



# Desafios na avaliação da atenção básica a partir de um programa de melhoria da qualidade

*Challenges in the evaluation of primary care from a quality improvement program*

*Desafíos en la evaluación de la atención primaria desde un programa de mejora de la calidad*

Lucilene Renó Ferreira<sup>1</sup>

Vanessa Ribeiro Neves<sup>1</sup>

Anderson da Silva Rosa<sup>1</sup>

1. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. São Paulo, SP, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** analisar os processos de trabalho decorrentes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, segundo profissionais da Atenção Básica atuantes na assistência e em diferentes níveis de gestão. **Método:** estudo de caso único e descritivo, com 18 profissionais da assistência e gestão no município de São Paulo, no ano de 2017; uso da história oral temática como técnica de coleta de dados, categorização e análise a partir da tríade avaliativa de Donabedian.

**Resultados:** observou-se fragmentação entre assistência e gestão ao se implementar o Programa, influência de características organizacionais e institucionais, percepção de implantação normativa, necessidade de revisar a remuneração de desempenho. O Programa foi norteador para o uso no Planejamento e mobilizou a reflexão sobre a aplicabilidade dos resultados da avaliação e de indicadores. **Conclusão e implicações para a prática:** o estudo revelou predomínio de percepções sobre estrutura e processo, e maior necessidade de reflexão sobre o impacto de programas de qualidade no cuidado e resultados de saúde do usuário.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde; Atenção Básica; Gestão da Qualidade em Saúde; Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the work processes resulting from the Program for Improvement of Access and Quality of Primary Care, according to primary care professionals working in attention and at different levels of management. **Method:** a single and descriptive case study with 18 care and management professionals in the city of São Paulo, in 2017; use of thematic oral history as a technique of data collection and categorization based on Donabedian's evaluative triad. **Results:** there was a fragmentation between attention and management in the implementation of the Program, influence of organizational and institutional characteristics, in addition to normative implementation, need for performance remuneration review. The Program was a guide for Planning and induced reflection on the applicability of evaluation results and indicators. **Conclusion and implications for practice:** the study revealed a predominance of perceptions about structure and process and a greater need for reflection on the impact of quality programs on the results of patient health and care.

**Keywords:** Health Evaluation; Primary Health Care; Health Quality Management; Outcome and Process Assessment; Health Care; Unified Health System.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar los procesos de trabajo resultantes del Programa de Mejora del Acceso y Calidad de la Atención Primaria, según los profesionales de la Atención Primaria que trabajan en asistencia y diferentes niveles de gestión. **Método:** estudio de caso único y descriptivo, con 18 profesionales de la atención y gestión en la ciudad de São Paulo, en 2017; uso de la historia oral temática como técnica de recopilación de datos y análisis basada en la tríada evaluativa de Donabedian. **Resultados:** hubo fragmentación entre asistencia y gestión al se implementar el Programa, influencia de características organizacionales e institucionales, además de implementación normativa, necesidad de revisar la remuneración por desempeño. El Programa fue una guía para el uso en la Planificación y movilizó la reflexión sobre la aplicabilidad de los resultados de la evaluación y de indicadores. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** el estudio reveló un predominio de percepciones sobre la estructura y el proceso y una mayor necesidad de reflexión sobre el impacto de los programas de calidad en la atención al paciente y los resultados en salud.

**Palabras clave:** Evaluación en Salud; Atención Primaria; Gestión de la Calidad en Salud; Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud; Sistema Único de Salud.

### Autor correspondente:

Lucilene Renó Ferreira.

E-mail: renolucilene@gmail.com

Recebido em 04/08/2021

Aprovado em 12/01/2022

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0287pt>

## INTRODUÇÃO

A implantação de Programas de Qualidade em diferentes cenários de cuidado – incluindo o envolvimento dos atores que deles fazem parte – são elementos fundamentais para o alcance dos resultados esperados.

A qualidade em saúde pode ser conceituada de diversas maneiras, a depender da perspectiva estudada. Com base na integração de conceitos de diversas áreas, a qualidade pode ser definida como:

A oferta de resultados melhorados ao paciente, alcançada pelo engajamento da equipe e paciente, na construção de cultura de segurança e prestação de contas que são comprometidas com erro zero, são eficientemente planejadas e financiadas, utilizam processos de melhoria e ferramentas de medidas que permitem mudanças operacionais e são baseadas em um compromisso implacável para continuar o aprendizado e transferência de conhecimento.<sup>1:45</sup>

O histórico de estudos na qualidade em saúde, por Avedis Donabedian, a partir da década de 1960, avançou para além da doença, incorporando temáticas da prevenção, reabilitação, coordenação e continuidade de cuidados, relacionamento paciente-profissional da saúde, eficiência econômica e valores sociais. Em uma tríade avaliativa, o autor assim define Estrutura como o contexto no qual o cuidado é ofertado, organização administrativa e técnica do sistema, qualificação e configuração dos provedores; Processo como os componentes da assistência, transação entre profissional e paciente; e Resultado refere-se à recuperação da saúde, das funções fisiológicas e busca da sobrevivência do paciente, refletidos nos indicadores de saúde que norteiam a revisão dos processos e a implementação das mudanças necessárias.<sup>2</sup> O autor apresenta uma relação unidirecional entre esses três eixos, na qual uma estrutura adequada deve promover processos efetivos e estes, por sua vez, resultados favoráveis, agregando o uso da mediação e da coerência entre essas dimensões na avaliação da qualidade.<sup>3</sup>

O processo de trabalho em saúde – cuja finalidade é a sua prevenção, manutenção ou restauração – tem como objeto as necessidades de saúde dos usuários e é executado pelos profissionais da área, por meio da utilização de instrumentos e recursos – materiais e não materiais – complexos. Trata-se de um processo reflexivo, imprescindível à sociedade e no qual estão integrados os elementos da qualidade propostos por Donabedian, na medida em que o uso de instrumentos e recursos (estrutura) viabiliza a oferta do cuidado (processos) e o atendimento das necessidades de saúde (resultados).<sup>4</sup>

Há iniciativas de qualidade nos diferentes cenários dos Sistemas de Saúde – incluindo estudos sobre a certificação para a qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>a</sup> – que mostram resultados positivos em relação às taxas avaliadas antes e após a certificação, mobilização de mudanças, melhoria de integração no cuidado em equipe, acesso, recursos e informações e contribuição para manutenção das iniciativas de qualidade, embora apresentem

também percepção sobre o aumento de carga horária de trabalho, perda de autonomia, ganhos limitados na qualidade percebida, além da fragilidade dos vínculos de cuidado.<sup>5</sup>

Medir a qualidade na APS é um desafio, dada a múltipla dimensão do conceito de desempenho, da influência de determinantes na demanda e nos resultados, assim como da complexidade dos serviços ofertados, que incluem ações curativas, preventivas e de promoção da saúde num mesmo nível do sistema.<sup>5-7</sup> Tal medição também sofre influência do perfil da população atendida, das características locais e dos fatores econômicos, culturais, sócio-políticos e profissionais.<sup>6</sup> Além disso, programas para a qualidade, elaborados de forma verticalizada, são impactados em sua continuidade, pois “sem um engajamento e reconhecimento dos sujeitos envolvidos nas diferentes faces das políticas, muito provavelmente, não haverá mudança”.<sup>8:298</sup>

O percurso do alcance da qualidade nas ações de saúde passa por ações avaliativas que têm refletido a trajetória da estruturação da APS no Brasil, sendo um dos marcos a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, do ano de 2005. O conhecimento gerado evoluiu nos últimos anos, a partir de análises e resultados de avaliações, embora com poucas proposições para melhorias e avanços reais nos serviços.<sup>9</sup>

A avaliação corresponde “ao exercício de mensurar, compreender e julgar os efeitos de uma determinada intervenção, de maneira a subsidiar as escolhas da comunidade política no processo de tomada de decisão, seja ele na etapa de formulação ou implementação da intervenção avaliada”, o que constitui um processo de caráter político-simbólico, e não apenas de natureza técnica.<sup>8:290</sup> A iniciativa mais recente de avaliação em saúde na APS é o Programa de Melhoria do Acesso e da Atenção Básica (PMAQ-AB), caracterizado por um método indutivo de avaliação por desempenho, criado pelo Ministério da Saúde (MS), com adesão pelo município de São Paulo desde o seu primeiro ciclo, sendo o último ciclo finalizado na Avaliação Externa no ano de 2018.<sup>10</sup>

O uso da tríade de Donabedian para estudar resultados de programas e suas configurações em diversos cenários – sob a perspectiva de implementadores –, permite olhar para os elementos do cuidado e seus contextos a partir de uma matriz, apoiando líderes e gestores na identificação de fraquezas e potencialidades, viabilizando maior assertividade nas iniciativas, estimulando investimento nesses eixos de forma não isolada, permitindo dados comparativos em diferentes arranjos da APS e melhorando a compreensão da prestação de cuidados primários e suas dimensões.<sup>3,11</sup>

Observa-se, na literatura, o uso da tríade de Donabedian na APS, evidenciando a necessidade de investimento da qualificação dos elementos de estrutura, processos ou resultados, assim como as potencialidades a serem exploradas para subsidiar a gestão pública na busca da qualidade dos serviços. Poucos estudos abordaram esses elementos de forma integrada, envolvendo profissionais, gestores e os respectivos impactos no cotidiano de trabalho.<sup>12-16</sup>

Ao se tratar de processos avaliativos e de qualidade na APS, busca-se que esse nível de atenção desempenhe melhor o seu papel na coordenação de Redes de Atenção à Saúde, no controle das interações por condições sensíveis da APS,<sup>17</sup> e de Programas

e Políticas de Saúde, tais como a Estratégia Saúde da Família, o Programa Nacional de Imunização, de Acompanhamento do Pré-Natal, entre outros. O conjunto dessas ações é estratégico para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Ressalta-se que mudanças de práticas na APS exigem investimento contínuo e duradouro, e liderança dos profissionais em todos os níveis. Dessa forma, é essencial buscar a implementação eficaz de programas de gestão da qualidade em saúde, visando a amplitude e a consolidação das práticas de qualidade nos serviços, fatores com os quais a investigação proposta neste estudo busca contribuir.

Destarte, o estudo teve por objetivo analisar os processos de trabalho decorrentes do PMAQ-AB, segundo profissionais da atenção básica atuantes na assistência e em diferentes níveis de gestão.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso qualitativo que, segundo Yin, é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo, sob perspectiva aprofundada, e considerando o caso em seu contexto no mundo real, especialmente quando a clareza entre os limites do fenômeno e seu contexto pode não estar tão evidente.<sup>18</sup> Utilizou-se a tríade avaliativa proposta por Avedis Donabedian para análise dos resultados apresentados.

Do tipo único e descritivo, o estudo de caso teve como foco o PMAQ-AB, no município de São Paulo, e seu processo de implementação nos dois primeiros ciclos avaliativos a partir da percepção de profissionais categorizados nas subunidades de análise: Equipes de Saúde da Família (ESF), Gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Supervisões Técnicas de Saúde (STS), Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Organização Social de Saúde (OSS). Foi utilizado o COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*), como instrumento norteador, que visa garantir o cumprimento de critérios recomendados internacionalmente para pesquisas qualitativas, destacando aspectos da equipe de pesquisa, métodos e contexto do estudo, resultados, análise e interpretações.<sup>19</sup>

O estudo foi realizado em um Distrito Administrativo do município de São Paulo, com ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de recursos sociais e de saúde, na Zona Sudeste, cuja implantação do PMAQ-AB ocorreu a partir da gestão compartilhada e participação ativa das equipes, sob a gestão de uma OSS. A escolha dos integrantes da pesquisa seguiu os critérios de haver participado de todas as etapas do PMAQ-AB, no primeiro e segundo ciclos (2013 e 2015), ter mais de 18 anos de idade e estar disponível para conceder entrevista durante o período de coleta de dados. Os critérios foram aplicados primeiramente aos gestores das UBS, selecionando os serviços elegíveis do território, cujos gestores contemplassem os critérios de inclusão. Posteriormente, selecionaram-se os trabalhadores das respectivas UBS que também preenchessem os critérios, procedendo-se da mesma forma com os gestores da SMS e OSS responsáveis até que houvesse a saturação da amostra. O convite para participação no estudo foi realizado presencialmente ou por telefone pela própria pesquisadora e primeira autora deste

artigo, visando a apresentação do projeto e as entrevistas agendadas conforme disponibilidade dos participantes.

Não houve recusa dos convidados à pesquisa. A escolha da região para o desenvolvimento do estudo baseou-se na atuação profissional da pesquisadora e autora do estudo no território, onde foram desenvolvidas atividades de planejamento e gestão na rede de Serviços de Saúde desde o ano de 2008, por meio da parceria com uma OSS, incluindo as ações de implantação do PMAQ-AB.

A utilização desses critérios no território estudado levou à seleção de seis profissionais técnicos da ESF (E), cinco gestores das UBS (G), um representante da gestão da STS (S), três da CRS (C), um da SMS (SMS) e dois da OSS (P). As siglas, na apresentação de suas falas, foram numeradas conforme a ordem das entrevistas. A média de idade dos entrevistados foi de 46 anos. O sexo predominante foi o feminino, com 16 entrevistadas (88%); e 77% eram graduados em Enfermagem.

Coletaram-se os dados entre os meses de abril de 2016 e julho de 2017. Utilizou-se a história oral, na modalidade temática, como técnica de coleta de dados, que permite o direcionamento de um tema, estimulando o sentido comunitário da memória coletiva a partir da experiência histórica e pessoal dos indivíduos.<sup>20</sup>

As questões que compuseram o roteiro para as entrevistas foram: Qual a sua percepção sobre a proposta do Programa e processo de implementação? Como ele ocorreu? Quais foram os fatores facilitadores e dificultadores desse processo? O Programa influenciou no processo de trabalho dos envolvidos? De que maneira?

O conceito de processo de trabalho utilizado integrou as práticas desenvolvidas pelos profissionais, cada qual em seu campo de atuação. Relativo às equipes, consideraram-se as práticas assistenciais, de organização e de gestão do território a partir das necessidades em saúde para a gestão, as práticas desenvolvidas junto aos Serviços visando subsídio e garantia do cumprimento das funções da APS. Partiu-se da concepção de processo de trabalho em saúde como “a dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, a prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde”.<sup>4:323</sup>

Cada participante foi entrevistado uma única vez. As entrevistas duraram em média uma hora, foram gravadas em arquivos de áudio e transcritas, na íntegra, pela pesquisadora.

A análise das narrativas seguiu a proposta de Yin para estudo de caso. Elaborou-se uma estrutura descritiva, partindo do conjunto dos resultados coletados e transcritos, organizados em correlação com o caso escolhido e a revisão da literatura sobre o tema. Construíram-se códigos e categorias em associação a conceitos, ao mesmo tempo em que se avaliou a emergência de padrões.<sup>18</sup> Ao final desse processo, desenvolveu-se uma matriz de categorias a partir dos eixos da tríade de Donabedian, utilizando fragmentos dos discursos, que foram separados e codificados conforme frequência com a combinação dos padrões encontrados, possibilitando a análise entre os resultados esperados e observados. Identificaram-se 137 Unidades de Registro (UR), estabelecidos 10 códigos, que originaram 10 subcategorias, agrupadas por similaridade e pertinência temática em 2 categorias, conforme apresentado no Quadro 1 abaixo.

**Quadro 1.** Codificação e agrupamento de subcategorias para elaboração das categorias do estudo.

Número de UR	Código	Subcategoria	Categoria
17	A5	Potencialidades e fragilidades do uso do Programa no planejamento local	Estrutura e Processo - Fragmentação entre assistência e gestão na operacionalização do PMAQ-AB
18	A17	Influência das relações políticas	
22	A19	Falta de continuidade de acompanhamento entre os ciclos do programa	
8	A31	Implantação normativa - percepção de obrigatoriedade	
24	A32	Limitações no monitoramento e avaliação	
8	A45	Retorno financeiro pelo Programa	
12	A37	Fragmentação entre os níveis de assistência e gestão	
14	A42	Consolidação e uso dos dados	Resultados - Uso dos resultados da avaliação para a melhoria das práticas
7	A44	Formas de devolutiva das notas finais	
7	A43	Confiabilidade nas informações e informatização	

Fonte: Autores, 2017

**Quadro 2.** Características dos entrevistados da pesquisa.

Categoria profissional	Quantidade	Idade	Tempo de atuação na Atenção Básica	Tempo de atuação na Gestão	Tempo de formação acadêmica (Graduação)
		Média/ Total	Média/Total	Média	Média/Total
Médico	1	56	10	NA	30
Enfermeiro	14	48	12	8	18
Dentista	3	49	14	10	26
Total/Média	18	51	12	9	25

Fonte: Autores, 2017

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o Parecer n.º 1.402.862 e da SMS sob Parecer n.º 1.473.641. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Do total de entrevistados, o sexo predominante foi o feminino, com 16 entrevistadas (88%). A idade média foi de 46 anos, sendo a idade mínima de 31 anos e a idade máxima de 56 anos. Houve 6 entrevistados de 50 a 59 anos (33%), 7 de 40 a 49 anos (39%) e 5 de 30 a 39 anos (28%). A categoria profissional, o tempo médio desde a conclusão da graduação, de atuação na Atenção Básica e na Gestão dos entrevistados estão apresentados no Quadro 2 abaixo.

As categorias seguiram a tríade sugerida por Avedis Donabedian e foram unificados os Eixos de Estrutura e Processo, elementos

que refletiram nos resultados previstos e obtidos, determinando outra categoria a partir dos dados analisados.

### Estrutura e Processo - Fragmentação entre assistência e gestão ao operacionalizar o PMAQ-AB

Observou-se uma fragmentação entre profissionais da assistência e diferentes níveis de Gestão da AB na implementação do PMAQ-AB. A mudança de gestão municipal, ocorrida entre os ciclos do PMAQ-AB, influenciou no desenvolvimento e acompanhamento do Programa, fato abordado superficialmente pelos integrantes das equipes e de maneira mais direta pelos profissionais da gestão. A implantação de forma verticalizada e a rotatividade dos profissionais também foram mencionadas.

*[...] É uma questão que você sabe que é política. Não há PMAQ no mundo que vá mudar isso. Não há coisas que você faça implantar, se você está implantando algo que*



*é absolutamente técnico e vai ser usado e manipulado dentro de um contexto de política. (E4)*

*Por mais que foi trabalhado com os Gerentes, com os Supervisores, não foi dessa forma que chegou na ponta. Não foi. Foi mais uma coisa do “cumpra-se”, tem que fazer, então “toca-se”. Então foi isso que eu senti. (...) Mesmo porque a forma como chegou lá não sei se foi a mesma forma que foi repassada aqui. Porque a coisa vai se perdendo. O “eco” vai diminuindo até chegar lá. (C2)*

*O segundo ciclo chegou num momento de transição política e de gestão. Então ele aconteceu, mas aconteceu sem credibilidade, porque a gestão que entrou não percebia isso, essa importância. (...) Mas o que teve força foram as equipes darem continuidade ao que elas já sabiam, e aquelas Equipes onde houve grande rotatividade, ficou perdida no espaço. (C3)*

*Então, de alguma forma, por exemplo, a questão da adesão voluntária que inicialmente estava dado para as equipes, quando veio pra gente poder participar, praticamente nós solicitamos que todas as equipes participassem. (...) De alguma forma, não foi muito voluntário no sentido de que pelo menos a gente solicitou que todas se inscrevessem, né? (SMS)*

O conteúdo das entrevistas demonstra que as equipes utilizaram o modelo de planejamento sugerido pelo Programa. A temática foi pouco abordada nas entrevistas da gestão municipal. Os gestores da OSS destacaram a importância da unificação dos processos de planejamento desenvolvidos nas Unidades partindo das Diretrizes do Programa.

*Porque, assim, passou-se a usar o PMAQ nas matrizes, por um ou dois anos, como ponto de partida do planejamento das equipes. Então era avaliar o que você tinha feito no ano anterior, com o que você mudaria para esse ano. Depois mudou, e foram colocados outros tipos de planejamento, mais focados na UBS, na Unidade como um todo, e aí nós acabamos abandonando [o Planejamento a partir do PMAQ]. (E4)*

*Se a gente tem, dentro do planejamento e dentro do PMAQ, os grupos prioritários para acompanhar, eu acho que a gente pode montar nosso esquema de planejamento do ano já em cima do PMAQ. (E5)*

*[agregar PMAQ no Planejamento] A gente fez isso pra não acharem que o planejamento anual é uma coisa, a matriz de intervenção (do PMAQ) é outra. O planejamento anual é um jeito e a matriz de intervenção é outro; a linguagem é um pouco diferente, mas o objetivo é o mesmo: prestar assistência de qualidade para aquela população. Eu falo para eles escolherem os temas para a matriz de intervenção do PMAQ que já estejam no planejamento deles. (G4)*

*Acho que a proposta de um instrumento de Planejamento e de Monitoramento é potente para as Equipes de Saúde que se utilizam dessa ferramenta. Acho que ajuda a organizar o trabalho se for utilizada, facilita o trabalho da equipe, é uma ferramenta que pode e que tem muito potencial para disparar boas ações e bons movimentos das Equipes de Saúde. (P1)*

*Então, eu acho que unificar os processos de planejamento, de avaliação, de construção de ações e de políticas locais principalmente deveria ser mais articulado, deveria ser mais integrado e deveria resgatar sempre todos os instrumentos que estão sendo utilizados, senão você acaba fazendo vários planejamentos e não é muito difícil você ver esses planejamentos, inclusive, serem conflitantes entre si, realizados pelo mesmo grupo para serem implementados pela mesma equipe de trabalho. (P1)*

Em relação ao monitoramento e avaliação – um dos eixos do Programa –, destacam-se, nos discursos trazidos pela equipe, Gestão e OSS, o uso e a percepção da necessidade de maior acompanhamento, devolutiva e monitoramento das ações das equipes, no intuito de manter o processo de melhoria em todo o ciclo avaliativo.

*Mas o que acontece com o PMAQ é que veio a implantação, aquele envolvimento, vamos fazer pasta, vamos fazer matriz. Aí a gente responde. Vem avaliação externa e dá uma esfriada, até pela rotina de trabalho...e ele acaba sendo lembrado só no próximo ciclo. (G5)*

*[...] Porque vem em forma de cobrança, eu não acho educativo. Ele traz um check-list, meio que te mobiliza a mudar as coisas, só que tem todo um processo anterior e um processo após. E acho que esse processo anterior e após não acontece. Então é só aquele retrato, vamos nos preparar porque o PMAQ vem, todo mundo monta, aquela coisa linda, coisa maravilhosa, o PMAQ passa, todo mundo passa pela avaliação e depois... aquilo só serviu para o PMAQ. (C2)*

*Acho que ele [PMAQ] tem esse potencial mas depende da gestão, depende inclusive da própria Supervisão de Saúde local, como ela entende isso. A gente vê que também isso é muito frágil. Que também é uma questão de cobrar para implantar e cobrar para avaliar, mas não tem uma cobrança de processo com acompanhamento disso, né? [...] Acho que é um evento em cascata, que quando chega lá [nas Equipes], chega num papel de cobrança e não de pensar processo. (P2)*

Em relação à vinculação do Programa com o repasse de recurso financeiro por desempenho, foi demonstrado desconhecimento pela Gestão sobre o destino dos recursos, considerando que o município não optou pela recompensa direta às equipes. Também foi trazido no discurso a possível desarticulação do destino dos

recursos e das necessidades das equipes e UBS. A questão foi abordada pelos participantes da seguinte forma:

*[...] O PMAQ vem muito nessa lógica, né? Programa de melhoria do acesso que são pontuadas e recebem incentivo do governo etc... Mas não vem incentivo pra cá como vem pra outros municípios, para as próprias equipes. Vem pra Secretaria que vai distribuir essa verba da forma que achar interessante, que não necessariamente vai entrar aqui. (G2)*

*E também assim, quando eu falo sobre transparência, eu penso assim: isso é um prêmio de incentivo, vamos dizer assim. A gente sabe que vem uma verba e tudo mais, mas a gente nunca sabe onde foi usado aquilo, exatamente pra que foi usado, deveria ser usado para a estratégia [de Saúde da Família]; não é para a estratégia? [o Programa?], então deveria ser...esse município fez isso e isso, todo esse dinheiro [do PMAQ] foi pra isso, nós compramos equipamentos, por exemplo, etc...(S1)*

*No início, no primeiro ciclo nós utilizamos o recurso inclusive para fazer melhoria de infraestrutura nas unidades. Mas daí, nos demais ciclos isso já não aconteceu, foi mais no primeiro ciclo que a gente teve essa possibilidade... De alguma forma, até um feedback para as equipes, embora a gente tenha defendido que as equipes mereciam ter algo um pouco mais concreto assim, se de equipamentos ou algum material pra poder reconhecer que aquilo foi fruto do seu desempenho, mas hoje não tem essa previsão. (SMS)*

## Resultados - Uso dos resultados da avaliação para a melhoria das práticas

A categoria de resultados apresenta explicações sobre a falta de devolutivas e de espaço para discussão da Avaliação Externa junto às equipes e UBS, referente ao seu desempenho e processos de trabalho.

*Eu penso que a gente manda a informação e não temos uma resposta [...]. Então, essa avaliação está sendo de quem para mim? É só essa questão. A gente para um momento, estressa toda a equipe. Aí chega assim depois e fala: "Você recebeu um oito, está ótimo esse oito." Não é isso o que nós queremos. A gente quer uma resposta: "Olha, o seu trabalho poderia ser melhorado aqui". (E6)*

*Eu também sinto a necessidade disso de, enquanto gerente, receber uma visita que diga: "Olha, vem cá, sua unidade foi assim, recebeu tal nota, o que a gente pode fazer pra melhorar... onde vocês perderam ponto...". Porque, às vezes, tudo que eu posso fazer enquanto gerente eu já fiz, então eu preciso ouvir de alguém. (G2)*

*Nós tivemos algumas oficinas nesses dois ciclos com o Ministério da Saúde, depois que sai a certificação, para*

*dar um feedback para as equipes. E mesmo esse processo do feedback, de dar a nota da certificação, talvez não tenha sido tão bem aproveitado como poderia, entendeu? [...] E chegou um pouco tarde depois o resultado, então acho que ficou parcialmente aproveitada essa devolutiva para as equipes. (SMS)*

A subutilização dos Indicadores que compõem a nota de certificação das equipes, para apoiar a avaliação do impacto da assistência nos resultados de saúde da população, também foi abordada no conteúdo das entrevistas, bem como a inconsistência dos sistemas de informação.

*Que o grande problema, independente de existir PMAQ ou não, ele estar implantado ou não, nós juntamos dados, mas os dados não voltam para mim. A gente não tem um boletim de melhora ou de piora. Você fica sem ter uma avaliação do resultado do seu trabalho. É impessoal. (E4)*

*Nós conversamos no primeiro ciclo sobre como eram avaliados os indicadores, os cálculos, mostramos próximo da avaliação externa, mas depois não fizemos essa discussão com as equipes, foi mais isolada. (G5)*

*Então, acho que o setor de informação, ele guarda muito as informações, ele não distribui as informações. Isso me faz falta. Porque daí eu chego sem muito embasamento. Então eu quero entender o que está acontecendo com aquela unidade, todos os indicadores daquela unidade... eu vou falar... tenho dificuldade de puxar esses indicadores. [...] E então eu acho que o setor, Ceinfo, não só daqui como da Secretaria, ele guarda as informações. (S1)*

*Os indicadores dão pra gente essa visão de que realmente é importante o acompanhamento pra gente fazer. E nos Fóruns com as regiões, as coordenadorias também traziam esse feedback, se foi possível ou não para eles fazerem essa discussão na ponta... e eu percebi que isso não foi tão bem discutido, que ficou mais em uma região que desenvolveu, as outras não destacaram como algo que as equipes tenham incorporado. (SMS)*

*Vale colocar também que tem um período no ciclo agora que está mais fragilizado também por conta da falta, da ruptura dos sistemas de informação. Então, uma das etapas da avaliação externa está prejudicada em função da mudança de sistema do SIAB<sup>b</sup> para o E-SUS<sup>c</sup> e que o E-SUS não está completamente implantado e que então a gente não tem conseguido disponibilizar as informações que são necessárias, tanto para as equipes fazerem os diagnósticos dos seus territórios quanto para o avaliador externo fazer as suas considerações, né? (P1)*

## DISCUSSÃO

Estudos de implementação de programas identificam fatores que influenciam nos resultados alcançados e no grau de implementação destes, tais como: elementos internos, externos, de processo, de características do programa e individuais.<sup>21</sup>

Os resultados apresentados demonstraram que fatores do contexto político – como a hierarquia e identidade institucional, estrutura e organização do trabalho, lugar dos envolvidos na organização de saúde, a autonomia, a governabilidade e disposição de estratégias no processo de implementação do PMAQ-AB – influenciaram na sua operacionalização, inclusive com a mudança entre os ciclos avaliativos. A própria rotatividade da gestão, segundo a percepção dos entrevistados, impactou na implantação do Programa, pois implica maior ou menor ênfase nas propostas apresentadas, de acordo com as linhas políticas seguidas ou com a necessidade de estabelecer suas preferências em um espaço de poder.<sup>22</sup>

Considerando a teoria do jogo social, o perfil dos jogadores e as condições de jogo de cada um interferem nos resultados almejados, sendo o governo, de forma ampla, considerado fruto da intencionalidade coletiva, baseado na oferta e enfrentamento de problemas – que variam de acordo com a governabilidade dos envolvidos –, podendo implicar, conforme percepções apresentadas na implementação de ações para qualidade, elementos que devem ser frutos de reflexões éticas na gestão pública.<sup>23</sup>

A percepção sobre a implementação verticalizada do PMAQ, segundo os entrevistados, pode evidenciar que as diretrizes propostas não partiram de uma discussão compartilhada e corresponsabilizada, com a interação entre gestores e profissionais de saúde, o que poderia viabilizar maior compromisso na implementação de inovações.<sup>11</sup> Em especial na APS, por se tratar de uma rede capilarizada em todo o território nacional. É necessário criar alternativas para superar processos de trabalho fragmentados e reduzir a desconexão entre formuladores e executores das ações em saúde, e a fragilidade de comunicação entre gestão e assistência, permitindo a criação de um senso de corresponsabilidade dos problemas e soluções.<sup>22,24</sup>

Em relação ao uso do PMAQ-AB para a realização do Planejamento, Monitoramento e Avaliação, foram identificadas potencialidades e disposição das equipes e gestão local para a prática das diretrizes e instrumentos sugeridos pelo programa. Também foram citadas limitações na condução e continuidade dessas práticas, que podem ocorrer devido à ausência dessa rotina nos demais níveis de gestão, impactando como uma cascata nas práticas assistenciais. Estudo de caso com gestores evidenciou alcance limitado de monitoramento e avaliação de municípios, reforçando que, quanto menor o conhecimento e apropriação do processo e também a participação na construção, menor a chance de uso de resultados da avaliação.<sup>24</sup>

Os mecanismos de recompensa configuram-se elementos internos ou externos que influenciam o processo da implementação.<sup>21</sup> Há variedade de estudos em relação aos benefícios nos resultados de saúde, além da diversidade de conceitos e modelos dentro desse escopo de pagamento. Resultados dessa modalidade

variam conforme o nível de atenção à saúde ao qual está vinculado o programa de remuneração, as linhas de base de resultados anteriores à implantação do programa e a metodologia utilizada nos estudos sobre seus impactos.<sup>25</sup>

Os depoimentos apontaram a centralização dos recursos no município e a ausência de divulgação quanto à sua destinação, o que pode ter sido desmotivador. Destaca-se que, nas Portarias de homologação publicadas pelo MS, foi possível identificar os recursos referentes ao desempenho no processo avaliativo do PMAQ destinados aos municípios e o valor de acréscimo mensal por equipe. No entanto, as informações que compõem o orçamento são genéricas, não foram discutidas nem vinculadas diretamente aos serviços e equipes que se comprometeram com o alcance das metas ou participação do planejamento orçamentário do componente variável dos recursos da APS pelas equipes.

Há controvérsias sobre a remuneração adicional por desempenho na saúde, em especial na APS que exige médio e longo prazo para alcançar resultados primários ou ainda avaliar a redução das desigualdades em saúde. Há ainda o risco de impacto negativo em atividades não remuneradas, aprofundamento das disparidades em saúde e dependência financeira dos incentivos.<sup>26,27</sup> A literatura também aponta questionamentos se a automotivação é suficiente para manter resultados alcançados, ou se tal modalidade pode gerar o estímulo competitivo entre as equipes. Sugere-se, portanto, a mesclagem dos modelos de financiamento, de planejamento e a escolha adequada dos indicadores pela gestão, evitando comprometer ou desviar os atributos da APS nesse processo.<sup>28</sup>

O uso de resultados de avaliações – como na etapa da avaliação externa do PMAQ-AB – deve ser parâmetro norteador para a tomada de decisão, formulação de políticas e mudanças de práticas almejando maiores estágios de qualidade. Também pode ser influenciado pelo contexto político-organizacional, fatores relacionados à intervenção, como utilidade, informações que justifiquem a intervenção, forma de divulgação dos achados, dentre outros.<sup>24</sup> A Avaliação Externa foi realizada por profissionais contratados pelo Ministério da Saúde, fato apontado como fragilidade pelos profissionais considerando o perfil de avaliadores, em especial no Primeiro Ciclo.<sup>29</sup> Eles foram responsáveis pela coleta e transmissão dos dados observados *in loco*, sendo função das áreas técnicas do MS o cálculo e a divulgação dessas notas via sistema *on line*. Embora as formas de acesso de notas tenham sido aprimoradas ao longo dos ciclos, seu uso foi limitado e pouco divulgado, inclusive sob a perspectiva da gestão, que não se apropriou dos resultados do processo avaliativo para o planejamento em saúde.

Cabe destacar que a prática de *feedback* do desempenho tem sido apontada na literatura como ferramenta importante para promover atividades de melhoria de qualidade, porquanto a medição é fundamental para a avaliação e a sustentabilidade de uma intervenção, desde que reflita um processo autorregulador e interativo com frequência adequada – tempo real e oportuno entre os ciclos –, dados válidos, clareza de informações e análise do contexto, garantindo seu uso na tomada de decisão e correção



de rumos.<sup>7,24</sup> Assim, limitações na devolutiva dos resultados da avaliação externa e o uso dos resultados dos indicadores evidenciaram etapas inconclusas do ciclo de avaliação do PMAQ-AB, acarretando a perda da continuidade do processo e comprometendo o alcance de melhores resultados, conforme apresentado nos discursos.

Quanto ao uso dos indicadores como resultado de avaliação para melhoria, é fundamental a disponibilização de sistemas de informação que garantam a qualidade de dados, fato evidenciado nos discursos. A construção de indicadores para avaliar a APS deve garantir a participação de gestores e demais envolvidos no uso final dos dados. Também precisa ser realizada a partir dos planos e objetivos para a APS, do contexto de cada país, da estrutura do sistema de saúde, das necessidades da população, dentre outros, viabilizando sua relevância e factibilidade.<sup>30</sup> Deve, ainda, estar associada a uma gestão de dados sólida e permitir a liderança e governança local conforme cada realidade, propiciando a comparação de resultados ao longo do tempo e catalisando, assim, os processos de melhoria.

As fragilidades do PMAQ-AB influenciaram na percepção dos profissionais, visto que os indicadores e o próprio sistema de informação utilizados foram alterados ao longo dos ciclos, o que pode ter impactado na constância de monitoramento dos resultados. Situações de baixa confiabilidade ou dificuldade de interpretação e de análise de indicadores pelos profissionais, ausência de uniformidade na série histórica e disponibilização de dados em tempo inadequado para uso foram apontadas como limitantes no acompanhamento por meio de medidas de qualidade, tanto em estudos anteriores como no cenário estudado.<sup>11,30,31</sup>

De maneira geral, a literatura aponta que programas de avaliação e certificação de qualidade, habitualmente voltados à atenção hospitalar, segundo a tríade de Donabedian, trazem resultados mais comumente associados à estrutura e, em alguma medida, aos processos. Assim, observou-se, em estudo prévio, resultados de melhoria de padrões de certificação associados à estrutura e organização, sem as mesmas repercussões na visão de usuários e colaboradores quanto à qualidade do trabalho e práticas na APS.<sup>5</sup> Notou-se também, no presente estudo, a ausência de percepções sobre o impacto na assistência direta ao paciente e nas relações de cuidado, sendo os resultados voltados, predominantemente, para a lógica de processos dos sistemas de informação e *feedback*.

À luz dos elementos da estrutura e processos visando a melhoria do cuidado, citados no estudo, assim como do uso dos resultados e indicadores em saúde para identificação da necessidade do território, pode-se associar os conceitos de equidade, legitimidade e efetividade – pilares de qualidade propostos por Donabedian –, que também devem integrar a prática assistencial e de gestão do SUS e da APS, em consonância com seus princípios e diretrizes. Assim, a melhoria de acesso e qualidade terá efeito direto nos indicadores de saúde, influenciando positivamente no desenvolvimento social de uma região ou mesmo de um país.<sup>32</sup> Cabe refletir mais intensamente no tocante à importância

do uso desses conceitos, permitindo maior aprofundamento sobre os resultados das práticas assistenciais e a repercussão social do cuidado prestado nas condições de saúde individuais e comunitárias, elementos intrínsecos ao cuidado primário no SUS. Quanto maior essa análise em nível local, estimuladas pela gestão em seus diversos níveis, maiores possibilidades devem surgir na avaliação da eficácia e efetividade das práticas de cuidado.

Os resultados também demonstraram reflexões acerca dos elementos integrados ao conceito de qualidade em saúde, tais como a oferta de melhores resultados ao paciente, de forma planejada, com base em processos de melhoria e uso de medidas, reforçando a necessidade de promoção da continuidade do aprendizado a partir desses processos na prática cotidiana.<sup>1</sup>

Os resultados do estudo também reforçam a necessidade de aprimorar e investir no desenvolvimento de uma cultura avaliativa, nas instâncias gestoras do SUS, incluindo o olhar do profissional que presta serviço à população nas UBS. Tais ações visam qualificar a atenção básica no país, aperfeiçoar a implementação de programas de avaliação e qualidade, integrando a cultura avaliativa à prática de gestão, fortalecendo a descentralização e autonomia das diferentes instâncias, a partir de apoio técnico e institucional, permitindo uma gestão horizontalizada e compartilhada, na perspectiva de gestores e equipes numa intervenção.<sup>33</sup> Para tanto, são fundamentais as intervenções em educação permanente de forma ampla, integradas ao investimento na formação de profissionais para a gestão pública, viabilizando intervenções mais técnicas, autônomas, articuladas e corresponsabilizadas para a continuidade das práticas de avaliação e qualidade também na APS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

O estudo apresentado demonstrou a influência do contexto na implantação de ações para qualificação dos serviços, dada a complexidade do cuidado multidimensional e da gestão na APS, incluindo as características do Sistema de Saúde no qual se insere.

O tempo para devolutiva dos resultados do PMAQ-AB, uso oportuno de dados e indicadores por meio de sistemas de informação e gestão qualificada são fundamentais para estruturação de processos de melhoria. O ciclo de monitoramento e avaliação subsidia, a partir de um apoio técnico e contínuo, a implementação mais assertiva das intervenções propostas.

Utilizar a tríade de Donabedian possibilitou a reflexão sobre os investimentos a serem desenvolvidos nos diferentes eixos de Estrutura, Processo e Resultados, visando o alcance dos objetivos esperados. Pilares dessa teoria – equidade, legitimidade e efetividade – coadunam com os princípios e diretrizes do SUS e devem estar presentes na concepção de práticas assistenciais.

É necessário investir para que programas de avaliação e qualidade na APS deixem de ser vistos como instrumentos burocráticos e passem a ser ferramentas para a melhoria da relação cuidado-usuário e dos resultados de saúde da população,



estimulando o pensamento crítico e reflexivo sobre os objetivos do sistema de saúde no qual os atores estão inseridos.

Aponta-se, como limitações do estudo, a perspectiva de profissionais que atuam em uma região específica do município de São Paulo, visto que há condições e características heterogêneas em aspectos socioeconômicos, culturais, de saúde, dentre outros, além da diferente distribuição de recursos, rede de serviços, necessidades em saúde e características locais de gestão, nas diversas regiões de saúde.

A pesquisa também buscou contribuir, numa perspectiva problematizadora dos interesses de trabalhadores da saúde, usuários, gestores e construtores de políticas públicas, apresentando a repercussão da implantação de um programa de avaliação e qualidade no cotidiano da APS, e na reflexão da organização dos processos de trabalho assistencial e da gestão. O predomínio da enfermagem nesse contexto de trabalho – seja na atuação assistencial, seja na gestão – determina uma relevante influência na qualificação dos processos e nos resultados de saúde da população.

Dessa forma, o conhecimento produzido visa apoiar a atuação de profissionais da saúde na APS, estimulando a inclusão de agendas de monitoramento, gestão compartilhada, apoio institucional, qualificação e uso das informações em saúde, valorizando o trabalho pautado na realidade local e a sistematização dos processos de planejamento e avaliação. Também se espera que o conteúdo emergido seja potencializador de ações de fortalecimento na implementação de outras Políticas e Programas de Avaliação, Qualidade e de Educação Permanente, permitindo intervenções mais assertivas e concatenadas entre implementadores, apoiadores e executores nesse cenário.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Lucilene Renó Ferreira. Vanessa Ribeiro Neves. Anderson da Silva Rosa.

Coleta ou produção dos dados. Lucilene Renó Ferreira. Anderson da Silva Rosa.

Análise de dados. Lucilene Renó Ferreira. Vanessa Ribeiro Neves. Anderson da Silva Rosa.

Interpretação dos resultados. Lucilene Renó Ferreira. Vanessa Ribeiro Neves. Anderson da Silva Rosa.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Lucilene Renó Ferreira. Vanessa Ribeiro Neves. Anderson da Silva Rosa.

Aprovação da versão final do artigo. Lucilene Renó Ferreira. Vanessa Ribeiro Neves. Anderson da Silva Rosa.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Lucilene Renó Ferreira. Vanessa Ribeiro Neves. Anderson da Silva Rosa.

## EDITOR ASSOCIADO

Antonio José de Almeida Filho 

## EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

## REFERÊNCIAS

1. Heenan M. Twenty years later: do we have an agreed-upon definition of health quality management? *Healthc Q.* 2019;21(4):43-7. <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2019.25741>. PMID:30946654.
2. Ayanian JZ, Markel H. Donabedian's lasting framework for health care quality. *N Engl J Med.* 2016;375(3):205-7. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1605101>. PMID:27468057.
3. Ameh S, Gómez-Olivé FX, Kahn K, Tollman SM, Klipstein-Grobusch K. Relationships between structure, process and outcome to assess quality of integrated chronic disease management in a rural South African setting: applying a structural equation model. *BMC Health Serv Res.* 2017 mar 23;17(1):229. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2177-4>. PMID:28330486.
4. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação profissional em saúde [Internet]*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ-Ministério da Saúde; 2009. p. 320-8 [citado 2020 abr 2]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25955/2/Livro%20EPSJV%200008871.pdf>
5. Moe G, Wang K, Koussonsavath S. Accreditation: a quality improvement strategy for the community based family practice. *Healthc Q.* 2019;21(4):13-20. <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2019.25746>. PMID:30946649.
6. Young RA, Roberts RG, Holden RJ. The challenges of measuring, improving, and reporting quality in primary care. *Ann Fam Med.* 2017 mar;15(2):175-82. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.2014>. PMID:28289120.
7. Wagner DJ, Durbin J, Barnsley J, Ivers NM. Measurement without management: qualitative evaluation of a voluntary audit& feedback intervention for primary care teams. *BMC Health Serv Res.* 2019 jun 24;19(1):419. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4226-7>. PMID:31234916.
8. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde Debate.* 2018 set;42(spe1):289-301. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1042018s119>.
9. Ribeiro LA, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saude Soc.* 2019 jul 1;28(2):95-110. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019180884>.
10. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015 (BR). Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 5 out 2015: Seção 1: 668-9.
11. Rotondo F, Giovannelli L, Fadda N, Ezza A. A methodology to design a performance management system in preventive care. *BMC Health Serv Res.* 2018 dez 29;18(1):1002. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3837-8>. PMID:30594191.
12. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saude Publica.* 2015 Sep;31(9):1941-52. PMID:26578018.
13. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. *Rev Saude Publica.* 2017;51:67. PMID:28746576.
14. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Publica.* 2017 Apr 3;33(3):e00195815. PMID:28380149.
15. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Quality of primary health care in Brazil: advances, challenges and perspectives. *Saúde Debate.* 2018;42(1):208-23.
16. Ferreira J, Jeremia DS, Jeremia F, Celuppi IF, Tombini LHT, Souza JB. Assessment of the Family Health Strategy in the light of Donabedian triad. *Av. Enferm.* 2021 dez 10;39(1):63-73. <http://dx.doi.org/10.15446/avenferm.v39n1.85939>.
17. Dayanna MC. Qualidade da atenção primária à saúde e internações por condições sensíveis: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2019. 116

- p. [citado 2020 jun 12]. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-BCDJYH/1/vers\\_final\\_dissertacaodayanna.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-BCDJYH/1/vers_final_dissertacaodayanna.pdf)
18. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015. 290 p.
  19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. PMID:17872937.
  20. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2ª ed. São Paulo: Contexto; 2019. Unidade II – Gêneros em história oral, tipos de história oral; p. 38-40.
  21. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the consolidated framework for implementation research. *Implement Sci*. 2016 maio 17;11:72. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>. PMID:27189233.
  22. Dalfior ET, Lima RCD, Contarato PC, Andrade MAC. Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. *Saúde Debate*. 2016;40(111):128-39. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611110>.
  23. Matus C. Teoria do jogo social. São Paulo: FUNDAP; 2005.
  24. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014 dez;30(12):2619-30. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00022314>.
  25. Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motúapuaka M, Freeman M et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care, use, and processes of care: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2017;166(5):341-53. <http://dx.doi.org/10.7326/M16-1881>. PMID:28114600.
  26. Kovacs R, Maia Barreto JO, Silva EN, Borghi J, Kristensen SR, Costa DRT et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob Health*. 2021;9(3):e331-9. PMID:33607031.
  27. Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Cien Saude Colet*. 2015 maio;20(5):1497-514. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152005.01652014>.
  28. Minchin M, Roland M, Richardson J, Rowark S, Guthrie B. Quality of care in the United Kingdom after removal of financial incentives. *N Engl J Med*. 2018 set 6;379(10):948-57. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1801495>. PMID:30184445.
  29. Silva LMC, Ferreira LR, Rosa AS, Neves VR. Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade segundo gestores da Atenção Básica de São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2017 jul;30(4):397-403. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700059>.
  30. Dalton AF, Lyon C, Parnes B, Fernald D, Lewis CL. Developing a quality measurement strategy in an academic primary care setting: an environmental scan. *J Healthc Qual*. 2018;40(6):e90-100. <http://dx.doi.org/10.1097/JHQ.000000000000155>. PMID:30113366.
  31. Kampstra NA, Zipfel N, van der Nat PB, Westert GP, van der Wees PJ, Groenewoud AS. Health outcomes measurement and organizational readiness support quality improvement: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018 dez;18(1):1005. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3828-9>. PMID:30594193.
  32. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2003. 240 p. (vol. 1).
  33. Flôres GMS, Weigelt LD, Rezende MS, Telles R, Krug SBR. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2018 Jan;42(116):237-47.

<sup>a</sup> Embora os conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica sejam discutidos no campo teórico, em seu uso, tais termos serão utilizados como sinônimos ao longo do texto.

<sup>b</sup> SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica desenvolvido pelo DATASUS, em 1998, com o objetivo de processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB), tendo como foco central a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo substituído gradativamente em 2013-2014 pelo E-SUS.

<sup>c</sup> E-SUS: é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional, reestruturando os Sistemas de Informação em Saúde, vinculada ao processo de informatização do SUS.