuidado longitudinal, integral e coordenado com outros níveis de atenção, assim como de ampla abrangência e resolubilidade.

Starfield (2002) destaca quatro aspectos importantes na avaliação da qualidade da APS, descritos no Quadro 4. Esses aspectos foram utilizados como base da busca por variáveis no banco de dados do PMAQ-AB na construção da matriz avaliativa deste trabalho.

Quadro 4 - Aspectos fundamentais na avaliação da qualidade da APS

Aspecto	Detalhamento	
Capacidade para organizar a APS	Recursos humanos e físicos	
	Financiamento adequado	
	Organização, administração e acesso	
	Variedade de serviços oferecidos	
Prestação de serviço	Reconhecimento das necessidades	
	Utilização do serviço	
Desempenho clínico	Qualidade técnica	Momento oportuno
	Diagnóstico	Manejo
	Reavaliação	Prevenção
Resultado da atenção	Longevidade	Bem-estar
	Qualidade de vida	Riscos
	Capacidade de recuperação	

Fonte: Starfield (2002).

A avaliação de serviços de APS pode ter duas perspectivas, por um lado, a nível individual, caracterizada pela prestação do cuidado e na capacidade do profissional de gerar um melhor resultado em saúde, como o controle de uma doença crônica, impedindo ou retardando o surgimento de complicações associadas (STARFIELD, 2002). Na perspectiva populacional, a avaliação se volta para o impacto do serviço na saúde da população mensurando melhorias de indicadores de morbimortalidade, redução de iniquidades e influência dos determinantes sociais da saúde em um determinado contexto (STARFIELD, 2002).

Em relação a metodologias de avaliação da APS, Starfield (2002) descreve a abordagem capacidade-desempenho, que tem a finalidade de mensurar o potencial do serviço de prestar o cuidado a que se propõe e o alcance dessa oferta de serviços.

Na avaliação da capacidade, consideram-se aspectos de estrutura, tais como recursos físicos, equipamentos, organização, administração e gerenciamento da prestação do cuidado, abrangência dos serviços disponíveis e mecanismos para garantir a continuidade e o acesso (STARFIELD, 2002).

Quanto à avaliação do desempenho, apresenta característica de uma avaliação de processo, com enfoque na utilização dos serviços e no reconhecimento das necessidades de saúde de uma população ou indivíduo (STARFIELD, 2002).

Considerando o processo de reorientação da atenção em saúde no qual o Brasil está inserido desde a criação do SUS e, sobretudo, consolidando tal mudança com a proposta da ESF e a municipalização da prestação do cuidado, a necessidade de avaliar a qualidade do serviço prestado se torna cada vez mais evidente. Afinal, é importante mensurar até que ponto houve, de fato, dentro da realidade municipal, reorientação de práticas em saúde, aumento da resolubilidade do serviço de APS, melhor aproveitamento de recursos e impacto nos indicadores de saúde e necessidades locais (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

No Brasil, Bousquat et al. (2017) identificam o Primary Care Assessment Tool (PCAT) como o instrumento mais utilizado para avaliação dos atributos da APS com finalidade de pesquisa. Esse instrumento foi elaborado em 2001 e passou por tradução e validação para a realidade brasileira de suas diferentes versões (adulto, infantil, gestor e profissionais) ao longo de 2004 a 2006.

Starfield (2002) entende que a avaliação de serviços de APS passa, necessariamente, pela avaliação de seus atributos e propõe uma metodologia que seja capaz de mensurar tais características.

O PCAT é o instrumento proposto para avaliação da APS na perspectiva dos atributos descritos por Starfield. Este é composto pela avaliação dos 4 atributos essenciais, com 2 subdimensões para cada atributo, além de trazer informações acerca dos atributos derivados (STARFIELD, 2002). Uma de suas principais vantagens é a possibilidade de aplicação e reaplicação em períodos definidos, o que pode produzir informações sobre os avanços alcançados de maneira longitudinal nos serviços de APS avaliados. Apesar disso, trata-se de um instrumento relativamente longo, com sua versão adulto tendo 107 questões. No ano de 2013, essa ressalva é parcialmente solucionada com a validação de uma versão reduzida com 23 questões (BOUSQUAT et al., 2017).

Fracolli et al. (2014) identificaram, por meio de uma revisão da literatura, os 5 principais instrumentos utilizados para avaliar a APS nos estados brasileiros entre os anos de 1979 e 2013. Estes são o WHO Primary Care Evaluation Tool, ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP), General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde) e PCAT.

Louvison (2017) descreve dois programas implementados pelo Ministério da Saúde com a finalidade de avaliação focada na qualidade de serviços de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).

O PMAQ-AB foi desenvolvido em 2011 e tem como finalidade a melhoria e ampliação do acesso aos serviços de saúde com enfoque na APS (BRASIL, 2012).

Já o PNASS é oriundo do antigo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalar desenvolvido em 1998 e tem a finalidade de avaliar os serviços de atenção secundária e terciária financiados por recursos públicos. Como metodologia, apresenta indicadores de estrutura, processo, resultado, produção de cuidado, gerenciamento de risco e satisfação dos usuários (LOUVISON, 2017).

Outra proposta foi o Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS) desenvolvido em 2012 pelo Ministério da Saúde e que conta com a avaliação de 14 indicadores de cobertura e acesso, categorizados conforme 3 níveis de atenção (básica, ambulatorial e hospitalar de média complexidade, e alta complexidade) e 10 indicadores de efetividade que são avaliados em duas categorias, sendo atenção básica e ambulatorial em conjunto, e, da mesma maneira, atenção hospitalar de média e alta complexidade (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016; LOUVISON, 2017).

O Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019a) apresenta limitações na perspectiva da avaliação já que propõe uma análise unidimensional de indicadores exclusivamente de processo, sem analisar fatores associados, numa lógica de pagamento por desempenho com a exclusiva finalidade de distribuir mais recurso aos municípios com melhores indicadores. Esse tipo de política de financiamento tende a ampliar as inequidades regionais já evidenciadas como um resultado do subfinanciamento crônico das políticas públicas com enfoque no campo da saúde (MASSUDA, 2020).

Figueredo et. al. (2022) conduziram uma revisão da literatura com o propósito de identificar estudos que evidenciassem as potencialidades e limitações dos dois instrumentos mais amplamente utilizados no Brasil para avaliação da APS com a finalidade de planejamento de gestão da saúde pública, estes são o PMAQ-AB e o PCATool-Brasil, uma versão validada para a realidade brasileira do PCAT originalmente proposto por Starfield (BRASIL, 2020). No comparativo geral entre instrumentos, o PCATool-Brasil demonstra melhor padronização de seus resultados, inclusive para comparabilidade internacional, contudo, limita a possibilidade de coletar informações mais específicas e detectar fatores associados aos resultados encontrados. O PMAQ-AB se apresenta como um instrumento mais extenso, demandando mais recursos para sua aplicação, porém com grande capacidade de produção de informações mais específicas acerca da realidade das equipes de APS e que demanda melhor organização da forma de interpretar seus resultados (FIGUEREDO et. al., 2022).

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

O PMAQ-AB é uma proposta de avaliação e estímulo à melhoria da qualidade da APS implementado pelo Ministério da Saúde em 2011 como resultado de pactuação municipal, estadual e federal (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

O principal objetivo do programa é 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, 2012, p. 7-8).

Dentre seus objetivos específicos, estão a ampliação do impacto da APS sobre a saúde da população, a melhoria da qualidade da prestação do cuidado, dos sistemas de informação, do acesso e da satisfação dos usuários, estímulo a atividades de educação permanente e a transparência dos processos de gestão mediante a participação popular, além de promover a institucionalização da cultura de avaliação na APS e no SUS (BRASIL, 2012).

A escolha pelo PMAQ-AB para avaliar a qualidade da APS pode ser explicada pela necessidade de desenvolver uma maneira de avaliar voltada à

identificação de necessidades de saúde mais básicas do que aquelas abordadas por outros instrumentos, entre essas a precariedade da estrutura física, condições de trabalho inadequadas, pouca ou nenhuma integração com a atenção secundária, financiamento insuficiente e dificuldade na reorientação de práticas (BRASIL, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

As dificuldades identificadas na APS brasileira que o programa se propõe a enfrentar estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5 - Desafios do PMAQ-AB

Precariedade da estrutura física	Ambiência pouco acolhedora
Condições de trabalho inadequadas	Incipiência dos processos de gestão
Financiamento insuficiente	Elevada rotatividade de profissionais
Pouca integração com atenção secundária e terciária	
Sobrecarga das equipes com população adscrita acima do recomendado	
Baixa integralidade, resolubilidade e dificuldade na reorientação de práticas	

Fonte: Brasil (2012).

As diretrizes do instrumento, que prevê adesão voluntária dos entes federativos, envolvem a comparabilidade entre equipes de diferentes contextos dentro da realidade brasileira, permitir o desenvolvimento do próprio instrumento, assim como de seus indicadores, acompanhando o processo de melhoria da qualidade da APS, transparência no processo de avaliação e apresentação de resultados, envolvimento dos atores incluídos no processo, tais como gestores, trabalhadores da saúde e usuários, criando uma cultura de negociação entre estes e efetivando mudança no modelo assistencial (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB apresenta 4 fases de implantação: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A adesão e contratualização consistem numa fase inicial com a formalização do compromisso de participação e pactuação de indicadores (BRASIL, 2012).

O desenvolvimento consiste em 4 categorias: 1) Autoavaliação, que estimula um processo reflexivo dentro das próprias equipes a fim de identificar pontos de melhoria em processo de trabalho, através do instrumento de autoavaliação (AMAQ); 2) Monitoramento, caracterizado pelo acompanhamento dos indicadores contratualizados; 3) Educação permanente, que visa promover um processo de

aprimoramento contínuo das equipes; 4) Apoio institucional que tem a finalidade de democratizar a gestão promovendo a participação e autonomia dos envolvidos com a prestação do cuidado (BRASIL, 2012).

A terceira fase, a avaliação externa, consiste em 2 categorias: a certificação e a avaliação. Na certificação de desempenho das equipes de Atenção Básica e gestões municipais participantes do PMAQ-AB, ocorre a avaliação dos indicadores e a verificação de padrões de qualidade. A avaliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica, não relacionada ao processo de certificação, é caracterizada pela avaliação de satisfação do usuário e da utilização dos serviços (BRASIL, 2012).

Por fim, a recontractualização ocorre com base nos resultados alcançados, com a pactuação de novos indicadores e de novos padrões de qualidade a serem alcançados no ciclo seguinte. Esse passo visa promover a institucionalização da avaliação (BRASIL, 2012).

A fim de estimular a adesão das ESF, o Ministério da Saúde adotou um modelo de financiamento onde a avaliação do PMAQ-AB resultava em maior repasse financeiro às equipes, sobretudo aquelas com melhor desempenho (BOUSQUAT et al., 2017).

O primeiro ciclo do PMAQ-AB ocorreu entre os anos de 2011 e 2012 e contou com a participação de 17.482 equipes de atenção básica e 12.075 equipes de saúde bucal, de 3.935 municípios. Já o segundo ciclo ocorreu entre 2013 e 2014, contando com a participação de 30.562 equipes em 5.211 municípios, além de 19.948 equipes de saúde bucal (BOUSQUAT et al., 2017). Por fim, o terceiro ciclo ocorreu entre os anos de 2015 e 2017 tendo a participação de 38.865 equipes, além de 23.688 equipes de saúde bucal, com a participação de 5.063 municípios (BRASIL, 2019b). Esse aumento significativo da adesão das equipes possibilitou aumentar as formas de utilização das informações produzidas pelo instrumento e foi um importante passo para institucionalização da avaliação no contexto da APS.

Em seu terceiro ciclo, os instrumentos de avaliação externa do PMAQ-AB, continham um total de 1.100 variáveis. Os módulos I e II são os mais densos, com 650 itens. Nestes módulos, a avaliação foi realizada por equipes treinadas fazendo uso da observação direta da Unidade de Saúde e a partir de entrevista com profissionais de saúde das equipes participantes.

O PMAQ-AB utilizou instrumentos extensos e que demandavam muitos recursos para sua aplicação. Ademais, faltou maior clareza e organização em relação à forma

de utilização dos dados coletados ao longo do processo, sobretudo considerando que a prestação do cuidado em saúde no SUS é realizada de maneira descentralizada, sendo uma responsabilidade da gestão municipal. Esse processo pode ter prejudicado a eficácia na utilização dos resultados da avaliação, gerando uma imagem negativa do processo avaliativo junto aos profissionais que atuavam na APS. No entanto, o programa apresentou potencial de gerar informações detalhadas sobre as condições de trabalho das equipes da Atenção Básica justamente por sua extensão, servindo como impulso para melhoria da qualidade da atenção em saúde e fornecendo informações para planejamento de ações. Além disso, o próprio processo avaliativo conduzido dentro das equipes foi capaz de gerar reflexões no que tange ao processo de trabalho, identificando as necessidades de mudança (FIGUEREDO et al., 2022).

Apesar do programa ter sido descontinuado, os dados produzidos seguem disponíveis para utilização por gestores, pesquisadores, profissionais e do público em geral. A grande variedade de informações produzidas pelo PMAQ-AB é analisada por vários autores em diferentes perspectivas, o que demonstra a possibilidade de utilização desses dados para realização de um diagnóstico situacional da APS e avaliação da implantação de intervenções (BOUSQUAT et al., 2017).

Lopes (2021), por exemplo, em sua dissertação de mestrado, avaliou a qualidade da atenção à saúde mental no contexto da APS utilizando variáveis do 2º ciclo do PMAQ-AB para construção de uma matriz avaliativa. Medeiros (2019) analisou a capacidade do instrumento de induzir melhorias nos serviços de saúde e a utilização de seus dados na tomada de decisão. Muramoto (2017) estudou os efeitos do PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de APS. Castro et. al. (2020) e Soares e Ramos (2020) utilizaram a análise de desempenho do PMAQ-AB para correlacionar com as taxas de internação por causas sensíveis à APS e a disponibilidade de leitos hospitalares nas regiões avaliadas. Hatisuka, Moreira e Cabrera (2021) utilizam dados do 3º ciclo do PMAQ-AB para analisar as taxas de mortalidade infantil nos municípios que participaram do programa. Lopes et. al. (2022) avaliou o cuidado com enfoque nos portadores de diabetes mellitus na APS com a utilização de dados do PMAQ-AB. Cruz et. al. (2022) comparou o desempenho das equipes de APS no atributo da coordenação do cuidado no PMAQ-AB com parâmetros internacionais. Lima (2018), assim como nesse estudo, avaliou

o desempenho das equipes de APS no 1º e 2º ciclo com base nos atributos utilizando variáveis do PMAQ-AB.

Por fim, para avaliar a APS considerando a complexidade de seu contexto, adicionando-se ainda o fato que a ESF tem o importante papel de reorientação de práticas no SUS, de maneira descentralizada e assumindo um papel central nas redes de atenção à saúde, é necessário um instrumento que avalie a qualidade da APS de maneira global e extensa (CASTANHEIRA et al., 2016). Conforme discutido, o PMAQ-AB foi um instrumento que se propôs a avaliar essa complexidade e suas dimensões, trazendo consigo a possibilidade de novas contratualizações de indicadores e autoaprimoramento constante em seu processo de avaliação.

2.2 METODOLOGIA

Essa seção apresenta a metodologia deste trabalho, incluindo a definição do tipo de pesquisa, seu delineamento, as etapas para construção da matriz avaliativa e para análise dos resultados.

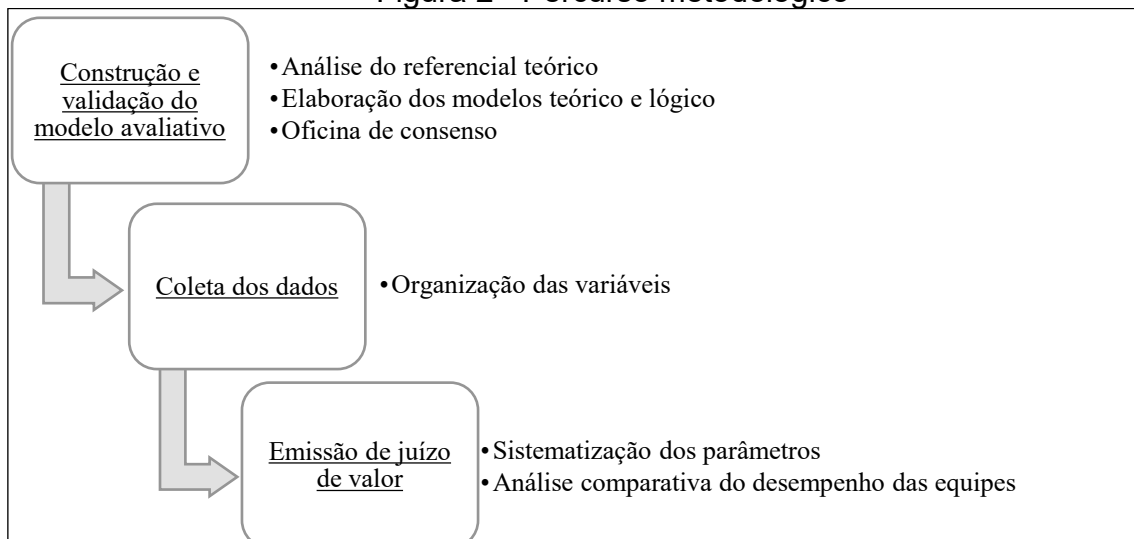
2.2.1 Definição da pesquisa

Trata-se de um estudo avaliativo longitudinal, de base quantitativa, em que foram utilizados dados secundários de domínio público provenientes do 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB. Um processo avaliativo, segundo Calvo, Magajewski e Andrade (2016) trata da emissão de um juízo de valor em relação a um processo, ação, intervenção ou objeto visando produzir informações essenciais ao seu aprimoramento.

2.2.2 Percurso metodológico

O estudo foi desenvolvido conforme as etapas descritas na Figura 2.

Figura 2 - Percurso metodológico



Fonte: Elaborado pelo autor.

2.2.3 Análise do referencial teórico

O referencial teórico que serviu de embasamento à construção do modelo avaliativo foi obtido a partir de um levantamento e análise documental dos estudos disponíveis na literatura sobre o tema da avaliação da Atenção Primária à Saúde. Foi conduzida uma busca de publicações nas bases SciELO, PubMed (MEDLINE), LILACS e Google Acadêmico. Ademais, foram exploradas as referências dos estudos encontrados visando aumentar o escopo da construção do embasamento teórico. Essa etapa foi realizada de março a julho de 2022.

Inicialmente, o referencial teórico contextualiza e define a Atenção Primária à Saúde, assim como seu papel e atuação dentro de um sistema de saúde em suas diferentes formas de organização. Em seguida, apresenta os atributos essenciais que descrevem os principais aspectos da APS e o histórico desta no SUS. O tópico seguinte introduz a temática da avaliação em saúde, sua importância, resultados esperados e as metodologias propostas para avaliação da APS. Por fim, aborda o instrumento utilizado para coleta dos dados utilizados nesta pesquisa e estudos avaliativos anteriores com foco no desempenho da APS.

2.2.4 Elaboração dos modelos teórico e lógico

A etapa seguinte foi a elaboração dos modelos teórico e lógico.

O modelo teórico tem como finalidade representar um processo, ação ou intervenção para assim entender e esclarecer de que maneira seus aspectos e o contexto externo influenciam os resultados. Trata-se de uma esquematização teórica que permite aproximar a intervenção de suas finalidades, auxiliando o processo de escolha da metodologia de avaliação (CHAMPAGNE et al., 2011).

O modelo lógico, que tem como objetivo reforçar a condução proposta da metodologia de avaliação, além de estabelecer uma correlação lógica do processo avaliativo, contém os recursos necessários, as ações envolvidas no processo, assim como produtos e resultados esperados (CHAMPAGNE et al., 2011).

2.2.5 Desenvolvimento da matriz de análise e julgamento

A partir dos modelos teórico e lógico foi construída a matriz avaliativa utilizando-se como medidas as variáveis disponíveis nos bancos de dados do PMAQ-AB. A matriz de análise e julgamento é o instrumento que reúne e organiza os critérios, indicadores e padrões que serão utilizados para emissão do juízo de valor numa pesquisa avaliativa (ALVES, 2010).

Como parte do processo de validação da matriz, foi realizada uma oficina de consenso de dezembro a fevereiro de 2023 que contou com a participação de 4 experts da área de avaliação em saúde, além de 1 profissional e 2 gestores da APS.

Inicialmente, foi enviado um convite via e-mail a 15 especialistas contendo um material informativo sobre a pesquisa, assim como os modelos e a matriz avaliativa preliminar (Apêndice A). Um total de 12 experts demonstraram interesse em participar da oficina, tendo sido solicitado que indicassem o grau de concordância (total, parcial ou discordância) em relação aos modelos teórico e lógico, e para cada elemento da matriz avaliativa (dimensões, subdimensões, indicadores e medidas). Caso apontassem concordância parcial ou discordância, foi solicitada uma justificativa e sugestões de modificação. Os participantes poderiam sugerir modificação, inclusão ou exclusão de qualquer componente dos modelos ou matriz avaliativa. Nessa etapa, 7 participantes conseguiram enviar suas sugestões dentro do prazo indicado. Em seguida, as sugestões foram analisadas e compiladas, sendo que, para aquelas que não foram aceitas, foi redigida uma justificativa para esta decisão. O documento foi novamente enviado aos colaboradores para uma nova rodada de avaliação do grau de concordância daqueles que participaram da primeira etapa até que houvesse concordância de todos em relação à matriz desenvolvida. Houve concordância total dos 7 participantes da oficina na segunda rodada.

2.2.6 Coleta dos dados

Os bancos de dados do 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB foram obtidos no site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (<https://aps.saude.gov.br/>) e as variáveis de interesse foram selecionadas e organizadas em planilhas do Microsoft Excel (Office 365).

A fim de possibilitar a comparabilidade dos resultados, foram incluídas no estudo apenas as equipes que participaram de ambos os ciclos (2º e 3º) do PMAQ-

AB. Não foram utilizados os dados do 1º ciclo do PMAQ-AB por não haver identificação das equipes através do Identificador Nacional de Equipes (INE), impossibilitando a compatibilização dos dados das equipes com os demais ciclos.

Excluindo-se dos bancos de dados as equipes com informação de que o instrumento não foi aplicado, obteve-se 29.778 equipes no ciclo 2 e 37.351 no ciclo 3. Foram excluídas 9.611 equipes que participaram em apenas um dos ciclos, totalizando 27.740 equipes de APS incluídas no estudo.

2.2.7 Emissão do juízo de valor

As variáveis extraídas dos bancos de dados do PMAQ-AB foram recodificadas, atribuindo-se escores 0 – 0,5 – 1 a partir da emissão de juízo de valor ruim, regular e bom, respectivamente.

Nas variáveis que apresentavam resposta “não se aplica” ou “não sabe / não respondeu”, foi padronizado que tais respostas foram convertidas para escore zero (juízo de valor ruim).

A pontuação atribuída ao juízo de valor dos indicadores serviu de base para o cálculo das subdimensões, mantendo-se o padrão de conversão para escala 0 – 0,5 – 1 durante as etapas da conversão a fim de manter o parâmetro de avaliação e a comparabilidade dos resultados entre diferentes equipes.

2.2.8 Sistematização e análise dos resultados

A análise dos dados foi realizada destacando os resultados da avaliação geral das equipes de APS, separadamente por dimensões e subdimensões, assim como a análise comparativa do desempenho entre os ciclos do PMAQ-AB. Com o intuito de analisar a diferença encontrada entre as amostras (2º e 3º ciclos do PMAQ-AB) nos resultados do juízo de valor atribuído foi realizado o teste não paramétrico de McNemar-Bowker (1948) no programa SPSS Statistics 29.0.1.0. Este teste é usado para comparação “antes e depois” de uma mesma amostragem ou amostras relacionadas, tratando-se de uma variação do teste de McNemar, porém que permite a utilização em variáveis ordinais com 3 ou mais categorias (CAPP; NIENOV, 2020).

Os resultados também foram categorizados por macrorregiões, porte populacional, por cobertura da APS e por tendência de melhora, manutenção ou piora do desempenho do desempenho das equipes no comparativo entre os ciclos.

2.2.9 Aspectos éticos

Por ser tratar de uma pesquisa que utilizou dados secundários de domínio público, este trabalho dispensa a submissão à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) nos termos das resoluções nº 466/2012, nº 510/2016 e pela Resolução CNS nº 466/12.

O próprio pesquisador foi responsável pelos custos envolvidos nessa pesquisa.

3 RESULTADOS

O PPGSC da UFSC estabelece em suas normativas que, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, faz-se necessária a submissão de ao menos 1 artigo científico como resultado da dissertação. No caso deste estudo, será submetido um artigo para revisão por pares na revista Cadernos de Saúde Pública (CSP). As normas de publicação e formatação da revista podem ser consultadas no Anexo A.

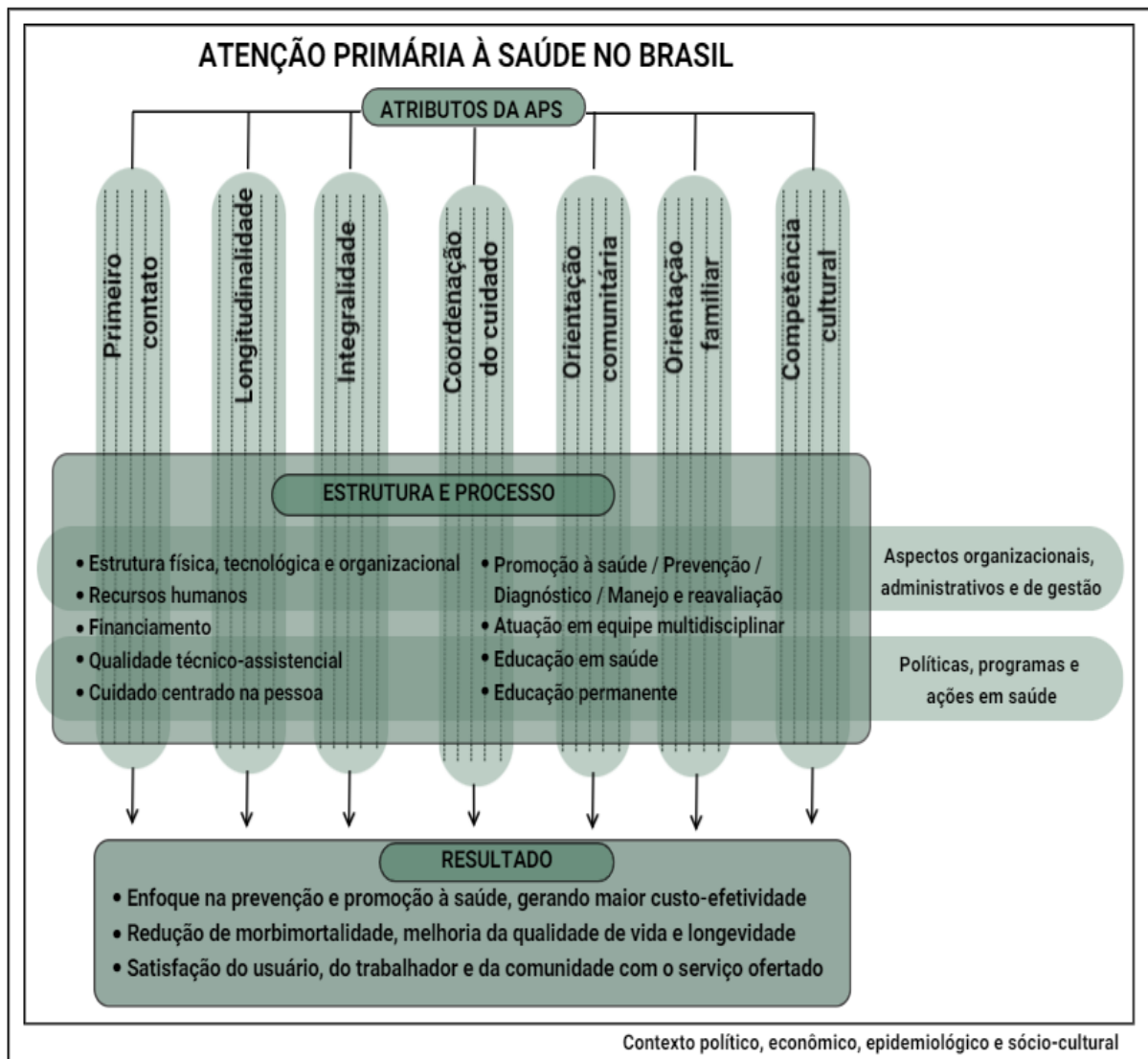
Assim, a seção de resultados está dividida em duas partes, a primeira com enfoque nos resultados de oficina de consenso realizada para validação da matriz avaliativa, seguido pelo artigo que apresenta o desempenho das equipes de APS nos dois ciclos avaliados.

3.1 MODELO AVALIATIVO DESENVOLVIDO

Como produtos desse estudo, estão os modelos teórico e lógico e a matriz avaliativa, validados em oficina de consenso.

A Figura 3 ilustra o modelo teórico da atenção à saúde das equipes de APS no Brasil, representando que os atributos descritos por Starfield (2002), em consonância com os aspectos de estrutura e processo, resultarão num cuidado acessível, centrado na pessoa e na comunidade atendida, contínuo ao longo da vida dos indivíduos e coordenado com outros níveis de atenção de modo a atender integralmente as necessidades da população.

Figura 3 - Modelo teórico da atenção à saúde das equipes de APS no Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor.

Starfield (2002), destaca que a avaliação da APS é baseada na capacidade de oferta, considerando-se nesse processo os aspectos básicos de estrutura, tais como recursos físicos, equipamentos e organização, assim como aspectos administrativos, gestão da prestação do cuidado, abrangência dos serviços disponíveis e mecanismos para garantir a continuidade e o acesso.

A avaliação das ações em saúde realizadas no contexto da APS apresenta característica de uma avaliação de processo, com enfoque na utilização dos serviços e no reconhecimento das necessidades de saúde de uma população ou indivíduo (STARFIELD, 2002). Logo, destaca-se a qualidade técnica dos serviços prestados, o desenvolvimento de protocolos clínicos de condutas baseadas em evidências atualizadas e ações de treinamento e capacitação dos profissionais (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990). Ações de educação permanente apresentam grande importância uma vez que incorporam o processo de ensino-aprendizagem ao cotidiano do serviço de saúde (LEMOS, 2016).

Em relação aos resultados, a avaliação da APS a nível individual é caracterizada pela prestação do cuidado e pela capacidade do profissional de gerar um melhor desfecho em saúde, como no controle de uma doença crônica, impedindo ou retardando o surgimento de complicações associadas. Na perspectiva populacional, a avaliação se volta para o impacto do serviço na saúde da população, mensurando melhorias de indicadores de morbimortalidade, redução de iniquidades e influência dos determinantes sociais da saúde em um determinado contexto (STARFIELD, 2002).

O modelo lógico desenvolvido ressalta as ações, produtos e resultados esperados da atenção à saúde das equipes que atuam na APS no Brasil (Quadro 6).

Quadro 6 - Modelo lógico da atenção em saúde das equipes que atuam na APS no Brasil
(continua)

	Subdimensões	Ações	Produtos	Resultados
Primeiro contato	Aspectos estruturais-organizacionais	Oferta de atendimento 5 dias por semana e ao menos 8 horas por dia	Agendamento de consultas realizado de maneira acessível, clara e organizada	Prestação do cuidado de maneira acessível, organizada e adequado às demandas de saúde mais comuns da população com alta satisfação do usuário e dos trabalhadores em saúde em relação ao processo de trabalho
		Organização da forma de acesso aos cuidados em saúde		
		Utilização de protocolos para avaliação de risco		
	Acolhimento	Organização do processo de trabalho com profissionais habilitados para atendimento dos usuários	Usuários acolhidos de maneira apropriada e resolutiva	
	Cobertura populacional	Dimensionamento populacional da equipe que atuam na APS com base em critérios de risco e vulnerabilidade conforme o recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica	Serviços com adequada capacidade para oferta do cuidado a fim de possibilitar a sua utilização	
Longitudinalidade / Continuidade do cuidado	Organização e planejamento da oferta	Organização da agenda dos profissionais de modo a facilitar a continuidade do atendimento	Continuidade do atendimento disponível sempre que necessário	Oferta de atenção em saúde para todas as fases da vida, à diferentes populações, incluindo ações preventivas, terapêuticas e reabilitação resultando em alta identificação do usuário com seu serviço de saúde e equipe de referência
		Oferta de acesso fácil para dúvidas ou mostrar resultados de exames solicitados	Cuidado prestado de maneira planejada, organizada e adequado às demandas da população ao longo da vida	
		Realização de busca ativa em caso de mulher com citopatológico atrasado e crianças com atraso na puericultura		
	Atuação da equipe na continuidade do cuidado	Acompanhamento dos usuários com queixas relacionadas à saúde mental		
		Realização de atendimento de diferentes grupos etários e condições de saúde, tais como crianças, hipertensos, diabéticos e pessoas com obesidade		
		Adoção de estratégias para garantir atendimento em todo o ciclo gravídico puerperal e continuidade do cuidado ao recém-nascido em todo o ciclo da vida		

Quadro 6 - Modelo lógico da atenção em saúde das equipes que atuam na APS no Brasil

(conclusão)

	Subdimensões	Ações	Produtos	Resultados
Integralidade	Disponibilidade de serviços	Realização de atividades de promoção à saúde	Serviços disponíveis atendem a maior parte das demandas da população	Disponibilização de uma ampla variedade de serviços através de um cuidado integral, organizado, resolutivo e de alta qualidade técnica a fim de responder a qualquer demanda de saúde de uma determinada população
		Oferta de cuidado e acompanhamento de usuários de tabaco, álcool ou outras drogas		
		Disponibilidade de procedimentos como, pequenas cirurgias, lavagem de ouvido, inserção de DIU e curativos sem a necessidade de encaminhamento		
		Realização de práticas integrativas e complementares		
	Fluxos de apoio matricial	Recebimento de apoio de outros profissionais via matriciamento	Cuidado em saúde com alta resolubilidade	
		Utilização de meios de apoio à tomada de decisão, como telessaúde		
Educação permanente no contexto do processo de trabalho da APS	Oferta de atividades de educação permanente / continuada aos profissionais que atuam no cuidado			
Coordenação do cuidado	Recursos estruturais e organizacionais	Existência de prontuário eletrônico implantado na equipe	Registro de prontuário eletrônico de alta qualidade	Equipe de Atenção Primária à Saúde cumpre seu papel como ordenadora do cuidado e ponto central da Rede de Atenção em Saúde, mantendo o cuidado aos usuários que estão em tratamento em outros níveis de atenção.
		Capacitação dos profissionais para utilização do prontuário eletrônico de maneira adequada		
	Organização do acesso ao cuidado especializado	Definição clara de fluxos de referência e contrarreferência com a atenção especializada	Cuidado coordenado com outros pontos da rede de atenção a fim de resolver todas as demandas da população	
	Acompanhamento conjunto ao cuidado especializado	Manutenção de registro de usuários de maior risco encaminhados a outros pontos da rede, tais, como hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros		

Fonte: Elaborado pelo autor.

A oficina de consenso contou com a participação de 4 pesquisadores do campo da avaliação em saúde, 1 profissional e 2 gestores da APS, sendo que todos estiveram envolvidos de alguma maneira na execução do PMAQ-AB, assim

apresentavam reconhecida experiência na temática da pesquisa. O Quadro 7 apresenta o resumo das contribuições propostas.

Quadro 7 – Resumo das contribuições da oficina de consenso

<p>Dimensão: Primeiro contato</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talvez fosse interessante incluir aspectos sobre a realização de urgências em nível local (resolutividade) e o uso de elementos pré-definidos da população sob cobertura quanto a risco e vulnerabilidades para se ordenar o acesso equânime nessa dimensão • Avaliar se a equipe usa protocolos também para avaliação de risco na demanda programada • Frequentemente, o único serviço que funciona todos os dias assim como no almoço é a vacinação. Isso pode ser generalizado para todos os serviços, o que gera medição errada. • Talvez fosse melhor investigar também a capacitação em acolhimento per si, pois este tema prescinde de conceito e técnica singulares que requerem o indicador. Verificar a capacitação ao uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários seria responder apenas uma parte do indicador (acolhimento). Reitero a importância dessa variável para avaliação de risco e vulnerabilidades quanto para organização da demanda - acesso potencial (equitativo) descrita anteriormente e ainda a ser considerada com outra variável proposta
<p>Dimensão: Longitudinalidade / Continuidade do cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em “organização e planejamento da oferta” deveriam ser previstas ações de organização da agenda para busca ativa de usuários que faltaram às consultas de acompanhamento dos problemas identificados • Em “adoção de estratégias para garantir atendimento na primeira semana do puerpério” poderia adotar uma expressão relativa ao cuidado longitudinal, como “adoção de estratégias para garantir atendimento em todo o ciclo gravídico puerperal e continuidade do cuidado ao recém-nascido em todo o ciclo da vida” • Dentre os atributos essenciais, julgo que houve maior limitação à construção dessa dimensão no que se refere a descrição ações-indicadores e definição das variáveis. Muito embora seja entendido que a Longitudinalidade seja um atributo conceitualmente controverso e entendido como sinônimo de cuidado continuado, seria importante a pesquisa assumir em qual recorte será utilizado. • Os indicadores “oferta de atendimento a gestantes e crianças até 2 anos” e “oferta de atendimento a diferentes grupos etários” afere o cumprimento apenas em determinados momentos do atendimento. Não necessariamente garante se teria a longitudinalidade/continuidade do cuidado ao longo da vida. Os rationales poderiam ser usados como justificativa para essa definição e estabelecer melhor a relação com a dimensão e se poderiam ser utilizados como indicador proxy.
<p>Dimensão: Integralidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir ações de promoção da saúde na integralidade • De uma forma geral, esta dimensão pode ser considerada um pouco restritiva quanto a definição, principalmente das ações (posteriormente indicadores/variáveis) quando se considerado o conceito de Integralidade no modelo brasileiro do sistema de saúde que é amplo. Como a integralidade também é tida como um conceito polissêmico, seria importante apontar em qual recorte esse atributo foi definido na pesquisa.
<p>Dimensão: Coordenação do cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir regulação de vagas gerida pela APS • No indicador “manutenção de registro de usuários de maior risco encaminhamento a outros pontos da rede” acompanhamento requereria mais ações/atividades ao cuidado conjunto do paciente, a manutenção do registro é apenas uma delas (matriciamento é um exemplo). Ter o registro no sentido estrito do conceito seria ter nalgum documento “a anotação” quem foi para outro ponto da rede de atenção, mas não necessariamente se garante o vínculo mantido ao cuidado no interesse de monitorar o que está ocorrendo ao longo da rede. O registro poderia ser considerado um indicador proxy, assim sendo, deve-se ter ciência de sua limitação quando da análise dos resultados e discussão da avaliação.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A oficina foi especialmente importante para o processo de validação da matriz, tendo sido evidenciado pontos para ajustes no instrumento. Ademais, foi discutida a ausência de aspectos relacionados à avaliação da saúde do trabalhador da APS no PMAQ-AB. Esse aspecto é especialmente importante tendo em vista a crescente prevalência de burnout em profissionais da APS muitas vezes relacionada às condições de trabalho, carreira e sobrecarga assistencial (MORELLI; SAPEDE; SILVA, 2015; MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018; SANTOS et al., 2021). Nesse cenário, a pandemia de COVID-19 contribuiu para um aumento ainda mais significativo dessa prevalência, um processo identificado também em outros países e sistemas de saúde (CLAPONEA et al., 2022). Val ressaltar que a valorização do trabalhador em saúde é um importante aspecto da avaliação em saúde (CALVO E HENRIQUE, 2006).

Após a primeira rodada de sugestões, foram feitos os ajustes e obteve-se concordância total em todos os componentes do modelo avaliativo na segunda rodada.

A matriz avaliativa validada na oficina de consenso conta com 48 medidas (variáveis), 25 indicadores, 11 subdimensões e 4 dimensões. Esta pode ser visualizada no Quadro 8.

Quadro 8 - Matriz avaliativa dos atributos das equipes que atuam na APS no Brasil com identificação das variáveis utilizadas do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB (continua)

(D1) - Dimensão: Primeiro contato		
(S1) - Subdimensão: Aspectos estruturais-organizacionais		
Rationale: As condições de funcionamento, estrutura física, gestão da oferta e do cuidado, assim como a organização de fluxos e protocolos de atendimento são aspectos básicos e essenciais para garantir o acesso da população ao cuidado em saúde (STARFIELD, 2002)		
(I1) - Indicador: Oferta de atendimento 5 dias por semana e ao menos 8 horas por dia		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V1) - Esta unidade funciona pelo menos 8h por dia? / (V2) - Esta unidade funciona pelo menos 5 dias na semana?	Ciclo 2	Ciclo 3
	I.8.5 (1-2) I.8.2 (1-7)	I.4.5.1 (1-7)
(I2) - Indicador: Organização da forma de acesso aos cuidados em saúde		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V3) - Quando o usuário precisa agendar uma consulta, há alguma possibilidade que seja não presencial?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.12.14 (2-3)	II.9.1 (2-4)

Quadro 8 - Matriz avaliativa dos atributos das equipes que atuam na APS no Brasil com identificação das variáveis utilizadas do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB (continuação)

(I3) - Indicador: Utilização de protocolos para avaliação de risco		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V4) - A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento? / (V5 – V6) - A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco em demanda programada de condições crônicas, tais como hipertensão e diabetes? / (V7 – V8) - A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco em demanda programada de acompanhamento de rotina, tais como pré-natal e puericultura?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.12.7.10	II.10.6
	II.14.4.3	II.17.3
	II.14.4.4	II.18.3
	II.14.4.5	II.15.3
II.14.4.6	II.16.2	
(S2) - Subdimensão: Acolhimento		
Rationale: A APS é capaz de reduzir ou remover barreiras de acesso ao serviço de saúde atuando como porta de entrada. Nesse contexto, é importante que os profissionais estejam preparados para a realização do acolhimento das demandas em saúde (STARFIELD, 2002)		
(I4) - Indicador: Qualidade técnico-assistencial do acolhimento		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V9) - Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários? / (V10) - A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.12.18	II.10.7
	II.12.17	II.10.5.3
(I5) - Indicador: Atendimento a situações de urgência / emergência		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V11) - A equipe realiza atendimentos de urgência no acolhimento à demanda espontânea?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.12.8.9	II.10.5.1
(I6) - Indicador: Realização de acolhimento todos os dias em que a unidade está em funcionamento		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V12) - A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade? / (V13) - O acolhimento é realizado todos os dias em que há atendimento?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.12.1	II.10.1
	I.8.2 (1-7)	I.4.5.1 (1-7)
II.12.4	II.10.3 (1-7)	
(S3) - Subdimensão: Cobertura populacional		
Rationale: Acesso de primeiro contato é um conceito que vai além da acessibilidade uma vez que envolve também a provisão e a utilização do serviço de saúde. Para isso, é importante que a população sob responsabilidade das equipes que atuam na APS seja adequadamente dimensionada considerando fatores como vulnerabilidade das pessoas no território (STARFIELD, 2002)		

Quadro 8 - Matriz avaliativa dos atributos das equipes que atuam na APS no Brasil com identificação das variáveis utilizadas do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB (continuação)

(I7) - Indicador: Existência de população descoberta pela APS no entorno do território de abrangência		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V14) - Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.10.5	II.6.3
(I8) - Indicador: Dimensionamento populacional da equipe de APS com base em critérios de risco e vulnerabilidade		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V15) - A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.10.1	II.6.6
(D2) - Dimensão: Longitudinalidade / Continuidade do cuidado		
(S4) - Subdimensão: Organização da oferta de cuidado continuado		
Rationale: A longitudinalidade implica que os profissionais de APS mantenham a oferta de cuidado por um determinado período ao longo da vida de uma população. Assim, o acesso para consultas de retorno e cuidado continuado deve ser facilitado para proporcionar essa relação de longa duração (STARFIELD, 2002). Ademais, um dos aspectos que definem a longitudinalidade ou vínculo longitudinal, é a identificação de uma fonte regular de cuidado ao longo da vida do usuário, o que também se apresenta como um fator imprescindível para a formação de um vínculo terapêutico entre usuário e equipe (CUNHA E GIOVANELLA, 2011).		
(I9) - Indicador: Organização da agenda dos profissionais de modo a facilitar a continuidade do atendimento		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V16) - Em relação à demanda de cuidado continuado, há reserva de vagas na agenda dos profissionais ou a consulta é agendada no mesmo dia?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.13.1.4	II.9.2.1
(I10) - Indicador: Oferta de acesso fácil para dúvidas ou mostrar resultados de exames solicitados		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V17) - Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames? / (V18) - Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.13.4 II.13.5	II.10.9.1 II.10.9.2
(I11) - Indicador: Realização de busca ativa em caso de mulher com citopatológico atrasado e crianças com atraso na puericultura		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V19) - A equipe realiza busca ativa em caso de mulher com citopatológico atrasado? / (V20) - A equipe realiza busca ativa em caso de crianças com atraso na puericultura?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.14.7.2 II.14.7.8	II.14.6.2 II.16.8.3

Quadro 8 - Matriz avaliativa dos atributos das equipes que atuam na APS no Brasil com identificação das variáveis utilizadas do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB (continuação)

(S5) - Subdimensão: Atuação da equipe na continuidade do cuidado		
Rationale: A consistência de uma relação longitudinal envolve a capacidade de atuação da equipe na disponibilidade de diferentes serviços que podem ser necessários ao longo da vida de uma determinada população, assim, o usuário identifica a APS como sua fonte regular de acesso a serviços de saúde. Para além disso, é importante haver o registro adequado dos atendimentos realizados a fim de permitir a continuidade informacional e permitir a formação de vínculo do usuário com a equipe (STARFIELD, 2002; CUNHA E GIOVANELLA, 2011).		
(I12) - Indicador: Acompanhamento dos usuários com queixas relacionadas à saúde mental		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V21) - A equipe de atenção básica realiza o atendimento de usuários em sofrimento psíquico?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.14.3.6	II.23.1.1
(I13) - Indicador: Realização de atendimento de diferentes grupos etários e condições de saúde, tais como crianças, hipertensos, diabéticos e pessoas com obesidade		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): A equipe oferece atendimento a quais dos seguintes grupos: (V22) - Crianças / (V23) - Hipertensos / (V24) - Diabéticos / (V25) - Acompanhamento de pessoas com obesidade	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.13.2.2	II.16.1
	II.13.2.9	II.17.1
	II.13.2.10	II.18.1
	II.20.3.1	II.19.3.1
(I14) - Indicador: Adoção de estratégias para garantir atendimento em todo o ciclo gravídico puerperal e continuidade do cuidado ao recém-nascido em todo o ciclo da vida		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V26) - A equipe oferece atendimento a gestantes? / (V27) - A equipe realiza consulta de pré-natal? / (V28) - A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos? / (V29) - A equipe realiza ações para garantir a consulta de puerpério pelo médico ou enfermeiro da equipe até 10 dias após o parto?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.13.2.1	II.15.1
	II.19.1	II.16.1
	II.14.3.1	II.15.12.4
	II.18.7/1	
(D3) - Dimensão: Integralidade		
(S6) - Subdimensão: Disponibilidade de serviços		
Rationale: Por sua atuação como porta de entrada, a APS é o ponto da rede com maior potencial para identificar os contextos históricos e determinantes sociais do processo saúde-doença. Logo, a partir do atributo da integralidade, a APS deve ser capaz de oferecer ampla variedade de serviços disponíveis conforme as necessidades da população a fim de equilibrar a necessidade, aceitabilidade e a utilização (STARFIELD, 2002)		
(I15) - Indicador: Realização de atividades de promoção da saúde		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V30) - A equipe realiza atividades de promoção à saúde?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.26.1	II.26.1

Quadro 8 - Matriz avaliativa dos atributos das equipes que atuam na APS no Brasil com identificação das variáveis utilizadas do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB (continuação)

(I16) - Indicador: Oferta de cuidado e acompanhamento de usuários de tabaco, álcool ou outras drogas		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V31) - A equipe realiza atendimento de usuários de crack, álcool e outras drogas?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.13.2.4 II.13.2.5	II.23.1.2
(I17) - Indicador: Disponibilidade de procedimentos como, pequenas cirurgias, lavagem de ouvido, inserção de DIU e curativos sem a necessidade de encaminhamento		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): A equipe realiza quais dos seguintes procedimentos: (V32) - Inserção de DIU / (V33) - Lavagem de ouvido / (V34) - Curativos / (V35) - Sutura de ferimentos / (V36) - Extração de unha	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.17.2.10	II.11.3.10
	II.17.2.4	II.11.3.4
	II.17.2.7	II.11.3.7
	II.17.2.2	II.11.3.2
II.17.2.5	II.11.3.5	
(I18) - Indicador: Realização de práticas integrativas e complementares		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V37) - A equipe oferece o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para os usuários do território?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.25.2	II.29.1
(S7) - Subdimensão: Fluxos de apoio matricial Rationale: A APS deve identificar-se como componente essencial, porém não único, da rede de atenção à saúde. Assim, é importante reconhecer que um único profissional não é capaz de atender a todas as demandas de uma população e entender a necessidade de apoio de equipes multiprofissionais na tomada de decisão (STARFIELD, 2002)		
(I19) - Indicador: Recebimento de apoio de outros profissionais via matriciamento		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V38) - A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? / (V39) - Em relação do NASF – Há discussão de casos e construção de planos terapêuticos (projetos terapêuticos singulares)? / (V40) - Em relação ao NASF - Há discussão de temas / ações de educação permanente?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.9.4	II.3.1
	II.33.17.7 II.33.17.10	II. 35.1.1 II. 35.1.9
(I20) - Indicador: Utilização de meios de apoio à tomada de decisão, como telessaúde		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V41) - A equipe utiliza o Telessaúde?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.7.2.3	II.5.1
(S8) - Subdimensão: Educação permanente no contexto do processo de trabalho da APS Rationale: A integralidade demanda que os profissionais da APS estejam em constante atualização para que sejam ofertados serviços adequados às demandas da população (STARFIELD, 2002)		

Quadro 8 - Matriz avaliativa dos atributos das equipes que atuam na APS no Brasil com identificação das variáveis utilizadas do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB (conclusão)

(I21) - Indicador: Oferta de atividades de educação permanente / continuada aos profissionais que atuam no cuidado		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V42) - A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.7.1	II.4.1.6
(D4) - Dimensão: Coordenação do cuidado		
(S9) - Subdimensão: Recursos estruturais e organizacionais		
Rationale: A coordenação do cuidado é o atributo que unifica os anteriores e os torna possíveis e efetivos. Como pré-requisito básico para sua realização está a necessidade de registro das informações em saúde e o domínio da equipe para utilização das ferramentas disponíveis (STARFIELD, 2002)		
(I22) - Indicador: Existência de prontuário eletrônico implementado na equipe		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V43) - As informações de saúde são registradas em prontuário eletrônico?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.11.3	II.7.2.2
(I23) - Indicador: Capacitação dos profissionais para utilização do prontuário eletrônico de maneira adequada		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V44) - Sua equipe recebeu qualificação ou capacitação para utilização do prontuário eletrônico?	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.11.6	II.7.5
(S10) - Subdimensão: Organização do acesso ao cuidado especializado		
Rationale: Além de meios para registro e compartilhamento de informações, é necessário ter clareza acerca dos fluxos e caminhos a serem percorridos na rede de atenção à saúde para uma adequada integração dos níveis de atenção (STARFIELD, 2002)		
(I24) - Indicador: Definição clara de fluxos de referência e contrarreferência com a atenção especializada		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): (V45) - Forma de encaminhamento do usuário para consulta especializada: não há percurso, usuário agenda consulta ou UBS agenda	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.14.1	II.12.9
(S11) - Subdimensão: Acompanhamento conjunto ao cuidado especializado		
Rationale: Ainda que um paciente esteja em acompanhamento junto a outro nível de atenção, cabe ressaltar que este não perde seu vínculo com a equipe de APS. Cabe à equipe a manutenção de registro e acompanhamento desses usuários ao longo do processo de cuidado (STARFIELD, 2002)		
(I25) - Indicador: Manutenção de registro de usuários de maior risco encaminhados a outros pontos da rede, tais, como hipertensos, diabéticos e gestantes.		
Descrição da(s) variável(is) utilizada(s): Para quais destes grupos a equipe mantém registro quando do encaminhamento para acompanhamento conjunto com a atenção especializada: (V46) - Hipertensos / (V47) - Diabéticos / (V48) - Gestantes	Ciclo 2	Ciclo 3
	II.14.6.1	II.17.10
	II.14.6.2	II.18.7
	II.14.6.5	II.15.5

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao juízo de valor, nas variáveis dicotômicas, a conversão foi realizada para os valores 0 (=ruim) ou 1 (=bom), exceto no caso de V14 onde a resposta “sim” significou a existência de população descoberta de ACS no território e recebeu juízo de valor “ruim”.

O cálculo para a maioria dos indicadores se deu por meio da soma simples das variáveis que os compunham conforme os parâmetros estabelecidos na matriz avaliativa. Houve duas exceções a esse cálculo. A primeira é a “disponibilidade de serviços”, em que o procedimento “realização de curativos” ganhou maior peso por se tratar de um procedimento básico e necessário para que a equipe fosse classificada, pelo menos, com juízo de valor “regular”, sendo que a realização de curativos e pelo menos outro procedimento da lista pelas equipes resultou na atribuição de juízo de valor “bom”. A segunda ocorreu no indicador “definição clara de fluxos de referência e contrarreferência com a atenção especializada” em que foi realizada a sistematização das respostas para: “não há percurso definido” (0=ruim); “consulta é marcada pelo usuário” (0,5=regular); “consulta é marcada pela UBS” (1=bom). Para o restante dos indicadores, foi atribuído juízo de valor “ruim” para a pontuação 0, “bom” para a pontuação máxima conforme o número de indicadores (que variou de 1 a 4) e “regular” para as pontuações intermediárias.

Na maior parte das subdimensões, compostas por 2-3 indicadores e com pontuação máxima igual a 3, foi padronizado a atribuição de juízo de valor “bom” à terça parte mais próxima da pontuação máxima, “regular” à terça parte intermediária e “ruim” à terça parte mais próxima de zero. Para a subdimensão composta por indicador único foi atribuída a mesma classificação do indicador. Já para aquela composta por 4 indicadores, sendo 3 desses indicadores definidos por variáveis dicotômicas, receberam atribuição “ruim” as pontuações igual ou inferior a 1,5, “bom” para igual ou superior a 3 e “regular” para as intermediárias.

Em seguida, as classificações atribuídas às subdimensões foram somadas para o cálculo das dimensões. Quando a pontuação variou de 0 a 3, foi padronizado classificação “ruim” para igual ou inferior a 1, “bom” para igual ou superior a 2,5 e “regular” para as intermediárias. Quando a pontuação máxima era 2, apenas esta recebeu classificação “bom”, com as inferiores ou iguais a 0,5 sendo classificadas como “ruim” e as restantes como “regular”. Para o juízo de valor geral, variando a pontuação de 0 a 4, foi atribuído classificação “regular” para as pontuações 2 e 2,5, “ruim” para as inferiores e “bom” para as superiores.

O Erro! Fonte de referência não encontrada. Quadro 9 apresenta os parâmetros utilizados para juízo de valor geral, da dimensão (Di), subdimensões (Su), indicadores (Ind) e variáveis (Va) para a dimensão primeiro contato.

Quadro 9 - Parâmetros utilizados para juízo de valor: Primeiro contato (D1)

Di	Su	Ind	Va	Juízo de valor (variável)	Juízo de valor (indicador)	Juízo de valor (subdimensão)	Juízo de valor (dimensão)	Juízo de valor (geral)
D1	S1	I1	V1	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = regular 2 = bom	0-0,5 = ruim 1,0-1,5 = regular 2-3 = bom	0-1,0 = ruim 1,5-2,0 = regular 2,5-3 = bom	0-1,5 = ruim 2,0-2,5 = regular 3-4 = bom
			V2	0 = ruim 1 = bom				
		I2	V3	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom			
		I3	V4	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 0,5-2,5 = regular 3 = bom			
			V5	0 = ruim 1 = regular				
			V6	2 = bom				
			V7	0 = ruim 1 = regular				
			V8	2 = bom				
	S2	I4	V9	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = regular 2 = bom			
			V10	0 = ruim 1 = bom				
		I5	V11	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom			
		I6	V12	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = regular 2 = bom			
			V13	0 = ruim 1 = bom				
	S3	I7	V14	1 = ruim 0 = bom	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = regular 2 = bom		
		I8	V15	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom			

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Erro! Fonte de referência não encontrada. Quadro 10 apresenta os parâmetros utilizados para juízo de valor geral, da dimensão (Di), subdimensões (Su), indicadores (Ind) e variáveis (Va) para a dimensão longitudinalidade.

Quadro 10 - Parâmetros utilizados para juízo de valor: Longitudinalidade (D2)

Di	Su	Ind	Va	Juízo de valor (variável)	Juízo de valor (indicador)	Juízo de valor (subdimensão)	Juízo de valor (dimensão)	Juízo de valor (geral)
D2	S4	I9	V16	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom	0-0,5 = ruim 1,0-1,5 = regular 2-3 = bom	0-0,5 = ruim 1,0-1,5 = regular 2 = bom	0-1,5 = ruim 2,0-2,5 = regular 3-4 = bom
		I10	V17	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = regular			
			V18	0 = ruim 1 = bom	2 = bom			
		I11	V19	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = regular			
			V20	0 = ruim 1 = bom	2 = bom			
		S5	I12	V21	0 = ruim 1 = bom			
	I13		V22	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1-3 = regular 4 = bom			
			V23	0 = ruim 1 = bom				
			V24	0 = ruim 1 = bom				
			V25	0 = ruim 1 = bom				
	I14		V26	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1-3 = regular 4 = bom			
			V27	0 = ruim 1 = bom				
			V28	0 = ruim 1 = bom				
		V29	0 = ruim 1 = bom					

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Erro! Fonte de referência não encontrada. Quadro 11 Erro! Autoreferência de indicador não válida. apresenta os parâmetros utilizados para juízo de valor geral, da dimensão (Di), subdimensões (Su), indicadores (Ind) e variáveis (Va) para a dimensão integralidade.

Quadro 11 - Parâmetros utilizados para juízo de valor: Integralidade (D3)

Di	Su	Ind	Va	Juízo de valor (variável)	Juízo de valor (indicador)	Juízo de valor (subdimensão)	Juízo de valor (dimensão)	Juízo de valor (geral)
D3	S6	I15	V30	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom	0-1,5 = ruim 2,0-2,5 = regular 3-4 = bom	0-1,0 = ruim 1,5-2,0 = regular 2,5-3 = bom	0-1,5 = ruim 2,0-2,5 = regular 3-4 = bom
		I16	V31	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom			
		I17	V32	0 = ruim 1 = bom	<5 = ruim 5 = regular 5-9 = bom			
			V33	0 = ruim 1 = bom				
			V34	0 = ruim 1 = bom (5)				
			V35	0 = ruim 1 = bom				
		V36	0 = ruim 1 = bom					
	I18	V37	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom				
	S7	I19	V38	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = regular 2 = bom	0-0,5 = ruim 1-1,5 = regular 2 = bom		
			V39	0 = ruim				
			V40	1-2 = bom				
	I20	V41	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom				
	S8	I21	V42	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom		

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Erro! Fonte de referência não encontrada. Quadro 12 apresenta os parâmetros utilizados para juízo de valor geral, da dimensão (Di), subdimensões (Su), indicadores (Ind) e variáveis (Va) para a dimensão coordenação do cuidado.

Quadro 12 - Parâmetros utilizados para juízo de valor: Coordenação do cuidado (D4)

Di	Su	Ind	Va	Juízo de valor (variável)	Juízo de valor (indicador)	Juízo de valor (subdimensão)	Juízo de valor (dimensão)	Juízo de valor (geral)
D4	S9	I22	V43	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = regular 2 = bom	0-1,0 = ruim 1,5-2,0 = regular 2,5-3 = bom	0-1,5 = ruim 2,0-2,5 = regular 3-4 = bom
		I23	V44	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom			
	S10	I24	V45	1 = ruim 2-15=regular > 15 = bom	0 = ruim 0,5 = regular 1 = bom	0 = ruim 0,5 = regular 1 = bom		
	S11	I25	V46	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1-2 = regular 3 = bom	0 = ruim 0,5 = regular 1 = bom		
			V47	0 = ruim 1 = bom				
			V48	0 = ruim 1 = bom				

Fonte: Elaborado pelo autor.

É importante pontuar as dificuldades encontradas no processo de transposição das informações do PMAQ-AB para construção de uma matriz capaz de avaliar os atributos da APS. Há de se considerar que esse instrumento não apresentou esse enfoque e, por conseguinte, algumas dimensões e subdimensões tiveram que passar por adaptações conforme os dados disponíveis no banco de dados, o que demandou uma extensa busca na literatura para identificar conceitos e diferentes formas de avaliação desses atributos.

Avaliar o atributo da longitudinalidade com base nos dados do PMAQ-AB foi um processo desafiador, uma vez que os dados disponíveis conceitualmente são entendidos como continuidade do cuidado (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; STARFIELD, 2002).

Essa mesma dificuldade foi encontrada por Lima et al. (2018), que avaliou o desempenho das equipes de APS com base nos atributos descritos por Starfield

através de dados do 1º e do 2º ciclo do PMAQ-AB e identificou fatores como a baixa fixação dos profissionais e a precarização das relações de trabalho como barreiras para melhoria desse atributo.

Cunha e Giovanella (2011) se propuseram a abordar as diferenças conceituais dos termos longitudinalidade e continuidade do cuidado encontradas na literatura e identificaram que grande parte dos estudos utiliza esses termos de maneira semelhante, sobretudo em relação a identificação e utilização de um mesmo serviço de saúde ao longo do tempo.

A longitudinalidade, no entanto, pode ser definida com base em três aspectos que são a disponibilidade de uma fonte regular de cuidado, a formação de um vínculo terapêutico entre usuário e equipe e a continuidade informacional (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; STARFIELD, 2002).

Essa definição evidenciou outra limitação do banco de dados, o fato de que o módulo “usuários”, essencial para compor a avaliação do vínculo longitudinal (longitudinalidade) e utilização dos serviços (primeiro contato) se baseia na avaliação de apenas 4 usuários por equipe, não tendo sido utilizado no contexto desse trabalho pela falta de representatividade dessa amostra para avaliação do desempenho por equipe.

Dessa maneira, a continuidade do cuidado foi utilizada como indicador proxy por ser conceitualmente considerada neste estudo como um aspecto imprescindível da longitudinalidade. Dentre os aspectos ressaltados por Cunha e Giovanella (2011) foi possível identificar no banco de dados do PMAQ-AB variáveis para inferir a existência da continuidade do cuidado através da organização do serviço a fim de disponibilizar cuidados em saúde ao longo do ciclo de vida dos usuários, assim como a existência da continuidade informacional.

Algumas limitações são intrínsecas do banco de dados, como a confiabilidade do processo de coleta e a organização dessas informações que podem resultar em inconsistências que alterem os resultados não representando a realidade dos serviços. Estas também podem ser decorrentes de percepções negativas dos profissionais em relação aos objetivos da avaliação identificadas em outros estudos (MEDEIROS, 2019; MURAMOTO, 2017).

Outra limitação discutida em oficina de consenso, e destacada por Bezerra e Medeiros (2018), trata de necessidade de aprimorar componentes de avaliação

relacionados à saúde do trabalhador e da negociação do trabalho em saúde, tais como a adoção de ferramentas como a gestão participativa a fim de proporcionar a inclusão do trabalhador em saúde no contexto da tomada de decisão.

Portanto, esse instrumento se mostrou capaz de avaliar e comparar o desempenho das equipes de APS com a utilização dos dados produzidos pelo PMAQ-AB de múltiplas maneiras, com parâmetros de comparação por macrorregiões, porte populacional, cobertura da APS, entre outros. Essas diferentes abordagens poderão ser mais bem exploradas em estudos subsequentes. Ademais, a matriz evidenciou limitações e potencialidades do instrumento aplicado para coleta dos dados.

3.2 ARTIGO: AVALIAÇÃO COMPARATIVA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL COM BASE NOS DADOS DOS CICLOS 2 E 3 DO PMAQ-AB

RESUMO

Um sistema de saúde com enfoque em cuidados primários resulta em intervenções custo-efetivas, acessíveis e de ampla aceitação dos usuários^{1,2}. Para garantir esses resultados, é necessário avaliar a qualidade do serviço prestado a fim de detectar necessidades de aprimoramento¹¹. Foi conduzido um estudo avaliativo longitudinal retrospectivo que visa analisar a qualidade da Atenção Primária por meio de uma matriz avaliativa que utiliza dados do 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB para avaliar os atributos essenciais da APS. A análise comparativa mostrou aprimoramento das equipes em todas as dimensões e subdimensões. Em ambos os ciclos, o atributo com pior desempenho foi a coordenação do cuidado e o mais bem avaliado foi a longitudinalidade. A integralidade foi o atributo que apresentou maior número de equipes que melhoraram o desempenho entre os ciclos. A subdimensão fluxos de apoio matricial apresentou significativa melhoria do desempenho no período avaliado. A região Norte apresentou um aumento de 523,2% das equipes com bom desempenho entre os ciclos, mas ainda se mantém aquém das outras macrorregiões no 3º ciclo. Apesar de não ser possível afirmar que a melhoria de desempenho das equipes é uma consequência direta do PMAQ-AB essa conclusão apresenta plausibilidade considerando os resultados deste e de outros estudos^{27,28,29,30,35}. Essa pesquisa apresentou uma nova perspectiva de análise dos dados do PMAQ-AB destacando suas potencialidades e limitações. Concluímos que esse processo de melhoria deve ter continuidade através da consolidação de um instrumento de avaliação desenvolvido para a realidade da APS brasileira e da institucionalização da avaliação em saúde no contexto das equipes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Avaliação em Saúde, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

A health system focused on Primary Healthcare (PHC) results in cost-effective, accessible, and widely accepted interventions^{1,2}. It is necessary to evaluate the quality of the health service to find aspects to improve and reach those results¹¹. This longitudinal retrospective evaluative study analyzed the quality of PHC through an evaluation matrix that uses data from the second and third cycles of the PMAQ-AB to assess the essential attributes of PHC. The comparative analysis showed team improvement in all dimensions and sub-dimensions. Coordination had the worst performance in both cycles. Continuity of care presented the best results. Comprehensiveness showed the highest number of teams improving performance in the analyzed period. The subdimension matrix support processes showed a significant improvement in the evaluated period. The North region showed an increase of 523.2% of teams with good performance between the cycles. However, it remains below the other macro-regions in the third cycle. Although it is not assured to conclude that the improvement was a direct consequence of the PMAQ-AB, this conclusion is plausible considering the results of this and other studies^{27,28,29,30,35}. This research presented a new perspective on PMAQ-AB data analysis, highlighting its potentialities and limitations. We conclude that this enhancement process must continue consolidating an assessment instrument developed for use in the context of the Brazilian health system that promotes the institutionalization of health assessment in primary care.

Keywords: Primary Health Care, Health Care Evaluation Mechanisms, Health Care Quality, Access, and Evaluation, Health Services Needs and Demand.

INTRODUÇÃO

Um sistema de saúde orientado para a Atenção Primária à Saúde (APS) está relacionado a uma melhoria no padrão de cuidado, ampliação do acesso e da realização de estratégias ou atendimentos preventivos¹. Assim, é possível alcançar mais resolubilidade, com intervenções de menor custo e um elevado grau de segurança e satisfação do usuário com os serviços de saúde².

No contexto do Sistema de Saúde brasileiro, a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é associada à melhoria de diferentes indicadores, como o número de internações por causas sensíveis à APS, mortalidade infantil, cobertura vacinal, acesso a cuidados de saúde, óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, mortalidade materna, entre outros^{3,4}. Outros trabalhos mostram que uma maior qualidade da APS está associada a uma menor taxa de internações por causas sensíveis à atenção primária e de mortalidade infantil^{5,6}.

No entanto, apesar desses avanços ainda há um longo caminho a ser percorrido e muito para ser aprimorado visando a consolidação de um sistema de saúde voltado para a APS que seja capaz de apresentar ampla cobertura e uma atenção à saúde de qualidade, reduzindo as inequidades regionais^{7,8,9,10}.

Avaliar a qualidade do serviço prestado na APS, sua extensão, cobertura e impactos, é um passo necessário a fim de promover melhorias e detectar pontos frágeis que necessitem de aprimoramento¹¹. É um processo que envolve a emissão de um juízo de valor e, no contexto de um serviço de saúde, trata-se de um processo essencial de produção de dados visando o aprimoramento do próprio sistema. Vários instrumentos validados em outros contextos se propõem a essa finalidade no contexto da APS¹², entre estes o WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET), ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP), European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP), General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) e o PCATool.

Ao longo do processo de consolidação da ESF como modelo de Atenção Primária predominante no SUS, diferentes formas de avaliar este nível de atenção foram propostas tais como a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) em 2005, o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) em 2007 no estado de São Paulo, o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), o PMAQ-AB em 2011 e o Programa Previne Brasil^{13,14,15}.

O PMAQ-AB foi uma proposta de avaliação e estímulo à melhoria da qualidade da APS que teve como objetivos a ampliação do impacto da APS sobre a saúde da população, a melhoria da qualidade da prestação do cuidado, dos sistemas de informação, do acesso e da satisfação dos usuários, o estímulo a atividades de educação permanente e a transparência dos processos de gestão por meio da participação popular, além de promover a institucionalização da cultura de avaliação na APS e no SUS^{14,16}.

A escolha pelo PMAQ-AB para avaliar a qualidade da APS pode ser explicada pela necessidade de desenvolver uma forma de avaliar voltada à identificação de necessidades de saúde mais básicas do que aquelas abordadas por outros instrumentos, entre essas a precariedade da estrutura física, condições de trabalho inadequadas, pouca ou nenhuma integração com a atenção secundária, financiamento insuficiente e dificuldade na reorientação de práticas¹⁴. Outros instrumentos talvez não fossem capazes de realizar uma avaliação tão ampla desses aspectos no contexto da ESF.

As informações produzidas pelo PMAQ-AB têm grande potencial de utilização para a avaliação e embora venham sendo analisadas por vários autores^{17,18} em diferentes perspectivas, há poucos estudos com análises longitudinais envolvendo os diferentes ciclos do programa. Mais escassos ainda são os estudos que avaliam os atributos da APS utilizando dados do PMAQ-AB, o que permitiria a comparação com dados de outros instrumentos que se propõem a essa mesma finalidade.

Assim, esta pesquisa tem o intuito de avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde do Brasil nos anos 2013 e 2017 utilizando padrões de desempenho por equipe considerando indicadores dos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB utilizados na construção de uma matriz avaliativa com base nos atributos essenciais da APS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo longitudinal retrospectivo de base quantitativa, em que foram utilizados dados secundários de domínio público provenientes do 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB. O estudo foi desenvolvido em 3 etapas: coleta dos dados; emissão de juízo de valor; e sistematização e análise dos resultados.

O modelo teórico e o modelo lógico utilizados¹⁹ têm como dimensões os quatro atributos essenciais da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) estabelecidos por Starfield²⁰.

A matriz avaliativa utilizada¹⁹ tem como base as variáveis disponíveis nos bancos de dados do PMAQ-AB. A matriz de análise e julgamento é o instrumento que reúne e organiza os critérios, indicadores e padrões que serão utilizados para emissão do juízo de valor numa pesquisa avaliativa²¹. A matriz avaliativa que foi utilizada neste estudo foi validada em oficinas de consenso, e pode ser visualizada no Quadro 1.

Coleta dos dados

Os bancos de dados do 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB (2013 e 2017) foram obtidos no site da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (<https://aps.saude.gov.br/>) e as variáveis de interesse foram selecionadas e organizadas em planilhas do Microsoft Excel (Office 365).

A fim de possibilitar a comparabilidade dos resultados, foram incluídas no estudo apenas as equipes que participaram de ambos os ciclos (2º e 3º) do PMAQ-AB. Não foram utilizados os dados do 1º ciclo do PMAQ-AB por não haver identificação das equipes com o Identificador Nacional de Equipes (INE), impossibilitando a compatibilização dos dados das equipes com os demais ciclos.

Excluindo-se dos bancos de dados as equipes com informação de que o instrumento não foi aplicado, obteve-se 29.778 equipes no ciclo 2 e 37.351 no ciclo 3. Foram excluídas 9.611 equipes que participaram em apenas um dos ciclos, totalizando 27.740 equipes de APS incluídas no estudo.

Emissão de juízo de valor

As variáveis extraídas dos bancos de dados do PMAQ-AB foram recodificadas, atribuindo-se escores 0 – 0,5 – 1 a partir da emissão de juízo de valor ruim, regular e bom, respectivamente. Nas variáveis dicotômicas, a conversão foi para os valores 0 (=ruim) ou 1 (=bom), exceto no caso de V14 onde a resposta “sim” significou a existência de população descoberta de ACS no território e recebeu juízo de valor “ruim”.

Nas variáveis que apresentavam resposta “não se aplica” ou “não sabe / não respondeu”, foi padronizado que tais respostas equivalem a zero, atribuindo-se juízo de valor “ruim”.

Quadro 1 - Matriz avaliativa com Dimensões (Di), subdimensões, indicadores e variáveis do 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB utilizadas como medidas dos indicadores.

Di	Subdimensão	Indicador	Ciclo 2	Ciclo 3	
Primeiro Contato (D1)	Aspectos estruturais-organizacionais (S1)	Oferta de atendimento 5 dias por semana e ao menos 8 horas por dia (I1)	I.8.5 (1-2); I.8.2 (1-7)	I.4.5.1 (1-7)	
		Organização da forma de acesso aos cuidados em saúde (I2)	II.12.14 (2-3)	II.9.1 (2-4)	
		Utilização de protocolos para avaliação de risco (I3)	II.12.7.10; II.14.4.3- II.14.4.6	II.10.6; II.17.3; II.18.3; II.15.3; II.16.2	
	Acolhimento (S2)	Qualidade técnico-assistencial do acolhimento (I4)	II.12.18 II.12.17	II.10.7 II.10.5.3	
		Atendimento a situações de urgência / emergência (I5)	II.12.8.9	II.10.5.1	
		Acolhimento todos os dias em que a UBS está em funcionamento (I6)	II.12.1 II.12.4	II.10.1 II.10.3 (1-7)	
	Cobertura populacional (S3)	Existência de população descoberta no território de abrangência (I7)	II.10.5	II.6.3	
		Dimensionamento populacional com base em critérios de risco e vulnerabilidade (I8)	II.10.1	II.6.6	
	Longitudinalidade / Continuidade do cuidado (D2)	Organização da oferta de cuidado continuado (S4)	Organização da agenda dos profissionais de modo a facilitar a continuidade do atendimento (I9)	II.13.1.4	II.9.2.1
			Acesso fácil para dúvidas ou mostrar resultados de exames (I10)	II.13.4 II.13.5	II.10.9.1 II.10.9.2
Realização de busca ativa em caso de mulher com citopatológico atrasado e crianças com atraso na puericultura (I11)			II.14.7.2 II.14.7.8	II.14.6.2 II.16.8.3	
Atuação da equipe na continuidade do cuidado (S5)		Acompanhamento dos usuários com queixas de saúde mental (I12)	II.14.3.6	II.23.1.1	
		Realização de atendimento de diferentes grupos etários e condições de saúde, tais como crianças, hipertensos, diabéticos e pessoas com obesidade (I13)	II.13.2.2	II.16.1	
			II.13.2.9	II.17.1	
			II.13.2.10	II.18.1	
Adoção de estratégias para garantir atendimento em todo o ciclo gravídico puerperal e continuidade do cuidado ao recém-nascido em todo o ciclo da vida (I14)		II.20.3.1	II.19.3.1		
		II.13.2.1 II.14.3.1	II.15.1		
		II.19.1 II.18.7/1	II.16.1 II.15.12.4		
Integralidade (D3)	Disponibilidade de serviços (S6)	Realização de atividades de promoção da saúde (I15)	II.26.1	II.26.1	
		Oferta de cuidado e acompanhamento de usuários de tabaco, álcool ou outras drogas (I16)	II.13.2.4-5	II.23.1.2	
		Disponibilidade de procedimentos como, pequenas cirurgias, lavagem de ouvido, inserção de DIU e curativos sem a necessidade de encaminhamento (I17)	II.17.2.10	II.11.3.10	
			II.17.2.4 -5	II.11.3.4 -5	
			II.17.2.7	II.11.3.7	
	II.17.2.2	II.11.3.2			
	Realização de práticas integrativas e complementares (I18)	II.25.2	II.29.1		
	Fluxos de apoio matricial (S7)	Recebimento de apoio de outros profissionais via matriciamento (I19)	II.9.4	II.3.1	
			II.33.17.7 II.33.17.10	II.35.1.1 II.35.1.9	
		Utilização do telessaúde para apoio à tomada de decisão (I20)	II.7.2.3	II.5.1	
EP no contexto do processo de trabalho da APS (S8)	Oferta de atividades de educação permanente / continuada aos profissionais que atuam no cuidado (I21)	II.7.1	II.4.1.6		
Coordenação do cuidado (D4)	Recursos estruturais e organizacionais (S9)	Existência de prontuário eletrônico implementado na equipe (I22)	II.11.3	II.7.2.2	
		Capacitação dos profissionais para uso do prontuário eletrônico (I23)	II.11.6	II.7.5	
	Organização do acesso ao cuidado especializado (S10)	Definição clara de fluxos de referência e contrarreferência com a atenção especializada (I24)	II.14.1	II.12.9	
	Acompanhamento conjunto ao cuidado especializado (S11)	Manutenção de registro de usuários de maior risco encaminhados a outros pontos da rede, tais (hipertensos, diabéticos e gestantes) (I25)	II.14.6.1	II.17.10	
II.14.6.2			II.18.7		
II.14.6.5			II.15.5		

Fonte: Elaborado pelos autores

O Quadro 2 sistematiza os parâmetros utilizados para juízo de valor dos indicadores, subdimensões e dimensões. O cálculo para a maioria dos indicadores se deu por meio da soma simples das variáveis que os compunham conforme os parâmetros estabelecidos na matriz avaliativa. Houve duas exceções a esse cálculo, sendo a primeira a “disponibilidade de serviços” em que o procedimento “realização de curativos” ganhou maior peso por se tratar de um procedimento básico e necessário para que a equipe fosse classificada, pelo menos, com juízo de valor “regular”, sendo que a realização de curativos e pelo menos outro procedimento da lista pelas equipes resultou na atribuição de juízo de valor “bom”. A segunda particularidade ocorreu no indicador “definição clara de fluxos de referência e contrarreferência com a atenção especializada” em que foi realizada a sistematização das respostas para: “não há percurso definido” (0=ruim); “consulta é marcada pelo usuário” (0,5=regular); “consulta é marcada pela UBS” (1=bom). Para o restante dos indicadores, foi atribuído juízo de valor “ruim” para a pontuação 0, “bom” para a pontuação máxima conforme o número de indicadores (que variou de 1 a 4) e “regular” para as pontuações intermediárias.

A pontuação atribuída ao juízo de valor dos indicadores serviu de base para o cálculo das subdimensões, mantendo-se o padrão de escala 0 – 0,5 – 1 durante as etapas da conversão a fim de manter o parâmetro de avaliação e a comparabilidade dos resultados entre diferentes equipes. Para a maior parte das subdimensões, compostas por 2-3 indicadores e com pontuação máxima igual a 3, foi padronizado a atribuição de juízo de valor “bom” à terça parte mais próxima da pontuação máxima, “regular” à terça parte intermediária e “ruim” à terça parte mais próxima de zero. Para a subdimensão composta por indicador único foi atribuída a mesma classificação do indicador. Já para aquela composta por 4 indicadores, sendo 3 desses indicadores definidos por variáveis dicotômicas, receberam atribuição “ruim” as pontuações igual ou inferior a 1,5, “bom” para igual ou superior a 3 e “regular” para as intermediárias.

Em seguida, as classificações atribuídas às subdimensões foram somadas para o cálculo das dimensões. Quando a pontuação variou de 0 a 3, foi padronizado classificação “ruim” para igual ou inferior a 1, “bom” para igual ou superior a 2,5 e “regular” para as intermediárias. Quando a pontuação máxima era 2, apenas esta recebeu classificação “bom”, com as inferiores ou iguais a 0,5 sendo classificadas como “ruim” e as restantes como “regular”. Para o juízo de valor geral, variando a pontuação de 0 a 4, foi atribuído

classificação “regular” para as pontuações 2 e 2,5, “ruim” para as inferiores e “bom” para as superiores.

Sistematização e análise dos resultados

Foi realizada análise descritiva dos dados, que foram sistematizados em tabelas e gráficos. A fim de analisar as proporções dos resultados da avaliação e a diferença encontrada entre as amostras (2º e 3º ciclos do PMAQ-AB) foi utilizado o teste não paramétrico de McNemar-Bowker²² no programa SPSS Statistics 29.0.1.0. Este teste é adequado para comparação “antes e depois” de uma mesma amostragem e trata-se de uma variação do teste de McNemar que permite a utilização em variáveis ordinais com 3 ou mais categorias²³.

A sistematização dos dados foi realizada a fim de destacar os resultados da avaliação das equipes de APS de forma geral, contendo todas as dimensões propostas, assim como separadamente por dimensões e subdimensões. Os resultados também foram categorizados por macrorregiões e por padrões das equipes que apresentam melhora, manutenção ou piora do desempenho entre os ciclos 2 e 3.

Por ser tratar de uma pesquisa que utilizou dados secundários de domínio público este trabalho dispensa a submissão à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) nos termos das resoluções nº 466/2012, nº 510/2016 e pela Resolução CNS nº 466/12.

Quadro 2 – Parâmetros do juízo de valor por dimensão (Di), subdimensão (Sub), indicador (Ind)

Di	Sub	Ind	Juízo de valor (indicador)	Juízo de valor (subdimensão)	Juízo de valor (dimensão)	Juízo de valor (geral)
D1	S1	I1	0 = ruim 1 = regular 2 = bom	0-0,5 = ruim 1,0-1,5 = regular 2-3 = bom	0-1,0 = ruim 1,5-2,0 = regular 2,5-3 = bom	0-1,5 = ruim 2,0-2,5 = regular 3-4 = bom
		I2	0 = ruim 1 = bom			
		I3	0 = ruim 0,5-2,5 = regular 3 = bom			
	S2	I4	0 = ruim 1 = regular 2 = bom			
		I5	0 = ruim 1 = bom			
		I6	0 = ruim 1 = regular 2 = bom			
	S3	I7	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = regular		
		I8	0 = ruim 1 = bom	2 = bom		
D2	S4	I9	0 = ruim 1 = bom	0-0,5 = ruim	0-0,5 = ruim 1,0-1,5 = regular 2 = bom	
		I10	0 = ruim 1 = regular 2 = bom	1,0-1,5 = regular		
		I11	0 = ruim 1 = regular 2 = bom	2-3 = bom		
	S5	I12	0 = ruim 1 = bom	0-0,5 = ruim		
		I13	0 = ruim 1-3 = regular 4 = bom	1,0-1,5 = regular		
		I14	0 = ruim 1-3 = regular 4 = bom	2-3 = bom		
D3	S6	I15	0 = ruim 1 = bom	0-1,5 = ruim 2,0-2,5 = regular 3-4 = bom	0-1,0 = ruim 1,5-2,0 = regular 2,5-3 = bom	
		I16	0 = ruim 1 = bom			
		I17	0 = ruim 1 = bom			
		I18	<5 = ruim 5 = regular 5-9 = bom			
	S7	I19	0 = ruim 1 = bom	0-0,5 = ruim 1-1,5 = regular		
		I20	0 = ruim 1 = regular 2 = bom	2 = bom		
	S8	I21	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = bom		
D4	S9	I22	0 = ruim 1 = bom	0 = ruim 1 = regular	0-1,0 = ruim 1,5-2,0 = regular 2,5-3 = bom	
		I23	0 = ruim 1 = bom	2 = bom		
	S10	I24	0 = ruim 0,5 = regular 1 = bom	0 = ruim 0,5 = regular 1 = bom		
	S11	I25	0 = ruim 1-2 = regular 3 = bom	0 = ruim 0,5 = regular 1 = bom		

Fonte: Elaborado pelos autores

RESULTADOS

De maneira geral, a análise comparativa dos resultados da avaliação das equipes de APS mostrou uma tendência de melhora no período entre os ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, conforme mostrado na Figura 1. Para todas as dimensões e subdimensões, assim como na avaliação geral, a análise estatística mostrou uma diferença significativa entre as amostras com valor de $p < 0,001$. Esse mesmo padrão se repete quando os resultados são analisados para cada dimensão, sendo a “integralidade” a que mais se destacou em virtude do total de equipes que alcançaram resultado “bom” ter variado de 14,6% para 75,7% no período avaliado. A dimensão “coordenação do cuidado”, por outro lado, apresentou uma melhora menos expressiva tendo sido a que apresentou pior resultado geral em ambos os ciclos. Apesar disso, essa mesma dimensão apresentou uma redução do total de equipes com juízo de valor “ruim”, passando de 37,1% no ciclo 2 para 12,4% no ciclo 3.

A Tabela 1 apresenta os resultados da avaliação das equipes de APS para cada subdimensão. Ademais, essa tabela expõe as variações encontradas no juízo de valor alcançado pelas equipes entre os ciclos analisados. Mais uma vez, há uma tendência de aprimoramento dos parâmetros observados nesse período, sendo que a melhora mais significativa foi encontrada nas subdimensões “fluxos de apoio matricial” da dimensão “integralidade” e “recursos estruturais e organizacionais” da dimensão “coordenação do cuidado”. O aumento mais expressivo na subdimensão fluxos de apoio matricial não foi possível calcular em razão de 0% das equipes terem apresentado bom desempenho no 2º ciclo. Em todas as subdimensões houve aumento no percentual de equipes classificadas como boas e redução no percentual de equipes classificadas como ruins.

A Figura 2 detalha a tendência de melhora, manutenção ou piora do desempenho das equipes de APS na avaliação realizada. Na maior parte das dimensões, a tendência foi de melhora, podendo tais equipes terem variado tanto de um juízo de valor “ruim” para “regular” ou de “regular” para “bom”. A longitudinalidade, todavia, mostrou maior tendência de manutenção do desempenho das equipes, o que provavelmente ocorreu pelo fato que esta foi a dimensão com melhor desempenho das equipes no ciclo 2.

Figura 1 - Total de equipes de APS que alcançaram juízo de valor bom, regular ou ruim por dimensões e geral nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB

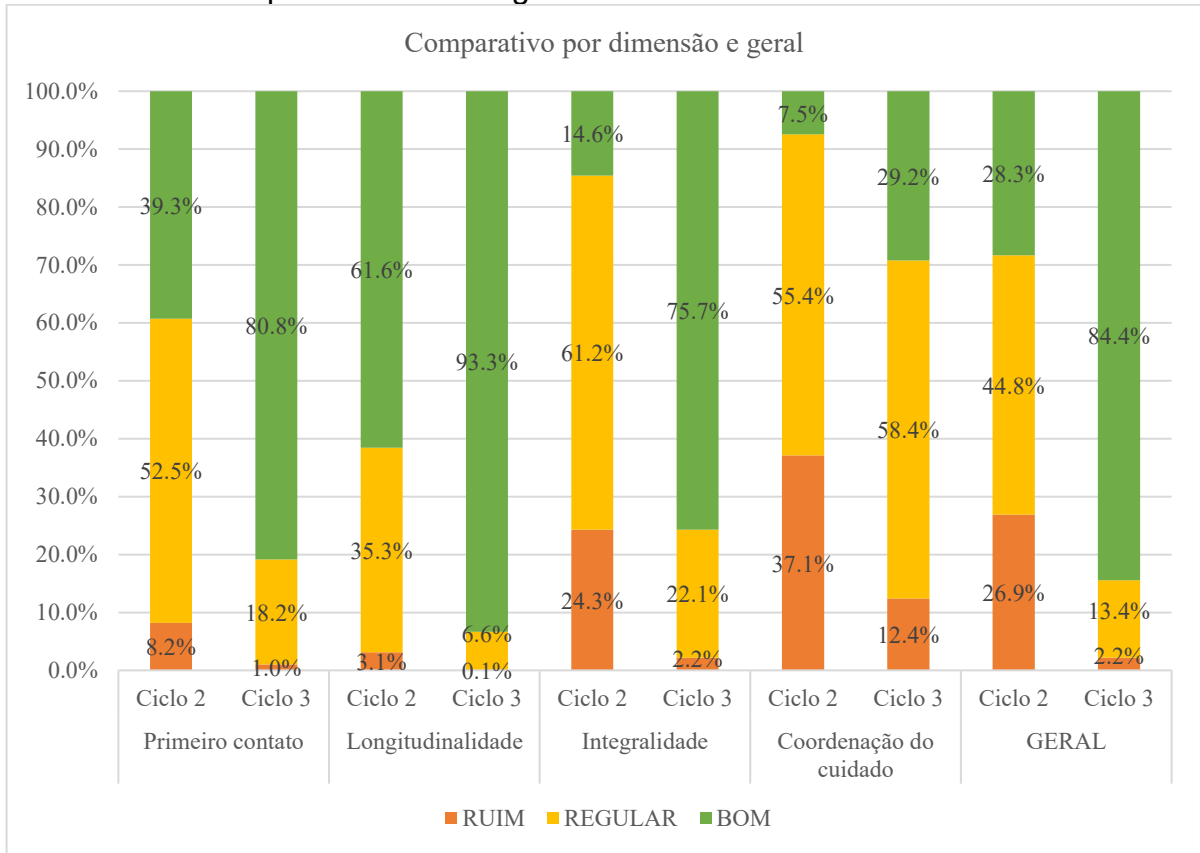


Figura 2 - Análise da tendência de piora, manutenção ou melhoria do desempenho das equipes de APS nos Ciclo 2 e 3 do PMAQ-AB

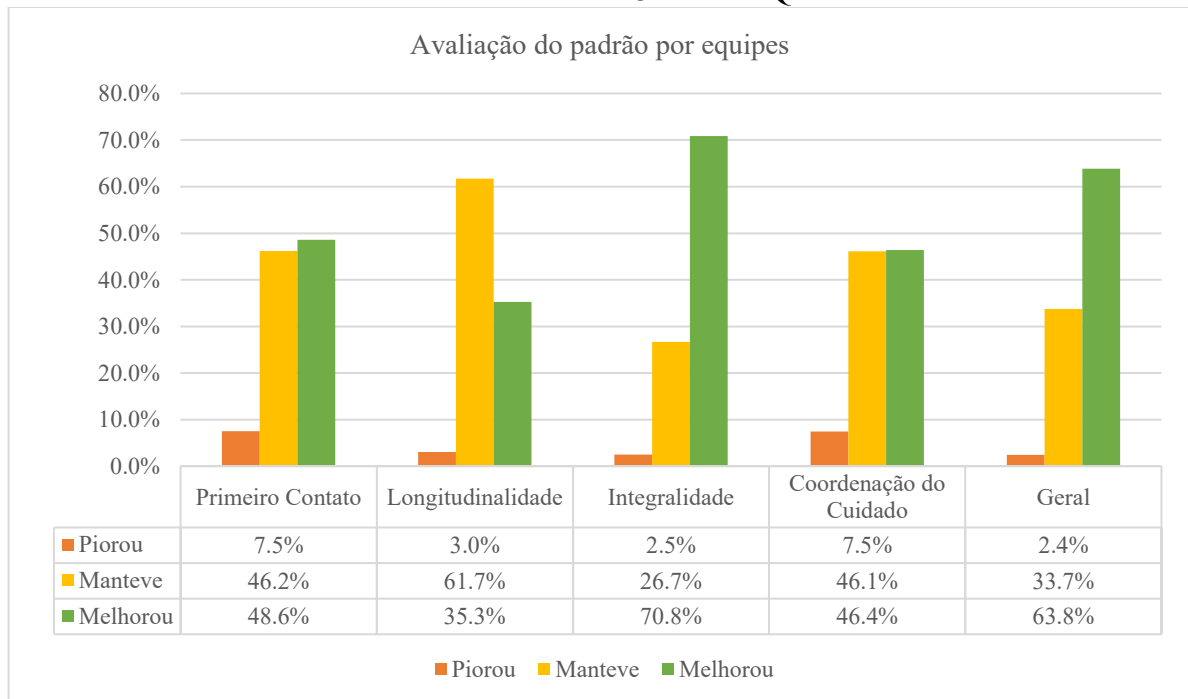


Tabela 1 – Percentual de equipes de APS que alcançaram juízo de valor bom, regular ou ruim por subdimensões e tendência de mudança no comparativo entre ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB

Dimensão/ Subdimensão	Ruim		Regular		Bom		Diferença	Valor de p		
	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 2	Ciclo 3	Ciclo 2	Ciclo 3				
Primeiro Contato										
Aspectos estruturais-organizacionais	2,1	0,5	67,0	15,8	30,9	83,7	-78,2	-76,3	170,5	< 0,001
Acolhimento	3,9	0,8	40,5	2,3	55,7	96,9	-79,4	-94,3	74,0	< 0,001
Cobertura populacional	12,7	10,6	44,1	38,7	43,2	50,7	-16,9	-12,3	17,5	< 0,001
Longitudinalidade										
Organização da oferta de cuidado continuado	3,7	0,2	15,0	3,4	81,3	96,5	-95,8	-77,4	18,7	< 0,001
Atuação da equipe na continuidade do cuidado	1,3	0,1	29,0	3,6	69,7	96,4	-94,0	-87,7	38,3	< 0,001
Integralidade										
Educação permanente no contexto do processo de trabalho da APS	11,1	2,6	NSA	NSA	88,9	97,4	-76,7	NSA	9,6	< 0,001
Disponibilidade de serviços	21,0	2,7	44,2	16,1	34,8	81,2	-87,3	-63,5	133,3	< 0,001
Fluxos de apoio matricial	66,5	13,2	33,5	43,4	0	43,5	-80,2	29,4	-	< 0,001
Coordenação do cuidado										
Recursos estruturais e organizacionais	86,7	59,8	12,0	23,0	1,2	17,2	-31,0	91,2	1312,2	< 0,001
Organização do acesso ao cuidado especializado	0,5	0,1	34,5	22,4	64,9	77,4	-73,5	-35,1	19,3	< 0,001
Acompanhamento conjunto ao cuidado especializado	35,0	8,8	15,1	29,0	50,0	62,2	-74,9	92,5	24,5	< 0,001

Fonte: Elaborado pelos autores

Apesar da análise por macrorregiões seguir, de maneira geral, a mesma tendência de aprimoramento da qualidade das equipes de APS apresentada anteriormente, é possível constatar que o desempenho das equipes da região Norte permanece aquém no 3º ciclo em comparação com as outras macrorregiões, com 63,3% das equipes tendo apresentado bom desempenho, enquanto as regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste tiveram, respectivamente, 90,1%, 86,8%, 85,2% e 79,6% das equipes classificadas como boas. Por outro lado, essa mesma macrorregião apresentou um aumento de 523,2% das equipes com bom desempenho entre o 2º e o 3º ciclo do PMAQ-AB. A região Nordeste apresentou uma

melhora expressiva na coordenação do cuidado, com um aumento de 2072,2% das equipes classificadas com bom desempenho. Em todas as macrorregiões houve redução do número de equipes com desempenho ruim, tanto no resultado geral como em cada atributo da APS. Como resultado geral, a região Nordeste se destaca por ter alcançado desempenho no 3º ciclo muito semelhante ao das macrorregiões mais bem avaliadas já no 2º ciclo.

Os resultados dessa pesquisa indicam que houve aprimoramento do desempenho das equipes de APS em todas as dimensões e subdimensões avaliadas, tanto na análise geral das equipes como nas macrorregiões. O atributo que teve pior avaliação em ambos os ciclos foi a coordenação do cuidado, sobretudo pelo desempenho ruim na avaliação dos recursos estruturais e organizacionais e do acompanhamento conjunto dos pacientes em seguimento em outros níveis de atenção. A integralidade apresentou a tendência de melhoria mais significativa dentre todos os atributos, demonstrado sobretudo pelo aprimoramento dos fluxos de apoio matricial e do incremento da carteira de serviços ofertados. Na dimensão primeiro contato, foi possível notar um importante avanço nos aspectos estruturais-organizacionais e na realização do acolhimento. Apesar das limitações encontradas na avaliação deste atributo, a longitudinalidade se destaca como o atributo mais bem avaliado em ambos os ciclos.

DISCUSSÃO

Os resultados analisados com a utilização da matriz avaliativa evidenciaram avanços no desempenho das equipes de ESF no período entre os ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB. Estudos anteriores buscaram identificar as principais carências das equipes de APS e destacaram os aspectos estruturais do atributo primeiro contato e aqueles relacionados à coordenação do cuidado, sobretudo a utilização de prontuário eletrônico, qualidade do registro das informações em saúde e da organização de fluxos para integração com outros pontos da rede de atenção à saúde²⁴.

Esta avaliação, no entanto, mostrou uma melhoria nos aspectos estruturais do primeiro contato, que incluem as condições de funcionamento, estrutura física, gestão da oferta e do cuidado, assim como a organização de fluxos e protocolos de atendimento são aspectos básicos e essenciais para garantir o acesso da população ao cuidado em saúde¹.

O acolhimento foi a subdimensão que mais se destacou nesse atributo, o que demonstra um esforço das equipes em promover ajustes no processo de trabalho a fim de reduzir ou remover barreiras de acesso ao serviço de saúde. Esse achado reforça as conclusões

de Clementino et al.²⁵ que constataram o acolhimento amplamente implantando nas equipes de APS com base no 2º ciclo do PMAQ-AB. No entanto, esse mesmo autor analisou que mais da metade das equipes avaliadas não tinha ou desconhecia a existência de um protocolo de avaliação de risco. Este estudo acrescenta que houve um significativo avanço nessa subdimensão no 3º ciclo do PMAQ-AB inferindo o potencial do instrumento de promover um processo reflexivo dentro das próprias equipes de APS e de estimular o aprimoramento do processo de trabalho pelo próprio ato de avaliar.

Já a cobertura populacional apresentou pouca melhora entre os ciclos avaliados, sendo essa a subdimensão que mais prejudicou esse atributo no ciclo 3. Destaca-se a importância de que a população sob responsabilidade das equipes que atuam na APS seja adequadamente dimensionada considerando fatores como vulnerabilidade das pessoas no território¹. Esse aspecto influencia diretamente o acesso e os outros atributos avaliados, expondo a urgente necessidade de corresponsabilizar a gestão local a fim de organizar soluções para essas fragilidades que se sobressaem ao processo de trabalho das equipes.

As subdimensões da longitudinalidade apresentaram tendência de melhora entre os ciclos avaliados, indicando melhor organização das equipes com o objetivo proporcionar a continuidade do cuidado e a formação de um vínculo longitudinal. Contudo, é difícil avaliar o atributo da longitudinalidade através dos indicadores disponíveis do PMAQ-AB, uma vez que os dados disponíveis conceitualmente são entendidos como continuidade do cuidado^{1,26}.

Essa mesma dificuldade foi encontrada por Lima et al.²⁴, que avaliou o desempenho das equipes de APS com base nos atributos descrito por Starfield¹ usando dados do 1º e do 2º ciclo do PMAQ-AB e identificou fatores como a baixa fixação dos profissionais e a precarização das relações de trabalho como barreiras para melhoria desse atributo. Cunha e Giovanella²⁶ se propuseram a abordar as diferenças conceituais dos termos longitudinalidade e continuidade do cuidado encontradas na literatura e identificaram que grande parte dos estudos utiliza esses termos de maneira semelhante, sobretudo em relação a identificação e utilização de um mesmo serviço de saúde ao longo do tempo. A longitudinalidade, no entanto, pode ser definida com base em três aspectos que são a disponibilidade de uma fonte regular de cuidado, a formação de um vínculo terapêutico entre usuário e equipe e a continuidade informacional²⁶.

Dessa maneira, a continuidade do cuidado foi utilizada como indicador proxy por ser conceitualmente considerada neste estudo como um aspecto imprescindível da longitudinalidade. Dentre os aspectos ressaltados por Cunha e Giovanella²⁶ foi possível

identificar no banco de dados do PMAQ-AB variáveis para inferir a existência da continuidade do cuidado através da organização do serviço a fim de disponibilizar cuidados em saúde ao longo do ciclo de vida dos usuários, assim como a existência da continuidade informacional.

No contexto da integralidade, essa avaliação identificou que os processos de educação permanente em saúde já se encontravam inseridos na rotina de trabalho de grande parte das equipes em ambos os ciclos. Destaca-se, portanto, a implementação de fluxos de apoio matricial, cujo aumento não pôde ser quantificado em função de não ter havido equipes com desempenho “bom” no 2º ciclo, e o aprimoramento da disponibilidade de serviços. Dessa maneira, é possível inferir que os serviços apresentaram maior resolubilidade reforçando o processo de reorientação de práticas proposto na implementação da ESF como modelo de APS predominante. A implementação e ampliação de serviços de telessaúde que servem como ferramenta de apoio clínico aos profissionais da APS se apresenta como uma das razões para esses aprimoramentos²⁷. Ademais, o próprio processo avaliativo tem o potencial de gerar um estímulo à implementação de novos serviços que antes não fossem entendidos pelas equipes como uma atribuição da APS.

A coordenação do cuidado é um atributo que unifica os anteriores e os torna possíveis e efetivos. No entanto, foi identificado como a dimensão com pior avaliação em ambos os ciclos, apesar de ter havido um importante aprimoramento no comparativo desse período, reforçando o encontrado em outros trabalhos^{24,28}. Fica evidente a necessidade de aprimoramento da maneira como é realizado o registro das informações em saúde e o domínio da equipe para utilização das ferramentas disponíveis. É preciso ter clareza acerca dos fluxos a serem percorridos na rede de atenção à saúde para uma adequada integração dos níveis de atenção sem que o usuário perca seu vínculo com a equipe de APS ao longo do processo¹.

Apesar de não ser possível afirmar que essa melhoria de desempenho das equipes se trata, exclusivamente, de uma consequência do instrumento utilizado para avaliação, essa conclusão apresenta certa plausibilidade tendo como embasamento os resultados deste e de outros trabalhos que a corroboram. O estudo realizado por Soares e Ramos²⁹ infere o potencial indutor de mudança do PMAQ-AB ao evidenciar o impacto nos indicadores de internação por causas sensíveis à APS associado à melhoria do desempenho das equipes de APS ao longo dos ciclos do 1 e 2 do programa. Ressalta ainda que esse potencial pode ser ampliado como uma maior adesão das equipes de APS do processo avaliativo.

Medeiros³⁰ analisou, em sua tese de doutorado, através de entrevistas semiestruturadas, a utilização do PMAQ-AB para tomada de decisão local e no nível de gestão, destacando o potencial do instrumento na indução de melhorias estruturais e na cultura organizacional, assim como na promoção da institucionalização do processo avaliativo na APS. Utilizando metodologia semelhante, Muramoto³¹ constatou que o PMAQ-AB foi recebido pelas equipes de APS como um instrumento capaz de identificar potenciais formas de melhorar o processo de trabalho, a oferta e os aspectos estruturais e organizacionais do serviço de saúde. Ambas as autoras destacam a necessidade de permitir a inclusão dos atores envolvidos no processo de tomada de decisão a fim de potencializar a utilização dos resultados da avaliação e induzir modificações e melhorias^{30,31}.

O melhor desempenho das equipes de APS no ciclo 3 do PMAQ-AB em todos os atributos avaliados pode ser atribuído a um processo de avaliação, planejamento e execução de ações e políticas públicas previsto desde a adoção da ESF como modelo de atenção predominante no território brasileiro³². O PMAQ-AB, nesse contexto, é um instrumento fruto do reconhecimento dessa necessidade de avaliar os serviços de APS e da promoção da institucionalização da avaliação no contexto de trabalho da APS.

Essa tendência de aprimoramento dos atributos da APS ao longo do processo de consolidação da ESF é mostrada em estudos que usam tanto o PCATool quanto o PMAQ-AB para quantificar o atributo da coordenação do cuidado. Um dos motivos possíveis trata da formulação de políticas públicas que visam a melhoria de aspectos estruturais identificados no processo avaliativo e que favorecem o desempenho das equipes no cuidado em saúde, como exemplo da coordenação do cuidado que é aprimorada pela ampliação do uso de prontuário eletrônico, capacitação das equipes para sua utilização e maior disponibilidade de computadores e internet nas unidades de saúde²⁸.

É importante avaliar o impacto gerado por essas mudanças e vários autores se propuseram a relacionar o desempenho das equipes de APS com indicadores de saúde da população.

Os resultados encontrados por Castro et al.⁵, por exemplo, mostram maiores taxas de internações por causas sensíveis à APS em locais em as equipes tiveram pior desempenho no ciclo 2 do PMAQ-AB. Esse mesmo autor destaca a importância do instrumento utilizado para avaliação por sua capacidade de diferenciação das características das equipes e UBS adaptando-se à diversidade de desempenho encontradas no território brasileiro.

Soares e Ramos²⁹ encontraram resultados semelhantes ao analisar a redução das internações por causas sensíveis à APS e a disponibilidade de leitos hospitalares em municípios que aderiram aos ciclos I e II do PMAQ-AB.

Pinto e Giovanella³³ também identificaram uma redução significativa das internações por causas sensíveis à APS em regiões em que a implantação da ESF como modelo de atenção predominante encontra-se mais avançada e com melhores indicadores de cobertura.

Em outro estudo⁶, foi encontrada associação entre equipes que apresentaram melhor avaliação de desempenho no ciclo 3 do PMAQ-AB com uma menor taxa de mortalidade infantil (TMI), destacando o papel de uma APS de qualidade no impacto de indicadores de saúde de uma população.

A continuidade do processo avaliativo resulta em informações que norteiam ações de planejamento e execução de ações que sejam adequadas à realidade dos serviços avaliados. Esse estudo apresentou uma nova perspectiva em relação aos dados produzidos pelo PMAQ-AB e, apesar de destacar suas potencialidades, evidenciou uma necessidade de aprimoramento do próprio instrumento a fim de manter seu potencial de diferenciação dos serviços de APS, já que a maior parte das equipes de APS apresentaram um desempenho satisfatório no ciclo 3. Essa atualização do instrumento serve para contemplar os novos desafios encontrados pelas equipes ao longo do tempo, sobretudo na redução das iniquidades evidentes na análise por macrorregião e na identificação de determinantes sociais da saúde que atuam em diferentes pontos do território brasileiro.

Para isso, é importante considerar o aprimoramento não apenas da cobertura, mas também da qualidade dos serviços de APS, já que, conforme destacado por Hatisuka, Moreira e Cabrera⁶, a alta cobertura da ESF não necessariamente esteve relacionada a melhores indicadores de saúde, sobretudo em estados da região Norte que apresentam alta cobertura da ESF, mas em que grande parte das equipes foi avaliada com desempenho insatisfatório.

Outros estudos reforçam que o aprimoramento da ESF nos últimos anos é notável, contudo, este é um processo que ocorre de maneira desigual no território brasileiro e não foi capaz de corrigir as já enraizadas diferenças de qualidade e acesso encontradas em locais de pior condição socioeconômica^{6,29,34}.

Esses trabalhos também destacam que a região Norte se mantém aquém na qualidade dos serviços de APS, mesmo tendo apresentado melhoria significativa. Destacam-se os resultados apresentados pela região Nordeste ao longo dos ciclos do PMAQ-AB, que não

apenas apresentou melhor desempenho das equipes e seus atributos como também nas interações por causas sensíveis à APS²⁹.

Em uma análise do cuidado prestado aos portadores de diabetes mellitus na APS, Lopes et al.³⁵ identificaram diferenças significantes na análise por macrorregiões em todos os ciclos do PMAQ-AB com pior desempenho nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo nos indicadores de estrutura que ainda permaneciam aquém das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Cabe ressaltar ainda que o modelo de financiamento do SUS instituído pelo programa Previnha Brasil¹⁵, onde as equipes que apresentam melhor desempenho recebem mais recursos, tende a potencializar as iniquidades encontradas nessas regiões, sem identificar os fatores associados a um pior desempenho e condicionando o repasse de recursos à população cadastrada em detrimento de estimular um aprimoramento da qualidade dos serviços³⁶.

É importante ressaltar as dificuldades encontradas ao avaliar os atributos da APS utilizando as variáveis do PMAQ-AB, além do desafio conceitual intrínseco dos próprios atributos e as limitações do banco de dados do instrumento, não foram utilizadas variáveis do módulo “usuários” na composição da matriz utilizada por sua falta de representatividade já que se baseia na avaliação de apenas 4 usuários por equipe, o que representa uma limitação do instrumento utilizado¹⁹.

Outras limitações intrínsecas do instrumento utilizado para coleta e organização dos bancos de dados são as possíveis inconsistências e a possibilidade de produzir informações que não representam a realidade dos serviços decorrente de percepções negativas dos profissionais em relação aos objetivos da avaliação identificadas em outros estudos^{30,31}.

Idealmente, um estudo comparativo requer uma padronização dos questionários utilizados para coleta de dados o que não ocorreu entre os ciclos do PMAQ-AB. No contexto da APS, há de se considerar também que a alta rotatividade dos profissionais, conforme destacado por Figueredo³⁷, pode influenciar a comparação dos resultados quando os profissionais da equipe não foram os mesmos em ambos os ciclos.

Além disso, há a necessidade de aprimorar componentes de avaliação relacionados à saúde do trabalhador e da negociação do trabalho em saúde, tais como a adoção de ferramentas como a gestão participativa a fim de proporcionar a inclusão do trabalhador em saúde no contexto da tomada de decisão^{30,38}.

Por fim, a matriz avaliativa utilizada nesta pesquisa possibilitou a análise dos dados produzidos pelo PMAQ-AB sob uma nova perspectiva, indo além de destacar as potencialidades e limitações desse instrumento como indutor de melhoria desses serviços de saúde. Além disso, essa matriz é de fácil reprodutibilidade e foi elaborada com poucos indicadores capazes de analisar os atributos da APS. É esperado que este estudo possa incentivar a institucionalização da avaliação junto ao processo de trabalho das equipes de APS, algo que não vem acontecendo desde 2017, já que o programa Previner Brasil¹⁵ não incluía um componente avaliativo capaz de incentivar o aperfeiçoamento do serviço de saúde.

CONCLUSÃO

O PMAQ-AB mostrou que instrumentos avaliativos apresentam o potencial de induzir melhorias nos serviços de APS, reforçando o resultado de outros trabalhos³⁷, apesar de suas limitações. Vale ressaltar a capacidade de gerar um processo reflexivo no ambiente de trabalho expondo a necessidades de aprimoramento constante. Além disso, a utilização dos dados produzidos por diversos autores em pesquisa avaliativa, assim como pelos próprios profissionais envolvidos com os serviços de APS³⁸ reforça que esse instrumento teve um papel significativo na melhoria de desempenho das equipes de APS encontrada neste trabalho.

Conforme destacado por Medeiros³⁰, é essencial manter a aproximação e cooperação dos atores envolvidos no processo, a nível local e de gestão, a fim de promover a manutenção do processo de mudança iniciado com a avaliação. Dessa maneira, concluímos que esse processo de melhoria constante deve ter continuidade por meio da consolidação de um instrumento de avaliação desenvolvido para a realidade da APS brasileira e que possa ser aprimorado em um processo de retroalimentação conforme os desafios encontrados ao final de cada processo avaliativo.

REFERÊNCIAS

1. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.
2. STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, set. 2005.

3. MACINKO, J. et al. **Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization.** *Health Affairs (Project Hope)*, v. 29, n. 12, p. 2149–2160, dez. 2010.
4. CALLITTO, T. M. DE A.; MANFREDINI, M. A. **Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família em indicadores de saúde.** *ANAIS DO CBMFC*, v. 0, n. 12, p. 1260, 2013.
5. CASTRO, D. M. DE et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00209819, 23 nov. 2020.
6. HATISUKA, M. F. DE B.; MOREIRA, R. C.; CABRERA, M. A. S. Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4341–4350, 27 set. 2021.
7. RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. DE. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 713–724, set. 2006.
8. MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13–19, jan. 2006.
9. TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361–378, set. 2018.
10. TESSER, C. D; SERAPIONI, M. Obstáculos à universalização do SUS: Gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, set. 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/obstaculos-a-universalizacao-do-sus-gastos-tributarios-demandas-sindicais-e-subsidio-estatal-de-planos-privados/17334?id=17334>. Acesso em: 03 abr. 2023.
11. HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 6, p. 156, 5 dez. 2006.

12. FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851–4860, dez. 2014.
13. CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa?. In. AKERMAN, M.; FURTADO, J. P (org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos**. 1. ed. Editora Rede UNIDA, 2016.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2012.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Brasília, DF: **DOU** - Imprensa Nacional, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 27 mar. 2023.
16. CALVO, M. C. M.; MAGAJEWSKI, F. R. L.; ANDRADE, S. R. **Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica: Gestão e avaliação na atenção básica**. 3. ed. – Florianópolis-SC. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
17. BOUSQUAT, A. E. M. et al. Avaliação da Atenção Primária em Saúde. In. TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
18. GOMES, M. A. V.; PINTO, V. DE O.; CASSUCE, F. C. DA C. Determinantes da satisfação no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1311–1322, 19 abr. 2021.
19. RIBEIRO, P. R. S. **Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: um estudo comparativo com base nos ciclos 2 e 3 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB**. 2023. Tese (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2023.
20. STARFIELD, B. **Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

21. ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e Análise das Informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. (org). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: medBook, 2010.
22. BOWKER, A. H. A Test for Symmetry in Contingency Tables. **Journal of the American Statistical Association**, v. 43, n. 244, p. 572–574, 1948.
23. CAPP, E.; NIENOV, O. H. (orgs.). **Bioestatística quantitativa aplicada**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. E-book.
24. LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 52–66, set. 2018.
25. CLEMENTINO, F. S. et al. Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Saúde e Ciência**, v. 4, n. 1, p. 62–80, 30 abr. 2015.
26. CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1029–1042, 2011.
27. MAEYAMA, M. A.; CALVO, M. C. M. A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 63–72, jun. 2018.
28. CRUZ, M. J. B. et al. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00088121, 11 fev. 2022.
29. SOARES, C.; RAMOS, M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 708–724, 16 nov. 2020.
30. MEDEIROS, G. A. R. **Avaliação do uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina**. 2019. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2019.
31. MURAMOTO, F. T. **Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2017. Tese (mestrado) – Universidade de São Paulo,

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2017.

32. BRASIL, Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. (Cadernos de Atenção Básica, 1) Brasília, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf. Acesso em 03 abr. 2023.
33. PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903–1914, jun. 2018.
34. BARROS, R. D. DE; AQUINO, R.; SOUZA, L. E. P. F. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4289–4301, 17 out. 2022.
35. LOPES, C. G. DA S. et al. Desigualdades macrorregionais na atenção primária ao Diabetes Mellitus: comparação dos três ciclos do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 376–391, 17 jun. 2022.
36. MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181–1188, 17 abr. 2020.
37. FIGUEREDO, R. C. et al. Avaliação da atenção primária em saúde no Brasil: principais características, limitações e potencialidades entre PMAQ e PCATool. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. jan. 2022.
38. BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. DE. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 188–202, out. 2018.

4 CONCLUSÃO

A condução desse estudo teve a finalidade de avaliar as equipes que atuam na APS no Brasil nos anos de 2013 e 2017. Através da elaboração e utilização da matriz avaliativa, esse objetivo foi alcançado com a análise do desempenho dessas equipes no período, permitindo comparar os resultados apresentados em várias perspectivas e unidades de análise, detectar as tendências de desempenho das equipes entre os ciclos e identificar pontos a aprimorar tanto no desempenho quanto no instrumento utilizado para coleta dos dados.

Essa análise comparativa mostrou um importante aprimoramento das equipes no período, destacando o potencial indutor de mudança do PMAQ-AB desde que haja aproximação e cooperação dos atores envolvidos no processo, a nível local e de gestão, para promoção da continuidade do processo de mudança iniciado. Nesse contexto, é evidente a necessidade de incluir as equipes também na utilização das informações produzidas na avaliação, já que as principais mudanças parecem ocorrer quando as equipes são empoderadas no processo reflexivo gerado na aplicação dos questionários (MEDEIROS, 2019). Cabe ressaltar ainda que essa evolução ocorreu à despeito de um contexto de subfinanciamento dos serviços de APS o que a torna ainda mais representativa.

Em relação ao instrumento utilizado para coleta de dados, o PMAQ-AB, foram identificados aspectos que merecem atenção a fim de melhorar a avaliação do desempenho das equipes que atuam na APS. Há de se considerar os atributos da atenção primária de maneira mais clara, com um adequado referencial teórico que justifique as escolhas das variáveis.

O módulo do PMAQ-AB que conta com a participação dos usuários requer maior representatividade, tendo que em vista que as informações produzidas nessa etapa são essenciais para avaliar a vinculação com a equipe, a adequabilidade da carteira de serviços e a utilização do serviço como porta de entrada.

Diferentes perspectivas acerca do desempenho das equipes que atuam na APS poderão ser analisadas posteriormente a partir dos dados produzidos nesse estudo, alguns exemplos são o comparativo do desempenho das equipes por região considerando o porte populacional ou por cobertura da ESF.

Ademais, urge a necessidade de analisar os aspectos relacionados à saúde do trabalhador da APS em um futuro processo avaliativo, uma vez identificado que o

PMAQ-AB não apresenta enfoque nesse aspecto e tendo em vista a crescente prevalência de burnout em profissionais da APS muitas vezes relacionada às condições de trabalho, carreira e sobrecarga assistencial.

É esperado que este estudo contribua para incentivar a institucionalização da avaliação na APS por meio de seus resultados, retomando um processo que não ocorre desde o ano de 2017.

Por fim, a matriz avaliativa evidenciou as potencialidades e limitações do PMAQ-AB na avaliação dos atributos da APS, estimulando a discussão de aspectos que podem ser utilizados na construção de um novo instrumento de avaliação adequado à realidade atual do desempenho das equipes que atuam na APS no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e Análise das Informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. (org). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: medBook, 2010.
- ANDRADE, H. S. DE et al. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, 20 dez. 2018.
- BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. DE. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 188–202, out. 2018.
- BOUSQUAT, A. E. M. et al. Avaliação da Atenção Primária em Saúde. In. TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
- BOWKER, A. H. A Test for Symmetry in Contingency Tables. *Journal of the American Statistical Association*, v. 43, n. 244, p. 572–574, 1948.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 08 abr. 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília, 1997. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 08 abr. 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. (Cadernos de Atenção Básica, 1) Brasília, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf. Acesso em 08 abr. 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica à Saúde: caminhos para a institucionalização**. Brasília, 2005. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf. Acesso em 07 set. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade-Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Brasília, DF: DOU - Imprensa Nacional, 2019a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 27 mar. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 874, de 10 de maio de 2019**. Brasília, DF: DOU - Imprensa Nacional, 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-874-de-10-de-maio-de-2019-108883717>. Acesso em: 17 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. p. 237, 2020.

BRUIN-KOOISTRA, M. et al. Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 3, p. 301–310. 2012.

BURAU, V.; BLANK, R. H. Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, v. 8, n. 1, p. 63–76, 1 mar. 2006.

CALLITTO, T. M. DE A.; MANFREDINI, M. A. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família em indicadores de saúde. **ANAIS DO CBMFC**, v. 0, n. 12, p. 1260, 2013.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação – Algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Unisul; 2006

CALVO, M. C. M.; MAGAJEWSKI, F. R. L.; ANDRADE, S. R. **Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica: Gestão e avaliação na atenção básica**. 3. ed. – Florianópolis-SC. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

CAPP, E.; NIENOV, O. H. (orgs.). **Bioestatística quantitativa aplicada**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. E-book.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa?. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P (org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos**. 1. ed. Editora Rede UNIDA, 2016.

CASTRO, D. M. DE et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00209819, 23 nov. 2020.

CESAR, P. A. M. et al. Analysis of the indicators of the Family Health Program in the Metropolitan Region of São Paulo. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 3, 2018.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELE, A. et al. (orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CLAPONEA, R. M. et al. Symptoms of Burnout Syndrome among Physicians during the Outbreak of COVID-19 Pandemic—A Systematic Literature Review. **Healthcare**, v. 10, n. 6, p. 979, 25 maio 2022.

CRUZ, M. J. B. et al. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00088121, 11 fev. 2022.

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

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**; Alma-Ata; 1978. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 04 abr. 2022.

DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. **Histórico da avaliação**. In: BROUSSELE, A. et al. (orgs.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

FIGUEREDO, R. C. et al. Avaliação da atenção primária em saúde no Brasil: principais características, limitações e potencialidades entre PMAQ e PCATool. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. Jan. 2022.

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

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. DE. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1475–1482, 6 abr. 2020.

GOMES, M. A. V.; PINTO, V. DE O.; CASSUCE, F. C. DA C. Determinantes da satisfação no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1311–1322, 19 abr. 2021.

GRIMM, S. C. A.; TANAKA, O. Y. O Monitoramento como Prática Apoiadora nos Processos de Decisão e Gestão em Saúde. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Sage Publications, 1989.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 6, p. 156, 5 dez. 2006.

HATISUKA, M. F. DE B.; MOREIRA, R. C.; CABRERA, M. A. S. Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4341–4350, 27 set. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE (US): Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. **Medicare: A Strategy for Quality Assurance**: Volume 1. Washington (DC): National Academies Press (US), 1990.

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

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

LOPES, C. G. DA S. et al. Desigualdades macrorregionais na atenção primária ao Diabetes Mellitus: comparação dos três ciclos do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 376–391, 17 jun. 2022.

LOPES, S. M. **Avaliação da saúde mental na atenção básica**: construção de um Instrumento avaliativo e sua aplicação em diferentes portes populacionais de municípios brasileiros. 2021. Tese (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

LOUVISON, M. C. P. Avaliação das Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In. TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13–19, jan. 2006.

MACINKO, J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs (Project Hope)**, v. 29, n. 12, p. 2149–2160, dez. 2010.

MANNION, R.; GODDARD, M. Performance measurement and improvement in health care. **Applied health economics and health policy**, v. 1, p. 13–23, 1 fev. 2002.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181–1188, 17 abr. 2020.

MEDEIROS, G. A. R. **Avaliação do uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina**. 2019. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2019.

MINISTRY OF HEALTH, Consultative Council on Medical and Allied Services. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920** (Lord Dawson of Penn). Londres, 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>. Acesso em: 02 abr. 2022

MOREIRA, H. DE A.; SOUZA, K. N. DE; YAMAGUCHI, M. U. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, p. e3, 12 mar. 2018.

MORELLI, S. G. S.; SAPEDE, M.; SILVA, A. T. C. DA. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1–9, 31 mar. 2015.

MURAMOTO, F. T. **Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2017. Tese (mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2017.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 547–549, out. 2000.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. OPAS, 2007.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903–1914, jun. 2018.

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

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. DE. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 713–724, set. 2006.

SANTOS, N. M. et al. Síndrome de Burnout em profissionais enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão de literatura integrativa / Burnout syndrome in nursing

professionals in primary health care: integrative literature review. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, 8 fev. 2021.

SERAPIONI, M.; TESSER, C. D. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 44–57, 19 jun. 2020.

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

SOARES, C.; RAMOS, M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 708–724, 16 nov. 2020.

STARFIELD, B. **Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, set. 2005.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção a saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. EDUFBA, 2006.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361–378, set. 2018.

TESSER, C. D.; SERAPIONI, M. **Obstáculos à universalização do SUS: Gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados**. 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/obstaculos-a-universalizacao-do-sus-gastos-tributarios-demandas-sindicais-e-subsidio-estatal-de-planos-privados/17334?id=17334>. Acesso em: 04 abr. 2022.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004.

APÊNDICE A – Matriz avaliativa antes da oficina de consenso

Dimensão	Subdimensão	Indicadores
Primeiro contato	Aspectos estruturais-organizacionais	Atendimento ao menos 5 dias por semana e 8 horas por dia
		Garantia de agendamento de consultas realizado de maneira acessível e com opção de ser realizado de forma não presencial
		Existência de protocolos para avaliação de risco na demanda espontânea
	Acolhimento à demanda espontânea	Capacitação dos profissionais para realização de acolhimento
		Realização de acolhimento à demanda espontânea em todos os dias da semana
Cobertura populacional	Manutenção de registro de usuários de maior risco encaminhados a outros pontos da rede, tais, como hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros	
Longitudinalidade	Organização da oferta de cuidado continuado	Organização da agenda dos profissionais de modo a propiciar o agendamento da consulta de retorno no mesmo dia do atendimento
		Oferta de acesso fácil para dúvidas ou mostrar resultados de exames solicitados
	Atuação da equipe na continuidade do cuidado	Registro e acompanhamento dos usuários que estão realizando algum tratamento de saúde mental
		Oferta de atendimento para diferentes grupos etários e condições, tais como gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos e pessoas com obesidade
		Existência de oferta programada para cuidado pré-natal e puericultura
Adoção de estratégias para garantir atendimento na primeira semana do puerpério		
Integralidade	Educação permanente no contexto do processo de trabalho da APS	Oferta de atividades de educação permanente / continuada aos profissionais que atuam no cuidado
	Disponibilidade de serviços	Realização de práticas integrativas e complementares
		Disponibilidade de procedimentos como, pequenas cirurgias, lavagem de ouvido, inserção de DIU e curativos sem a necessidade de encaminhamento
		Oferta de cuidado e acompanhamento de usuários de tabaco, álcool ou outras drogas
Fluxos de apoio matricial	Recebimento de apoio de outros profissionais via matriciamento Utilização de meios de apoio à tomada de decisão, como telessaúde	
Coordenação do cuidado	Recursos estruturais e organizacionais	Existência de prontuário eletrônico implementado na equipe
		Prontuário eletrônico integrado com outros pontos da rede
		Capacitação dos profissionais para utilização do prontuário eletrônico
	Organização do acesso ao cuidado especializado	Definição clara de fluxos de referência e contrarreferência com a atenção especializada
Acompanhamento conjunto ao cuidado especializado	Manutenção de registro de usuários de maior risco encaminhados a outros pontos da rede, tais, como hipertensos, diabéticos e gestantes.	

ANEXO A – Normas de publicação da revista: Cadernos de Saúde Pública

Instruções aos autores

Forma e preparação de manuscritos

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais).

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1. Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2. Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3. Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4. Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais) (Editorial 37(4));

1.5. Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6. Questões Metodológicas (leia mais): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.7. Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (leia mais) na epidemiologia (Editorial 37(5)) e artigo utilizando metodologia qualitativa (leia mais);

1.8. Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.9. Cartas: comentário a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.400 palavras);

1.10. Resenhas: Análise crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As resenhas devem conter título e referências bibliográficas. A resenha contempla uma análise da obra no conjunto de um campo em que a mesma está situada, não se restringe a uma apresentação de seu conteúdo, quando obra única, ou de seus capítulos, quando uma obra organizada. O esforço é contribuir com a análise de limites e contribuições, por isto podem ser necessários acionamentos a autores e cenários políticos para produzir a análise, a crítica e a apresentação da obra. O foco em seus principais conceitos, categorias e análises pode ser um caminho desejável para a contribuição da resenha como uma análise crítica, leia o Editorial 37(10).

Obs: A política editorial de CSP é apresentada por meio dos editoriais. Recomendamos fortemente a leitura dos seguintes textos: Editorial 29(11), Editorial 32(1) e Editorial 32(3).

2. Normas para envio de artigos

2.1. CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar

essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3. Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4. Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5. A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 2.12.

2.6. Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

2.7. Serão aceitos artigos depositados em servidor de preprint, previamente à submissão a CSP ou durante o processo de avaliação por pares. É necessário que o autor informe o nome do servidor e o DOI atribuído ao artigo por meio de formulário específico (contatar cadernos@fiocruz.br). NÃO recomendamos a publicação em servidor de preprint de artigo já aprovado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1. Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2. Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3. As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Netherlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1. Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3. No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1. Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na

garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3. Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4. Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação CSP o direito de primeira publicação, conforme a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY (CC-BY).

6.5. Recomendamos a leitura do Editorial 34(11) que aborda as normas e políticas quanto à autoria de artigos científicos em CSP.

7. Agradecimentos

7.1. Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios de coautoria.

8. Referências

8.1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1. Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2. Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4. CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia Editorial 34(1) e Editorial 38(1).

10.5. O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

Passo a Passo

1. Processo de submissão online

1.1. Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS).

1.2. Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.3. Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.

1.4. Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. Envio do artigo

2.1. A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

2.2. A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

2.3. Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4. O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

2.5. O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

2.6. As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

2.7. Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do

trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

2.8. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

2.9. Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

2.10. Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.11. O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

2.12. O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.13. Equações e Fórmulas. As equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

2.14. Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos, quadros e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

2.15. Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 da Instrução para Autores (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos, quadros e tabelas).

2.16. Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.17. Quadros. Destinam-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Devem ser submetidos em arquivo texto: DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). Os Quadros devem ser numerados

(algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado do Quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula. Os Quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte Times New Roman tamanho 9.

2.18. Tabelas. Destinam-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As Tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte Times New Roman tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As Tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto e citadas no corpo do mesmo. Cada dado da Tabela deve ser inserido em uma célula separadamente e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

2.19. Figuras. Os seguintes tipos de Figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas e fluxogramas.

2.19.1. As Figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Os gráficos de linhas, de dispersão (XY), de histograma (Pareto), de radar e outros similares; que contenham elementos gráficos (círculo, quadrado, triângulo, losango etc); devem optar por apenas um elemento gráfico, diferenciado somente por cores.

As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial, e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC ou DOCX

(Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Observações:

O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

Mapas e gráficos gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

O tamanho máximo para quadros e tabelas deve permitir o enquadramento em página de tamanho A4, com margens laterais direita e esquerda de 2cm, com fonte de tamanho 9 ou maior.

As Figuras devem permitir o enquadramento em página de tamanho A4 (até 17cm de largura), com margens laterais direita e esquerda de 2cm.

O arquivo de cada Figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido.

2.20. CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (figuras e/ou quadros e/ou tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras. Figuras compostas são contabilizadas separadamente; cada ilustração é considerada uma Figura.

2.21. Material Suplementar: CSP aceita a submissão de material suplementar – textos, figuras, imagens e vídeos – como complemento às informações apresentadas no texto, que será avaliado em conjunto com todo o material submetido. Para a publicação, todo o conteúdo do material suplementar é de responsabilidade dos autores. Não será formatado e nem feita revisão de idioma e/ou tradução.

2.22. Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

2.23. Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: msp-artigos@ensp.fiocruz.br.

3. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

3.1. O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

4. Envio de novas versões do artigo

4.1. Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link “Submeter nova versão”.

5. Prova de prelo

5.1. A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site.

5.2. Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

5.2.1. Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

5.2.2. Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.3. Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.4. As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

5.2.5. Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1. A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

5.2.5.2. Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

5.2.5.3. As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3. As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.