

# 4 Qualidade e resultados na atenção primária à saúde

---

Buscando expandir o acesso à APS de alta qualidade, o Brasil deu passos importantes para melhorar a distribuição de médicos, desenvolver novas formas de organização de serviços, introduzir novos modelos de financiamento e implementar uma série de iniciativas de qualidade, perfeitamente alinhadas com as experiências dos países da OCDE. No entanto, o sistema de APS brasileiro ainda não alcançou a cobertura populacional universal, e é caracterizado por grandes disparidades na qualidade do atendimento e um sistema de referência fraco. A APS também oferece tradicionalmente poucos procedimentos de baixa complexidade e não é abrangente o suficiente para atender às necessidades em evolução dos pacientes. Enfrentar esses desafios exige o fortalecimento do sistema de triagem e, ao mesmo tempo, a expansão da gama de serviços prestados pelas equipes de saúde da família. Também são necessários esforços para garantir a implementação de iniciativas de qualidade em todo o país. Uma maior orientação e apoio do governo federal serão necessários para ajudar os municípios com baixa capacidade.

---

## 4.1. Introdução

O Brasil reconheceu que uma APS forte é a base de um sistema de saúde eficaz, eficiente e responsivo às necessidades dos pacientes. Na última década, o Brasil implementou uma ampla gama de reformas para desenvolver o sistema de modo correspondente e melhorar a qualidade do atendimento e a gama de serviços prestados pelas equipes de saúde da família (eSF). As reformas incluem o desenvolvimento de padrões de atendimento, diretrizes, carteira de serviços de atenção à saúde, o estabelecimento de programas de pagamento por desempenho e a produção e publicação de dados que sustentam a APS. No entanto, análises gerais sobre a APS no Brasil sugerem espaço significativo para melhorar a qualidade e os resultados da prestação de serviços. Enquanto o fardo dos fatores de risco para a saúde e as condições crônicas têm crescido no Brasil, a conformidade com as normas de cuidados preventivos e a detecção e gestão de condições crônicas dão alguns motivos de preocupação. Além disso, a APS tradicionalmente se caracteriza pela baixa oferta de serviços de atenção à saúde, oferecendo poucos procedimentos e cirurgias de baixa complexidade.

Este capítulo avalia o sistema de APS do Brasil no que diz respeito à qualidade e aos resultados da atenção oferecida. Começa com uma visão geral das recentes reformas para expandir a APS e promover a melhoria da qualidade. O capítulo então aponta para seu desempenho no exame de alguns indicadores da qualidade da APS nos países da OCDE. O capítulo termina com algumas sugestões importantes para garantir maior qualidade e resultados dos serviços de APS.

## 4.2. Reformas recentes na APS no Brasil

Após a implementação da ESF em 1994 (descrita no Capítulo 2), várias reformas importantes foram introduzidas de 2011 a 2019 para continuar a expandir a APS no Brasil. As reformas pretendem reestruturar a APS por meio de novas regulamentações para melhorar a distribuição de médicos, desenvolver novas formas de organização dos serviços e novos modelos de financiamento da APS.

### **4.2.1. Esforços consideráveis foram feitos para recrutar e reter profissionais em áreas mais remotas**

Diversas iniciativas foram tomadas no Brasil na última década para recrutar e reter profissionais em áreas mais vulneráveis. O Programa de Interiorização de Trabalho em Saúde implementado de 2001 a 2004 teve como primeiro objetivo melhorar a distribuição e a formação de médicos e enfermeiros de forma a garantir a sua prestação em zonas carentes e remotas do país. No entanto, apenas 469 médicos aderiram ao programa. Outra estratégia federal foi o Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB, implantado em 2011 para estimular os profissionais de saúde a trabalharem um ano na APS em áreas com carência desses profissionais (portaria nº 2.087, de 1 de setembro de 2011). O programa previa o pagamento de bolsa federal de R\$ 10 mil mensais. Incluía ainda pós-graduação prático-teórica obrigatória de 12 meses e a atividade de conclusão nas unidades de APS. Para garantir a qualidade do serviço prestado, os médicos foram avaliados, trimestralmente, por gestores e instituições, além de realizarem autoavaliações. Os participantes bem avaliados receberam uma pontuação adicional de 10% no exame de residência médica. Embora o PROVAB tenha ajudado a atrair mais médicos em áreas remotas, os números não foram suficientes para atender às necessidades dos municípios-alvo. Os profissionais médicos mostraram interesse limitado pelo programa. Em 2013, o programa contratou 3.800 médicos, que foram alocados em 1.300 municípios diferentes (Pereira et al., 2016<sup>[1]</sup>).

O Programa Mais Médicos para o Brasil foi então instituído como iniciativa do governo federal em 2013 para suprir a carência de médicos na APS e diminuir as desigualdades regionais em saúde. O PMM foi uma intervenção do lado da oferta com três pontos que se complementam, com especial ênfase no fortalecimento da oferta de APS em comunidades carentes (Stein and Ferri, 2017<sup>[2]</sup>; WHO, 2018<sup>[3]</sup>):

- (1) Transferência de fundos aos municípios para fortalecer a infraestrutura da APS;
- (2) Melhorar o acesso e a qualidade do treinamento nas escolas de medicina; e
- (3) Recrutamento de médicos brasileiros e estrangeiros para atuar nas equipes da ESF.

Os municípios prioritários para participação no programa foram aqueles com população vivendo em extrema pobreza, população residente em reservas indígenas, municípios com baixíssimo índice de desenvolvimento humano ou situados em áreas de extrema pobreza e com comunidades rurais das regiões Norte e Nordeste (Pereira et al., 2016<sup>[1]</sup>).

O Ministério da Saúde pagava o salário mensal dos médicos cadastrados no programa. O acordo estabelecia que o Brasil pagaria cerca de R\$ 10 000 (EUR 2.126; US\$ 2.321) por mês para cada profissional. Os custos de alimentação, hospedagem e transporte foram custeados pelo município. Os médicos teriam um contrato de 3 anos, renovável uma vez (Biernath, 2020<sup>[4]</sup>). Os médicos do PMM não são obrigados a prestar o exame de competência nacional exigido para outros médicos exercerem a medicina no Brasil. Em vez disso, os médicos do PMM são obrigados a concluir curso de treinamento obrigatório de três semanas fornecido pelas autoridades de saúde brasileiras antes de poderem ser designados para os municípios. Além disso, todos os médicos do PMM são obrigados a participar de breves sessões de treinamento organizadas pelas autoridades brasileiras em intervalos regulares. Cursos de aprendizagem online também estão disponíveis para os médicos do PMM.

No geral, o PMM levou a melhorias positivas. O programa possibilitou realizar investimentos consideráveis na infraestrutura das unidades de APS em todos os municípios participantes, com o fornecimento de novos equipamentos e reformas (Pereira et al., 2016<sup>[1]</sup>). Evidências mais recentes confirmam que o PMM canalizou recursos adicionais com sucesso para fortalecer a infraestrutura da APS, com os recursos do PMM levando à construção de 3.496 novas unidades básicas de saúde e reforma de 3.417 unidades até 2015 (Santos et al., 2017<sup>[5]</sup>). Segundo Biernath (2020), mais de 26 mil instalações de APS foram construídas ou reformadas em todo o Brasil.

Além disso, o PMM tem contribuído para melhorias no acesso à formação médica. Dados obtidos do Censo da Educação Superior sugerem que o PMM atingiu seu objetivo de médio prazo de ampliar o número de novas vagas até 2017. Estima-se que 92% das novas vagas de graduação em medicina criadas entre 2010 e 2018 ocorreram após o lançamento do PMM em 2013 (Figueiredo et al., 2021<sup>[6]</sup>). Ele permitiu também a criação de 11.500 novas vagas para formação médica e 12.400 vagas para residência médica, abertas a profissionais brasileiros e estrangeiros (WHO, 2018<sup>[3]</sup>).

Por último, as evidências mostram que o PMM melhorou os incentivos para os profissionais de saúde trabalharem em áreas carentes e o recrutamento de profissionais médicos de fora do país. Como os brasileiros demoraram a aceitar cargos em comunidades carentes (apenas 938 médicos se inscreveram para 15.460 vagas nos primeiros meses do programa) (Biernath, 2020<sup>[4]</sup>), acordos de cooperação entre o Brasil e Cuba, facilitados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) garantiram uma oferta adequada de médicos. Mais de 20 mil médicos cubanos foram mobilizados para o sistema de saúde brasileiro (representando dois terços dos profissionais que aderiram ao programa) (WHO, 2018<sup>[3]</sup>). No total, foram criados 18.240 postos de trabalho durante o PMM. Destes, 8.332 foram preenchidos por cubanos, 4.525 por brasileiros formados localmente, 2.824 por brasileiros que se formaram no exterior e 451 por médicos de outras nacionalidades (Biernath, 2020<sup>[4]</sup>).

Hone e colegas (2020) sugeriram que o PMM estava associado ao aumento de 12% no número de médicos da APS em seu quinto ano de implementação, com efeitos mais pronunciados entre os municípios que tinham níveis mais baixos de disponibilidade de médicos no início do programa (Hone et al., 2020<sup>[7]</sup>).

Entre 2013 e 2014, o número de municípios com menos de 0,1 médicos por mil habitantes diminuiu 75%, passando de 374 para 95 (Pereira et al., 2016<sup>[1]</sup>). De modo mais geral, o número de municípios com escassez de médicos caiu de 1.200 em 2013 para 777 em 2015 (Biernath, 2020<sup>[4]</sup>).

Além disso, a melhoria da oferta de médicos em regiões remotas do Brasil evitou o total de 521 mil internações hospitalares em 2015, gerando grande economia para o sistema de saúde brasileiro (Biernath, 2020<sup>[4]</sup>). O PMM levou a reduções nas hospitalizações de adultos, principalmente por gastroenterite infecciosa, pneumonias bacterianas, asma, infecções renais e urinárias e doença inflamatória pélvica (Maffioli et al., 2019<sup>[8]</sup>), embora não tenha reduzido as hospitalizações devido a outras condições evitáveis como hipertensão (Özçelik et al., 2020<sup>[9]</sup>). A mortalidade amenizável também foi reduzida significativamente após o PMM, com os maiores benefícios nos municípios priorizados para alocação de médicos e onde a densidade de médicos era baixa antes da implementação (Hone et al., 2020<sup>[7]</sup>). O impacto positivo do PMM inclui maior satisfação do paciente com os serviços públicos de atenção à saúde e uma melhor relação médico-paciente (Biernath, 2020<sup>[4]</sup>) (o Capítulo 5 deste relatório fornece detalhes adicionais sobre a MPD).

O Programa Mais Médicos ainda está em vigor, mas será gradualmente substituído pelo novo programa federal denominado Programa Médicos pelo Brasil (ver Capítulo 5).

#### **4.2.2. Novas configurações de cuidados foram estabelecidas para promover uma maior coordenação e integração de cuidados**

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram originalmente criados em 2008 para ampliar a capacidade do sistema brasileiro de atenção à saúde, a fim de atender às necessidades crescentes da população e passar de organizações verticais de saúde para modos horizontais de organização.

A PNAB 2017 estimulou ainda mais o desenvolvimento dos NASF, de forma a expandir a abrangência da APS para os usuários e proporcionar maior resolução da APS por meio de maior coordenação da atenção à saúde de forma longitudinal. Os NASFs passaram a se chamar Unidades Ampliadas de Saúde da Família e APS (NASF-AB). A organização está estruturada territorialmente, dependendo das necessidades locais. Os NASFs-AB devem funcionar de forma integrada para dar suporte clínico, médico e pedagógico aos profissionais da APS (Barros da Silva, Carlos da Silva and de Araujo Oliveira, 2020<sup>[10]</sup>). Os NASFs-AB são equipes multidisciplinares, que devem atuar de forma integrada. O objetivo abrangente é apoiar equipes de ESF e APS para populações específicas (Consultórios na Rua, equipe fluvial) apoiando-as na gestão de problemas de saúde, bem como ampliando o leque de serviços oferecidos na comunidade (Ministerio da Saude, 2021<sup>[11]</sup>).

Três tipos de NASFs-AB são reconhecidos:

- Os NASFs-AB 1 incluem 5 a 9 equipes de ESF e/ou APS para populações específicas (equipe de assistência de rua, equipe ribeirinha e fluvial). Mínimo de 200 horas por semana (carga de trabalho semanal mínima de 20h e máxima de 80h)
- Os NASFs-AB 2 incluem 3 a 4 equipes de ESF e/ou APS para populações específicas (equipe de assistência de rua, equipe ribeirinha e fluvial). Mínimo 120 horas por semana (carga horária de trabalho semanal mínima de 20h e máxima de 40h)
- Os NASFs-AB 3 incluem 1 a 2 equipes de ESF e/ou APS para populações específicas (equipe de assistência de rua, equipe ribeirinha e fluvial). Mínimo 80 horas por semana (carga horária de trabalho semanal mínima de 20h e máxima de 40h)

A composição do NASF-AB é definida com base nas necessidades de saúde do território e da família apoiada ou equipes de APS. Pode ser composto por assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, ginecologistas, obstetras, psiquiatras, médicos geriatras, entre outros.

As atividades desenvolvidas pelos NASFs-AB incluem atendimento clínico nas unidades da APS, visitas domiciliares, ações multissetoriais, prevenção em saúde, educação em saúde, discussão de casos com as equipes e construção conjunta de Projetos Terapêuticos Únicos (Barros da Silva, Carlos da Silva and

de Araujo Oliveira, 2020<sup>[10]</sup>) (Sales et al., 2020<sup>[12]</sup>). A equipe multidisciplinar que trabalha no NASF-AB tem a oportunidade de compartilhar problemas, trocar conhecimentos e práticas, e definir juntos possíveis intervenções por meio da Comunidade de Práticas.

Os NASFs são guiados pelas seguintes prioridades:

- É uma equipe formada por diferentes profissões e especialidades;
- É reconhecido como suporte especializado para APS, mas não especialidades ambulatoriais ou serviço hospitalar;
- Deve estar disponível para dar suporte a situações de saúde agendadas e emergenciais;
- Realiza ações em colaboração com a eSF ou equipes de APS para aumentar a oferta de serviços de saúde em ambientes de APS.

As avaliações existentes dos NASFs-AB mostram resultados globais positivos (Barros da Silva, Carlos da Silva and de Araujo Oliveira, 2020<sup>[10]</sup>; Sales et al., 2020<sup>[12]</sup>). As ações desenvolvidas pelos NASFs foram percebidas positivamente pelas equipes multidisciplinares. Enfermeiros e médicos reconheceram que a formação multiprofissional permitiu uma maior prestação de serviços, com maior coordenação e comunicação entre os membros da equipe (Sales et al., 2020<sup>[12]</sup>). Constatou-se que uma equipe NASF da cidade de Recife (Pernambuco, Brasil) melhora a qualidade do encaminhamento e também gera maior coordenação e continuidade do atendimento (Barros da Silva, Carlos da Silva and de Araujo Oliveira, 2020<sup>[10]</sup>).

A Nota técnica de 27 de janeiro de 2020 apresenta a nova configuração do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Dado o vasto território do Brasil e a heterogeneidade dos ambientes locais, esta nota técnica dá flexibilidade aos gestores municipais para organizar e definir a composição e organização da equipe e a jornada de trabalho semanal.

Outro desenvolvimento interessante no Brasil é a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (CONASS, 2020<sup>[13]</sup>). Criadas em 2011, as RAS são grandes redes de atenção à saúde que visam a reduzir a fragmentação da saúde. As equipes de ESF e APS têm papel fundamental a desempenhar aqui, por serem identificadas como o centro de coordenação da atenção de todo o setor de saúde.

As RAS são semelhantes às comunidades territoriais de profissionais de saúde destinadas a melhorar o atendimento centrado no paciente. São organizados por Regiões de Saúde, as quais são formadas por aglomerações de municípios, com o objetivo de integrar a organização, o planejamento e a prestação dos serviços de atenção à saúde a nível regional (desde APS, saúde mental, saúde pública, pronto-socorro e atendimento especializado e Cuidados hospitalares). As RAS são pactuadas pelos Municípios e estados pelas Comissões Intergestoras, de acordo com as necessidades de saúde da população, capacidades regionais e municipais (em termos de estrutura operacional, incluindo sistemas de apoio, logística e governança) e modelo de atenção à saúde.

Existem Redes de Atenção à Saúde temáticas, que incluem:

- Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil (Rede Cegonha)
- Rede de Urgência e Emergência (Rede de Atenção às Urgências)
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas como câncer, sobrepeso ou obesidade;
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
- Rede de atenção à saúde mental

O CONASS tem trabalhado ativamente no desenvolvimento das RAS ao longo dos últimos anos, especialmente com o desenvolvimento da Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) e do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (CONASS, 2020<sup>[13]</sup>; CONASS, 2018<sup>[14]</sup>). A PAPS e o MACC fornecem orientação técnica e gerencial para apoiar gestores e trabalhadores de saúde em estados e

municípios na implantação e organização de RAS. O PAPS consiste em um conjunto de oficinas, tutoriais e treinamentos de curta duração para profissionais da saúde e equipes gestoras dos Estados e Municípios. O desenvolvimento do MACC no Brasil é baseado na conhecida Pirâmide Kaiser Permanente (*Kaiser Permanente Pyramid Population Management*), no Modelo de Cuidado Crônico de Wagner (*Wagner Chronic Care Model*) e o “modelo arco-íris” Dahlgren-Whitehead de fatores sociais de saúde (CONASS, 2018<sup>[14]</sup>).

O uso de PAPS e MACC foi testado em vários municípios, como em Curitiba (Paraná), Santo Antônio do Monte (Minas Gerais) e Tauá (Ceará) (ver Quadro 4.1). As avaliações dos programas-piloto têm sido positivas no que tange à melhor gestão das condições crônicas por meio de maior integração da atenção primária e especializada à saúde (CONASS, 2018<sup>[14]</sup>; CONASS, 2020<sup>[13]</sup>).

#### Quadro 4.1. Implantação da RAS em Tauá (Ceará)

Uma nova configuração de APS foi desenvolvida no município de Tauá (Ceará) com o estabelecimento de uma RAS em 2014. O projeto é liderado pelo CONASS em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Secretaria Municipal de Saúde de Tauá, Escola de Saúde Pública do Ceará e Fiocruz Ceará.

O projeto teve início com a utilização do PAPS, que propõe nova forma de organização dos serviços de saúde neste município. O desenvolvimento da RAS também foi apoiado por várias oficinas com a participação de todos os profissionais de saúde, e a utilização do MACC para identificar a população de risco, incluindo crianças menores de 2 anos, gestantes, hipertensos e diabéticos.

A estratificação de risco foi usada para compreender melhor os perfis de saúde e risco da comunidade, para realizar uma gestão proativa das necessidades dos pacientes e definir a intervenção na atenção primária e especializada antes da ocorrência de quaisquer resultados adversos.

As ações das equipes são baseadas em indicadores definidos pela gestão, tais como:

- ações preventivas para sífilis congênita (detecção precoce de infecção em gestantes, notificação e tratamento oportuno de gestantes e parceiros, encaminhamento adequado à maternidade)
- atualização de imunização para idosos;
- melhor monitoramento das condições crônicas de acordo com as diretrizes de prática clínica recomendadas e coordenação da atenção secundária para pacientes de alto e muito alto risco.

As evidências do impacto dessa RAS no Ceará são positivas, com redução das complicações por condições crônicas; redução das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, melhoria da qualidade do serviço de atenção à saúde e maior oferta de serviços de APS.

Fontes: CONASS (2020<sup>[13]</sup>), Estudos sobre a planificação de atenção à Saúde no Brasil – 2008 a 2019: uma revisão de escopo.

#### 4.2.3. O Brasil embarcou em importante reforma para financiar a APS

O financiamento federal da APS foi alterado recentemente com a Portaria 2.979 (12 de novembro de 2019) que define o Previne Brasil. Até 2019, os repasses federais aos municípios baseavam-se em mecanismo de repasse regular e automático de recursos federais. Cada município recebeu recursos per capita anuais para cobrir o custo das atividades básicas de atenção à saúde e incentivos para a implementação de programas recomendados pelo Ministério da Saúde do Brasil. A transferência federal consistia essencialmente em:

- Dois componentes de capitação “PAB Fixo” e “PAB Variável”. O “componente fixo” do PAB Fixo multiplicava um valor específico do município pelo número de residentes na área de abrangência dos municípios. Em 2019, esse valor fixo entre os municípios variava entre R\$ 23 e R\$ 28, dependendo de alguns poucos fatores socioeconômicos, como PIB per capita e índice de pobreza. O componente de capitação variável dependia do credenciamento da eSF, implantação de algumas estratégias e programas prioritários como Estratégia de Saúde da Família ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Um bônus voluntário de pagamento por desempenho baseado no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da APS (PMAQ) (descrito na próxima seção);

Em 2020, o novo modelo de financiamento da APS Previne Brasil entrou em vigor. Esse novo modelo de financiamento modifica substancialmente a forma como a federação aloca recursos para a APS aos municípios (Ministério da Saúde, 2019<sup>[15]</sup>). O objetivo do Previne Brasil é acelerar a expansão das eSF (chegar a 50 mil eSF até 2022), e fortalecer a qualidade da APS. O novo modelo de financiamento inclui:

- Capitação ponderada calculada de acordo com a população cadastrada na eSF ou na equipe da APS, a vulnerabilidade socioeconômica e o perfil demográfico da população cadastrada e alguns fatores geográficos.
- Bônus de pagamento por desempenho (P4P). O programa é obrigatório e focado em sete áreas prioritárias, incluindo atendimento pré-natal, saúde da mulher, imunização infantil e atendimento para doenças crônicas (hipertensão e diabetes mellitus) (descrito na próxima seção). O programa P4P considera os resultados dos indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.
- Incentivos para ações estratégicas e áreas prioritárias, que visam 16 programas (Tabela 4.1). As ações contemplam características específicas de acordo com as necessidades de cada município.

**Tabela 4.1. Incentivos para ações estratégicas no Brasil, 2020**

| Áreas de ação                          | Ações   |
|--|---|
| Promoção de saúde                      | Programa Saúde na Hora, Programa Saúde na Escola, Programa Academia da Saúde  |
| Cuidado odontológico                   | Equipe de Saúde Bucal; Unidade Odontológica Móvel, Centro de Especialidades Odontológicas, Laboratório Regional de Prótese Dentária   |
| Tecnologia da Informação e Comunicação | Informatização de instalações de APS  |
| Educação médica                        | Incentivo aos municípios, com residência médica e multiprofissional   |
| Apoio à população vulnerável           | Equipe da APS da Prisão, Ações para adolescentes em situação de privação de liberdade individual, eSF Ribeirinha, Unidade Básica de Saúde Fluvial, Equipe de Consultório na Rua |
| Outras áreas                           | Agentes comunitários de saúde, microscopista  |

Fonte: Ministério da Saúde (2021<sup>[16]</sup>), Previne Brasil, <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/incentivosacoes/>

A nova abordagem brasileira para ajustar os pagamentos por capitação na APS está em linha com as políticas da OCDE nesta área (já implementada no Chile, Israel, Portugal, Nova Zelândia, Reino Unido ou Países Baixos, por exemplo). A nova fórmula de capitação visa a alocar recursos de acordo com as necessidades. O valor da capitação única será aplicável à população cadastrada em equipes de família e de APS, ajustada para fatores socioeconômicos, demográficos e geográficos. O baixo nível socioeconômico será identificado se as pessoas receberem benefícios do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada ou tiverem pequenas pensões. O fator demográfico identifica crianças com menos de 6 anos e pessoas com mais de 64 anos como aquelas com necessidades maiores.

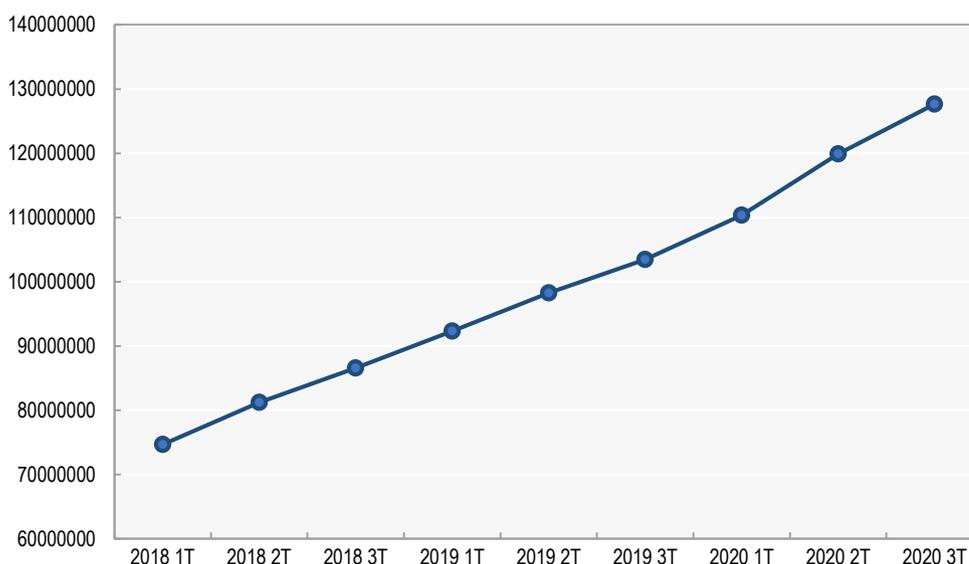
Finalmente, os municípios são agrupados em cinco grupos diferentes com base em sua urbanização, usando uma tipologia existente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No que se refere à ponderação dos pacientes, o paciente de referência sem baixo nível socioeconômico na faixa etária de 6-64 anos cadastrado no tipo mais urbano de município (tipo 1) tem o valor base 1. Este valor base aumentará em 30% se o paciente tiver status socioeconômico baixo ou não pertencer à faixa etária acima mencionada. Caso o paciente seja cadastrado em município com tipo médio de urbanização (tipo 2 e 3), o valor recebido será multiplicado pelo fator 1,45. Para os dois tipos de município mais rurais (tipo 4 e 5), o valor será multiplicado por 2. Consequentemente, o novo ajuste de capitação é melhor ao levar em consideração as diferenças de necessidade (associadas à idade), do que o método anterior. Ajustar os pagamentos capitalizados de acordo com o risco é passo importante para garantir que os municípios com maior necessidade populacional devido à maior idade e situação socioeconômica menos favorável recebam os recursos de que precisam para atender a todos. Isso pode limitar o risco de aumentar as desigualdades no acesso aos serviços de APS.

Em 2020, o valor recebido pelos municípios da federação variou de R\$ 51,35 para um paciente de meia-idade (6-64 anos) sem baixo nível socioeconômico residente em município urbano a R\$ 133,52 para paciente de baixa condição econômica ou uma idade fora da faixa etária de 6-64 anos residente no tipo de município mais rural. Esses valores calculados serão ajustados para baixo caso os profissionais que atuam na ESF não possuam o nível de qualificação exigido.

Também existem diferenças nas metas de cadastro para cada eSF com base no grau de urbanização. Nos municípios mais urbanos, a expectativa é que a eSF registre 4.000 pessoas. Nos dois tipos de município com urbanização média, este número fica em 2.750. Nos municípios mais rurais, a expectativa é de que 2 mil pessoas se cadastrem em cada eSF. Variações por eSF são aceitáveis dentro de limites definidos. O novo mecanismo de financiamento incentiva a eSF a cadastrar pessoas de forma a incluir os 50 milhões de pessoas ainda não cadastradas. Um melhor cadastramento induzirá a uma identificação mais adequada das pessoas vinculadas a cada eSF, para estimular um atendimento longitudinal e coordenado mais adequado.

**Imagem 4.1. O número de pessoas cadastradas em uma eSF aumentou desde 2018**



Fonte: Ministério da Saúde (2021<sup>[17]</sup>), SAPS, Cadastro Individual de Equipes de Saúde da Família.

O número de pessoas cadastradas já tem aumentado significativamente desde 2018 (Imagem 4.1). O número de pessoas cadastradas em uma eSF aumentou 70% entre 2018 e 2020, com cerca de 61% da população coberta por uma eSF (chegando a 127 milhões de cadastrados até novembro de 2020).

Em 2019, o governo federal anunciou que os municípios receberão R\$ 401 milhões a título de apoio financeiro para aumentar o número de cadastrados (será de R\$ 8.900 para cada município) (Ministerio da Saude, 2019<sup>[18]</sup>). Embora vários pesquisadores mencionem as dificuldades de alguns municípios em conseguirem cadastrar pessoas nas eSF e o medo de perder transferências federais (Harzheim et al., 2020<sup>[19]</sup>), é importante destacar que um método mais sistemático de cadastramento no Brasil ajudará a construir um perfil das necessidades de saúde da população cadastrada. Cadastrar pessoas nas eSFs é pré-requisito para melhor conhecimento e monitoramento longitudinal das pessoas. Além disso, a iminência de receber valores capitalizados com desconto se os profissionais que atuam nas eSFs não possuírem a qualificação exigida deve estimular os municípios a garantir que os profissionais de saúde sejam suficientemente qualificados.

Em 2020, 52% dos custos orçamentários para o fornecimento de APS foram alocados com base na capitação ponderada, sendo 24% como salários para agentes comunitários de saúde (um subcomponente das ações estratégicas), 15% de pagamentos de incentivos para ações estratégicas e áreas prioritárias e 9% como bônus de desempenho. No âmbito da COVID-19, o governo federal decidiu manter o valor dos recursos recebidos em 2019 para cada município, e prestar assistência financeira pontual às famílias e equipes de APS (Quadro 4.2 e Tabela 4.2).

Em 2020, o orçamento destinado à APS pelo governo federal foi de R\$20,9 bilhões, ante R\$ 17,5 bilhões em 2019 (CONASEMS, 2020<sup>[20]</sup>). No total, o governo federal aumentou seu orçamento de APS em cerca de R\$ 3,4 bilhões entre 2019 e 2020.

#### Quadro 4.2. Apoios fornecidos às famílias e equipes de APS durante a pandemia de COVID-19

O Governo Federal Brasileiro forneceu assistência financeira pontual a famílias e equipes de APS por meio de uma série de recursos em bloco durante a pandemia COVID-19. Esses pagamentos excepcionais foram dados em uma base geral para garantir uma APS rápida e eficaz para gerenciar casos de COVID-19 e para manter os cuidados de rotina para pacientes não COVID-19. Municípios com grupos populacionais vulneráveis (grupos indígenas ou presidiários) foram especificamente identificados para receber financiamento adicional. Recursos complementares também foram concedidos a instituições de saúde mental, com valores que variam de R\$ 28.305 a R\$ 400 mil, dependendo do porte e tipo da unidade psicossocial.

Além do apoio financeiro, o Ministério da Saúde publicou várias diretrizes para apoiar a família e as equipes de APS na gestão do aumento da demanda de atenção à saúde, mantendo a continuidade dos cuidados para todos os pacientes.

Espera-se que as unidades de eSFs e APS:

- Ajudem a diagnosticar e tratar pacientes com sintomas leves de COVID-19 por meio de testes e fornecendo cuidados e exames apropriados, quando disponíveis;
- Monitorem as pessoas com COVID-19 para ajudá-las a administrar seus cuidados em casa com segurança e eficácia;
- Facilitem o encaminhamento rápido e eficaz para hospitais nos casos de deterioração.

Como em outros países da OCDE, foram criados centros de cuidados especiais de COVID-19 (ver Tabela 4.2) com profissionais de saúde e equipamentos específicos para tratar de pacientes com sintomas leves de COVID-19 e garantir a continuidade dos cuidados em outras unidades de APS. Padrões e protocolos de segurança específicos foram estabelecidos para pacientes de alto risco. Por

exemplo, protocolos de segurança para salas de parto foram implementados para garantir que a equipe seja assintomática. Quanto à assistência odontológica, um conjunto de dez recomendações foi dado aos municípios para fins de adequar a oferta de atendimento, incluindo o incentivo à telemedicina e ao mesmo tempo garantir a continuidade de atendimento para emergências odontológicas. Foram desenvolvidas campanhas informativas para fornecer educação ao paciente sobre o COVID-19.

Para garantir a continuidade do cuidado, foi disponibilizado às unidades de APS e eSFs uma ferramenta online denominada “Consultório Virtual de Saúde da Família”. Os trabalhadores da APS podem receber o equipamento necessário, treinamento e suporte técnico 24 horas por dia. Os trabalhadores da APS também podem receber apoio psicológico por meio de uma linha de ajuda telefônica.

**Tabela 4.2. Exemplos de políticas introduzidas no Brasil para manter a continuidade do atendimento para todos os pacientes durante a pandemia**

|  | Medidas das políticas   |
|--|---|
| Teleconsulta   | Linha direta para auxiliar os trabalhadores da APS a administrar casos de COVID-19  |
| Plataforma de teleconsulta online e TeleSUS  | Serviço de teleconsulta para garantir a continuidade da APS. Cerca de 2.300 profissionais foram certificados para usar o sistema.   |
| Centros de assistência de COVID-19   | Desenvolvimento de 3.395 centros em todo o Brasil. Receberam verbas federais mensais especiais, entre R\$ 60 mil a R\$ 100 mil, de acordo com o porte da população do município.  |
| Centros de Referência Comunitária  | Centros comunitários responsáveis pela triagem de casos suspeitos de COVID-19, atendendo pessoalmente quando necessário, monitoramento das pessoas em casa, testes em grupos de pacientes de alto risco e divulgação do serviço TeleSUS. Os grupos focais desses centros são comunidades carentes e favelas. Cerca de 130 centros foram implantados, com gastos mensais de R\$ 8,2 milhões. |
| Rastreamento de contatos da COVID-19   | Esforço destinado a integrar a vigilância da saúde e a APS para melhor identificar e acompanhar os casos e contatos de COVID-19 em nível local  |
| Outro uso de saúde digital para manter o acesso a cuidados para pacientes com condições crônicas | Três projetos pontuais implementados em cooperação com a Universidade Federal de Minas Gerais visam a desenvolver plataformas digitais para garantir a continuidade do atendimento e disponibilizar outros instrumentos digitais para reduzir o encaminhamento para atendimento especializado. Os três projetos somados somam mais de R\$ 9 milhões.  |

Vários países da OCDE também expandiram a APS para reduzir a pressão sobre os sistemas de saúde e minimizar complicações e morte direta da crise COVID-19 (OCDE, 2021<sup>[21]</sup>):

- Uso de centros de cuidados comunitários COVID-19 para tratar de pacientes com sintomas leves da doença, fornecer educação aos pacientes sobre a COVID-19 e trabalhar em estreita cooperação com outros centros de APS, como na Islândia, Eslovênia e Reino Unido;
- Expansão dos programas domiciliares para melhorar o acesso ao atendimento para todos os pacientes durante a crise e para aliviar a pressão sobre os hospitais no Canadá, Espanha ou Estados Unidos;
- Aproveitamento da telemedicina para apoiar o acesso a serviços e informações essenciais. A remoção das barreiras institucionais foi necessária durante a primeira onda da pandemia COVID-19, como a expansão dos benefícios do seguro para incluir telemedicina (Estônia), expansão dos pagamentos aos provedores (Canadá e Austrália), projeto de novos serviços de telemedicina (Canadá e Bélgica), até a suspensão de requisitos de consultas pessoais antes de serem atendidos virtualmente (França).

- Reorganização das tarefas e responsabilidades na APS, principalmente para permitir que os farmacêuticos comunitários estendam as receitas e receitem medicamentos para doenças crônicas, como na França, Portugal ou Estados Unidos.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil e OECD (2021<sup>[21]</sup>), Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic, <https://dx.doi.org/10.1787/9a5ae6da-en>.

#### **4.2.4. A Agência para o Desenvolvimento da APS está sendo criada**

A Agência para o Desenvolvimento da APS (ADAPS) é uma agência social autônoma criada pela Lei 13.958 de dezembro de 2019. É uma organização privada sem fins lucrativos. A Agência promoverá a execução de políticas para o desenvolvimento da APS em nível nacional, incluindo o novo *Programa Médicos pelo Brasil* (ver Capítulo 5).

O Conselho Consultivo será composto por 12 representantes: seis do Ministério da Saúde, um do CONASS, um do CONASEMS, um da associação médica brasileira, um do conselho federal de medicina, um da Federação Nacional dos Médicos do Brasil e um do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A ADAPS será responsável pela prestação de serviços de APS, formação e qualificação profissional, pesquisa e extensão, incorporação de tecnologia de gestão de atenção à saúde, monitoramento e avaliação das atividades de atenção à saúde e execução do novo *Programa Médicos pelo Brasil*. A expectativa é que o novo ADAPS dê suporte às ações dos municípios para a execução da PNAB. Este é um avanço bem-vindo para fornecer apoio a municípios vulneráveis com baixa capacidade e maiores necessidades de atenção à saúde.

### **4.3. O Brasil implementou uma série de iniciativas para apoiar melhorias na qualidade do atendimento**

Diversas iniciativas foram introduzidas no SUS para melhorar a qualidade e o desempenho da APS no Brasil. As reformas incluem o desenvolvimento de padrões de atendimento e diretrizes, da carteira de serviços de atenção à saúde, dos programas de pagamento por desempenho e a produção e publicação de dados que sustentam a APS.

#### **4.3.1. Poucas instituições são responsáveis pela melhoria da qualidade da APS**

Conforme mencionado no Capítulo 2, a PNAB descreve os aspectos da governança, os papéis dos diferentes agentes e outros aspectos das definições de políticas e governança para a APS.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) realiza auditorias nas Secretarias Municipais de Saúde para verificar o cumprimento da PNAB. Com base nas atividades de auditoria, o DENASUS também é responsável por monitorar o cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde. O Departamento propõe e promove métodos para auxiliar a execução e implementação de políticas. Pode fornecer suporte técnico e metodológico aos estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria do SUS. No entanto, o DENASUS é uma entidade central do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e não atua como fiscal de saúde para fornecer verificação independente de que os padrões de atendimento estão sendo cumpridos.

### **4.3.2. O padrão de atendimento e as diretrizes ajudam a estruturar as respostas da ESF para a maioria dos problemas de saúde**

No Brasil, as diretrizes clínicas da prática são desenvolvidas por organizações governamentais e não governamentais em níveis de governo local, estadual ou federal. O Ministério da Saúde e algumas sociedades profissionais e científicas como a Associação Médica Brasileira, a Sociedade Brasileira de Diabetes ou a Sociedade Brasileira de Cardiologia estão envolvidos nas diretrizes de prática clínica (GPCs).

Existem também os<sup>1</sup> Cadernos de Atenção Básica em Atenção Primária, que são diretrizes de prática clínica projetadas especificamente para as eSFs, no intuito de melhorar a prestação de APS de alta qualidade (Ministerio de Saude, 2021<sup>[22]</sup>). São produzidos pelo CONASS para fornecer orientações, por exemplo, sobre como melhor atender às necessidades de saúde das pessoas, garantindo o diagnóstico de morbidade, iniciando e monitorando o tratamento e o controle de doenças ou fatores de risco. Essas diretrizes estão facilmente disponíveis para as eSFs.

Muitos dos Cadernos da APS abordam doenças específicas ou fatores de risco, como atendimento ao fumante (Cadernos de Atenção Básica 40), obesidade (Cadernos de Atenção Básica 38), hipertensão arterial (Cadernos de Atenção Básica 37), diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica 36) e saúde mental (Cadernos de Atenção Básica 34).

Existe um caderno de APS para tratar de doenças crônicas (Cadernos 35), publicado em 2014. O caderno destaca a atual importância das condições crônicas e a complexidade de tais doenças e dos fatores de risco inter-relacionados. Aborda conceitos comuns a diversas doenças crônicas e apresenta diretrizes para a organização da APS, por exemplo, na promoção da saúde e prevenção de doenças com aplicações ao tabagismo e doenças cardiovasculares, ou ao tabagismo e hipertensão arterial. O caderno da APS apresenta alguns modelos de estratificação de risco e alguns estudos de caso para orientar os profissionais de saúde. Inclui também estratégias para mudança de hábitos, promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, abordagens para construção e monitoramento de planos de cuidado e apoio ao autocuidado (Ministerio de Saude, 2014<sup>[23]</sup>).

Embora tais diretrizes sejam úteis, os cadernos da APS ainda são definidos de maneira muito restrita e não atendem às expectativas dos pacientes sobre atenção à saúde integrada. Existem muito poucas diretrizes de prática clínica abordando a integração de cuidados para doenças crônicas de alta prevalência (ver também Capítulo 3). Além disso, faltam informações sobre seu uso eficaz. A implementação é de responsabilidade dos municípios, mas não há mecanismo em nível federal para monitorar o cumprimento, nem incentivos sistemáticos para estimular a aplicação das diretrizes. Evidências recentes mostram que a conformidade com as guias de prática clínica é insatisfatória, dada a observação inadequada de acompanhamento do controle do diabetes e da pressão arterial para pessoas com hipertensão (Leite Simão et al., 2017<sup>[24]</sup>; da Silva Rêgo and Radovanovic, 2018<sup>[25]</sup>). Outro estudo mostra que o grau de cumprimento das normas de cuidados preventivos pode ser melhorado no Brasil (Guanais et al., 2019<sup>[26]</sup>). O mesmo estudo mostra que menos de 50% dos homens da população-alvo relataram terem verificado a pressão arterial no último ano e a medição dos níveis de colesterol nos últimos cinco anos.

Além disso, embora as guias de prática clínica de alta qualidade sejam fundamentais para melhorar a gestão da atenção à saúde, alguns estudos observaram a baixa qualidade das GPCs no Brasil. Cerca de 77% das GPCs foram consideradas de “baixa qualidade” (de Godoi Rezende Costa Molino et al., 2016<sup>[27]</sup>). Fatores que prejudicaram a qualidade da GPC incluíram a falta de equipe multidisciplinar para o grupo de desenvolvimento, nenhuma consideração das preferências dos pacientes, uma falta de rigor de desenvolvimento e conflito de interesses, entre outros (de Godoi Rezende Costa Molino et al., 2016<sup>[27]</sup>).

### **4.3.3. A Carteira de APS define os protocolos e serviços oferecidos na APS**

O SAPS instituiu a Carteira de APS (Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde, CaSAPS). A carteira define e apresenta os procedimentos e serviços que devem ser oferecidos na APS para reduzir a heterogeneidade das práticas existentes entre municípios, mas também entre unidades de APS de um mesmo município. Ajuda as eSFs a se organizarem na rotina do serviço e a buscarem as competências e habilidades adequadas para oferecer as ações e serviços definidos no protocolo por meio de diversas ações, como estratégias de desenvolvimento pessoal contínuo, monitoramento e avaliação (da Cunha et al., 2020<sup>[28]</sup>).

A CASAPS é uma das ferramentas mais importantes de apoio aos municípios e eSF na prestação de um atendimento de qualidade. A carteira já foi utilizada no Rio de Janeiro, Curitiba e Florianópolis, dentre outros locais (da Cunha et al., 2020<sup>[28]</sup>). O Rio de Janeiro desenvolveu sua própria carteira de serviços de APS para abordar a questão da alta concentração de pacientes nos níveis secundário e terciário de atenção em busca de procedimentos de baixa complexidade, como lavagem do ouvido ou extração de unhas (Salazar, Campos and Luiza, 2017<sup>[29]</sup>). Esta é uma fonte de desperdício de recursos para o sistema de atenção à saúde, sobrecarregando os serviços de emergência e internação e reduzindo a qualidade do atendimento para condições da APS (Salazar, Campos and Luiza, 2017<sup>[29]</sup>).

A carteira contém 210 ações e serviços organizados em cinco grupos: “Promoção da saúde para adultos e idosos” (44 itens), “Atenção à saúde de Crianças e adolescentes” (27 itens), “Procedimentos de APS” (17 itens), e “Atenção à saúde bucal” (21 itens). Cada item está associado a recomendações, materiais para consulta e listas de insumos para implementação.

A elaboração da carteira é baseada na análise e avaliação dos serviços implementados nas cidades brasileiras, e em consultas a diversos órgãos como Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, Associações Profissionais da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) ou a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) (da Cunha et al., 2020<sup>[28]</sup>).

No município do Rio de Janeiro, a utilização da Carteira de Serviços foi associada a um melhor desempenho em comparação a outros municípios que não utilizam carteira semelhante (da Cunha et al., 2020<sup>[28]</sup>).

Embora o desenvolvimento de tais carteiras de APS contribua para fortalecer os atributos de um setor de APS forte e abrangente, um desafio importante refere-se à necessidade de ter treinamento apropriado para os provedores de APS serem capazes de entregar ações e serviços de alta qualidade. As eSFs precisam ter o equipamento adequado e suficiente e capacidade para executar os procedimentos e serviços de APS.

### **4.3.4. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da APS teve um impacto positivo na qualidade**

O governo federal introduziu o programa de pagamento por desempenho (P4P) para as eSFs em 2011, denominado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da APS (PMAQ-BA). O programa definiu padrões de atendimento de acordo com a PNAB para avaliar o desempenho das eSFs em relação a uma ampla gama de indicadores de estrutura, processo e resultados.

Já ocorreram três ciclos (em 2011/2013, 2013/2015 e 2015/2019). Embora o programa tenha sido voluntário, quase 100% de todas as eSFs, equipes de saúde bucal, NASFs e centros de especialidades odontológicas foram cadastrados na terceira rodada do PMAQ (em comparação com 71% na 1ª rodada e 91% na 2ª rodada).

Os indicadores selecionados foram infraestrutura, gestão para o desenvolvimento da APS, valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção à saúde e satisfação do usuário. Na 3ª rodada, mais de 650 indicadores foram incluídos em relação à qualidade estrutural do atendimento (por exemplo,

disponibilidade de medicamentos e equipamentos), processo de atendimento (por exemplo, conteúdo do atendimento pré-natal e taxas de conclusão do tratamento), qualidade do atendimento (por exemplo, satisfação do paciente), utilização de atenção à saúde (por exemplo, volume de pacientes) e processos de gestão (por exemplo, proporção de consultas agendadas) (Kovacs et al., 2021<sup>[30]</sup>).

Os processos de certificação consistiram em autoavaliação e avaliação externa das equipes, envolvendo avaliação das instalações, exame de indicadores de saúde e entrevistas com profissionais de atenção à saúde, gestores municipais e usuários dos serviços. As avaliações externas foram realizadas por instituições acadêmicas independentes por meio da coleta de indicadores e da realização de entrevistas (Macinko, Harris and Rocha, 2017<sup>[31]</sup>). Uma pontuação média foi então calculada e agrupada de acordo com o índice geral de desenvolvimento humano de seus municípios para criar vários estratos de ambientes socioeconômicos semelhantes.

Cada equipe recebeu o bônus de acordo com sua classificação em comparação com uma pontuação média para seu estrato:

- Aqueles com pontuação igual ou inferior à média de seu estrato recebiam 20% do bônus;
- Aqueles acima da média receberam 60% do bônus;
- Aqueles significativamente acima da média recebem 100% do bônus.

De 2011 a agosto de 2018, o Ministério da Saúde investiu R\$ 9,85 bilhões (US\$ 2,52 bilhões). O bônus varia de R\$ 1.700 (US\$ 434,55) a R\$ 11.000 (US\$ 2.811,79) por equipe e mês com base no seu desempenho (de Medeiros et al., 2020<sup>[32]</sup>).

Uma consideração importante foi o fato de que a pontuação de cada equipe foi disponibilizada publicamente no site do Ministério da Saúde. Aumentou, assim, a transparência e permitiu aos cidadãos e gestores de saúde verem o desempenho geral de cada equipe e as avaliações associadas. Cada equipe foi comparada às médias municipais, estaduais e nacionais, o que ajudou a fomentar uma cultura de melhoria da qualidade nos serviços de APS.

Os dados disponíveis mostram que o PMAQ levou ao aumento no investimento federal em infraestrutura e um grande aumento nos incentivos de desempenho (Macinko, Harris and Rocha, 2017<sup>[31]</sup>). Além disso, o PMAQ tem sido associado ao aumento na prestação de cuidados a gestantes e crianças menores de 2 anos, com melhora mais significativa entre os prestadores de APS com pior desempenho (de Medeiros et al., 2020<sup>[32]</sup>). O impacto positivo do PMAQ também é confirmado por uma avaliação recente que mostra efeitos positivos na qualidade e no acesso da APS (Soares and Ramos, 2020<sup>[33]</sup>). Em média, os municípios que aderiram ao PMAQ apresentaram taxas de internação por doenças crônicas 9% inferiores aos que não aderiram *ceteris paribus*. O efeito do programa foi mais acentuado na região Nordeste do Brasil (taxas de internação por doenças crônicas 14% inferiores para municípios que aderiram ao programa), e menos evidente na região Sudeste (taxas de internações por doenças crônicas 5% menores para municípios que aderiram ao programa). Kovacs et al. (2021) também mostraram que as desigualdades de renda existentes na prestação de APS de qualidade foram eliminadas durante os três períodos de implementação do PMAQ, principalmente devido à característica do projeto que ajustou os pagamentos financeiros para as desigualdades socioeconômicas (municípios mais carentes receberam recompensas maiores do que municípios mais ricos) (Kovacs et al., 2021<sup>[30]</sup>).

No entanto, várias falhas do programa foram observadas, incluindo o grupo muito grande de indicadores usados (com quase 900 perguntas) e foco muito grande nos indicadores de estrutura, com pouca ênfase nos indicadores de resultados. Segundo o Ministério da Saúde, o elevado número de indicadores resultou em problemas de monitoramento e falta de adesão por parte dos gestores municipais. Também é relatado que a avaliação externa no âmbito do PMAQ foi muito criticada por não ser realizada pelos profissionais de saúde. Além disso, os pagamentos feitos pelo Ministério da Saúde eram direcionados ao município e não à eSF. Os municípios eram livres para fornecer pagamentos de bônus para a equipe, mas pouco se sabe sobre a prática real (Macinko, Harris and Rocha, 2017<sup>[31]</sup>).

Apesar dessas falhas, o programa PMAQ resultou na melhoria da qualidade da APS, notadamente porque foi possível, durante os 8 anos de implementação, monitorar melhorias na infraestrutura, suprimentos médicos, medicamentos e resultados de saúde.

#### 4.3.5. O Previne Brasil estabeleceu novo esquema de pagamento por desempenho

Com a reforma do modelo de financiamento da APS, o governo federal introduziu novo programa P4P em 2020 como parte do programa Previne Brasil.

O novo programa P4P é obrigatório e focado em menos áreas prioritárias do que o programa PMAQ anterior. O número inicial de indicadores usados neste programa foi fixado em sete em 2020 e aumentará para 21 em 2022.

Em 2020, a prioridade é dada ao cuidado pré-natal, saúde da mulher, imunização infantil e duas condições crônicas (hipertensão e diabetes mellitus) (Ministério da Saúde, 2019<sub>[15]</sub>). Os indicadores selecionados são:

- Parcela de mulheres grávidas com seis ou mais consultas de pré-natal nas primeiras 20 semanas de gravidez
- Parcela de gestantes com exames para sífilis e HIV realizados
- Parcela de gestantes com exame odontológico
- Teste de Papanicolau realizado para detectar câncer do colo do útero
- Cobertura de vacinas inativas contra poliomielite e pentavalentes
- Parcela de pacientes com diagnóstico de hipertensão cuja pressão arterial é medida a cada seis meses
- Parcela de pacientes com diagnóstico de diabetes e nível de hemoglobina controlado.

Para cada um dos sete indicadores, pesos de 1 ou 2 são atribuídos para calcular o Indicador Sintético Final. Os pesos refletem a relevância clínica e epidemiológica do indicador, bem como o grau de dificuldade em atingir as metas. Isso traduz o esforço de gestores e equipes na execução de ações, programas e estratégias. Tabela 4.3 apresenta as metas gerais, as metas para 2020 e os pesos definidos para cada indicador.

**Tabela 4.3. Metas e pesos atribuídos para cada indicador de desempenho, 2020**

|                                   | Domínios e indicadores  | Metas gerais | Metas para 2020 | Pesos |
|-----------------------------------|---|--------------|-----------------|-------|
| Saúde da mulher                   | Parcela de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal nas primeiras 20 semanas de gravidez                    | >=80%        | 60%             | 1     |
|                                   | Parcela de gestantes com exames para sífilis e HIV realizados   | >=95%        | 60%             | 1     |
|                                   | Parcela de gestantes com exame odontológico   | >=90%        | 60%             | 2     |
|                                   | Teste de Papanicolau realizado para detectar câncer do colo do útero  | >=80%        | 40%             | 1     |
| Atendimento de crianças           | Cobertura de vacinas inativas contra poliomielite e pentavalentes   | >=95%        | 95%             | 2     |
| Atendimento para doenças crônicas | Parcela de pacientes diagnosticados com hipertensão arterial que tem a sua pressão arterial medida a cada 6 meses | >=90%        | 50%             | 2     |
|                                   | Parcela de pacientes diagnosticada com diabetes com nível controlado de hemoglobina.                              | >=90%        | 50%             | 1     |

Fonte: Ministério da Saúde (2019<sub>[34]</sub>), NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS.

A pontuação de desempenho para cada indicador variará de zero a dez, considerando as metas para 2020 e a escala de ponderação. Se o resultado para um determinado indicador for de 30%, enquanto a meta é de 60% para 2020, a pontuação final desse indicador será 5,0 (Ministério da Saúde, 2019<sup>[34]</sup>).

Outros indicadores a serem incluídos nos anos de 2022 serão discutidos após a avaliação e cobrirão as seguintes áreas: atendimento de recém-nascidos; atendimento de bebês (menores de 1 ano); HIV, tuberculose, atendimento odontológico, hepatite, saúde mental, câncer de mama, ação multiprofissional e medidas globais, incluindo a experiência do paciente. A medição da experiência do paciente se baseará em pesquisas de base populacional realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que utilizam a Ferramenta de Avaliação da APS (PCATool), o Questionário de Relacionamento Médico-Paciente (PDRQ-9) e o Nível de Satisfação do Paciente (NSP) ) (Ministério da Saúde, 2019<sup>[15]</sup>).

Embora todos esses padrões de atendimento sejam baseados em provas científicas e selecionados com base na relevância epidemiológica e clínica, existem todos os indicadores de processo para avaliar a qualidade do atendimento prestado.

O programa P4P e os respectivos recursos repassados correspondem a 9% (R\$ 1,8 bilhão) do orçamento vinculado ao Programa Previne Brasil. Os indicadores de desempenho são coletados a cada quatro meses, e os bônus são pagos mensalmente aos municípios com base no desempenho de suas respectivas equipes.

O valor da remuneração por desempenho varia de acordo com a classificação da equipe (Ministério da Saúde, 2020<sup>[35]</sup>). O pagamento por desempenho descrito abaixo, referente a 100% do Indicador Sintético Final, é equivalente a:

- R\$ 3.225,00 para a eSF;
- R\$ 2.418,75 para Equipe APS Modalidade II 30h; e
- R\$ 1.612,50 para Equipe APS Modalidade I 20h.

Os resultados estão disponíveis publicamente no Sistema de Informação de Saúde para APS (SIAB) na forma de relatórios e painéis e na plataforma da web do e-Gestor AB para que todos os municípios e estados possam seguir e adotar estratégias de melhoria da qualidade (e-Gestor AB, 2021<sup>[36]</sup>).

#### **4.3.6. O Governo Brasileiro tem investido muitos esforços na produção e publicação de dados que sustentam a APS**

Diversas iniciativas têm sido implementadas para monitorar os recursos e atividades do setor de APS no Brasil. No âmbito do Ministério da Saúde, o Departamento de Informação em Saúde (DATASUS) mantém diversos bancos de dados, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), o Sistema de Pré-natal (SIPRENATAL) e o Sistema de Informações da APS (SISAB, anteriormente denominado SIAB), para citar alguns.

O SISAB foi instituído pela Portaria GM/MS no. 1 412 de julho de 2013 para fins de financiamento e implementação do PNAB. Os agentes comunitários de saúde coletam mensalmente dados de saúde e sociais, monitoramento de grupos de risco, problemas de saúde prioritários, acompanhamento de crianças, e acerca de certas doenças e fatores de risco para a saúde, incluindo alcoolismo, invalidez, diabetes, epilepsia, hipertensão, malária ou tuberculose (Lopes, Monteiro and Santos, 2020<sup>[37]</sup>). O SISAB também integra as informações relacionadas aos programas sociais, incluindo o Programa Saúde na Escola ou o Programa Academia da Saúde.

Embora o SISAB reúna uma quantidade impressionante de indicadores que sustentam a APS, a maioria dos indicadores são insumos e indicadores de processo, incluindo, por exemplo, o número de eSFs, pessoas cadastradas em uma eSF, agentes comunitários de saúde ou gestantes que recebem primeiros serviços de pré-natal (SISAB, 2021<sup>[38]</sup>).

É justo observar que o Brasil desenvolveu alguns indicadores acionáveis para apoiar a melhoria da qualidade na APS, notadamente por meio da estratégia PMAQ e do novo programa Previnde Brasil. Em 2020, os indicadores de qualidade elaborados como parte do programa P4P são indicadores de processo com foco na saúde materna, programa de triagem de câncer de colo do útero, cobertura de imunização e controle de hipertensão e diabetes. Ainda assim, são boas medidas da qualidade do atendimento prestado por cada eSF.

São disponibilizados publicamente indicadores de insumos e processos, discriminados por Unidade da Federação e Região, por área urbana ou rural e por faixa etária. Os dados podem ser apresentados em diversos formatos como tabelas, gráficos, mapas e documentos técnicos, a fim de facilitar sua interpretação e análise. Esta é uma importante iniciativa de qualidade no Brasil, pois a publicação aberta promove a transparência no setor de APS e amplia as possibilidades de melhoria da qualidade do atendimento. No entanto, é importante observar que os dados não são publicados em um nível mais local e granular. Até o momento, os pacientes não têm permissão para monitorar a atividade e a qualidade da APS no nível da eSF. Os gestores municipais de saúde e eSFs têm, no entanto, acesso aos seus resultados de desempenho através do portal e-Gestor AB (e-Gestor AB, 2021<sup>[36]</sup>).

Ao mesmo tempo, relatórios nacionais baseados nas bases de dados do DATASUS estão disponíveis ao público para avaliar e monitorar a saúde da população e do sistema de atenção à saúde. Os “Indicadores de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações”, por exemplo, reportam dados sobre expectativa de saúde, taxas de mortalidade e incidência específicas de doenças, prevalência de fatores de risco para a saúde e alguns recursos e atividades de atenção à saúde<sup>2</sup>. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, que foi publicada em conjunto pelo IBGE e pelo SAPS, tem como foco especial o acesso e uso dos serviços de APS<sup>3</sup>. A Pesquisa fornece dados sobre o acesso na APS, algumas taxas de prevalência de fatores de risco para a saúde e alguns indicadores de qualidade em torno da saúde materna ou de programas de triagem de câncer. É importante ressaltar que o módulo de APS da pesquisa consistia em 26 itens distribuídos em 10 componentes baseados no Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCAT) desenvolvida por Starfield e Shi (Pinto and Silva, 2021<sup>[39]</sup>). O uso do PCAT permitiu avaliar os atributos e as características de uma APS forte: acesso de primeiro contato, longitudinal, coordenação, abrangência, orientação familiar e orientação comunitária (a próxima seção deste capítulo apresenta os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019). A incorporação de instrumentos padronizados e validados internacionalmente para a avaliação dos serviços de APS é um grande passo no Brasil para melhorar a prestação de cuidados de alta qualidade centrados no paciente. Isso demonstra a grande vontade política para fortalecer os serviços de APS no Brasil.

Ademais, é importante observar que o Sistema de APS e-SUS foi desenvolvido para ser utilizado em múltiplos ambientes de informatização e atenção, desde unidades de APS sem computador até aquelas com computador e internet (Sousa et al., 2019<sup>[40]</sup>). O Sistema e-SUS APS é composto por dois *softwares*: coleta de dados simplificada e prontuários individuais de saúde. A coleta de dados simplificada foi desenvolvida especificamente para ambientes não informatizados. É um *software* para inserir conjunto de arquivos que inclui o processo de trabalho das eSFs. Hoje, apenas cerca de 40% das eSFs adotam os prontuários individuais de saúde (ver também Capítulo 6).

Embora haja muitos dados que sustentem a APS no Brasil, alguns estudos observaram a baixa confiabilidade e qualidade das informações coletadas para o planejamento e a tomada de decisão pública (Lopes, Monteiro and Santos, 2020<sup>[37]</sup>). Como os municípios podem ser penalizados com o cancelamento de seus recursos de financiamento, o processo de trabalho é bastante motivado por metas de produção. Há relatos de que os agentes comunitários de saúde, responsáveis pela coleta de dados, não preencheram devidamente os formulários por não possuírem conhecimento e treinamento para a execução da tarefa. Até o momento, esses dados não foram utilizados para estimar a prevalência de doenças, caracterizar o perfil epidemiológico da população, avaliar o estado de saúde e, mais importante ainda, estar vinculados a outros sistemas de informação. (Lopes, Monteiro and Santos, 2020<sup>[37]</sup>). Este é um desafio também relatado pela Estudo do Sistema de Saúde do Brasil da OCDE (OCDE, 2021<sup>[41]</sup>).

#### 4.4. Resultados associados à APS

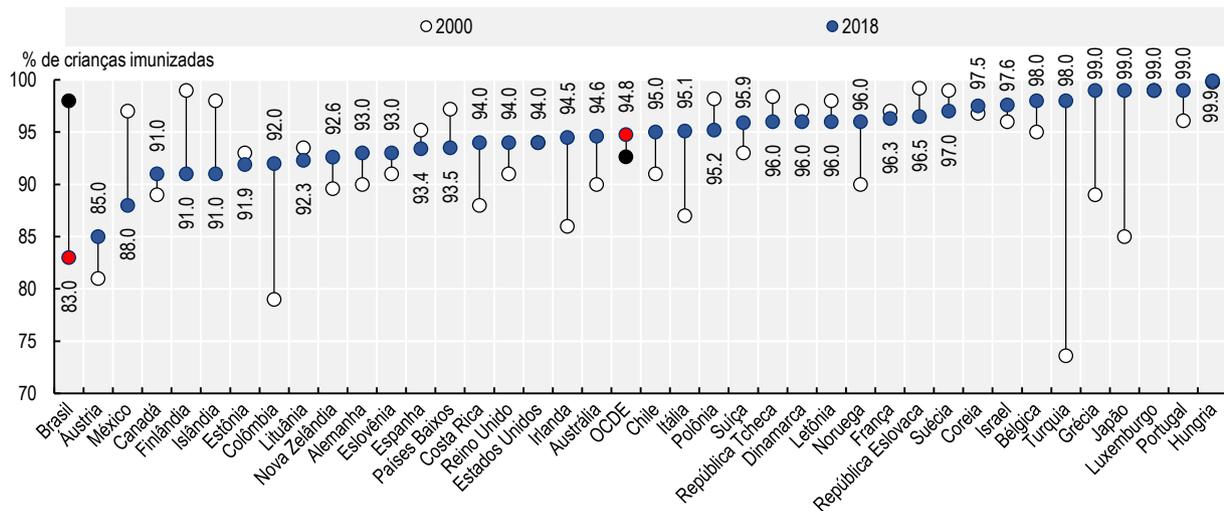
Apesar do progresso, vários indicadores relativos à qualidade da APS colocam o Brasil entre os países de baixo desempenho. A APS no Brasil tem se caracterizado tradicionalmente por oferecer poucos procedimentos e cirurgias de baixa complexidade. Além disso, dados internacionais demonstram que o Brasil está atrás de outros países no que diz respeito aos cuidados preventivos e ao trato das condições crônicas. Grandes diferenças regionais na qualidade da atenção à saúde também sugerem que algumas áreas remotas e vulneráveis requerem mais atenção e mais apoio do que outras para melhorar a qualidade da APS.

##### 4.4.1. Brasil fica atrás de outros países em cuidados preventivos

Há fortes evidências de que as vacinas fornecem proteção segura e eficaz contra doenças como difteria, tétano, coqueluche, sarampo e hepatite B. A proporção de crianças protegidas dessas doenças pode ser considerada um indicador de qualidade na APS. De acordo com o Observatório Global de Saúde da OMS, 84% das crianças brasileiras com cerca de 1 ano foram vacinadas contra o sarampo, abaixo da média dos países da OCDE (95%). Além disso, 83% das crianças brasileiras com cerca de 1 ano de idade foram vacinadas contra difteria, tétano e coqueluche, em comparação com a média da OCDE de 95% (Imagem 4.2). Na mesma linha, o Brasil alcançou 83% de cobertura de vacinação contra hepatite B para crianças com cerca de 1 ano de idade, em comparação com a média da OCDE de 91%.

Há também desigualdades significativas nas taxas de vacinação contra febre amarela nos estados brasileiros onde tal vacinação tenha sido recomendada, variando, em 2018, de 21,8% no Sergipe a 100% no Distrito Federal e Roraima (a média nacional para todos os estados onde a vacina é recomendada é de 64,1%).

**Imagem 4.2. Taxas de vacinação para difteria, toxóide tetânico e coqueluche (DTP3), crianças com cerca de 1 ano de idade, 2000 e 2018 (ou último ano disponível)**

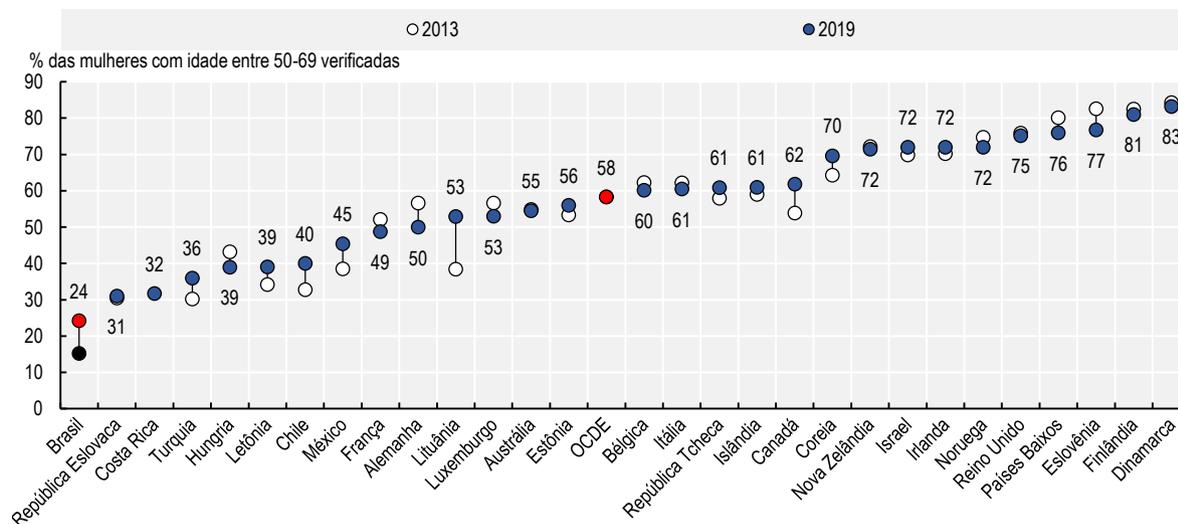


Fonte: OECD (2021<sup>[42]</sup>), Estatísticas de Saúde da OCDE, <http://stats.oecd.org>; Ministério da Saúde do Brasil.

Dados internacionais também mostram que a triagem do câncer de mama e do colo do útero precisa melhorar. Embora a triagem do câncer de mama no Brasil tenha melhorado nos últimos anos, a cobertura da triagem do câncer de mama no Brasil (24%) é muito baixa quando comparada aos países da OCDE. O Brasil está abaixo de todos os países da OCDE e bem abaixo dos 58% da cobertura média

(Imagem 4.3). Na mesma linha, a triagem do câncer do colo do útero no Brasil era de 37,1% em 2019, bem abaixo da cobertura média da OCDE de 58% (ver Capítulo 3 sobre Triagem na APS).

#### Imagem 4.3. Cobertura de triagem de câncer de mama no Brasil e em países da OCDE, 2013 e 2019 (ou último ano disponível)



Observação: Os dados do programa são usados para todos os países. O Brasil representa os anos de 2014 e 2019.

Fonte: OECD (2021<sup>[42]</sup>), Estatísticas de Saúde da OCDE, <http://stats.oecd.org>; Ministério da Saúde do Brasil.

Cuidados preventivos inadequados também foram destacados por estudos anteriores. Indicadores de medidas de experiência relatada pelo paciente para a prevenção, detecção e tratamento de doenças crônicas mostram que, entre os usuários do SUS, apenas cerca de uma entre cinco pessoas relatou que seus médicos de APS enviaram um lembrete para fazer um *check-up* de saúde (Guanais et al., 2019<sup>[26]</sup>). Além disso, apenas 22% dos usuários do SUS indicaram ter recebido alguma recomendação sobre estilos de vida saudáveis de seu médico de família, e menos de 40% dos usuários do serviço público fizeram consulta preventiva nos últimos 2 anos.

Mais cuidados preventivos são necessários no Brasil em um momento em que as doenças estão se transformando em doenças crônicas.

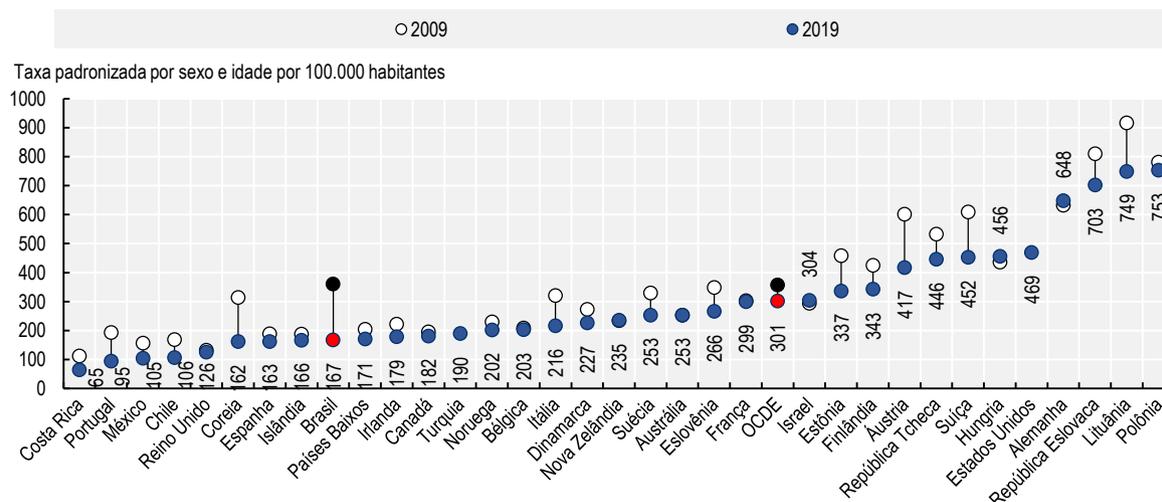
#### 4.4.2. Os indicadores sobre o cuidado de condições crônicas no Brasil são pouco favoráveis

As hospitalizações por condições crônicas, também conhecidas como hospitalizações evitáveis, são utilizadas como um indicador indireto da eficácia geral da APS. Há evidências crescentes de que a gestão proativa de algumas condições crônicas pode prevenir ou reduzir a necessidade de internação hospitalar aguda (OCDE, 2020<sup>[43]</sup>). Condições sensíveis ao atendimento ambulatorial, como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva e diabetes, são condições para as quais a APS acessível e eficaz geralmente pode reduzir o risco de complicações e prevenir a necessidade de hospitalização. A base de evidências para o tratamento eficaz para essas condições está bem estabelecida e grande parte dela pode ser fornecida em nível de APS. Portanto, um sistema de APS de alto desempenho deve ser capaz de evitar, em grande medida, qualquer deterioração aguda do estado de saúde de pessoas que vivem com condições crônicas e prevenir sua internação em hospitais.

No Brasil, as hospitalizações por doenças crônicas são menores do que nos países da OCDE. A taxa de internações por diabetes em hospitais em 2019 foi de 92 internações por 100.000 pessoas, abaixo da

média da OCDE de 131 (ver Capítulo 3). Além disso, as taxas de internação hospitalar por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e hipertensão são menores no Brasil do que a média da OCDE, mas ainda maiores do que em outros países da ALC, incluindo Costa Rica, México ou Chile (Imagem 4.4).

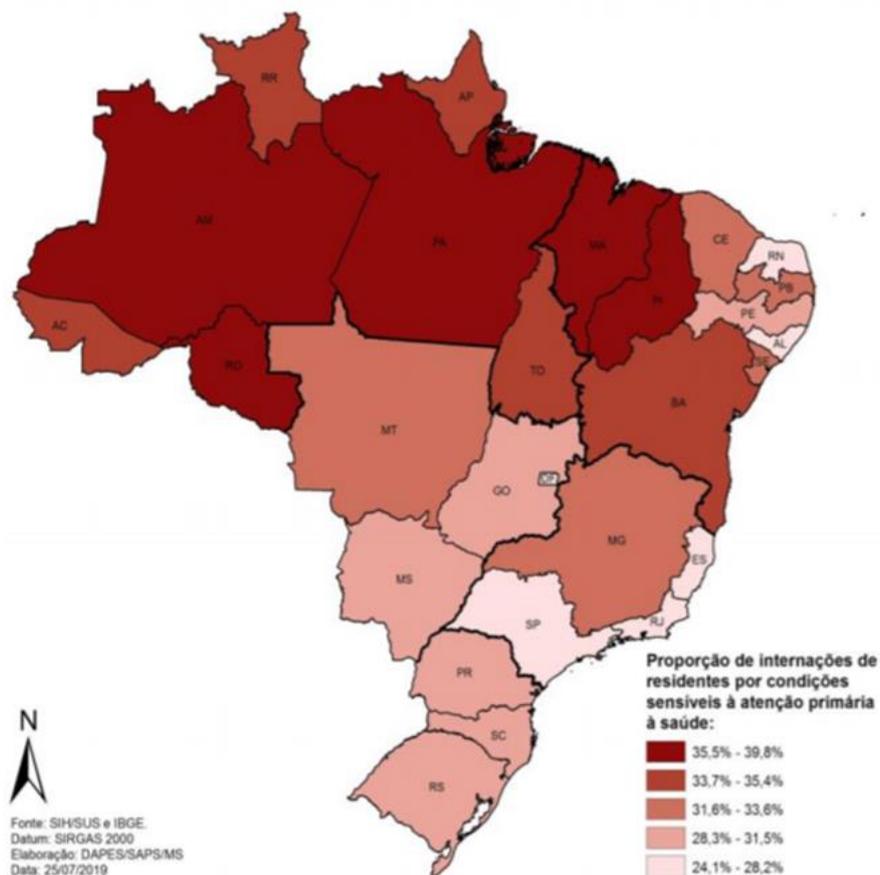
**Imagem 4.4. Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e admissão hospitalar com hipertensão em adultos, 2009 e 2019 (ou último ano disponível)**



Fonte: OECD (2021<sup>[42]</sup>), Estatísticas de Saúde da OCDE, <http://stats.oecd.org>; Ministério da Saúde do Brasil.

No Brasil, taxas mais baixas de internações hospitalares evitáveis podem ser resultado de uma prevalência mais baixa de condições crônicas do que nos países da OCDE. Ao mesmo tempo, embora o desempenho seja em média bom, existem diferenças significativas entre as regiões. Há uma gradação Norte-Sul, onde as regiões Norte e Nordeste apresentam taxas de hospitalização mais altas por condições crônicas (Imagem 4.5).

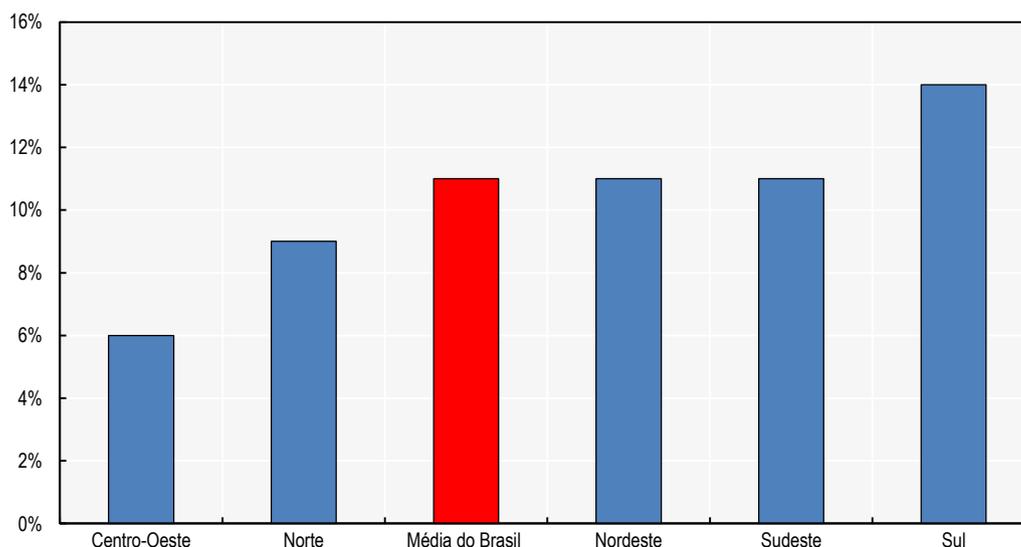
**Imagem 4.5. Parcela de internações de residentes por condições sensíveis à APS, população com 60 anos ou mais por região, 2019**



Fonte: (Ministério da Saúde, 2020<sup>[44]</sup>), Plano Nacional de Saúde 2020-23.

A *Health Interview Survey* de 2019 também corrobora a gradação Norte-Sul. Assim, os pacientes diabéticos têm maior probabilidade de complicações (medida em internações) no Nordeste do que no Sudeste (IGBE, 2020<sup>[45]</sup>).

As altas taxas de hospitalização por condições crônicas mostram que nem sempre os cuidados recomendados são oferecidos às pessoas com essas condições. Isso é confirmado pelos indicadores de desempenho reportados no sistema SIAB. Dois indicadores referem-se a se as pessoas com diabetes e hipertensão estão recebendo os cuidados recomendados ou tratamento eficaz para suas condições. Em 2020, apenas 4% dos hipertensos tiveram a pressão arterial medida a cada semestre, e apenas 11% dos diabéticos tiveram seu nível de hemoglobina controlado (SISAB, 2021<sup>[38]</sup>). Embora essas pontuações de desempenho muito baixas certamente reflitam dificuldades no registro e monitoramento das atividades de APS pelos municípios, elas causam certa preocupação. Novamente, as regiões Sul e Sudeste relatam maior pontuação de desempenho do que as regiões Norte e Centro-Oeste no que diz respeito ao trato de pacientes com diabetes (Imagem 4.6).

**Imagem 4.6. Parcela de pacientes com diabetes com nível de hemoglobina controlado, 2020 (Q3)**

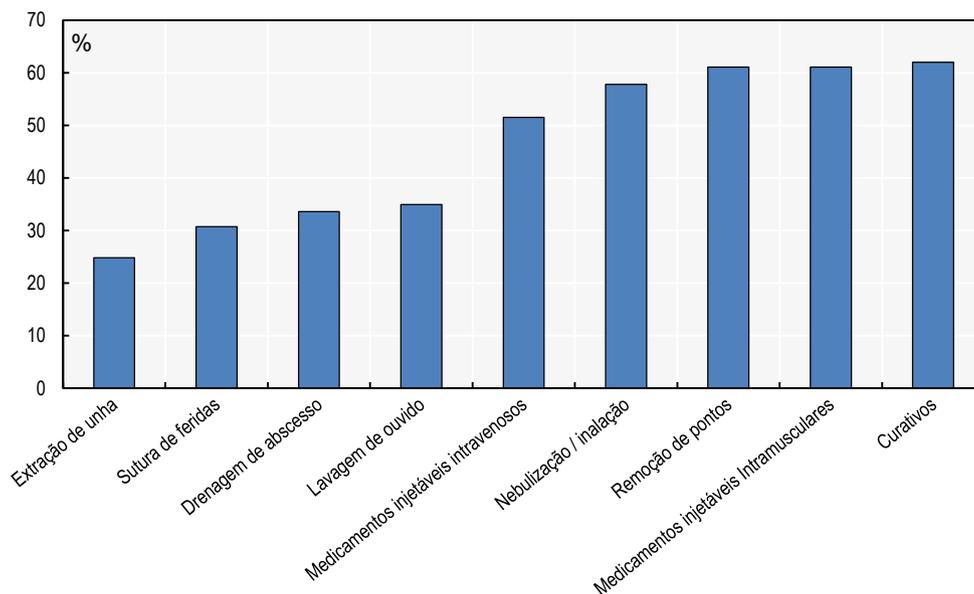
Fonte: Ministério da Saúde (2021<sup>[46]</sup>), SAPS, Indicadores de desempenho por regiões, <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>

Essas desigualdades em favor das regiões mais ricas podem ser explicadas por uma maior oferta de serviços de APS, profissionais de saúde, equipamentos e adesão às diretrizes da prática clínica ou às diretrizes de tratamento padrão. O uso de protocolo de diretrizes terapêuticas para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e serviço de saúde mental é consistentemente menor em pequenas áreas geográficas (Salazar, Campos and Luiza, 2017<sup>[47]</sup>). Kovacs et al. (2021) também confirmaram que as eSFs localizadas em áreas mais carentes tiveram desempenho significativamente pior do que aquelas em áreas mais ricas. A análise da pontuação de desempenho do PMAQ em 20 grupos de renda mostra que uma renda familiar mensal maior de R\$ 1 000 estava associada a uma pontuação PMAQ 1,59 ponto percentual maior (Macinko, Harris and Rocha, 2017<sup>[31]</sup>).

#### **4.4.3. Procedimentos simples e pequenas cirurgias nem sempre são realizados pelas equipes de saúde da família**

Procedimentos e cirurgias simples devem ser amplamente fornecidos em ambientes de APS. Isso é tanto uma questão de buscar por uma melhor segurança e qualidade no atendimento, quanto uma necessidade econômica. Porém, os dados disponíveis do programa PMAQ mostram que apenas 62,8% das eSFs realizaram procedimentos de baixa complexidade ou pequenas cirurgias em 2012. Pior, apenas um terço das eSFs realizava sutura de feridas e drenagem de abscesso. A maior participação nacional para procedimentos de baixa complexidade é em torno de 60% para remoção de pontos, curativos ou medicamentos intramusculares injetáveis (Imagem 4.7). Ainda assim, é muito pouco se o Brasil quiser aumentar a responsabilidade da APS.

### Imagem 4.7. Historicamente, a APS tem oferecido um baixo fornecimento de procedimentos



Fonte: Adaptado de Salazar, Campos and Luiza (2017<sup>[47]</sup>), The Rio de Janeiro Municipality's Services Portfolio and Health Actions in Primary Care in Brazil, <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33442016>.

A baixa oferta de procedimentos e cirurgias simples é fonte de fragmentação do atendimento e encaminhamento inadequado para atendimento mais especializado. Alta rotatividade de médicos, formação inadequada para exercer a função de médicos de APS e a falta de equipamentos ou recursos são os principais fatores que contribuem para a dificuldade de realização desses procedimentos nas eSFs (Salazar, Campos and Luiza, 2017<sup>[47]</sup>).

#### 4.4.4. Há espaço para melhorar as experiências dos pacientes com serviços públicos de APS

Dados recentes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostram que a experiência do paciente com APS no Brasil precisa melhorar ainda mais. A APS obtém uma pontuação geral de 5,9 em uma escala de 0 a 10, que está abaixo do valor de referência de 6,6 recomendado pela metodologia PCAT (IBGE, 2019<sup>[48]</sup>). Algumas diferenças aparecem quando se considera os domicílios registrados e não registrados (Tabela 4.4). A pontuação geral foi 6 para pessoas registradas contra 5,5 para pessoas não registradas. A pontuação geral da APS também foi mais favorável entre domicílios que receberam pelo menos uma visita de agentes comunitários de saúde ou outros membros da eSF e para pessoas com condições crônicas. Pessoas que moram na região Sul também relataram pontuação mais elevada (6,3) do que pessoas que moram na região Norte (5,5).

Dados menos recentes analisaram a centralidade das pessoas na APS no Brasil. A boa comunicação provedor-paciente e o envolvimento destes nas decisões de cuidado e tratamento são as principais dimensões da centralização no paciente, juntamente com a dimensão da coprodução, que resulta na autogestão do paciente e a coordenação do atendimento (OCDE, Forthcoming<sup>[49]</sup>). Os resultados do ciclo PMAQ 2017 mostraram que cerca de 90% dos pacientes relataram que os médicos da APS forneciam explicações fáceis de entender e os envolviam nas decisões sobre cuidados e tratamento. Uma adaptação do *Commonwealth Funds International Health Policy Survey* para o contexto da ALC mostrou grande variação na experiência do paciente entre usuários públicos e privados (Guanais et al., 2019<sup>[26]</sup>). Os

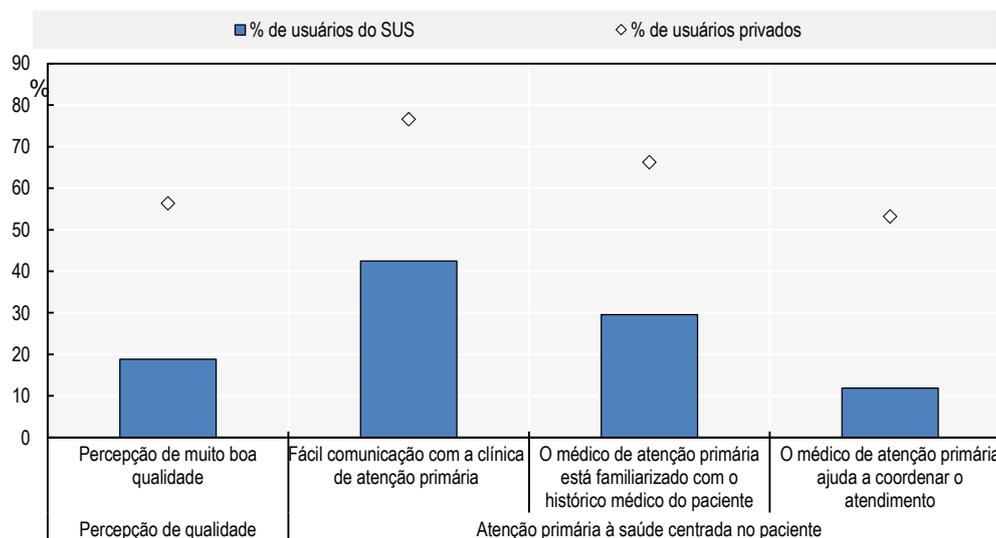
usuários do SUS foram consistentemente menos propensos a relatar uma experiência positiva com a APS do que os usuários privados (Imagem 4.8).

**Tabela 4.4. Pontuação média geral da APS (valor de 0 a 10) dependendo das características individuais**

| Características individuais                                | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| Hipertensão arterial                                       | 6,2 | 5,7 |
| Diabetes   | 6,3 | 5,8 |
| Doença cardíaca  | 6,4 | 5,8 |
| Depressão  | 6,1 | 5,8 |
| O domicílio está registrado na unidade de saúde da família | 6,0 | 5,5 |
| Visita de agentes comunitários de saúde                    | 6,1 | 5,7 |
| Pontuação geral por regiões                                |     |     |
| Norte  | 5,5 |     |
| Nordeste   | 5,8 |     |
| Sudeste  | 5,8 |     |
| Sul  | 6,3 |     |
| Centro-Oeste   | 5,8 |     |

Fonte: IBGE (2019<sup>[48]</sup>), Pesquisa Nacional de Saúde: Atenção primária à saúde e informações antropométricas, <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>

**Imagem 4.8. Os usuários do SUS relatam consistentemente menos experiências de pacientes com APS do que usuários privados, 2013**



Observação: As prevalências são ajustadas por sexo, idade, nível de educação e estado de saúde autorrelatado.

Fonte: Autores, adaptado de (Guanais et al., 2019<sup>[26]</sup>), From the patient's perspective: experiences with primary health care in Latin America and the Caribbean.

## 4.5. Garantindo um dividendo de maior qualidade da APS no Brasil

### 4.5.1. Fortalecimento do sistema de filtragem para melhor reconhecer o papel central das eSFs

Embora o objetivo geral da Estratégia de Saúde da Família fosse fortalecer o acesso ao atendimento, 20 anos após sua implementação, apenas cerca de 65% da população brasileira está atualmente cadastrada em uma eSF. O número de cadastrados vem aumentando nos últimos anos com o Programa Previne Brasil (Imagem 4.1). Ainda assim, isso é muito baixo para atender às novas necessidades de atenção à saúde dos brasileiros, caracterizadas pelo aumento da carga de condições crônicas e fatores de risco para a saúde.

Além disso, muitos brasileiros têm acesso direto a especialidades ambulatoriais e hospitalares para doenças menores que poderiam ser tratadas de forma mais eficaz em ambientes primários. A última Pesquisa sobre Informações de Saúde, por exemplo, constatou que cerca de 50% da população diabética identificou unidades básicas de saúde como último contato com o sistema de saúde, 11% usaram unidades públicas especializadas em hospitais, 6% unidades públicas de urgência e 30% profissionais ou clínicas particulares (IBGE, 2020<sup>[50]</sup>). O último exemplo confirma que uma proporção significativa da população usa unidades públicas especializadas ou departamentos de emergência para a prestação de serviços crônicos, enquanto esses tipos de condições são mais bem tratados em ambientes de APS. Estes dão fortes argumentos para fortalecer o sistema de filtragem no Brasil com um sistema de cadastramento sistemático nas eSFs, que melhor controlam e orientam o paciente para o atendimento especializado.

O sistema de filtragem com um médico de APS nomeado ou uma eSFs que fornece a coordenação de cuidados gerais pode conduzir a melhores cuidados para os pacientes, particularmente para aqueles com doenças crônicas. Ele diz respeito ao arranjo em que um paciente só é visto por um especialista do hospital se autorizado pelo médico da APS, que é por sua vez responsável por supervisionar e coordenar as necessidades de saúde e fornecer atendimento. Em recente análise sistemática da literatura, Sripa, Hayhoe, Garg et al. confirmaram que a filtragem foi associada à melhor qualidade de atendimento e encaminhamento apropriado para futuras visitas ao hospital e investigação (Sripa et al., 2019<sup>[51]</sup>). A gestão geral da filtragem resultou em menos hospitalizações e uso de cuidados especializados, mas também levou à menor satisfação do paciente porque limita sua escolha (Sripa et al., 2019<sup>[51]</sup>). Além disso, um sistema de cadastro sistemático permite construir perfil das necessidades de saúde da população cadastrada, o que melhora a continuidade do cuidado por meio de melhor relacionamento entre os pacientes e os prestadores de APS (Starfield, Shi and Macinko, 2005<sup>[52]</sup>; Kringos et al., 2010<sup>[53]</sup>). Ter um médico da APS como fonte regular de atendimento mostra consistentemente os benefícios para uma variedade de resultados de saúde e relacionados à saúde (Starfield, Shi and Macinko, 2005<sup>[52]</sup>). Tal esquema permite a prestação de cuidados contínuos e integrais, com foco na prevenção e no tratamento das doenças de longa duração.

Alguns países da OCDE introduziram sistema de registro obrigatório para encorajar os atendimentos certos no lugar certo (Quadro 4.3). Na Noruega, a reforma do Profissional de Clínica Geral Regular introduzida em 2000 exigia que todos os cidadãos se cadastrassem junto a um profissional de clínica geral (CG) de sua escolha. Os profissionais de clínica geral tornaram-se a fonte usual de atendimento às pessoas e agora são responsáveis por coordenar a prevenção, investigação e tratamento individual das necessidades de atenção à saúde. Essa abordagem também é usada no Chile, Portugal e Itália: nesses países, a população é obrigada a se cadastrar com um médico da APS que controla o acesso aos cuidados de saúde secundários (OCDE, 2020<sup>[43]</sup>). O fortalecimento do sistema de filtragem, exigindo que todos os indivíduos se registrem em uma eSF, é uma reforma que o Brasil deseja considerar no futuro para fortalecer o papel e acelerar a expansão das eSFs. Isso ajudaria a construir registros de pacientes precisos e reconhecer melhor o papel central de coordenação das eSFs.

### Quadro 4.3. Apresentando um sistema de cadastramento obrigatório na Noruega

Enquanto antes de 2000 os cidadãos noruegueses podiam consultar os CGs sem restrições, a reforma do Profissional de Clínica Geral Regular introduziu um sistema de cadastro obrigatório. O piloto da reforma foi realizado em quatro municípios em 1993, antes de sua implementação nacional.

Com a reforma, o profissional de clínica geral passou a ser responsável por fornecer e coordenar a prevenção, investigação e tratamento das necessidades de atenção à saúde. Ele também é responsável pelas decisões sobre a necessidade de encaminhamento para atenção secundária e vincular-se à seguridade social e aos serviços sociais, quando apropriado. A reforma também especificou que os GPs devem se envolver em atividades de saúde pública, atendimento de emergência, atendimento fora do expediente e supervisionar estudantes e médicos em treinamento.

A implementação nacional foi um sucesso, com cerca de 100% dos noruegueses agora cadastrados em um CG. O esquema foi considerado um dos serviços públicos de maior sucesso na Noruega, com alta satisfação entre os pacientes e CGs (Svedahl et al., 2019<sup>[54]</sup>)

Fontes: OECD (2014<sup>[55]</sup>), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards*, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>

#### 4.5.2. Expandir a gama de serviços de atenção à saúde prestados pelas eSFs para a prevenção de doenças, tratamento e gestão de condições de longo prazo

Em reconhecimento aos desafios apresentados na Seção 4.4, há uma necessidade crescente de apoiar e encorajar as eSFs a fornecer um serviço de APS moderno. Uma função fundamental de uma APS moderna é a prestação de cuidados contínuos e integrais, com foco na promoção da saúde, prevenção, tratamento, acompanhamento de diagnósticos e gestão de condições crônicas e de longa duração.

Estudos mostram que a APS, quando bem equipada, pode lidar com uma ampla gama de problemas de saúde, incluindo promoção, cuidados preventivos, tratamento e acompanhamento de diagnósticos e procedimentos técnicos simples (Starfield, Shi and Macinko, 2005<sup>[52]</sup>; Kringos et al., 2010<sup>[53]</sup>). Um escopo abrangente de serviços de APS está consistentemente associado a menor hospitalização por condições crônicas, melhores resultados de saúde e redução das desigualdades em saúde (OCDE, 2020<sup>[43]</sup>; Starfield, Shi and Macinko, 2005<sup>[52]</sup>; Kringos et al., 2010<sup>[53]</sup>).

O alicerçamento da maior abrangência dos serviços de APS passa pela entrega das ações definidas na Carteira da APS e pela garantia de que todos os municípios tenham condições de oferecer essas ações e serviços de atenção à saúde de maneira adequada. No Rio de Janeiro, a Carteira de Serviços de Saúde tem se mostrado importante ferramenta norteadora para padronizar e melhorar a gama de serviços oferecidos pelas eSFs (Salazar, Campos and Luiza, 2017<sup>[47]</sup>). Para todos os procedimentos definidos, o Rio de Janeiro reporta melhor desempenho do que a média nacional ou outros centros urbanos. Uma importante alavanca da política tem sido o uso de acordos de gestão para promover a conformidade com a Carteira de Serviços de Saúde. Um indicador denominado “taxa de execução de itens da carteira de serviços” é monitorado trimestralmente como parte do contrato, o que permite apontar problemas na prática e tomar ações corretivas. Essa boa prática poderia ser consolidada em todo o país. Outra opção a ser considerada seria monitorar os índices de cumprimento dos CaSAPs e vinculá-los aos incentivos financeiros atribuídos nas Ações Estratégicas do Programa Previne Brasil.

Na mesma linha, embora uma série de diretrizes clínicas sejam produzidas no Brasil, não há requisitos e poucos incentivos para que as eSFs cumpram o nível padrão de atendimento. Existe o risco, então, de que essas diretrizes não sejam adequadamente adotadas pelas eSFs. Experiências de países da OCDE

podem ser úteis para o Brasil em seus esforços para melhorar a conformidade com as diretrizes clínicas. Alguns países da OCDE fornecem subsídios aos municípios para estimular a conformidade com as diretrizes de prática clínica. Na Suécia, o governo central fornece subsídios aos governos regionais para encorajar a implementação das diretrizes (OCDE, 2013<sup>[56]</sup>). As novas diretrizes sobre demência, por exemplo, foram acompanhadas de subsídios a serem desembolsadas ao governo municipal, que ficou então livre para usar os fundos adicionais como bem entendesse. Essa abordagem mantém a responsabilidade local pela implementação eficaz, ao mesmo tempo que atrai recursos e apoio nacionais (OCDE, 2013<sup>[56]</sup>). Seguramente, o Ministério da Saúde poderia usar o Programa Previne Brasil para monitorar e encorajar o cumprimento mais sistemático das diretrizes clínicas.

Ao mesmo tempo, é necessário apoiar a educação médica continuada (EMC). Conforme mencionado anteriormente, diversos órgãos como o CONASS, CONASEM, a Associação Médica Brasileira ou a Sociedade Brasileira de Medicina de Família organizam diversos treinamentos, conferências e aprendizagem online. No entanto, uma estrutura EMC mais formal que deixe clara a expectativa sobre cada membro da ESF e os apoie para atendê-la será necessária para fornecer abrangência dos serviços de APS e em linha com a melhor evidência disponível.

#### **4.5.3. O monitoramento e avaliação comparativa da qualidade dentro da APS precisa melhorar**

Um elemento fundamental dentro de um setor de APS fortalecido é uma infraestrutura de dados capaz de monitorar e comparar as atividades e resultados da APS de maneira consistente em nível nacional, municipal e de provedor (OCDE, 2020<sup>[43]</sup>).

O Brasil coleta diversos indicadores de acesso à APS, fatores de risco e qualidade para a saúde materna, imunização infantil, triagem do câncer de mama e gerenciamento de hipertensão e diabetes como parte do Programa Previne Brasil. Embora seja uma iniciativa importante para o monitoramento da qualidade, cinco indicadores de qualidade são indicadores de processo e apenas 2 indicadores são medidas de resultados intermediários. Uma melhor mensuração dos resultados e experiências dos pacientes com APS deve ser prioridade no Brasil.

Será importante para o Brasil coletar um conjunto mais rico de indicadores de qualidade em gama mais ampla de atividades preventivas e gerenciamento de condições crônicas como consumo de álcool, obesidade, triagem de câncer ou saúde mental. A experiência de Portugal pode ser útil para informar o Brasil sobre o desenvolvimento de candidatos a indicadores. Portugal dispõe de ampla infraestrutura de informação de qualidade para a APS, recolhida no âmbito dos acordos de contratação com órgãos de APS (OCDE, 2015<sup>[57]</sup>). Os indicadores fornecem informações à alta administração para avaliar o desempenho e as realizações, comparados com outras instituições (OCDE, 2015<sup>[57]</sup>). Os indicadores são coletados em vários domínios, saúde da mulher e planejamento familiar; saúde materna; saúde infantil e juvenil; hipertensão; diabetes; triagem de câncer; saúde mental ou experiência do paciente (Tabela 4.5).

**Tabela 4.5. Exemplos de indicadores recolhidos em Portugal**

| Domínios    | Indicadores   |
|-------------|---|
| Hipertensão | Proporção de clientes com hipertensão com pelo menos um registro de IMC nos últimos 12 meses  |
|             | Proporção de usuários com hipertensão com registro da pressão arterial em cada semestre   |
| Diabetes    | Proporção de usuários com diabetes com pelo menos um exame do pé registrado no último ano   |
|             | Proporção de clientes com diabetes com regime de gestão de registros (três itens) no último ano   |
|             | Proporção de clientes com diabetes com consulta de vigilância de enfermagem de diabetes no último ano                                   |
|             | Proporção de clientes com diabetes com pelo menos dois testes de HgbA1c no último ano   |
|             | Proporção de clientes com diabetes com o último registro HgbA1c menor ou igual a 8,0%   |
|             | Proporção de usuários com diabetes com pelo menos um ou fazendo referência a um registro de realização de exame de retina no último ano |

| Domínios                | Indicadores  |
|-------------------------|--|
| Saúde mental            | Proporção de usuários com mais de 18 anos e diagnóstico de depressão para os quais foi prescrita terapia antidepressiva              |
|                         | Proporção de usuários com idade superior a 65 anos que não tinham ansiolíticos ou sedativos ou hipnóticos prescritos no período      |
| Triagem e prevenção     | Parcela de mulheres com mamografia nos últimos dois anos   |
|                         | Proporção de usuários com anos de idade com triagem de câncer de cólon e reto realizado  |
|                         | Proporção de usuários com 14 anos ou mais com quantificação do tabagismo nos últimos três anos                                       |
|                         | Proporção de usuários com idade igual ou superior a 14 anos e tabagistas, com quem foi realizada consulta de tabagismo no último ano |
| Produtos farmacêuticos  | Proporção de usuários com 14 anos ou mais de idade com quantificação do consumo de álcool, registrada nos últimos três anos          |
|                         | Proporção de usuários com idade superior a 75 anos com medicamentos crônicos menores que cinco prescrições                           |
|                         | Proporção de medicamentos com cobrança de embalagem que são genéricos  |
| Experiência do paciente | Proporção de usuários com mais de 65 anos sem receita de trimetazidina no último ano   |
|                         | Proporção de usuários satisfeitos ou muito satisfeitos   |
|                         | Número de reclamações por 1.000 consultas médicas realizadas por médicos ou enfermeiras  |

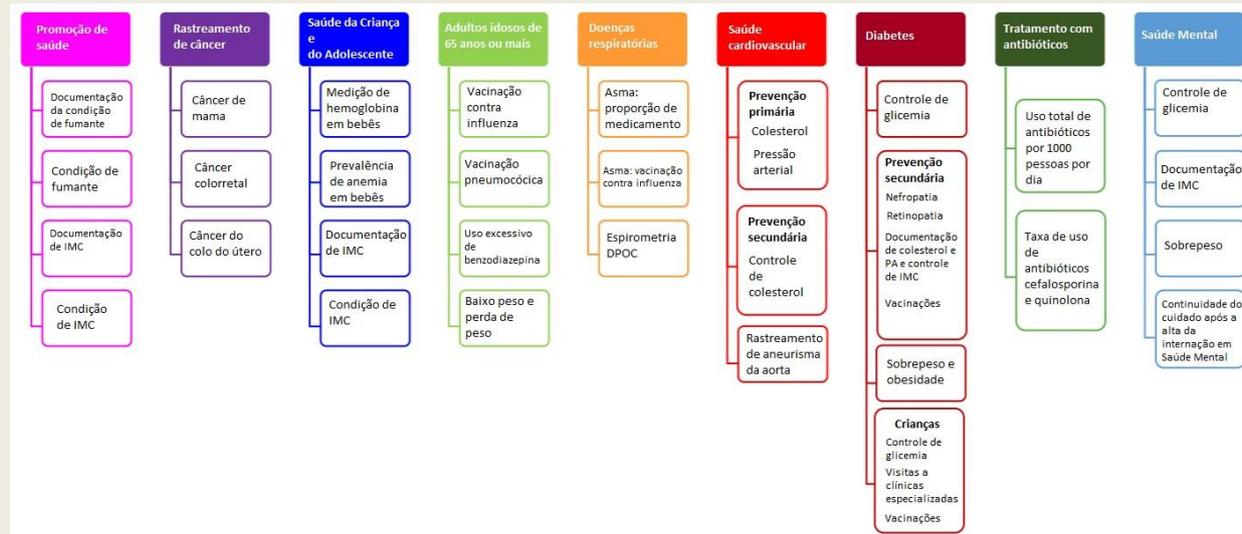
Fonte: OECD (2015<sup>[57]</sup>), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.

Outro exemplo de boas práticas através da OCDE vem do Programa Nacional de Indicadores de Qualidade em IMC Saúde Comunitária (QICH). O programa é usado para monitorar e melhorar a qualidade dos serviços de APS preventiva, diagnóstica e terapêutica em Israel. Os indicadores em QICH cobrem nove áreas clínicas: promoção da saúde, saúde da criança e do adolescente, triagem do câncer (câncer de mama, colorretal e do colo do útero), saúde do idoso, doenças respiratórias, saúde cardiovascular, diabetes, tratamento com antibióticos e saúde mental. O QICH incorpora um foco na prevenção primária e gestão de condições crônicas, conforme demonstrado pela inclusão de indicadores relacionados a fatores de risco na população em geral, e o foco em DPOC e asma, diabetes, doenças cardiovasculares e saúde mental (Quadro 4.4). A qualidade dos dados para QICH é garantida por meio do uso de definições de indicadores padrão por todos os fundos de saúde e um ciclo de auditoria de qualidade de dados sistemático para garantir a validade e comparabilidade. Avaliações anteriores mostraram que a qualidade dos cuidados de saúde comunitários melhorou ao longo do tempo para quase todas as categorias de cuidados, prevenção primária, tratamento e eficácia dos cuidados (QICH, 2017<sup>[58]</sup>). Na área de tratamento do diabetes, por exemplo, uma avaliação recente encontrou uma melhoria na maioria dos indicadores de qualidade (de 53% para 75% para a pontuação de qualidade composta). Foram observadas quedas nas taxas de cegueira, doença renal em estágio terminal relacionada ao diabetes, amputações de membros inferiores e mortalidade relacionada ao diabetes (Calderon-Margalit et al., 2018<sup>[59]</sup>). Melhorias de qualidade também foram observadas para a saúde dos idosos (Podell et al., 2018<sup>[60]</sup>). O uso extensivo de registros eletrônicos de saúde por planos de saúde é fator chave para o sucesso do QICH.

#### Quadro 4.4. O Programa Nacional de Indicadores de Qualidade em Atenção à Saúde Comunitária em Israel

Os indicadores em QICH cobrem nove áreas clínicas: promoção da saúde, saúde da criança e do adolescente, triagem do câncer (câncer de mama, colorretal e do colo do útero), saúde do idoso, doenças respiratórias, saúde cardiovascular, diabetes, tratamento com antibióticos e saúde mental. No total, são coletados vinte e oito indicadores (Imagem 4.9). Esses indicadores são baseados em diretrizes nacionais e internacionais que refletem as evidências científicas atuais, as práticas internacionais, a relevância para o sistema de atenção à saúde israelense e a viabilidade de produção.

### Imagem 4.9. Programa Nacional de Indicadores de Qualidade na Atenção à Saúde Comunitária



Uma auditoria interna é realizada dentro de cada plano de saúde, a direção do programa QICH também realiza uma auditoria de dados e uma auditoria externa é realizada por uma auditoria externa certificada. Ao longo do processo de auditoria, foram examinadas metodologias, processos de controle, documentação e lições aprendidas, fomentando uma melhoria contínua no reporte de indicadores.

**Tabela 4.6. Resultados de desempenho a nível nacional para indicadores selecionados, 2017-19**

| Domínios              | Indicadores  | 2017   | 2018   | 2019   |
|-----------------------|--|--------|--------|--------|
| Promoção de saúde     | Documentação dos componentes do IMC (idades de 20 a 64 anos)   | 90,33% | 89,51% | 89,16% |
| Triagem de câncer     | Triagem insuficiente para câncer do colo do útero (mulheres com idades entre 35 e 54 anos que não foram examinadas nos últimos 5 anos) | 35,71% | 34,64% | 32,65% |
| Saúde infantil        | Documentação dos componentes do IMC em crianças (14 a 18 anos)   | 74,94% | 76,71% | 77,54% |
| Saúde do idoso        | Uso de benzodiazepínicos de longa ação em adultos mais velhos (com 65 anos ou mais)  | 2,29%  | 2,17%  | 1,88%  |
| Doenças respiratórias | Razão de medicação para asma (RMA) maior ou igual a 0,5 (idades de 5 a 45 anos)  | 69,71% | 70,67% | 71,94% |
| Saúde cardiovascular  | Taxa de nível de colesterol LDL menor ou igual a 160 mg/dL em pessoas com baixo risco de doença cardíaca (idades de 35 a 74 anos)      | 90,18% | 90,35% | 90,49% |
| Diabetes              | Diabetes descontrolada: HbA1c maior que 9% em indivíduos com diabetes mellitus (com 18 anos ou mais)                                   | 9,98%  | 9,60%  | 9,01%  |
| Antibiótico           | Documentação do teste molecular de HCV entre aqueles com um teste sorológico positivo  | 83,34% | 85,55% | 87,59% |
| Saúde mental          | Controle adequado de HbA1c em indivíduos com TMG (Transtorno Mental Grave) e diabetes mellitus (idades de 18 a 84 anos)                | 71,15% | 71,83% | 72,07% |

Fonte: QICH (2017<sup>[58]</sup>); National Program for Quality Indicators in Community Health Care in Israel, <https://en.israelhealthindicators.org/publications>

O feedback regular para os provedores sobre a qualidade e os resultados, bem como a publicação aberta para pacientes com dados de desempenho em nível municipal e eSF também pode levar à aspiração de melhoria contínua. Nessa frente, o Brasil precisará melhorar a transparência do nível de agregação dos dados e garantir que os pacientes possam monitorar a atividade e a qualidade da APS no nível de eSF.

Para apoiar maior cuidado centrado no paciente, também é importante coletar medidas de experiência relatadas pelo paciente junto às APS (OCDE, 2021<sup>[61]</sup>). Essa abordagem é feita internacionalmente. Na Inglaterra, por exemplo, a Pesquisa de Pacientes de Clínicos Gerais avalia a experiência dos pacientes em serviços de atenção à saúde prestados por práticas de Clínica Geral dentro do *National Health Service* (Inglaterra) (OCDE, 2020<sup>[43]</sup>). Tal pesquisa avalia a experiência de acessibilidade, agendamento de consultas, a qualidade do atendimento recebido dos profissionais de atenção à saúde, a saúde do paciente e a experiência de sua clínica geral. Cerca de 2 milhões de pacientes cadastrados em clínica geral são entrevistados duas vezes por ano. A Comissão de Qualidade do Atendimento utiliza os resultados desta pesquisa em sua regulamentação, monitoramento e inspeção das práticas de clínica geral na Inglaterra. A Pesquisa de Pacientes de Clínica Geral oferece relato de cada clínica médica e seu desempenho com base na última pesquisa. A ferramenta de análise também fornece comparação de desempenho entre as práticas de Clínica Geral.

Em 2017, a OCDE lançou as Pesquisas de Indicadores Relatados por Pacientes (em inglês, Patient Reported Indicators Survey ou PaRIS) para abordar a necessidade de compreender os resultados e as experiências das pessoas com doenças crônicas (Quadro 4.5) (OCDE, 2021<sup>[61]</sup>), na qual os países trabalham juntos no desenvolvimento, padronização e implementação de nova geração de indicadores que medem os resultados e as experiências de atenção à saúde que mais importam para as pessoas. O inquérito internacional de pessoas vivendo com condições crônicas que é parte de PaRIS será o primeiro desse tipo a avaliar os resultados e experiências de pacientes atendidos na APS em vários países. A pesquisa PaRIS visa a preencher uma lacuna crítica na APS, ao perguntar sobre aspectos como acesso a cuidados de saúde, tempo de espera, bem como qualidade de vida, dor, funcionamento físico e bem-estar psicológico. A iniciativa ajudará a abrir um diálogo com os prestadores de serviços sobre como melhorar ainda mais o desempenho dos serviços e sistemas de saúde para se tornarem mais centrados nas pessoas. O Brasil pode querer participar da pesquisa PaRIS da OCDE para entender como os resultados e experiências de cuidados no Brasil se comparam aos dos países da OCDE.

#### Quadro 4.5. Pesquisa PaRIS da OCDE

Em 2017, a OCDE lançou as Pesquisas de Indicadores Relatados por Pacientes (PaRIS) para abordar a necessidade de compreender os resultados e as experiências das pessoas com doenças crônicas. PaRIS oferece uma oportunidade de reunir as evidências necessárias para transformar os sistemas de atenção à saúde em sistemas centrados no paciente, com base nas necessidades das pessoas que atendem. A iniciativa inclui:

- a coleta de indicadores relatados de pacientes validados, padronizados e internacionalmente comparáveis em três áreas: próteses de quadril e joelho, tratamento do câncer de mama e saúde mental
- a coleta de novo conjunto de medidas comparáveis internacionalmente que têm como foco pacientes com uma ou mais condições crônicas, que vivem na comunidade e são amplamente tratados em APS ou outros ambientes de atendimento ambulatorial.

Fonte: OCDE (2021<sup>[61]</sup>), Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS), <https://www.oecd.org/health/paris/>.

A inclusão dos Instrumentos PCAT na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 é um passo positivo no Brasil para entender melhor a experiência dos usuários com os serviços de APS. Esta iniciativa deve ser mantida a longo prazo.

#### **4.5.4. O sistema de credenciamento para eSFs pode ajudar a padronizar e melhorar a qualidade do atendimento**

Para padronizar a qualidade em todo o país, é necessário estabelecer um programa de credenciamento para a APS. O credenciamento é um mecanismo de controle para garantir a qualidade dos serviços de atenção à saúde, que frequentemente contribui para a melhoria da qualidade (OCDE, 2017<sup>[62]</sup>). Ele usa padrões explícitos derivados da melhor evidência disponível para avaliar o desempenho da organização de atenção à saúde por meio de pesquisas, avaliações ou auditorias. O credenciamento é especialmente necessário quando faltam dados de desempenho.

Vários países da OCDE estabeleceram um sistema de credenciamento na APS, incluindo Austrália, Canadá, Inglaterra, Nova Zelândia ou Estados Unidos (Tabrizi and Gharibi, 2019<sup>[63]</sup>). Nestes países, os cuidados orientados para a comunidade, segurança clínica, cuidados de alta qualidade, continuidade dos cuidados e gestão de recursos humanos tinham maior prioridade dentre os programas de credenciamento (Tabrizi and Gharibi, 2019<sup>[63]</sup>).

A abordagem da Inglaterra para o credenciamento de serviços de atenção à saúde está na vanguarda dos esforços da OCDE e é um modelo a ser seguido por outros sistemas de saúde (Quadro 4.6). É incomumente abrangente, pois credencia todos os prestadores de cuidados primários e sociais. O credenciamento é realizado pela Comissão de Qualidade do Cuidado, um órgão estatutário independente responsável por cadastrar os prestadores de cuidados; monitorar, inspecionar e avaliar os serviços e tomar medidas para proteger a população que utiliza os serviços (Care Quality Commission, 2021<sup>[64]</sup>). Na Austrália, a Comissão Australiana de Segurança e Qualidade em Atenção à Saúde, em colaboração com o *Royal Australian College of General Practitioners*, desenvolveu o Esquema Nacional de Credenciamento de Clínico Geral voluntário. O Esquema visa a incentivar a clínica geral segura e de qualidade na Austrália. Ele envolve a revisão de terceiros independentes de que as práticas atendem aos requisitos estabelecidos pelo *Royal Australian College of General Practitioners* e oferecem incentivos financeiros para apoiar atividades que incentivem a melhoria contínua na qualidade do atendimento.

Um ponto de partida para melhorar a qualidade na APS será construir um sistema de credenciamento para todas as eSFs a fim de realizar avaliação independente do desempenho e identificar as áreas que podem exigir melhorias. Um sistema de credenciamento no Brasil poderia ajudar a padronizar a APS nos municípios, para alcançar qualidade mais consistente em todo o país.

O estabelecimento de uma inspeção nacional de saúde semelhante à Comissão de Qualidade do Cuidado na Inglaterra ou a Haute Autorité de Santé na França poderia ajudar a fornecer uma verificação independente de que os padrões estão sendo cumpridos, identificar boas práticas e apoiar centros mais fracos para melhorar seus padrões. A nova Agência para o Desenvolvimento da APS também poderia assumir esse papel e atuar como uma fiscalização da APS. A Agência poderia, por exemplo, ser responsável pelo monitoramento e melhoria da qualidade e ter papel prescritivo na produção de visões gerais da prática atual, desempenho atual e definição de padrões e relatórios de desempenho. Também poderia desenvolver ferramentas como estrutura de avaliação, estudos aprofundados para visitar e apoiar municípios com necessidades especiais e nivelar os recursos quando necessário. Essa Agência também poderia ser uma plataforma ou fórum de contato e intercâmbio entre municípios, avaliando práticas inovadoras e consolidando iniciativas de qualidade em todo o país, quando bem-sucedidas.

#### Quadro 4.6. O sistema de Credenciamento na Inglaterra é abrangente

Na Inglaterra, a Comissão de Qualidade do Cuidado (CQC), um órgão estatutário independente estabelecido em 2009, é responsável pela inspeção de hospitais, assistência social para adultos, clínica geral, serviços de atenção à saúde mental, ambulâncias e serviços comunitários. Todos os provedores de atividades regulamentadas, incluindo o NHS e provedores independentes, devem se cadastrar no CQC e seguir um conjunto de padrões fundamentais de segurança e qualidade abaixo dos quais os cuidados nunca devem cair. O CQC avalia se os fornecedores estão atendendo a esses padrões fundamentais por meio de monitoramento e inspeção.

Os resultados dessas avaliações são compartilhados com o público e os cidadãos são incentivados a compartilhar suas experiências ou relatar suas preocupações ao CQC.

O sistema de atenção à saúde da Inglaterra é um dos poucos na OCDE a ter um programa de credenciamento abrangente para APS. Em março de 2020, 7.237 serviços de Clínica Geral foram inspecionados e avaliados, enquanto apenas 1.461 locais não foram. Relatórios detalhados de inspeção de prática individual estão disponíveis publicamente em site (Imagem 4.10). Os principais serviços inspecionados são os serviços de urgência e emergência, cuidados médicos, cirurgia, cuidados intensivos, maternidade e ginecologia, serviços para crianças e jovens, cuidados de fim de vida, serviços ambulatoriais e diagnóstico por imagem. Após a inspeção, os serviços de clínica geral devem atender as áreas de preocupação que tenham sido identificadas, desenvolver plano de ação para abordá-las e realizar melhorias. Relatórios detalhados de inspeção de prática individual estão disponíveis publicamente em site.

#### Imagem 4.10. Exemplo de uma inspeção CQC em uma cirurgia de Clínica Geral

##### Classificações da área de inspeção CQC

(Último relatório publicado em 8 de março de 2021)

|                |                  |   |
|----------------|------------------|---|
| Seguro         | Inadequado       | ● |
| Efetivo        | Requer melhorias | ● |
| Cuidadoso      | Bom              | ● |
| Responsivo     | Requer melhorias | ● |
| Bem coordenado | Inadequado       | ● |

Fonte: Care Quality Commission (2021<sup>[64]</sup>), classificações de inspeção para serviços de APS, <https://www.cqc.org.uk/search/services/doctors-gps?sort=default&distance=15&mode=html>.

#### 4.5.5. Projetando pagamentos mais inteligentes para a APS

O esquema Previne Brasil P4P é um esquema importante para impulsionar a melhoria da qualidade no Brasil. Nos próximos anos, será importante manter e até expandir o esquema. Em comparação com outros países da OCDE, as áreas prioritárias incentivadas no Brasil têm foco mais forte na saúde infantil e materna. Nos países da OCDE, a gestão de condições crônicas é frequentemente colocada no centro dos esquemas P4P (OCDE, 2020<sup>[43]</sup>). O programa Previne Brasil P4P planeja expandir o número de indicadores até 2022 para incluir outros indicadores sobre saúde mental, câncer de mama, ação

multiprofissional e experiência do paciente (Ministério da Saúde, 2020<sup>[65]</sup>). Este será um passo importante, dado o crescente fardo das condições crônicas e a necessidade de abordar alguns fatores de risco para a saúde, incluindo a obesidade. A experiência de Portugal ou da Inglaterra poderá subsidiar o desenvolvimento de indicadores candidatos a serem incorporados ao programa Previne Brasil P4P

Uma segunda diferença importante entre o P4P brasileiro em comparação com a maioria dos esquemas P4P da OCDE é o fato de que os pagamentos de bônus não são feitos para o médico individual ou a estrutura para a qual ele trabalha, mas para os municípios que o empregam, sem obrigação dos municípios repassarem seus bônus para os profissionais. Isso não é comum nas APS dos países da OCDE. Geralmente, a pesquisa sugere que os esquemas P4P com pagamentos de bônus direcionados aos profissionais são mais eficazes (Eijkenaar et al., 2013<sup>[66]</sup>).

Por último, há experiências bem-sucedidas em toda a OCDE, onde formas inovadoras de pagamento para APS foram introduzidas para encorajar maior prevenção e gestão de doenças crônicas e incentivar os provedores a trabalharem juntos de forma eficaz. Além do programa P4P, existem três formas inovadoras de pagamento nos países da OCDE (OCDE, 2020<sup>[43]</sup>) (ver também Tabela 4.7):

- **Pagamentos adicionais:** Pagamentos adicionais para remunerar atividades específicas a fim de direcionar algumas dimensões das prestações de cuidado, como o estabelecimento de planos de cuidado, reuniões colaborativas de cuidado ou a provisão de educação do paciente. Em 2018, 11 países da OCDE usaram pagamentos adicionais para pagar pela coordenação ou prevenção. Na Dinamarca, os médicos de clínica geral são remunerados pela coordenação, nomeadamente quando têm mais responsabilidade pelo tratamento de doentes crônicos (por exemplo, diabetes).
- **Pagamentos em pacote:** O objetivo é agrupar atividades de atenção à saúde separadas em uma tarifa única para condições crônicas. A tarifa única deve cobrir o custo de todos os serviços de atenção à saúde prestados por toda a gama de prestadores durante um período de tempo específico. Nesse tipo de arranjo, um grupo de provedores de atenção à saúde é coletivamente responsável pela entrega de uma ampla gama de atividades para um grupo populacional predefinido, geralmente envolvendo pelo menos a APS e atendimento secundário. As evidências mostram que os pagamentos em pacote levam a uma melhor colaboração dentro e entre os ambientes de atendimento e podem contribuir para uma maior padronização do atendimento e para o desenvolvimento de sistemas de TI sofisticados. Em 2018, 5 países da OCDE usaram pagamentos em pacote. Os Países Baixos, por exemplo, estabeleceram pagamentos em pacote para grupos de atenção para pacientes diagnosticados com Diabetes tipo 2, DPOC e doenças cardiovasculares.
- **Pagamentos baseados na população:** Este esquema de pagamento é uma extensão do pagamento em pacote, não se restringindo a episódios particulares de cuidados ou condições. Consiste em um pagamento feito a grupos de provedores de saúde, bem como a empresas de gestão, para cobrir a maioria dos serviços de atenção à saúde para um grupo definido da população. Em vez de pagar os provedores em “silos”, o dinheiro segue os pacientes entre os provedores, cobre a maioria dos serviços de atenção à saúde e tem uma visão mais abrangente do bem-estar da população. Em 2018, apenas 2 países da OCDE usaram pagamentos baseados na população, incluindo, por exemplo, a Iniciativa “Gesundes Kinzigtal” na Alemanha.

**Tabela 4.7. Novas formas de pagamento para APS em toda a OCDE**

| Pagamentos adicionais   | Pagamentos em pacote                                      | Pagamentos baseados na população  |
|---|---|---|
| Austrália, Áustria, Canadá, Dinamarca, França, Alemanha, Islândia, Israel, Itália, México, Suécia | França, Itália, Países Baixos, Canadá, Austrália, Bélgica | Estados Unidos (Organizações de Assistência Responsáveis), Alemanha (Gesundes Kinzigtal GmbH) |

Fonte: OECD (2020<sup>[43]</sup>), Realising the Potential of Primary Health Care, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

#### **4.5.6. Ampliar o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde para promover o atendimento integrado**

Dado o contexto de transição epidemiológica para vidas mais longas e aumento da prevalência de condições crônicas, um importante desafio no Brasil é mudar o foco dos serviços de atenção à saúde para lidar com episódios mais longos de necessidades de atenção à saúde. Para tanto, é necessária maior integração entre a APS, o atendimento de emergência, o atendimento especializado e o serviço social de assistência. As interações entre vários prestadores de atenção à saúde sobre os casos dos pacientes e as transições de um serviço para outro devem ser oportunas, seguras e contínuas para o paciente e sua família (OCDE, Forthcoming<sup>[67]</sup>). A APS precisa desempenhar papel fundamental para atingir esse objetivo.

O impacto do atendimento integrado inclui melhor acesso, maior satisfação para pacientes e profissionais de saúde, atendimento mais adequado, atendimento preventivo aprimorado, redução de internações hospitalares evitáveis, vida independente prolongada e admissão em atendimento institucional em data mais futura, melhoria do estado de saúde e qualidade de vida (Nolte and Pitchforth, 2014<sup>[68]</sup>; Curry and Ham, 2010<sup>[69]</sup>).

No Brasil, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um ambicioso instrumento que visa a reduzir a fragmentação da saúde dentro do sistema de saúde brasileiro. Conforme mencionado anteriormente, a implementação da RAS é apoiada pela Planificação da Atenção à Saúde (PAS) e Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) desenvolvido pelo CONASS (CONASS, 2020<sup>[13]</sup>; CONASS, 2018<sup>[14]</sup>). A RAS insere-se no âmbito das Regiões de Saúde, com apoio técnico, logístico e gerencial para fomentar a integração efetiva.

No entanto, a implementação da RAS no Brasil é desafiada pelo modelo de governança burocrático e liderança institucional fraca, problemas da força de trabalho como treinamento e qualificação inadequados em relação à colaboração e coordenação interprofissional, um sistema de informação fraco e políticas de pagamento que apoiam o atendimento integrado (Ministério da Saúde, 2014<sup>[70]</sup>). Isso resultou em uma difusão baixa e desigual da iniciativa RAS em todo o país. O Brasil precisará trabalhar nessas quatro frentes para promover a atenção integrada e garantir a implementação efetiva da RAS (Quadro 4.7).

O Brasil poderia aprender com outros países da OCDE que embarcaram em caminhos diferentes para operacionalizar a integração do atendimento, como o País Basco da Espanha com Organizações de Atenção Integrada, o Reino Unido com Redes de APS e os Estados Unidos com Organizações de Atendimento Responsáveis.

#### **Quadro 4.7. Promovendo atenção integrada e garantindo a implementação efetiva da RAS no Brasil**

##### **Liderança e modelo de governança mais fortes**

A importância da liderança e da gestão para a implementação bem-sucedida de atenção integrada, bem como a prestação de serviços de atenção integrada já foi demonstrada em estudos recentes (Borgermans and Devroey, 2017<sup>[71]</sup>). Embora não haja modelo único para todos, as estratégias consolidadas parecem frequentemente ser desenvolvidas com base em consultas com as principais partes interessadas, para que possam ser implementadas de forma eficaz, ao mantê-los responsáveis coletivamente e comprometidos com o cumprimento dos objetivos comuns de promoção da prestação de cuidados integrados.

### **Melhor planejamento da força de trabalho e treinamento educacional moderno**

Para garantir que os trabalhadores da APS trabalhem junto com outros profissionais de atenção à saúde, é necessário aumentar os esforços para desenvolver o treinamento apropriado para equipes multidisciplinares, gestão de casos e desenvolver novas funções para a coordenação de cuidados. Na Alemanha, um programa nacional de treinamento com foco na gestão de casos foi disponibilizado para os enfermeiros, a fim de fortalecer seu papel na prestação de coordenação de cuidados. O País Basco na Espanha criou novas funções, como enfermeiros de contato e medicina interna de encaminhamento para coordenar e organizar os cuidados. Na Austrália também foram estabelecidos os coordenadores de cuidados para que pacientes com câncer ou doenças crônicas de longo prazo entrem em contato com profissionais de saúde, interajam com a equipe de atenção à saúde do paciente, ajudem a organizar triagens de saúde, resolvam barreiras de acesso às redes de saúde e forneçam acompanhamento da educação em saúde.

### **Sistemas de informação e dados mais fortes**

Dados sólidos e sistemas de informação são essenciais para apoiar o atendimento integrado. Com o crescente número de pacientes com necessidades complexas recebendo vários serviços durante longos episódios de cuidados, tais sistemas podem ajudar a melhorar a comunicação e a coordenação entre os pacientes e seus provedores, aumentar a precisão dos diagnósticos e da tomada de decisões clínicas, ajudar a monitorar e fornecer serviços remotos apropriados e fornecer aos pacientes mais acesso ao seu histórico de saúde. No Brasil, a vinculação de dados continua insuficiente, prejudicando o compartilhamento de informações no contexto da atenção integrada (ver (OCDE, 2021<sup>[41]</sup>)).

### **Modelos de pagamento mais inteligentes**

Os modelos de pagamento precisam incentivar os provedores de diferentes setores da saúde a trabalharem juntos de forma eficaz. A governança fragmentada no Brasil pode prejudicar a alocação de recursos na atenção à saúde, dificultando a prestação de assistência integrada. Ao mesmo tempo, existem alguns bons mecanismos de pagamento de provedores que encorajam maior coordenação e integração de cuidados - como pagamentos adicionais, pagamentos em pacotes ou pagamentos baseados na população. Os pagamentos adicionais recompensam cuidados mais coordenados, seguros e eficazes e estão disseminados nos países da OCDE em relação à APS (Tabela 4.7). O pagamento baseado na população, por exemplo, agrupa em um único pagamento todos os serviços prestados aos pacientes, incluindo prevenção e tratamento em hospitais, atenção primária e de longo prazo. Nos Estados Unidos, os ACO recebem orçamento virtual para ampla gama de serviços e são incentivados por contratos de poupança compartilhada pelos pagadores para coordenar o atendimento em diferentes níveis de maneira eficiente.

Fonte: OECD (2020<sup>[43]</sup>), Realising the Potential of Primary Health Care; OECD (Forthcoming<sup>[67]</sup>) Strengthening Performance of Integrated Care Delivery across OECD countries.

## **4.6. Conclusão**

Buscando ampliar o acesso à APS de alta qualidade, o Brasil vem dando passos importantes para melhorar a distribuição de médicos, desenvolver novas formas de organização de serviços e introduzir novos modelos de financiamento para a APS. O desenvolvimento de diretrizes e carteira de serviços de atenção à saúde e a produção e publicação de dados que sustentam a APS também são etapas importantes para garantir cuidados de alta qualidade em todo o país. Todos esses desenvolvimentos estão bem alinhados com as experiências dos países da OCDE e levaram a grandes melhorias no acesso à APS e aos resultados de saúde da população.

No entanto, o sistema de APS brasileiro ainda é caracterizado por uma cobertura populacional relativamente baixa. Uma proporção significativa da população também tem acesso direto a especialidades ambulatoriais e hospitalares para condições menores, talvez porque a APS tenha tradicionalmente fornecido poucos procedimentos e cirurgias de baixa complexidade. As evidências disponíveis também apontam para a necessidade de aumentar a contribuição da APS para a prevenção e a gestão das condições crônicas, notadamente nas regiões Norte e Nordeste, que apresentam atenção à saúde consistentemente piores.

Estas deficiências dão fortes argumentos para fortalecer o sistema de filtragem no Brasil com um sistema de cadastramento sistemático nas eSFs, que irão controlar e orientar o paciente para o atendimento especializado. Esse é um pré-requisito para acelerar a expansão das eSFs, ajudando a construir perfil das necessidades de saúde da população cadastrada e melhor reconhecer o papel central de coordenação das eSFs. Também são necessárias ações de apoio às eSFs para uma prestação de serviços de APS mais moderna, com foco na prevenção, tratamento, acompanhamento do diagnóstico e gestão das condições crônicas. O governo federal precisará desempenhar papel mais prescritivo para fortalecer uniformemente a APS abrangente em todo o país. Isso incluiria a garantia de que todos os municípios estão bem equipados e treinados para executar adequadamente as ações e serviços definidos nas CaSAPs. Também há oportunidades para monitorar e estimular o cumprimento das diretrizes clínicas e CaSAPs por meio do Programa Previne Brasil - seja por meio das Ações Estratégicas ou do componente P4P. Coletar conjunto mais rico de indicadores de qualidade em uma gama mais ampla de atividades preventivas e gerenciamento de condições crônicas (como consumo de álcool, obesidade, triagem de câncer ou saúde mental e experiência do paciente) também apoiaria uma APS mais centrada no paciente. Um sistema de credenciamento no Brasil poderia ajudar a padronizar a qualidade da APS - principalmente em municípios com baixa capacidade e alta vulnerabilidade - para identificar áreas que podem exigir maior apoio financeiro e organizacional. A nova Agência para o Desenvolvimento da APS poderia atuar como uma inspetoria da APS, por exemplo, para fornecer verificação independente e externa de que os padrões estão sendo cumpridos, identificar boas práticas e apoiar centros mais fracos para melhorar seus padrões.

No futuro, o Brasil terá que estabelecer supervisão forte e boa gestão, desenvolver treinamento adequado, juntamente com dados e sistemas de informação sólidos para a implementação bem-sucedida do RAS. Modelos de pagamento apropriados seriam essenciais para incentivar os provedores de diferentes setores da saúde a trabalharem juntos de forma eficaz. Embora estas mudanças possam ser precipitadas no contexto atual, a introdução de pagamentos adicionais ou pagamentos em pacote é certamente algo que o Brasil poderia considerar no futuro.

## Referências

- Barros da Silva, J., J. Carlos da Silva and S. de Araujo Oliveira (2020), "Family Health Support Center: reflection on its development through realist evaluation", *Saude Debate*, Vol. 44/124. [10]
- Biernath, A. (2020), "Brazil strives to replace its More Doctors programme for underserved regions", *The BMJ*, Vol. 368, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m537>. [4]
- Borgermans, L. and D. Devroey (2017), "A Policy Guide on Integrated Care (PGIC): Lessons Learned from EU Project INTEGRATE and Beyond", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 17/4, pp. 1-12, <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.3295>. [71]

- Calderon-Margalit, R. et al. (2018), "Trends in the performance of quality indicators for diabetes care in the community and in diabetes-related health status: an Israeli ecological study", *Israel Journal of Health Policy Research*, Vol. 7/10, <http://dx.doi.org/10.1186/s13584-018-0206-3>. [59]
- Care Quality Commission (2021), <https://www.cqc.org.uk/about-us/our-purpose-role/who-we-are>. [64]
- Center, P. (ed.) (2019), *E-SUS PRIMARY CARE STRATEGY: THE BRAZILIAN DIGITAL TRANSFORMATION*, Internet Steering Committee in Brazil. [40]
- CONASEMS (2020), *Painel de Apoio - Previnde Brasil – Resultado 2020*, <https://www.conasems.org.br/painel/previnde-brasil-resultado-2020/>. [20]
- CONASS (2020), *ESTUDOS SOBRE A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL – 2008 A 2019: UMA REVISÃO DE ESCOPO*, <https://www.conass.org.br/biblioteca/cd-36-estudos-sobre-a-planificacao-da-atencao-a-saude-no-brasil-2008-a-2019-uma-revisao-de-escopo/>. [13]
- CONASS (2018), *PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: UM INSTRUMENTO DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE*, <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31/>. [14]
- Curry, N. and C. Ham (2010), *Clinical and service integration: the route to improved outcomes*, *The King's Fund*, 22 November 2010, The King's Fund, London, <http://www.kingsfund.org.uk/publications> (accessed on 14 August 2020). [69]
- da Cunha, C. et al. (2020), "Primary health care portfolio: Assuring of integrality in the family health and oral health teams in Brazil", *Ciencia e Saude Coletiva*, Vol. 25/4, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>. [28]
- da Silva Rêgo, A. and C. Radovanovic (2018), "Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy", *Rev Bras Enferm*, Vol. 71/3. [25]
- de Godoi Rezende Costa Molino, C. et al. (2016), "Non-Communicable Disease Clinical Practice Guidelines in Brazil: A Systematic Assessment of Methodological Quality and Transparency", *PLoS ONE*, Vol. 11/11, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0166367>. [27]
- de Medeiros, O. et al. (2020), "Delivering maternal and childcare at primary healthcare level: The role of PMAQ as a pay for performance strategy in Brazil", *PLoS ONE*, Vol. 15/10, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240631>. [32]
- e-Gestor AB (2021), "Informação e Gestão de Atenção Básica", <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. [36]
- Eijkenaar, F. et al. (2013), "Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews", *Health Policy*, Vol. 110/2-3, pp. 115-130, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>. [66]
- Figueiredo, A. et al. (2021), "Evaluating medical education regulation", *Human Resources for Health*, pp. 19-33, <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-021-00580-5>. [6]
- Guanais, F. et al. (2019), *From the patient's perspective: experiences with primary health care in Latin America and the Caribbean*, Inter-American Development Bank, Washington. [26]

- Harzheim, E. et al. (2020), “New funding for a new Brazilian primary health care”, *Ciencia e Saude Coletiva*, Vol. 25/4, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>. [19]
- Hone, T. et al. (2020), “Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities”, *BMC Health Services Research*, Vol. 20/873, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2>. [7]
- IBGE (2020), *Pesquisa Nacional de Saude 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões*, IBGE, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=publicacoes>. [50]
- IBGE (2019), “Pesquisa Nacional de Saude in Portuguese: Atenção primária à saúde e informações antropométricas”, <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>. [48]
- IBGE (2020), *2019 Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal-Modulo Q- Tabela 3.25*, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados> (accessed on 10 February 2021). [45]
- Kovacs, R. et al. (2021), “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*, Vol. 9. [30]
- Kringos, D. et al. (2010), “The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions”, *BMC Health Services Research*, Vol. 65. [53]
- Leite Simão, C. et al. (2017), “Quality of Care of Patients with Diabetes in Primary Health Services in Southeast Brazil”, *Journal of Environmental and Public Health*, <http://dx.doi.org/10.1155/2017/1709807>. [24]
- Lopes, F., K. Monteiro and S. Santos (2020), “How data provided by the Brazilian information system of primary care have been used by researchers”, *Health Informatics Journal*, Vol. 26/3, pp. 1617-1630, <http://dx.doi.org/10.1177/1460458219882273>. [37]
- Macinko, J., M. Harris and M. Rocha (2017), “Brazil’s national program for improving primary care access and quality (PMAQ) fulfilling the potential of the world’s largest payment for performance system in primary care”, *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 40/2, <http://dx.doi.org/10.1097/JAC.000000000000189>. [31]
- Maffioli, E. et al. (2019), “Addressing inequalities in medical workforce distribution: evidence from a quasi-experimental study in Brazil”, *BMJ Global Health*, Vol. 4/6, p. e001827, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001827>. [8]
- Ministerio da Saude (2021), “Núcleo Ampliado de Saúde da Família”, <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>. [11]
- Ministerio da Saude (2019), *Municipalities will receive R \$ 401 million to register Brazilians in the SUS*, <https://aps.saude.gov.br/noticia/6636>. [18]
- Ministério da Saude (2020), *Previne Brasil: Componentes do financiamento*, <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/pagamentodesempenho/>. [65]

- Ministério da Saúde (2014), *Redes de Atenção à Saúde*, [70]  
<https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/14/redes.pdf>.
- Ministério da Saúde (2021), *Previne Brasil*, [16]  
<https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/incentivosacoes/>.
- Ministério da Saúde (2021), *SISAB Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica*, [17]  
<https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>.
- Ministério da Saúde (2021), *SISAB Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica*, [46]  
<https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>.
- Ministério da Saúde (2020), *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*. [44]
- Ministério da Saúde (2019), *NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS*, [34]  
[https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota\\_tecnica\\_indicadores\\_de\\_desempenho\\_200210.pdf](https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_200210.pdf).
- Ministério da Saúde (2019), *ORDINANCE NO. 3222 OF DECEMBER 10, 2019*, [15]  
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>.
- Ministério da Saúde (2020), *Ordinance No. 2,713, OF OCTOBER 6, 2020*, [35]  
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.713-de-6-de-outubro-de-2020-281542903>.
- Ministerio de Saude (2021), “Cadernos de Atencao Basica”, [22]  
<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index/MQ==/Mg==>.
- Ministerio de Saude (2014), *Cadernos de Atencao Basica 35 : Estrategias para o cuidado da pessoa com doenca cronica*, [23]  
[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_ca\\_b35.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_ca_b35.pdf).
- Nolte, E. and E. Pitchforth (2014), *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*, WHO, Copenhagen, <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2530944> (accessed on 14 August 2020). [68]
- OCDE (2021), *OECD Health Statistics 2021*, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> [42]  
 (accessed on 15 January 2021).
- OCDE (2021), *OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021*, OECD Publishing, Paris, [41]  
<https://dx.doi.org/10.1787/146d0dea-en>.
- OCDE (2021), *Patient-reported Indicator Survey*, <https://www.oecd.org/health/paris/>. [61]
- OCDE (2021), “Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic”, *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9a5ae6da-en>. [21]
- OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD, Paris, [43]  
<https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

- OCDE (2017), "Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality", *OECD Reviews of Health Care Quality*, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>. [62]
- OCDE (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>. [57]
- OCDE (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>. [55]
- OCDE (2013), *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264204799-en>. [56]
- OCDE (Forthcoming), "People-centred care". [49]
- OCDE (Forthcoming), *Strengthening Performance of Integrated Care Delivery across OECD countries*. [67]
- Özçelik, E. et al. (2020), "Impact of Brazil's More Doctors Program on hospitalizations for primary care sensitive cardiovascular conditions", *SSM - Population Health*, Vol. 12, p. 100695, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100695>. [9]
- Pereira, L. et al. (2016), "Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014", *Rural and remote health*, Vol. 16/1. [1]
- Pinto, L. and V. Silva (2021), "Primary Care Assessment Tool (PCAT): developing a new baseline for evaluating Brazilian health services", *Ciencia & Saude Coletiva*, Vol. 26/2, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021262.42552020>. [39]
- Podell, R. et al. (2018), "The quality of primary care provided to the elderly in Israel", *Israel Journal of Health Policy Research*, Vol. 7/21. [60]
- QICH (2017), *National Program for Quality Indicators in Community Health Care in Israel*, [https://48fc89f4-e14d-48de-bdc0-ec96de79873e.filesusr.com/ugd/76a237\\_839988734c8a44d4822384e11afa6c0a.pdf](https://48fc89f4-e14d-48de-bdc0-ec96de79873e.filesusr.com/ugd/76a237_839988734c8a44d4822384e11afa6c0a.pdf). [58]
- Salazar, B., M. Campos and V. Luiza (2017), "The Rio de Janeiro Municipality's Services Portfolio and Health Actions in Primary Care in Brazil", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 22/3, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33442016>. [47]
- Salazar, B., M. Campos and V. Luiza (2017), "The Rio de Janeiro Municipality's Services Portfolio and Health Actions in Primary Care in Brazil", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 22/3, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33442016>. [29]
- Sales, J. et al. (2020), "Family Health Support Center in the perspective of physicians and nurses", *Escola Anna Nery*, Vol. 24/1. [12]
- Santos, L. et al. (2017), "Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 95/2, pp. 103-112, <http://dx.doi.org/10.2471/blt.16.178236>. [5]

- SISAB (2021), “Indicadores de Desempenho”, [38]  
<https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPain el.xhtml>.
- Soares, C. and M. Ramos (2020), “An evaluation of PMAQ-AB effects on hospitalization for conditions susceptible to Primary Care”, *SAÚDE DEBATE*, Vol. 44/126, [33]  
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012609I>.
- Sripa, P. et al. (2019), “Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review”, *British Journal of General Practice*, Vol. 69/682, [51]  
<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp19X702209>.
- Starfield, B., L. Shi and J. Macinko (2005), “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, *Milbank Q*, Vol. 83/3, [52]  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
- Stein, A. and C. Ferri (2017), “Innovation and achievement for primary care in Brazil: New challenges”, *BJGP Open*, Vol. 1/2, [2]  
<http://dx.doi.org/10.3399/bjgpopen17X100857>.
- Svedahl, Z. et al. (2019), “Increasing workload in Norwegian general practice – a qualitative study”, *BMC Family Practice*, Vol. 68. [54]
- Tabrizi, J. and F. Gharibi (2019), “Primary healthcare accreditation standards: a systematic review”, *Int J Health Care Qual Assur*, Vol. 32/2, [63]  
<http://dx.doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2018-0052>.
- WHO (2018), *BRAZIL - The mais médicos programme. Country case studies on primary health care*, WHO, Washington. [3]

## Observações

<sup>1</sup> Ver <https://aps.Saúde.gov.br/biblioteca/index/MQ==/Mg==>

<sup>2</sup> Ver por exemplo <http://www.ripsa.org.br/category/publicacoes-ripsa/>

<sup>3</sup> Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101758>



**From:**  
**Primary Health Care in Brazil**

**Access the complete publication at:**  
<https://doi.org/10.1787/120e170e-en>

**Please cite this chapter as:**

OECD (2022), "Qualidade e resultados na atenção primária à saúde", in *Primary Health Care in Brazil*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/adee00ff-pt>

This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of OECD member countries.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.