

Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas

Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives

Luiz Augusto Facchini¹, Elaine Tomasi², Alitéia Santiago Dilélio³

DOI: 10.1590/0103-11042018S114

RESUMO O ensaio reúne avanços, problemas e propostas sobre a qualidade da Atenção Básica no Brasil, com ênfase na integralidade do cuidado, expressa na completude das ações de saúde. Estudos sobre acesso e qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) evidenciam avanços na ampliação das coberturas da ESF e do acesso da população, na melhoria da estrutura dos serviços, na provisão de médicos e na cobertura de ações de saúde. Persistem problemas de estrutura, com destaque para a disponibilidade de insumos essenciais e de tecnologias de informação e comunicação. A organização e a gestão dos serviços e a prática profissional das equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde, apesar dos padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos. Propõe-se a universalização do modelo de atenção da ESF no Brasil com garantias de aportes na estrutura dos serviços de equipes completas com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde com dedicação integral. Programas de educação permanente, institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação em equipes locais e a realização de ‘mutirões de qualidade’ estimulam a melhoria sistêmica da qualidade da ESF no Brasil, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Qualidade da assistência à saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Política de saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *The essay brings together advances, problems and proposals on the quality of Primary Health Care in Brazil, emphasizing the comprehensiveness of care, expressed in the completeness of health actions. Studies on access and quality of the Family Health Strategy (FHS) highlight advances in the expansion of population coverage and access of health actions, in the improvement of the structure of services, and provision of doctors. Structural problems persist, with emphasis on the availability of essential inputs and information and communication technologies. The organization and management of the services and of the professional practice of the teams suffer from a systemic problem of incompleteness of the offer of actions and health care, despite the references standards, guidelines, goals and protocols. We propose the universalization of FHS in Brazil with guarantees of investments in the structure of the services, complete team with doctors, nurses, dentists, nursing technicians and Community Health Agents with full dedication. Programs of continuous education, institutionalization of monitoring and evaluation*

¹Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Saúde da Família (Profsaúde) e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170>
luizfacchini@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Saúde da Família (Profsaúde) - Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7328-6044>
tomasiet@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6718-2038>
aliteia@gmail.com



practices in local teams and the accomplishment of 'quality collective efforts' stimulate the systemic improvement of the FHS in Brazil, contributing to the reduction of health inequalities.

KEYWORDS *Quality of health care. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health policy. Health evaluation.*

Introdução

O crescente interesse em avaliar avanços e lacunas da Atenção Primária à Saúde (APS) nos últimos 30 anos¹⁻⁸ tem contribuído para o desenvolvimento do Sistema Único Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao produzir evidências sobre o alcance da universalidade, integralidade e equidade. Utilizando modelos conceituais e metodológicos criteriosos e reconhecidos internacionalmente^{4,6,8-12}, as pesquisas avaliativas no Brasil impulsionaram o conhecimento sobre a ESF, inclusive com abordagens sobre a qualidade dos serviços de saúde. A definição de qualidade do cuidado é tarefa complexa e essencial para a avaliação das políticas e intervenções em APS¹³. Pesquisas de grande envergadura sobre a qualidade dos serviços de saúde, muitas vezes associadas à implantação de políticas¹⁴⁻¹⁶, ainda esbarram em dificuldades, que englobam desde a falta de consensos sobre definições, modelos conceituais e dimensões de análise até a construção de indicadores, padronização de instrumentos e comparação dos resultados¹⁷⁻²⁰.

Desde meados do século XX, a qualidade da atenção à saúde mobiliza o interesse acadêmico nos Estados Unidos e na Europa^{21,22}. No Brasil, a ênfase no tema era incipiente antes do SUS, ganhando relevância com sua expansão e consolidação²³. Originalmente, qualidade expressava o juízo de valor do usuário sobre o cuidado médico^{24, 25}. Com o tempo, o conceito passou a englobar

estimativas do grau em que os cuidados potencializam a recuperação da saúde do usuário e reduzem a probabilidade de maleficência, em comparação com parâmetros apropriados²⁶. O desenvolvimento da fundamentação teórica e metodológica, de critérios e indicadores para monitorar e avaliar a qualidade dos serviços de saúde é estratégico para a padronização de instrumentos, a identificação de áreas que precisam de maior atenção ou a necessidade de revisão de protocolos e de reorganização do serviço^{4,17-19}.

Desde sua publicação, em 1966, Donabedian desenvolveu por mais de duas décadas um dos modelos mais referidos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde^{22,24}. A utilidade da tríade estrutura, processo e resultado para avaliar os serviços de saúde se multiplicou em todo o mundo após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada entre 6 e 12 de setembro de 1978, em Alma Ata, na República do Cazaquistão. Convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, a Conferência demandou aos governos esforços na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo. A Conferência produziu o consenso de que a APS universal, integral e equitativa era o modelo de atenção qualificado para alcançar um nível de saúde que permitisse à população mundial levar uma vida social e economicamente ativa. A proposta de Alma Ata foi fundamentada em experiências de cuidados básicos de pequena

escala e baixo custo, ofertados a populações pobres em países da Ásia, África e América Latina⁹. Apesar do retrocesso imposto pela APS seletiva já em 1980²⁷, após Alma Ata, a APS deixou de ser uma proposta de médicos e pioneiros internacionais em aldeias distantes e tornou-se uma abordagem avalizada e um incentivo à sua expansão mundial.

A ampla utilização da abordagem de Donabedian^{22,24} em estudos sobre a APS foi acompanhada de novas formulações conceituais para melhorar a caracterização da qualidade de serviços básicos. A partir de 1991, Starfield, em um estudo clássico⁴, iniciou o desenvolvimento da formulação teórica e operacional dos atributos da APS em relação ao sistema de saúde e ao modelo de atenção. Acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, juntamente com competência cultural, orientação familiar e comunitária, foram definidos como atributos da qualidade do modelo de atenção. A autora evidenciou a associação de uma APS forte com maior satisfação dos usuários com o sistema e com melhores resultados em saúde²⁸.

No Brasil, as contribuições teóricas sobre avaliação da APS foram marcantes nos últimos 15 anos, especialmente com a implantação da ESF e com a institucionalização da avaliação da Atenção Básica (AB) no Ministério da Saúde (MS)^{6,10,29,30}. Há uma farta documentação sobre a expansão da ESF para todo o País, uma das maiores experiências sistêmicas de APS no mundo. Equipes multiprofissionais, responsáveis por territórios específicos e populações definidas como primeiro contato com o sistema, representam uma das inovações mais significativas na APS desde Alma Ata¹⁷.

Em 2005, os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), conduzidos por uma rede de instituições acadêmicas, aprofundaram a avaliação da APS no Brasil, com ênfase no acesso e na utilização de serviços na AB, fomentando a reflexão sobre a

qualidade dos cuidados ofertados à população brasileira nos grandes centros urbanos do País^{7,10,23,31-33}. Em 2011, o tema qualidade ganhou forte impulso na AB brasileira com a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que institucionalizou o incentivo financeiro do MS à melhoria do padrão da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por meio das equipes de saúde da família^{16,34,35}. A avaliação externa do PMAQ, conduzida por uma rede de mais de 40 universidades e centros de pesquisa federais, propiciou a expansão das concepções de Donabedian e Starfield¹⁶, no enfrentamento de múltiplos desafios teóricos e metodológicos para estimar a qualidade dos serviços de APS no Brasil^{3,17,36,37}.

Em uma breve seleção de estudos contemporâneos sobre dimensões do acesso e da qualidade na ESF, encontram-se muitas delas oriundas das avaliações externas do Proesf e do PMAQ, que esboçam um painel complexo e coerente, permitindo apreciar as fortalezas e as fragilidades do modelo de atenção para garantir de modo equitativo e integral o direito universal à saúde no SUS^{3,10,17,36-38}. A ampliação equitativa do acesso e da utilização de serviços e ações de saúde da ESF é consensual, coincidindo com fortes evidências de seu efeito na melhoria da situação de saúde do País em 30 anos do SUS³⁹⁻⁴¹. Os estudos igualmente destacam problemas sistemáticos na qualidade de serviços e ações da ESF, que afetam sua completude, a integralidade das ações, seja na saúde da mulher^{36,42,43}, seja no cuidado de condições crônicas de saúde de adultos e idosos⁴⁴. Os artigos revelam múltiplas abordagens da qualidade da atenção à saúde, mas emergem dois consensos: acesso é qualidade e qualidade é processo. Qualidade é ir além, é alcançar mais e melhor, é medida essencial para avaliar a integralidade, para verificar a capacidade de resposta do SUS às necessidades de saúde do País. As dimensões de totalidade do indivíduo, de integração das

ações e de atuação intersetorial explicitadas na Constituição Federal de 1988 e Lei nº 8.080 de 1990^{38,39} podem ser operacionalizadas por meio de indicadores de qualidade, que expressem processos organizacionais e práticas profissionais ao interior de cada equipe da ESF, na rede de serviços de saúde e na relação com o território geopolítico. A qualidade da atenção e, em consequência, a integralidade se explicitam, por exemplo, no alcance da completude ou totalidade de ações previstas em documentos oficiais para cada condição de saúde. Essa medida implica estimar a integração das ações previstas, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação^{3,36,42-44}.

Neste artigo, a partir de uma revisão não sistemática, reunimos inicialmente um conjunto de evidências com avanços e problemas no acesso e na qualidade da AB brasileira, com especial interesse na integralidade do cuidado, expressa na completude das ações de saúde. Na segunda parte, destacamos propostas para o enfrentamento dos desafios identificados na literatura. Demonstra-se que o conhecimento disponível reforça a relevância do fortalecimento da ESF para a melhoria das condições de saúde da população.

Avanços e problemas na qualidade da APS brasileira

A consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. Tal avanço está ancorado na abrangência da ESF, seu principal modelo assistencial, que ultrapassou a marca de 40 mil equipes em todo o território nacional em 2016⁴⁰. A significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF nos últimos 20 anos provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população.

Destaca-se aqui a redução da mortalidade infantil e de menores de 5 anos^{29,41-43} nos municípios brasileiros, mesmo quando controlada a ação de outros fatores determinantes. Também em relação às internações por causas sensíveis à atenção primária, vários estudos^{11,42,44} têm destacado o papel da ESF na redução dessas hospitalizações.

A superioridade do modelo da ESF em relação ao modelo tradicional tornou-se consenso nacional e internacional na última década. No estudo de Macinko et al.^{10,45}, a adesão aos atributos da APS de Starfield foi mais marcante na ESF, nas dimensões de acesso no primeiro contato, abrangência, enfoque familiar e orientação para a comunidade^{12,46}. Facchini et al.^{17,23,47} relataram que a oferta de ações de saúde, a sua utilização e o contato por ações programáticas foram mais adequados na ESF do que nas UBS tradicionais.

O crescente acesso da população à ampla rede de serviços foi documentado em três Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD) e mais recentemente na Pesquisa Nacional de Saúde⁴⁸. A proporção de pessoas que referiu utilizar a UBS foi de 41,8% em 1998⁴⁹, de 52,4% em 2003⁵⁰, de 56,8% em 2008⁵¹, alcançando 65,5% em 2013⁴⁸. Quase 90% das UBS contam com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e mais de 70% dispõem de equipes com atendimento em cinco ou mais dias na semana, em dois turnos ou mais, com consulta de enfermagem e curativos⁵².

Em menos de uma década, os investimentos em infraestrutura da AB foram expressivos, particularmente com o Programa de Infraestrutura e Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS)⁵³. Em 2005, cerca de 70% das UBS avaliadas em cidades acima de 100 mil habitantes das regiões Nordeste e Sul, no Estudo de Linha de Base do Proesf, tinham problemas e carências estruturais⁵⁴, em contraste com a avaliação externa do PMAQ em 2012, que encontrou 15% do total de UBS no País em precárias condições de infraestrutura,

principalmente de instalações e insumos⁵³. Neves et al.³⁷, ao analisar a estrutura das UBS para atenção a pessoas com diabetes entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ, observaram que as prevalências de estrutura adequada de materiais, medicamentos e física foram maiores em 2014, em comparação a 2012. A estrutura adequada de materiais passou de 3,9% para 7,8%; de medicamentos, de 31,3% para 49,9%; e física, de 15,3% para 23,3%.

O lançamento do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, marcou avanço importante no enfrentamento da carência histórica de profissionais em número e formação adequada para atender com qualidade às necessidades de saúde da população, principalmente de médicos⁵⁵⁻⁵⁷. O PMM é a mais abrangente intervenção para ampliação do acesso à atenção médica na ESF^{48,58}, mediante provisão emergencial em larga escala (cerca de 18 mil médicos em seu pico) combinada com intervenções na melhoria da infraestrutura dos serviços e na formação e educação permanente dos médicos⁵⁵.

A presença de profissionais do PMM em 4.058 municípios beneficiou cerca de 63 milhões de pessoas, promovendo a integração das equipes e fortalecendo as ações de saúde⁵⁸⁻⁶⁰, com impacto positivo também na redução de internações por condições sensíveis à AB. Além disso, cerca de 90% da população está satisfeita com o programa, reforçando sua legitimidade e aceitabilidade^{57,61}.

Estudos recentes sobre utilização e qualidade da atenção prestada em UBS, notadamente aqueles que analisaram dados do PMAQ, reforçam esses avanços em ações programáticas típicas da atenção primária. Durante o pré-natal, 89% das gestantes fizeram seis ou mais consultas, mais de 95% atualizaram a vacina antitetânica e receberam prescrição de sulfato ferroso³. O acesso ao exame preventivo para o controle do câncer de colo do útero alcançou 93% das mulheres entre 25 e 59 anos³⁶, e a cobertura de rastreamento de câncer de mama foi de 70%, ultrapassando a recomendação da OMS e do MS⁶².

Em torno de 90% dos usuários com diagnóstico de diabetes tiveram acesso à consulta na UBS em um período de seis meses e realizaram exame de sangue para o controle da doença⁶³. Facchini et al.⁴⁷ identificaram padrão semelhante em idosos com a doença em inquérito nacional sobre acesso e qualidade da rede de saúde, não havendo diferença de acordo com o nível socioeconômico.

Confirmando a expansão dos serviços de saúde bucal na rede básica, Casotti et al.⁶⁴ registraram alto percentual de procura por consulta com o dentista relatado pelos entrevistados nas UBS no primeiro ciclo do PMAQ, o que caracteriza a existência de demanda pelo cuidado em saúde bucal. A maior proporção de usuários conseguiu agendamento em um intervalo entre dois e quinze dias, indicando melhoria no acesso⁶⁵ a cuidados de saúde bucal entre populações com maior vulnerabilidade social.

Em um retrato complexo da realidade da AB no SUS, em meio a tantos resultados positivos, obtidos em pouco mais de duas décadas de implantação da ESF, emergem de forma consistente seus problemas mais importantes. Apesar dos avanços observados na infraestrutura das UBS, inclusive em curtos períodos avaliados no PMAQ, os problemas de estrutura dos serviços ainda persistem^{37,53}. As desigualdades na estrutura dos serviços são marcantes em função das características da região geopolítica, do porte populacional do município, do IDH e da cobertura de ESF^{3,37,62}. Poças et al.⁵² evidenciam que 74,6% não dispõem de sinalização externa adequada e que 89,6% não contam com profissionais para acolhimento.

No âmbito da provisão de pessoal e educação permanente, a capacidade do PMM em melhorar equitativamente o desempenho da ESF em um curto período de intervenção continua sendo um desafio complexo para estudos de intervenção. A avaliação ganha relevância, considerando possíveis mudanças nos padrões e tendências dos resultados da ESF, em um contexto de restrição financeira grave, que ameaça a continuidade do PMM em sua magnitude e abrangência, colocando em risco a provisão de

médicos em territórios e populações mais vulneráveis do País⁵⁵.

Além de problemas estruturais e de provisão de pessoal, a organização dos serviços, a gestão da ESF e a prática profissional de suas equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde, apesar da disponibilidade de padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos de trabalho. No caso do pré-natal, apenas 15% das gestantes receberam todos os procedimentos, exames e orientações preconizadas. O exame de mamas foi referido por 56% das gestantes, enquanto os exames ginecológico e da cavidade oral sequer foram dispensados à metade delas³.

Para o controle do câncer do colo uterino, 11% das usuárias dos serviços de APS estavam com exames atrasados, e 19% deixaram de receber orientações³⁶. A estrutura para esse controle estava adequada para 49% das UBS, sendo a indisponibilidade de espéculos vaginais, fixadores e formulários do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) uma realidade para uma em cada cinco unidades de saúde. Informações referentes a aspectos da organização e da gestão do cuidado revelaram que apenas 30% das equipes podem ser classificadas com processo de trabalho adequado⁶⁶.

Para o câncer de mama, são preocupantes os achados de Barcelos et al.⁶², dando conta de que 38% das usuárias entre 40 e 69 anos entrevistadas nas UBS nunca tinham recebido um exame clínico das mamas, e cerca de 25% das mulheres entre 50 e 69 anos jamais havia feito uma mamografia.

Considerando a atenção aos portadores de diabetes, menos de metade dos usuários com o problema, entrevistados nas UBS, referiu ter recebido orientações para o cuidado com os pés, e apenas 30% referiram ter seus pés examinados no ano anterior à entrevista⁶³, achado similar ao encontrado em inquérito nacional de base populacional^{17,47}. Apenas 14,3% dos usuários referiram o recebimento do conjunto completo dos cuidados para diabetes. Em análise ajustada, ao considerar o conjunto de itens preconizados¹⁶, observou-se que a prevalência

de cuidados completos aumentou significativamente em UBS em função da adequação da estrutura, da organização e gestão de serviços e da prática clínica.

Clementino et al.⁶⁷, ao analisar as ações de saúde dirigidas a pessoas com tuberculose na AB com base nos dados do segundo ciclo do PMAQ, constataram que 81,1% das equipes de ESF do Brasil dispunham de estimativa anual do número de casos confirmados de tuberculose e sintomáticos respiratórios. Em contrapartida, apenas 48% das equipes apresentavam registros de acompanhamento dos casos e de tratamento diretamente observado. Os autores concluem pela presença de barreiras na estruturação das UBS quanto à operacionalização e sustentabilidade da assistência ao portador de tuberculose. Souza et al.⁶⁸ apontam a necessidade de, além da transferência das ações essenciais ao portador de tuberculose para a AB, estruturação dessas UBS, tornando-as capazes de realizar o manejo adequado do usuário em termos clínico-científicos, estruturais e organizacionais dos serviços, praticando a integralidade com esse sujeito.

Para a saúde bucal, Casotti et al.⁶⁴ referiram que problemas de infraestrutura e de gestão da porta de entrada ainda eram motivos para o deslocamento dos usuários para outros serviços⁶⁴. Fragilidades da gestão local sobre o processo de trabalho do setor e ausência de fluxos preferenciais e de rede complementar estruturada para diagnóstico precoce de câncer de boca ou para oferta de procedimentos de prótese também foram problemas relevantes. Os autores apontaram ainda que a falta de condições para que as equipes coordenem o acesso aos serviços complementares subtrai a possibilidade da garantia da integralidade do cuidado clínico.

Outra lacuna que precisa ser enfrentada diz respeito às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) que, em suas plenas potencialidades, contribuem para o cuidado. Dados do Ciclo I do PMAQ, com as mais de 17 mil equipes participantes, informam que somente 13,5% das equipes apresentavam

condições ótimas de infraestrutura, sistemas e utilização de informação⁶¹. Bousquat et al.⁵³ relataram que, em geral, 51,2% das unidades dispunham de um computador e que 35,4% tinham acesso à internet.

Recente artigo de revisão sistemática sobre satisfação dos usuários da APS demonstrou que os usuários das UBS avaliaram como insatisfatórios os atributos acesso de primeiro contato, enfoque familiar e orientação comunitária, considerados fundamentais para uma atenção à saúde mais equânime e concorrente para autonomia e controle social, mesmo nas Unidades de Saúde da Família⁶⁹. Protasio et al.⁷⁰ verificaram que o usuário resolver seus problemas na UBS e sentir-se respeitado pelos profissionais de saúde são os fatores mais importantes, em todas as regiões do Brasil, no que concerne à sua satisfação. Porém, podem-se destacar outros fatores por região: o horário de funcionamento (Nordeste); profissionais perguntarem pelos familiares (Norte); interesse dos profissionais sobre outras necessidades de saúde (Centro-Oeste); ser escutado sem ter hora marcada (Sul); e retirar suas dúvidas após a consulta (Sudeste).

Em um balanço dos avanços e problemas da AB brasileira, os achados evidenciaram relações consistentes e sinérgicas entre estrutura, processo de trabalho e qualidade dos serviços da ESF no País^{36,63}. O conhecimento acumulado indica a necessidade de melhorias sistêmicas no SUS e na AB, cujos problemas afetam enormes contingentes da população brasileira, com maior repercussão em grupos vulneráveis e regiões remotas.

Propostas para enfrentamento dos desafios da qualidade dos serviços de APS no SUS

Resultados de pesquisas científicas, a experiência na gestão e atenção à saúde, a inovação

e o desenvolvimento tecnológico alcançados no Brasil nos últimos 30 anos aportam um vasto conhecimento para enfrentar com sucesso os problemas da AB e qualificar a ESF. Entretanto, o ciclo de melhoria incremental observado na AB brasileira, desde a Conferência de Alma Ata⁹, pode ser revertido em decorrência da ruptura democrática em curso no País, sinalizando perspectivas sombrias para os direitos sociais. A sistematização de propostas para enfrentamento dos desafios se refere a sugestões para melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mediante mudanças factíveis em características estruturais e organizacionais de equipes e unidades de saúde e de práticas e ações profissionais.

A primeira e mais importante proposta para superação dos desafios da AB no Brasil é a universalização do modelo de atenção da ESF, com o enfrentamento substantivo de seus problemas estruturais e organizacionais. O compromisso político com a prioridade da ESF, expresso em financiamento suficiente para garantir a integralidade de cuidados de saúde de alta qualidade à toda população, resultará em investimentos mais abrangentes na infraestrutura da ESF^{37,53,54,62,64,66}, fundamentais para ampliar a superioridade da ESF na melhoria do cuidado e das condições de saúde da população, em comparação a modelos tradicionais, especializados e médico centrados^{10,12,41}.

Melhorias na construção, reforma e ampliação de UBS continuam necessárias, mas é preciso uma política complexa e integrada para ampliar e qualificar os equipamentos clínicos, de apoio e de tecnologia de informação e comunicação. Infelizmente, as restrições impostas ao SUS e às políticas sociais pela Emenda Constitucional 95^{71,72} ameaçam gravemente o desenvolvimento de uma política pública racional e integrada de expansão e atualização de instrumentos de trabalho, conectividade e insumos.

Os efeitos da recessão econômica e da restrição orçamentária no SUS talvez já possam ser observados na atualidade na rede básica

de saúde, afetando, por exemplo, o abastecimento de vacinas e medicamentos e a provisão de pessoal em um contexto de maior demanda de serviços públicos decorrente do aumento do desemprego, da redução de direitos trabalhistas e de poder aquisitivo da população. A precarização dos serviços pode resultar em aumento da ocorrência de problemas de saúde e no ressurgimento de doenças plenamente controladas e eliminadas, como, por exemplo, sarampo e poliomielite. A preponderância dos interesses de mercado, expressa na gestão privada dos serviços públicos, por meio de organizações sociais de saúde e outras estratégias comerciais, fragmenta a oferta e prenuncia incertezas para a qualificação da infraestrutura das UBS e os meios de trabalho das equipes da ESF. Ao priorizar o interesse econômico e mercantil na saúde, o País coloca em risco a qualidade dos serviços para o atendimento integral das necessidades de saúde da população, com repercussões negativas no desempenho da ESF e na organização da rede básica de saúde.

A infraestrutura da AB do SUS não estará completa sem a garantia de suficiência e qualidade de um corpo de trabalhadores de saúde com dedicação integral à ESF^{16,58}. A implantação do PMM ocorreu em um contexto de desenvolvimento e consolidação de iniciativas de governança que incentivaram a AB nos últimos dez anos, como, por exemplo, o PMAQ¹⁶, o Requalifica UBS e os programas de formação e educação permanente de profissionais de saúde do SUS, desenvolvidos por intermédio da Universidade Aberta do SUS (Unasus)¹⁷. A ruptura democrática ameaça regras, normas e decisões relativas não apenas ao PMM, mas ao conjunto dos trabalhadores da AB, com possibilidade de afetar papéis e responsabilidades dos atores sociais, descontinuar interações e interconexões, fomentar disparidades e iniquidades nacionais e regionais⁷³. Por exemplo, os efeitos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 relativos à configuração

das equipes da ESF podem tornar os ACS em uma categoria profissional em extinção, não apenas pela redução no contingente vinculado a cada equipe, mas também pela descaracterização de suas atribuições^{72,74}. A proposta essencial para a universalização da ESF e para a qualidade da atenção é a garantia de equipes completas com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e ACS em todo o território nacional. Considerando a demanda crescente de idosos, usuários com multimorbidade e com problemas de saúde mental, é necessária uma presença mais efetiva das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) no cotidiano do cuidado, como, por exemplo, fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, cardiologistas e dermatologistas. Estratégias de Telessaúde e supervisão técnica a distância para todos os profissionais qualificam suas práticas, melhorando a resolubilidade do serviço. Tais recursos fortaleceriam a abordagem matricial das condições crônicas de saúde, acompanhando e monitorando a integralidade e a coordenação das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado de problemas e agravos clínicos de cada usuário do serviço.

Direcionar a formação e a educação permanente de profissionais de saúde e gestores, para os atributos da APS e para as necessidades de saúde da população e dos usuários sob responsabilidade das equipes da ESF, por meio da expansão de abordagens e dispositivos de educação a distância, beneficiará a qualidade dos cuidados clínicos e das ações coletivas. Médicos, enfermeiros, dentistas e ACS, mas também profissionais do Nasf, requerem programas de provimento, educação permanente e desenvolvimento da força de trabalho em saúde, com especial foco na universalização da ESF⁴⁸. Ao enfatizar o cotidiano do serviço na problematização dos temas de estudo, os cursos de especialização, residência e mestrado profissional em saúde da família facilitam aos alunos o acesso a

evidências de avaliações de políticas e ações de saúde úteis para a solução de problemas locais e sua generalização para a rede básica de saúde. Algumas experiências de educação permanente com ênfase em qualidade da prática clínica valorizam o uso de ferramentas como módulos de autoaprendizagem, casos clínicos interativos e planilhas eletrônicas para monitoramento automatizado de ações programáticas, delineadas em função do perfil da população usuária de serviços de atenção primária⁷⁵. Estratégias de formação e educação permanente são essenciais para o sucesso de intervenções direcionadas à qualificação da prática profissional. As atividades educacionais podem desenvolver as atribuições profissionais, melhorando o escopo e a abrangência da prestação de cuidados.

A oferta de cuidados de saúde na rede básica e, particularmente, na ESF depende intensamente de processos organizacionais e das práticas profissionais. Ao lado dos desafios relacionados com a melhoria da estrutura dos serviços, a qualificação de processos de organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional é essencial para aumentar a efetividade da ESF, considerando seu efeito mediador na atenção à saúde.

Para garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade, é preciso aprimorar os fluxos dos usuários no interior do serviço, desde a recepção até a sua saída ao final do atendimento. O agendamento, o acolhimento, o vínculo, a demanda espontânea e a demanda programada, a atribuição de cada profissional da equipe, as relações do serviço com serviços da rede de atenção e com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser discutidos e pactuados com as equipes e com a gestão municipal⁷⁶.

Ouverney e Noronha⁷⁷ contribuíram para esse debate ao elencar princípios de organização e tecnologias de integração do cuidado em saúde que se aplicam de forma inequívoca para a APS: orientação para as necessidades de saúde; complexidade da abordagem; multidisciplinaridade da

intervenção; longitudinalidade do cuidado; interdependência e compartilhamento de análise clínica; responsabilização clínica; territorialização; intersetorialidade; eficiência econômica e melhoria contínua da qualidade. A análise da situação atual de princípios, atributos e categorias da APS em equipes da ESF destaca a coordenação do cuidado como desafio crítico na reorganização das ações de saúde. Um amplo esforço de desenvolvimento da coordenação do cuidado na ESF promoverá a articulação do trabalho dos membros da equipe de saúde, entre si, com as demais esferas do SUS, com os usuários e com a população⁷⁸, reforçando a efetividade da APS e do SUS.

Um elemento crucial para a qualificação da cobertura da ESF é o aprimoramento do e-SUS para produção de informações úteis às equipes e gestores, mediante acesso a relatórios automatizados de indivíduos e coletividades sobre situação de saúde e ações ofertadas. Acelerar a incorporação de tecnologias de informação e comunicação facilita o uso de informações atualizadas e potencializa a melhoria do cuidado⁷⁸. Diariamente, dados são coletados em diferentes subsistemas, muitos dos quais não informatizados, ou que enfrentam grandes dificuldades de implantação ou operacionalização. Por exemplo, o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), em funcionamento desde 2010, enfrenta grandes dificuldades de expansão e de utilização de informações, em função da falta de equipamentos de informática em todas as salas de vacina do País⁷⁹. Além disso, o SI-PNI é vulnerável à falta de registro de vacinas realizadas em clínicas privadas que se multiplicam no território nacional, afetando sua capacidade de vigilância epidemiológica da cobertura vacinal.

Para otimização dos recursos das TIC, os dados dos diferentes sistemas deveriam ser automaticamente exportados para o e-SUS, o que possibilitaria a utilização de informações para apoiar com efetividade as equipes

em sua prática profissional, além da gestão estratégica dos serviços. Com isso, será possível superar problemas como a obrigação dos profissionais em preencher campos de dados em múltiplos sistemas de registro contínuo, que geram inconsistências nos registros e a escassa utilização de informações pelas equipes de saúde. Em um contexto de fragmentação e multiplicidade de sistemas e aplicativos, o registro de dados no prontuário eletrônico torna-se mais uma das tarefas burocráticas realizadas pelos profissionais de saúde⁸⁰, em detrimento das ações de atenção à saúde.

A plena institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação das ações na rede básica é dispositivo essencial para qualificar a gestão e a organização dos serviços, orientando iniciativas e estratégias para o alcance de objetivos e metas. O acesso a recursos de TIC e a utilização de ferramentas eletrônicas automatizadas, como o Caderno das Ações Programáticas, facilitam o monitoramento e avaliação na UBS⁷⁵, produzindo estimativas essenciais, como, por exemplo, a cobertura de ações e programas de saúde.

Superar a fragmentação e incompletude das práticas clínicas e de promoção da saúde é um dos mais urgentes desafios para melhorar a qualidade da AB no Brasil⁸¹. Urge integrar, equilibradamente, cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde, orientando a ESF para processos de trabalho com abordagem matricial das demandas dos usuários, em especial das condições crônicas de saúde. Fortalecer o trabalho em equipe e o papel dos ACS é essencial para garantir a integralidade e a coordenação das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado de problemas e agravos clínicos, de cada usuário do serviço. Por exemplo, a qualificação de conhecimentos e habilidades na realização de manobras, procedimentos e raciocínio clínico, apoiada por protocolos, alertas, estratégias de busca ativa e rastreamento, podem melhorar a intervenção clínica, a gestão de caso e a coordenação do cuidado, promovendo a integralidade da atenção.

Mutirões ou campanhas da qualidade, capazes de mobilizar instituições acadêmicas e a rede básica de saúde, poderão universalizar os cuidados de pós-parto, a imunização de crianças, gestantes e idosos, o rastreamento de câncer de colo de útero e de mama, o cuidado dos pés de pessoas com diabetes, a avaliação de risco cardiovascular de adultos e idosos, a promoção de alimentação saudável e de atividade física. Por exemplo, a decisão de universalizar a revisão do parto, mediante visita de um membro da equipe de saúde ao domicílio da puérpera na primeira semana de vida do bebê, é plenamente factível e eleva tanto a cobertura quanto a qualidade (completude) das ações previstas em documentos oficiais. Outro exemplo se refere à atenção às pessoas com tuberculose na rede básica. Na maior parte dos municípios, o programa é centralizado, com restrição das ações das equipes no tratamento, com deslocamento dos usuários e risco de interrupção e não adesão ao tratamento. Para a efetivação do acesso, diagnóstico e tratamento da tuberculose, faz-se necessário, além da transferência das ações essenciais para a AB, estruturar as UBS para o manejo adequado do usuário⁶⁷.

Entretanto, estudos mais aprofundados, capazes de esmiuçar os detalhes organizacionais dos serviços e as nuances da prática profissional e da interação com os usuários, para definir e caracterizar a qualidade na APS são necessários. Estudos criteriosos e abrangentes em relação a modelos conceituais, grupos de comparação, definição de indicadores, padronização de instrumentos e abordagens estatísticas necessitam de incentivos e valorização, considerando sua relevância para subsidiar as políticas direcionadas à melhoria da qualidade da AB, como o PMAQ.

Apesar de um contexto de redução do financiamento do SUS, cabe propor a continuidade e o aprimoramento do PMAQ em função de sua importância para a institucionalização da avaliação e a definição de

padrões de qualidade e suas tendências na AB do País. A integralidade é o princípio do SUS mais diretamente conectado com os esforços para definir o padrão de qualidade da ESF, alimentando um ciclo virtuoso com a universalização e a equidade dos cuidados ofertados. A análise da completude das ações de saúde oferece uma valiosa aproximação da integralidade e possibilita captar aspectos da qualidade estrutural, organizacional e da prática profissional^{10,17,63}.

As propostas elencadas poderão resultar na melhoria sistêmica da qualidade da ESF no Brasil, promovendo um efeito multiplicativo na equidade de seus resultados,

contribuindo para a redução significativa das desigualdades em saúde^{3,17,36,41}.

Colaboradores

Facchini LA e Tomasi E contribuíram para a elaboração do manuscrito com as seguintes atividades: concepção, planejamento e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participação da aprovação da versão final. Dilélio AS contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Viacava F, Lagrardia J, Ugá M, et al. Projeto desenvolvimento de tecnologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
2. Facchini L, Piccini R, Tomasi E, et al. Contribuições do Estudo de Linha de Base da UFPEL às políticas, aos serviços e à pesquisa em atenção básica à saúde. In: Hartz Z, Felisberto E, Silva LV, organizadores Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. p. 167-97.
3. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer Oliveira T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad Saúde Pública. 2017; 33(3):e00195815.
4. Starfield B. Primary Care and Health: a cross-national comparison. JAMA. 1991; 266(16):2268-71.
5. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. CMAJ. 1995; 153(10):1423-31.
6. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. Cad Saúde Pública. 2010; 26(6):1079-95.
7. Viana AA, Rocha JSY, Elias PE, et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. Ciênc Saúde Colet. 2006; 11(3):577-606.
8. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos con-

- ceituais à prática na análise da implantação de programas; 1997.
9. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS. 1978; 6:a12.
 10. Fachini L, Piccini R, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciênc Saúde Colet*. 2006; 11(3):669-81.
 11. Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29(12):2149-60.
 12. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research*. 2006; 6(1):156.
 13. Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11(1):272.
 14. Roland M, Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? *Bmj*. 2016; 354:i4060.
 15. Gillam S, Steel N. QOF points: valuable to whom? *Bmj*. 2013; 346(7903):21-3.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
 17. Facchini L, Thumé E, Nunes B, et al. Governance and health system performance: national and municipal challenges to the Brazilian Family Health Strategy. *Governing health systems: for nations and communities around the world Brookline: Lamprey & Lee*; 2015.
 18. Bourcier E, Charbonneau D, Cahill C, et al. An evaluation of health impact assessments in the United States, 2011–2014. *Prev Chronic Dis*. 2015; 12:E23.
 19. Mehring M, Donnachie E, Bonke FC, et al. Disease management programs for patients with type 2 diabetes mellitus in Germany: a longitudinal population-based descriptive study. *Diabetol Metab Syndr*. 2017; 9(1):37.
 20. White H. A contribution to current debates in impact evaluation. *Evaluation*. 2010; 16(2):153-64.
 21. Lee RI, Jones LW. The fundamentals of good medical care. *Publications of the Committee on the Costs of Medical Care*. 1933; 22.
 22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*. 1966; 166-206.
 23. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:s159-s72.
 24. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Jama*. 1988; 260(12):1743-8.
 25. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Colet*. 2002; 7(3):581-9.
 26. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Characteristics of clinical indicators. *QRB Qual Rev Bul*. 1989; 15(11):330-9.
 27. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American journal of public health*. 2004; 94(11):1864-74.
 28. Starfield B, Shi L. Commentary: primary care and health outcomes: a health services research challenge. *Health services research*. 2007; 42(6pt1):2252-6.
 29. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, et al. Going

- to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Soc Sci Med.* 2007; 65(10):2070-80.
30. Giovanella L, Mendonça MHM. *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados.* Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
 31. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007; 7(1):75-82.
 32. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16:3689-96.
 33. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev. Saúde Públ.* 2009; 43(4):604-12.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União.* 19 Jul. 2011.
 35. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate.* 2014; 38:13-33.
 36. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, et al. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. *Rev. Saúde Pública.* 2017; 51:67.
 37. Neves RG, Duro SMS, Muñiz J, et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad Saúde Pública.* 2018; 34(4):e00072317.
 38. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília, DF; 1988. [acesso em 2018 abr 22]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-plhtml>.
 39. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 Set. 1990.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico e Cobertura da Estratégia Saúde da Família [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. [acesso em 2018 abr 10]. Disponível em: dabsaude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
 41. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health.* 2009; 99(1):87-93.
 42. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage.* 2009; 32(2):115-22.
 43. Macinko J, Guanais FC, Souza MDFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60(1):13-9.
 44. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project IC-SAP-Brazil). *Med Care.* 2011; 49(6):577-84.
 45. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan.* 2007; 22(3):167-77.

46. Harzheim E, Stein AT. Effectiveness of primary health care evaluated by a longitudinal ecological approach: The expansion of primary health care in Brazil is shaping the agenda for health care policy in the Latin American region. *J Epidemiol Community Health*; 2006; 60(1):3-4.
47. Facchini LA, Nunes BP, Saes MO, et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014.
48. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde*. Brasília, DF: IBGE; 2013.
49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde 1998*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
50. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2003*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
51. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
52. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017; 26(2):275-84.
53. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(8).
54. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, et al. Architectonic barriers for elderly and physically disabled people: an epidemiological study of the physical structure of health service units in seven Brazilian states. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(1):39-44.
55. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2652.
56. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, et al. Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian primary healthcare. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2675-84.
57. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Mais Médicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(11):3547-52.
58. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2015.
59. Tasca R, Silva FAM. More Doctors Project. In: New York UNOFS-SC, editor. *Good Practices in South-South and Triangular*. 2016 [acesso em 2018 set 13]. Disponível em: <https://www.unsouthsouth.org/2016/05/30/good-practices-in-south-south-and-triangular-cooperation-for-sustainable-development-2016/>.
60. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MFd. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21:2785-96.
61. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017; 95(2):103.
62. Barcelos MRB, Nunes BP, Duro SMS, et al. Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: An External Assessment of Primary Health Care Access and Quality Improvement Program. *Health Systems & Reform*. 2018:1-14.
63. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, et al. Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality – PMAQ. *The Journal of ambulatory care management*. 2017; 40(supl. 2):S12.

64. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):140-57.
65. Peres KG, Peres MA, Boing AF, et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de saúde pública*. 2012; 46(2):250-8.
66. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade-PMAQ. *Rev BrasSaúde Matern Infant*. 2015; 15(2):171-80.
67. Clementino FS, Marcolino EC, Gomes LB, et al. Ações de Controle da Tuberculose: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2016; 25(4):1-9.
68. Souza MSPL, Pereira RAG, Pereira SM, et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(1):111-20.
69. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016; 50(2):335-45.
70. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(6):1829-44.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional nº 95, 15 de dezembro de 2016 [internet]. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 15 Dez. 2016. [acesso em 2018 mar 25]. Disponível: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95htm. 2016.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 set 2017. [acesso em 2018 abr 20]. Disponível: <http://18928128100/dab/docs/publicacoes/geral/pnabpdf>.
73. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
74. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(116):11-24.
75. Universidade Federal de Pelotas, Universidade Aberta do SUS, Fundação Oswaldo Cruz. Plataforma Educacional de Saúde da Família. 2018. [acesso em 2018 set 13]. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/p2k>. 2018.
76. Ramos LH. Gestão de Serviços de Saúde. Módulo Político Gestor. Especialização em Saúde da Família [internet]. [acesso em 2018 mar 7]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_11.pdf.
77. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz, organizador. *A saúde no Brasil em 2030*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p.143-82.
78. Tomasi E, Facchini LA, Maia MFS. Health information technology in primary health care in developing countries: a literature review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004; 82(11):867-74.
79. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações [internet]. 2017 [acesso em 2018 mar 10]. Disponível em: <http://portal.mssau.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/si-pni>.

80. Oliveira AEC, Lima IMB, Nascimento JA, et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. *Saúde debate*. 2016; 40:212-8.

81. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde debate*. 2014; 38:52-68.

Recebido em 25/06/2018

Aprovado em 18/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve