

Avaliação da Atenção Primária à Saúde

Aylene Emília Moraes Bousquat
Juliana Gagno Lima
Paulo Henrique dos Santos Mota
Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Introdução

Nas últimas décadas, houve um grande aumento no número dos serviços de saúde no Brasil, especialmente nos de Atenção Primária à Saúde (APS).¹ Em outubro de 2016, o País contava com 45.751 unidades de APS (Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde, Unidades Móveis Terrestres e Fluviais), além de Academias de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, entre outros.² Sem dúvida, este campo de práticas abre as mais diversas possibilidades para o futuro exercício profissional dos estudantes de graduação e pós-graduação em nosso país.

Certamente a avaliação em APS faz e fará parte do cotidiano de muitos profissionais de saúde brasileiros. Afinal em um contexto de ampliação e de garantia ao acesso equitativo a serviços de qualidade, a avaliação em saúde se apresenta como um importante mecanismo para compreender os sistemas de saúde, sistematizar a análise dos contextos, bem como para responder às necessidades de informação dos responsáveis pela tomada de decisão.³

O objetivo deste capítulo é o de introduzir algumas questões básicas para a compreensão de especificidades da APS, que influenciam seus processos avaliativos. Serão também apresentadas algumas experiências de avaliação que vêm ocorrendo no Brasil desde 2005, com detalhamento do Primary Care Assessment Tool (PCAT)^R, instrumento de avaliação de

serviços de APS, e também do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), processo de avaliação nacional dos serviços de saúde realizado pelo Ministério da Saúde Brasileiro na segunda década deste século. É importante deixar claro que este capítulo não pretende abarcar toda a ampla produção brasileira recente sobre o tema.

Avaliação em APS

É consenso entre os atores da Saúde a necessidade de se institucionalizar a “cultura de avaliação” no nosso país. Mesmo que os resultados das avaliações não gerem necessariamente decisões imediatas, espera-se que contribuam para um julgamento que influencie mais positivamente essas decisões. Mas tendo em vista a dificuldade desse processo na prática, há alguns aspectos a serem destacados: a pertinência da avaliação, o mérito da avaliação e a credibilidade da avaliação de modo geral e também na APS.⁴

A pertinência da avaliação se refere à capacidade de responder aos problemas que precisam ser resolvidos e será tanto maior quanto mais coalizão ela suscitar. É preciso, portanto, que diferentes atores estejam cientes de sua importância e, conseqüentemente, de que a melhoria do sistema depende da institucionalização da avaliação. Já o mérito se relaciona às explicações teóricas para o potencial da avaliação em melhorar as decisões, visto os prováveis diferentes interesses envolvidos nessas decisões. E a credibilidade consiste no julgamento dos decisores sobre o valor da avaliação, ou seja, a avaliação enquanto dispositivo de qualidade.⁴

Para Champagne et al (2011: 44):³

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Ou, segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a avaliação é compreendida como atribuição da gestão:

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. (...) Deve constituir-se, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades. (...) A avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. (Brasil, 2005a: 18)⁵

Ambas as conceituações ressaltam a importância da avaliação para a tomada de decisão como embasamento para as ações. No entanto, o primeiro passo para avaliar é valorar, ter um objetivo com a ação desenvolvida. Desse modo, não existe um modelo de avaliação padrão que possa ser aplicado em qualquer contexto. Uma das primeiras questões que enfrentamos

quando iniciamos uma avaliação com foco na APS é a definição de que modalidade de APS se tomará como referencial. O que será valorado em uma concepção certamente difere da outra, como ficará claro a seguir.

O documento de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas (OPAS/OMS, 2005)⁶ aponta diferenças sobre a concepção da APS e seu papel no desenvolvimento do sistema social e de saúde, definindo quatro abordagens como principais:

- APS seletiva: abrange programas específicos e seletivos com cesta restrita de serviços voltada à população muito pobre. Há um enfrentamento limitado de problemas de saúde e é aplicada principalmente nos países pobres. A maior parte das ações é dirigida ao grupo materno-infantil, como monitoramento do crescimento e desenvolvimento, reidratação oral, imunização e aleitamento materno;
- APS como primeiro nível de atenção, corresponde: à APS como ponto de entrada no sistema de saúde e local de cuidados para a maioria das pessoas na maior parte do tempo; aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados, incluindo ações de caráter preventivo e serviços clínicos para toda a população;
- APS abrangente ou integral: integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade e participação social. Princípios fundamentais: enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, acesso e cobertura universal com base em necessidades, participação comunitária, ação intersetorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente de recursos;
- APS como enfoque em saúde e direitos humanos (ênfase nos processos emancipatórios, setores sociais e saúde): APS como parte da compreensão da saúde como direito humano; abordagem dos determinantes sociais e políticos de saúde; defesa da ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas; e que as políticas devem ser apoiadas em compromisso financeiro dos governos e em legislação para promover a equidade em saúde.

Starfield⁷ afirma que a APS corresponde ao primeiro nível de atenção do sistema de saúde, articulando-se ao trabalho de todos os outros níveis e organizando o uso dos recursos, direcionados à promoção, manutenção e melhoria da saúde. Podemos dizer que a autora operacionaliza a concepção de APS abrangente, com foco na discussão da qualidade da atenção e identificando quatro atributos essenciais para avaliação da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O poder de intervenção e a qualidade da APS são potencializados quando se considera a capacidade de interação dos serviços com os indivíduos e com a comunidade, o que foi nomeado pela autora, como atributos derivativos, também importantes elementos na avaliação da APS: orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (Quadro 9.1).

Os enfoques de avaliação de qualidade descritos por Donabedian⁸ são muito utilizados nas avaliações em saúde em geral e nas da APS em particular.¹⁰ Donabedian se baseia no modelo sistêmico (relação entre os componentes da estrutura, processo e resultado) e nas dimensões/atributos conhecidos como os “sete pilares da qualidade: efetividade; eficiência; eficácia; equidade; aceitabilidade; otimização e legitimidade”.

Starfield⁷ se baseia na concepção sistêmica de Donabedian para avaliar os serviços de APS, à medida que considera aspectos individuais e populacionais para análise da qualidade da atenção e refere necessidade de distintas abordagens para avaliação da qualidade, incluindo elementos de estrutura, processo e resultados. A operacionalização do conceito de APS por meio de atributos permite identificar sua orientação, comparar sistemas ou tipos de serviços e realizar a associação entre presença de atributos e efetividade

quando iniciamos uma avaliação com foco na APS é a definição de que modalidade de APS se tomará como referencial. O que será valorado em uma concepção certamente difere da outra, como ficará claro a seguir.

O documento de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas (OPAS/OMS, 2005)⁶ aponta diferenças sobre a concepção da APS e seu papel no desenvolvimento do sistema social e de saúde, definindo quatro abordagens como principais:

- APS seletiva: abrange programas específicos e seletivos com cesta restrita de serviços voltada à população muito pobre. Há um enfrentamento limitado de problemas de saúde e é aplicada principalmente nos países pobres. A maior parte das ações é dirigida ao grupo materno-infantil, como monitoramento do crescimento e desenvolvimento, reidratação oral, imunização e aleitamento materno;
- APS como primeiro nível de atenção, corresponde: à APS como ponto de entrada no sistema de saúde e local de cuidados para a maioria das pessoas na maior parte do tempo; aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados, incluindo ações de caráter preventivo e serviços clínicos para toda a população;
- APS abrangente ou integral: integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade e participação social. Princípios fundamentais: enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, acesso e cobertura universal com base em necessidades, participação comunitária, ação intersectorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente de recursos;
- APS como enfoque em saúde e direitos humanos (ênfase nos processos emancipatórios, setores sociais e saúde): APS como parte da compreensão da saúde como direito humano; abordagem dos determinantes sociais e políticos de saúde; defesa da ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas; e que as políticas devem ser apoiadas em compromisso financeiro dos governos e em legislação para promover a equidade em saúde.

Starfield⁷ afirma que a APS corresponde ao primeiro nível de atenção do sistema de saúde, articulando-se ao trabalho de todos os outros níveis e organizando o uso dos recursos, direcionados à promoção, manutenção e melhoria da saúde. Podemos dizer que a autora operacionaliza a concepção de APS abrangente, com foco na discussão da qualidade da atenção e identificando quatro atributos essenciais para avaliação da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O poder de intervenção e a qualidade da APS são potencializados quando se considera a capacidade de interação dos serviços com os indivíduos e com a comunidade, o que foi nomeado pela autora, como atributos derivativos, também importantes elementos na avaliação da APS: orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (Quadro 9.1).

Os enfoques de avaliação de qualidade descritos por Donabedian⁸ são muito utilizados nas avaliações em saúde em geral e nas da APS em particular.¹⁰ Donabedian se baseia no modelo sistêmico (relação entre os componentes da estrutura, processo e resultado) e nas dimensões/atributos conhecidos como os “sete pilares da qualidade: efetividade; eficiência; eficácia; equidade; aceitabilidade; otimização e legitimidade”.

Starfield⁷ se baseia na concepção sistêmica de Donabedian para avaliar os serviços de APS, à medida que considera aspectos individuais e populacionais para análise da qualidade da atenção e refere necessidade de distintas abordagens para avaliação da qualidade, incluindo elementos de estrutura, processo e resultados. A operacionalização do conceito de APS por meio de atributos permite identificar sua orientação, comparar sistemas ou tipos de serviços e realizar a associação entre presença de atributos e efetividade

Quadro 9.1 – Definição dos atributos essenciais e derivativos da APS e tipos de informação para medição

Atributo	Definição	Tipo de Informação
Atributos essenciais		
Atenção ao primeiro contato	Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro da saúde	Acessibilidade da unidade Acesso à atenção
	Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados	Uso da unidade como local de primeiro contato
Longitudinalidade	Assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe/ usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença	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
Abrangência ou integralidade	Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamento, quando necessário	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 atendidas na APS sem necessidade de encaminhamento
Coordenação da atenção	Coordenação significa integração de todos os serviços relacionados à saúde, onde quer que os pacientes tenham sido recebidos. Ocorre a partir da disponibilidade de informações relacionadas às necessidades de saúde para o presente atendimento	Mecanismos para continuidade. Reconhecimento de informações de consultas prévias. Reconhecimento de consultas para encaminhamento (ocorrência e resultados)

Continua

Continuação

Atributo	Definição	Tipo de informação
Orientado para comunidade	Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive. Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade	Mecanismos de alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade. Participação nas atividades comunitárias.
	Participação da comunidade nas decisões sobre saúde	Envolvimento comunitário na unidade
Centralidade na família	Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro	Conhecimento dos membros da família
	Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde	Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família
Competência cultural	Reconhecimento de diferentes necessidades de grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-doença	Providências para atender a necessidades especiais associadas às características culturais. Prestação de serviços especiais para atender necessidades culturais

Fonte: Adaptado de Starfield,⁷ Giovanella e Mendonça,⁸ Lima et al.³⁰

da atenção.⁷ Considerando a variabilidade de acordo com o contexto e época, Starfield apresenta uma abordagem para avaliação dos sistemas de saúde. Destaca que cada um tem uma estrutura (capacidade) que são as características que possibilitam a oferta/prestação de serviços; processos (desempenho) que são as ações que constituem a oferta e recebimento dos serviços (ações dos profissionais e usuários) e resultados, observados em vários aspectos de estado de saúde da população.⁷ Para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos essenciais da APS (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação), é necessário relacionar elementos de estrutura (capacidade) e processo (desempenho).⁷ A autora argumenta que nenhum sistema de saúde alcança o desempenho perfeito em todos os atributos da APS ao mesmo tempo, pois este é um processo gradativo e a busca pela qualidade dos serviços é um processo constante. Ela chama a atenção para a necessidade de uma atualização constante dos padrões de qualidade, ou seja, à medida que um padrão é atingido, outro deverá ser elaborado para o alcance de um patamar superior no decorrer do tempo. O estudo dos atributos e da qualidade da atenção reforçaria a necessidade de qualificação dos profissionais e organização dos serviços para a melhoria da qualidade do sistema e dos resultados de saúde.⁷

Breve recuperação da APS/Atenção Básica no Brasil

No Brasil, nos anos 1980, o ideário da reforma sanitária compreendia a necessidade de reorientação do modelo assistencial e de mudança do modelo da assistência médico-previdenciária do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). As Ações Integradas em Saúde (AIS) já eram um ensaio aos princípios de universalidade e atenção integral. Com a criação do SUS e seus princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular, a concepção de APS também foi se modificando. Para se diferenciar da concepção de APS seletiva, as políticas do Brasil adotaram o termo "Atenção Básica" (AB) definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação e com o objetivo de responder a maior parte de necessidades de saúde da população.^{8,11} Vale lembrar que a denominação AB é própria do cenário brasileiro, na literatura internacional o termo utilizado é APS.

A APS ganhou destaque nacionalmente, a partir da norma operacional básica (NOB) SUS 01/96, na qual aparece o termo "atenção básica", que passa a ser caracterizada como o primeiro nível de atenção à saúde. A NOB 96 traz inovações quanto à alocação de recursos, instituindo nova modalidade de financiamento - o PAB fixo e PAB variável; ao fortalecimento da capacidade gestora do Estado no âmbito local; à definição de indicadores de produção e de impacto epidemiológico.¹²

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), de 1994, tinham o intuito de estimular a reorganização da atenção em âmbito local e tinham por foco as famílias vulneráveis. Foram criados enquanto programas verticais e focalizados para as regiões Norte e Nordeste do país para interromper epidemias. Porém, principalmente entre 1998 e 2002, o PSF deixou de ser uma política de focalização da atenção básica, para ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção no SUS com vistas à universalização.¹¹

Segundo Gil,¹³ a expansão do PSF desencadeou reflexões como insuficiência nos arranjos organizacionais e falência das práticas profissionais e de gestão voltadas ao tradicional modelo de atenção. A autora destaca o referencial da vigilância em saúde como base do PSF, o que envolve organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersetorialidade, discriminação positiva e paradigma da produção social da saúde. Este novo cenário de prática cobra novos formatos avaliativos.

O PSF ganhou importância política governamental e passou a ser considerada uma estratégia prioritária para a organização dos sistemas municipais de saúde. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), formalizou o PSF enquanto estratégia por meio de acordo tripartite. Vale ressaltar que a PNAB 2006 incorporou os atributos de APS propostos por Starfield.

A PNAB 2006 preconizava a incorporação de equipe multiprofissional, territorialização, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. O objetivo era que a UBS se constituísse como a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, integrada aos demais serviços da rede. As equipes deveriam trabalhar no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo atividades de planejamento, de educação em saúde, ações intersetoriais e garantindo assistência integral às famílias.^{31,32}

Mais recentemente, em 2011, com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica, é reiterada uma concepção de APS abrangente:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que cause impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.²⁷

Esses elementos centrais da política nacional precisam ser considerados nos processos avaliativos realizados nas UBS brasileiras.

Avaliando os atributos da APS: o Primary Care Assessment Tool (PCAT)

O PCAT^R foi o instrumento mais utilizado para avaliar a APS no Brasil até 2013.¹⁴ O formato ágil das questões, as diferentes versões para trabalhadores e usuários (crianças e adultos) e o reconhecimento e validação em outros países contribuíram para sua disseminação no país. Ademais, as versões dirigidas a diferentes informantes nos serviços de saúde (profissionais e usuários) propiciam o diálogo entre as opiniões dos dois segmentos, fornecendo valiosos subsídios para gestão.

O PCAT^R foi elaborado por Starfield et al,¹⁵ posteriormente foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko¹⁶ por meio de sua aplicação em município de médio porte no Estado do Rio de Janeiro.

O instrumento parte do referencial proposto por Starfield¹⁵, traduzido nos atributos de avaliação da APS: acessibilidade; porta de entrada; elenco de serviços; vínculo; coordenação; orientação familiar; orientação comunitária; e formação profissional (Quadro 9.1).

A primeira versão do PCAT aplicada no Brasil se estruturava em um questionário com oito blocos, cada um abrangendo as dimensões propostas para a análise da qualidade de assistência da APS. Eram cerca de 100 perguntas, distribuídas pelos blocos correspondentes aos atributos. Cada pergunta, em escala Likert, contem sete possibilidades de resposta (nunca, quase nunca, algumas vezes, muitas vezes, quase sempre, sempre, não sabe), e a sua aferição se dá por meio de escala, na qual 0 (zero) corresponde ao pior desempenho e 5 (cinco) ao melhor. A média aritmética simples das questões de cada bloco apura o índice daquela dimensão, e, por sua vez, a média aritmética simples destes leva ao Índice de Atenção Básica (IAB).

O PCAT foi objeto de diversas revisões e adaptações no país, inclusive por parte do próprio Ministério da Saúde. As principais adaptações podem ser visualizadas na Tabela 9.1. Note-se que as diferentes adaptações e validações deram origem a instrumentos com número diversos de questões a serem respondidas, sem alterar a correspondência com os atributos da APS propostos por Starfield, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica.

Os diversos estudos realizados demonstram que o PCAT é um instrumento de fácil aplicação, podendo ser utilizado não só de uma forma transversal, mas também periodicamente,

Tabela 9.1 – Validações e adaptações do PCAT

Autor	Ano	Etapa	Método	Versão	Número de questões da versão
Almeira C, Macinko J	2004	Adaptação e validação	Tradução espanhol-português	Profissionais	92
				Gestor	94
			Tradução inglês-português	Adulto	107
				Infantil	110
Erno Harzheim et al	2006	Validação	Tradução, tradução reversa, adaptação, pré-teste, validade de conteúdo e construto	Infantil	45
Brasil. Ministério da Saúde	2010	Revalidação da versão Infantil	Utilizada a Teoria Clássica de Teste	Infantil	55
		Validação Adulto	Utilizada a Teoria Clássica de Teste	Adulto	87
		Adaptação versão profissionais	Versão para profissionais criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança	Profissionais	77
Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB	2013	Revalidação versão Adulto Reduzida Utilizada a Teoria da Resposta ao Item	Seleção dos itens seria baseada na discriminação (parâmetro de inclinação do modelo TRI) e na relevância teórica para o escore de orientação à APS	Adulto	23
Cardozo DD	2015	Validação para versão Saúde Bucal	Utilizou-se espelho do instrumento para adultos para os atributos trocando "médico/enfermeiro" por "dentista/serviço de saúde bucal"	Adulto- Saúde Bucal	126

Fonte: Elaborado pelos autores.

identificando os principais constrangimentos para a oferta de uma APS de qualidade e resolutiva à população.

De modo geral, os estudos realizados identificaram que os atributos da acessibilidade, enfoque familiar e orientação comunitária são os mais fracos, mesmo em unidades com a Estratégia da Saúde da Família, demonstrando a persistência de inúmeros obstáculos para que uma APS resolutiva e de qualidade se consolide no país.¹⁶⁻²⁵

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

A partir de 2011, a gestão do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde teve como uma das prioridades o PMAQ-AB, programa criado mediante a Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011 como base para repasse do incentivo financeiro por desempenho denominado “Componente Qualidade” do Piso de Atenção Básica variável.²⁶

O principal objetivo do PMAQ-AB, segundo o Ministério da Saúde, foi o de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, por meio da instituição de processos contínuos e progressivos que ampliem a capacidade das três esferas de governo de ofertar serviços com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente.²⁷

A análise mais aprofundada dos dados do PMAQ-AB pode contribuir para potencializar mérito e credibilidade do programa, tanto por difundir seus resultados, como por identificar pontos de aprimoramento nos instrumentos de avaliação de serviços de APS no Brasil, contribuindo para a tão necessária institucionalização da avaliação nos serviços de saúde.

O programa tem como diretrizes: considerar as diferentes realidades de saúde do país; gerar melhorias que envolvam a gestão, o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e os resultados em saúde; a transparência nas etapas do programa; a mobilização/responsabilização dos atores das três esferas de governo, por meio de uma cultura de negociação e contratualização; a mudança no modelo de atenção com foco nas necessidades e satisfação dos usuários; e o caráter voluntário de adesão ao programa.²⁶

Para mobilizar a adesão, o Ministério da Saúde adotou a estratégia de indução financeira com repasse de recursos às equipes, vinculado ao desempenho das equipes de atenção básica, conforme padrões específicos que deveriam expressar a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria nas condições de trabalho e investimentos no desenvolvimento dos profissionais da Atenção Básica.

O PMAQ-AB é constituído por quatro fases complementares que compõem um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. A primeira fase é chamada de “Adesão e Contratualização”; a segunda, “Desenvolvimento”; a terceira, “Avaliação Externa”; e a quarta, que representa o início do novo ciclo, é chamada de “Recontratualização”.²⁶

A Fase 1 – Adesão e Contratualização é considerada a etapa formal de adesão ao programa por contratualização de compromissos e indicadores, realizada por meio de pactuação voluntária entre equipes de atenção municipal inicialmente, para que, em um segundo momento, haja a formalização de adesão do município com o Ministério da Saúde (MS).

A Fase 2 – Desenvolvimento é a etapa de desenvolvimento de ações pelas equipes de atenção básica, gestões municipais, estaduais e MS a fim de instaurar processos de mudança para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa etapa inclui ações em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento dos indicadores contratualizados; apoio institucional às equipes de atenção básica; e ações de educação permanente.²⁶

Em linhas gerais, a autoavaliação consiste na identificação, pelas próprias equipes, de pontos positivos e negativos do seu processo de trabalho para produzir iniciativas de melhoria e aprimoramento. Para tal, o MS disponibilizou uma ferramenta específica: Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), que aborda múltiplas dimensões a partir do que é esperado em termos de qualidade na gestão e atenção à saúde. Já o monitoramento dos indicadores envolve indicadores, em áreas estratégicas.²⁸

A Fase 3 – Avaliação externa é a etapa que inclui levantamento de informações para verificar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ-AB. Dois momentos são previstos: visita da equipe de avaliação externa e certificação. A avaliação externa ocorre de acordo com padrões específicos para avaliar município, infraestrutura das UBS, processo de trabalho e satisfação dos usuários. Principalmente nesta etapa, o MS atua em conjunto com Instituições de Ensino Superior brasileiras. A construção dos instrumentos de coleta, seleção e treinamento das equipes de entrevistadores, a organização e a execução do trabalho de campo, além da coleta de dados, são atividades realizadas pelo conjunto de instituições.^{26,29}

Após a coleta, é responsabilidade do MS realizar a certificação e avaliação de desempenho das equipes participantes, segundo metodologia específica do programa. Essa avaliação gera um escore que resultará na certificação da equipe vinculada ao percentual do componente “Qualidade” que será repassado ao município.

A Fase 4 – Recontratualização é a etapa considerada de “conexão, reprocessamento, reinício” que ocorre posteriormente à certificação das equipes da Atenção Básica. Tomando como base a avaliação de desempenho de cada uma das equipes, uma nova pactuação de indicadores e compromissos deverá ser realizada, o que deve conferir ao programa o aspecto cíclico e sistemático de qualidade.^{26,29}

Pinto et al²⁸ destacam pelo menos quatro aspectos em relação à lógica de construção das fases do PMAQ-AB. Um primeiro que se refere à adesão voluntária, cuja perspectiva é que a qualificação do serviço e as mudanças no processo de trabalho terão maior sucesso quanto maior a motivação e envolvimento dos trabalhadores e gestores. Um segundo, associado à segunda etapa (e principal) que objetiva motivar o protagonismo das equipes de Atenção Básica na promoção de melhorias no serviço, assim como das gestões municipais. Um terceiro, em que o PMAQ-AB visa estimular reflexão crítica e provocar ação no coletivo com vistas à mudança do cotidiano, mas se preocupa em não cometer o excesso de definir as formas – a realidade dos atores e do território é que irá definir estas formas de intervenção. E um quarto aspecto, segundo Pinto et al,²⁸ é que apesar de a corresponsabilidade preconizada pelo programa e de as dimensões avaliadas pelo PMAQ-AB interessarem diretamente às equipes de Atenção Básica, estas dimensões estão mais voltadas à governabilidade do gestor, ou seja, atribuir a responsabilidade do desempenho às equipes seria um erro, pois elas podem não ter a garantia de condições mínimas para desenvolver seu trabalho.²⁸

O PMAQ-AB já realizou a fase de avaliação externa dos Ciclos 1 e 2, respectivamente em 2011/2012 e 2013/2014. As principais características e diferenças entre os dois ciclos pode ser visualizada no **Quadro 9.2**.

Quadro 9.2 – Características dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, 2011-12 e 2013-14

Características	PMAQ_AB ciclo 1	PMAQ_AB ciclo 2
Período 4 fases	2011 a 2012	2013-2014
Período de coleta Fase 3	Junho a novembro de 2012	Novembro 2013 a abril 2014
Limite para adesão das Equipes	50% das equipes de saúde da família do município	Sem limites
Municípios participantes do censo	5.543	Não houve censo
UBS participantes do censo	38.812	Não houve censo
Municípios com equipes contratualizadas*	3.935 municípios (71,3%)	5.211 municípios (93,5%)
Equipes de Atenção Básica contratualizadas* - total	17.482 equipes (54,1%)	30.562 equipes (94,5%)
Equipes de Atenção Básica com saúde bucal	12.075	19.948
Número de usuários entrevistados	65.391 usuários	114.615 usuários

* Contratualização significa as equipes que fizeram adesão ao PMAQ-AB, sendo esse número reduzido na certificação (somente equipes classificadas). Fonte: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica/Banco de dados ciclo 1. Portaria de homologação da adesão ciclo 2; relatório descritivo ciclo 2, 2015. Número de equipes de Atenção Básica existentes no Brasil: 32.337 (Outubro/2011)

Vale ressaltar que, no Ciclo 2, não foi realizado censo das UBS, sendo visitadas exclusivamente as UBS com equipes de Atenção Básica que aderiram ao programa, num total de 30.562 equipes, adesão consideravelmente maior do que no Ciclo 1 (Quadro 9.1).

O instrumento utilizado para avaliação externa do Ciclo 2 também sofreu modificações, tanto em organização, como em conteúdo. Foram incluídos módulos adicionais para entrevista com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e módulos específicos para infraestrutura e profissionais de saúde bucal.

Os resultados das entrevistas são de acesso público, o que garante a análise dos resultados por pesquisadores, trabalhadores e gestores interessados, tendo grande potencial para avaliações da APS nos mais diversos níveis (nacional, estadual, regional e local). A crescente produção bibliográfica sobre a APS no Brasil, a partir do PMAQ, demonstra a potencialidade do uso dos dados da Fase 3 para a avaliação da APS no Brasil.

Referências Bibliográficas

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil, Ministério da Saúde, 2017. <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atambbr.def>>. Acesso em 17mar2017.
3. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z (org). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.41-60.

4. Contandriopoulos AP. Avaliar a avaliação. In: Brousselle A, Champagne E, Contandriopoulos AP, Harz Z (org). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.263-272.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da Institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005a.
6. OPAS/OMS. Organização Pan Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Documento de Posicionamento da OPAS/OMS. Brasília, 2005.
7. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002.
8. Giovanella L, Mendonça MH. *Atenção primária à saúde*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.493-546.
9. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology e Laboratory Medicine*. Chicago, 1990. 11(11): 1115-1118.
10. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC health services research*. 2010;10:65.
11. Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: Editora EDUEBA, 2006.
12. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2001 jul/dez, 6(2): 269-291.
13. Gil CRR. *Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006 jun, 22(6):1171-1181.
14. Fracolli LA et al. Instrumentos de avaliação da atenção primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, dez 2014.
15. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice* 2001; 50(2):161-175.
16. Macinko J, Almeida C, Sá PK. *A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil*. Health Policy Plan [Internet], 2007.
17. Paula WKAS, Chamico I, Caminha MFC, Filho MB, Silva SL. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v., 50, n. 2, p. 335-345, abr 2016.
18. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão-Junior A, et al. *Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo*. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2006.
19. Chomatas ERV, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. *Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba*. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 8(29):294-303. 2013.
20. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. *A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária*. Rev Latino Am. Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 2014 jun. 10];21(2):554-61.
21. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. *Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil*. BMC Health Serv Res [Internet]. 2006.
22. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. *Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo*. Ciência e Saúde Coletiva, 2006; 11(3):683-703.
23. Van-Stralen CJ, Belisário SA, van-Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. *Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil*. Cadernos de Saúde Pública [Internet], 2008.
24. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, et al. *Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde*. Rev Gaúcha Enferm [Internet], 2011.
25. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. *Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre*. Rev Bras Med Com [Internet], 2009.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica*. Ministério da Saúde, 2013a.
28. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. *O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implementação*. RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde. Rio de Janeiro, 2012, 6(suppl.2).
29. Fausto MCR, Souza Junior PRB. *Nota metodológica sobre a avaliação das equipes de atenção básica e censo das unidades básicas de saúde no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Mimeo. Rio de Janeiro, 2013.

30. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. *Novos Caminhos*, N.12. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em www.regiaoeredes.com.br (acesso em mar 2017).
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
32. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* (2010): s14-s27.

Leituras Complementares

- Almeida A, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: MS; 2010.
- Pinto MEB. Promoção à saúde e atenção primária à saúde em Porto Alegre [tese doutorado]; Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Caderno de Saúde Pública* [Internet], 2006.