

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta tese será disponibilizado somente a partir de 25/08/2018.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

JOSÉ FERNANDO CASQUEL MONTI

**Associação entre gerenciamento local e a
qualidade da gestão da atenção à saúde
nas unidades de atenção básica em
municípios do estado de São Paulo**

Tese apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do
título de Doutor em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elen Rose Lodeiro Castanheira

**Botucatu
2016**

JOSÉ FERNANDO CASQUEL MONTI

Associação entre gerenciamento local e a
qualidade da gestão da atenção à saúde nas
unidades de atenção básica em municípios
do estado de São Paulo

Tese apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do
título de Doutor em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRS 6/5651

Monti, José Fernando Casquel.

Associação entre gerenciamento local e a qualidade da gestão da atenção à saúde nas unidades de atenção básica em municípios do estado de São Paulo / José Fernando Casquel Monti. - Botucatu, 2016

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Capes: 40600009

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde - Administração.
3. Avaliação de serviços de saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). 5. Saúde pública.

Palavras-chave: Atenção básica à saúde; Atenção primária à saúde; Avaliação de serviços de saúde; Gestão de saúde; Sistema Único de Saúde.

JOSÉ FERNANDO CASQUEL MONTI

Associação entre gerenciamento local e a qualidade da gestão da atenção à saúde nas unidades de atenção básica em municípios do estado de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Comissão Examinadora

Prof^a. Dr^a. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP

Prof. Dr. Adriano Dias

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP

Prof. Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva

Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Suplentes

Prof. Dr. Antonio de Pádua Pithon Cyrino

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP

Prof^a. Dr^a. Maria Inês Batistela Nemes

Universidade de São Paulo - USP

Prof^a. Dr^a. Mariana Arantes Nasser

Universidade de São Paulo - USP

Botucatu, 25 de Agosto de 2016.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE JOSÉ FERNANDO CASQUEL MONTI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, DA FACULDADE DE MEDICINA.

Aos 25 dias do mês de agosto do ano de 2016, às 14:00 horas, no(a) Sala 15 - Central de Aulas - FM/Botucatu - Unesp, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. ELEN ROSE LODEIRO CASTANHEIRA - Orientador(a) do(a) Depto. de Saúde Pública / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. ADRIANO DIAS do(a) Depto. de Saúde Pública / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. ADEMAR ARTHUR CHIRO DOS REIS do(a) Depto de Medicina Preventiva / UNIFESP, Prof. Dr. NELSON RODRIGUES DOS SANTOS do(a) Depto. Medicina Preventiva e Social / FCM/Campinas - Unicamp, Prof. Dr. GEOVANI GURGEL ACIOLE DA SILVA do(a) Departamento de Medicina / UFSCar - São Carlos, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da TESE DE DOUTORADO de JOSÉ FERNANDO CASQUEL MONTI, intitulada **Associação entre gerenciamento local e a qualidade da atenção à saúde nas unidades de atenção básica em municípios do estado de São Paulo**. Após a exposição, o discente foi arguido oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APPROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. ELEN ROSE LODEIRO CASTANHEIRA

Prof. Dr. ADRIANO DIAS

Prof. Dr. ADEMAR ARTHUR CHIRO DOS REIS

Prof. Dr. NELSON RODRIGUES DOS SANTOS

Prof. Dr. GEOVANI GURGEL ACIOLE DA SILVA

*Como tudo é movimento e continuidade, ao Gael, que
ainda nem chegou, mas ao vir renovará a vida.*

À Prof^a Dr^a Elen Rose Lodeiro Castanheira, pela capacidade de se doar ao que faz, pelos ensinamentos, pelo companheirismo e pela tolerância. Sua amizade e doçura são o instrumento para ensinar o que não está nos livros.

Ao Prof. Dr. Adriano Dias, não só um grande mestre, mas um pesquisador e gestor dos assuntos da ciência como poucos, pela paciência comigo, pela disponibilidade e pela ajuda desprendida em todas as horas.

Evocando a memória de meu pai e minha mãe, aos meus irmãos, Milton, Carmen e Marcos, pelo amor e união, produto do espírito familiar que nos envolve, tão necessários nestes tempos difíceis. Muito especialmente à Carmen, que foi fundamental no estímulo a este trabalho.

Aos meus filhos, Beatriz e Danilo, pela tolerância e compreensão com as ausências.

À Sarita, pelo companheirismo, amor e dedicação que tornam mais leves os trechos mais difíceis nesse caminho da vida.

Aos meus gurus, com quem tanto aprendi e continuo aprendendo: à memória de meu pai, um sábio sem estudo formal, ao Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Júnior e ao Dr. José Ênio Servilha Duarte, por terem fornecido os fundamentos com que se constroem a dignidade do trabalho e da vida.

Ao Hélio Nunes, colega de pós-graduação, que ao conhecer melhor se revelou um grande parceiro, sempre disponível, e trouxe uma contribuição inestimável a este estudo com o tratamento estatístico e elementos que o tornaram mais sólido.

Aos companheiros do Projeto QualiAB: Prof^a. Maria Ines Battistella Nemes, Prof^a Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves, Prof^a Regina Melchior, Prof^a Ruth Terezinha Kehrig, Prof^a Wania Maria do Espírito Santo Carvalho, Prof. Valdemar Pereira de Pinho, Josiane Fernandes Lozigia Carrapato, Dr^a Mariana Arantes Nasser, Dr^a Marta Campagnoni Andrade, Nádia Placideli, Patrícia Rodrigues Sanine, Thaís Fernanda Tortorelli Zarili, Prof. Dagolberto Calazans Araujo Pereira, Dinair Ferreira Machado, Luceime Olívia Nunes, Carolina Siqueira Mendonça, Karina Rubia Nunes, Sabrina Sinabucro Kanesiro Bizelli, pelo compartilhamento de projetos e pelo prazer da convivência.

A todos os meus companheiros de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, especialmente à Dra. Maria Lígia Gerdullo Pin, Dr. Pedro Luís Pereira, Dr. Luiz Antonio Bertozo Sabbag, Edson Luiz da Silva, Meire Belchior Pranuvi, Heloísa Ferrari Lombardi, Suélen Ensinas e Paloma Correa Nascimento porque, além da cumplicidade no trabalho do dia-a-dia, estiveram sempre prontos a me socorrer e ajudar nos momentos que tanto precisei.

Aos meus colegas do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos, UFSCar, mas, sobretudo, aos estudantes, pois com eles tenho aprendido bem mais do que ensinado.

A todos os profissionais de saúde e cidadãos que acreditam num sistema público de saúde e enxergam no SUS a forma de se construir democracia e equidade, buscando um mundo melhor.

“E aquilo que nesse momento se revelará aos povos
Surpreenderá a todos, não por ser exótico
Mas pelo fato de poder ter sempre estado oculto
Quando terá sido o óbvio”

trecho de Um índio
Caetano Veloso

Monti, JFC. Associação entre gerenciamento local e a qualidade da gestão da atenção à saúde nas unidades de atenção básica em municípios do estado de São Paulo [Tese - Doutorado]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, 2016.

O estudo foca a importância fundamental da área de atenção básica à saúde no processo de desenvolvimento e operação do Sistema Único de Saúde, bem como, na implantação de redes, dado o caráter de coordenação do cuidado que se pretende com este compartimento do setor saúde. Estudo avaliativo, transversal, quantitativo, por adesão voluntária de unidade e município participante, teve por objetivo descrever alguns resultados do processo de aplicação do instrumento de autoavaliação QualiAB e investigar a associação dos variados níveis de qualidade entre a dimensão do *gerenciamento local* e a *gestão da atenção à saúde*. A coleta de informações foi realizada em 2010 e compreendeu 2735 unidades de atenção básica de 586 municípios paulistas, integrantes de todos os 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria de Estado da Saúde. A análise dos resultados percentuais de cada nível estabelecido de qualidade para cada um dos indicadores utilizados demonstrou grande heterogeneidade no panorama qualitativo do conjunto de unidades de atenção básica estudadas, mas com tendência de concentração nos níveis “intermediário” e “elevado” tanto para dimensão avaliativa *gerenciamento local* quanto na dimensão *gestão da atenção à saúde*. Na dimensão *gerenciamento local* as maiores proporções de unidades no nível mais elevado de qualidade se deram nos atributos: atividades de rotina do enfermeiro, atendimentos médicos não agendados e dispensação de medicamentos, enquanto as maiores proporções no pior nível de qualidade foram: forma de escolha de assuntos para tratar no conselho local de saúde, uso dos dados de produção e forma de agendamento de consultas médicas. Na dimensão *gestão da atenção à saúde* os percentuais mais elevados foram nas ações planejadas para saúde da mulher, início do acompanhamento da atenção pré-natal e ações realizadas na atenção ao adulto, enquanto as piores proporções se fizeram presentes no tratamento à sífilis na gestação, uso da sala de espera para atividades educativas e dispensação de preservativos. Através do tratamento não paramétrico foi possível estudar e confirmar, com forte consistência estatística, associação entre o domínio do *gerenciamento local* com o domínio da *gestão da atenção à saúde*, com influência recíproca nestes segmentos. Uma vez que o foco do processo avaliativo se concentra no processo de trabalho que se dá no interior das unidades de saúde é importante conhecer estes elementos bem como, a importância da qualificação dos profissionais para que se possa produzir intervenções que conduzam ao funcionamento que se espera nesse nível da atenção para que as redes de serviços de saúde funcionem adequadamente.

Palavras-chave: 1. Avaliação em saúde; 2. Avaliação de serviços de saúde; 3. Gestão de saúde; 4. Atenção básica à saúde; 5. Atenção primária à saúde; 6. Unidade Básica de Saúde; 7. Sistema Único de Saúde.

Monti, JFC. Association between local management and the quality of health care in primary care units in cities of São Paulo State. [Tese - Doutorado]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP, 2016.

The study focuses the absolute importance of primary health care onto both the development and operation of the Unified Health System in Brazil, as well as onto the implementation of health care networks, given the coordination character of attention that is intended with this health sector. Evaluative, cross-sectional, quantitative study, with voluntary joining by the participating units and cities, it aimed to describe some results of the process of self-assessment tool QualiAB and investigate the association of varying levels of quality between the dimension of the local management and the management of health care. Data collection was carried out in 2010 and included 2735 primary care units of 586 cities, members of all 17 Regional Health Departments (DRS) of the São Paulo State Department of Health. The analyzed percentages to each established level of quality for the studied indicators showed great heterogeneity to the qualitative overview of the studied basic care units. It showed, however, a tendency of concentration in the "intermediate" and "high" levels to both *local management* and *attention to health management* evaluative dimensions. About the *local management* dimension, the highest proportions to units at the highest level of quality are given to the following attributes: daily activities of nurses, non-scheduled medical consultation and drugs distribution, while the highest proportions to units at the lowest level of quality were: way to select the subjects to be dealt in the local health council, use of produced data and way to book physician consultations. About the *management of health care* dimension, the highest percentages were in the actions planned for women's health, early monitoring of prenatal care and actions taken in attention to adults, while the lowest percentages were present in the treatment of syphilis in pregnancy, use of the waiting room for educational activities and condoms distribution. By nonparametric treatment it was possible to study and confirm, with strong statistical consistency, association between the dimensions *local management* and *health care management*, with mutual influence between them. Given that the focus of the evaluative process concentrates on the work process that occurs within the health facilities, it is important to know these elements, as well as the importance of professional qualification, so that it becomes possible to produce interventions that lead to the expected operation in this level of attention in order to a proper functioning of the health care networks.

Keywords: 1. Health evaluation; 2. Health services evaluation; 3. Health management; 4. Primary health care; 6. Health center; 7. Unified Health System.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	01
1.1.	Breves notas sobre antecedentes históricos do SUS	01
1.2.	A atenção básica à saúde	04
1.2.1.	Desenvolvimento da atenção básica à saúde no estado de São Paulo	07
1.3.	Redes de atenção à saúde	10
1.4.	A atividade de avaliação	13
1.4.1.	Instrumental de avaliação	15
1.4.2.	O instrumento de avaliação de unidades de Atenção Básica - QualiAB	16
1.5.	Possibilidades do estudo e questões de pesquisa	18
2.	OBJETIVOS	20
2.1.	Objetivos gerais	20
2.2.	Objetivos específicos	20
3.	MÉTODO	21
3.1.	Desenho do estudo	21
3.2.	Campo do estudo	21
3.3.	Instrumento e Banco de dados	21
3.4.	Modo de análise	25
3.4.1.	Descrição dos eventos	25
3.4.2.	Abordagem analítica	26
3.4.3.	Análise estatística e apresentação de resultados	26
3.5.	Aspectos éticos	26
4.	RESULTADOS	27
5.	DISCUSSÃO	42
6.	CONCLUSÃO	48
7.	REFERÊNCIAS	49
	ANEXO 1	69
	ANEXO 2	98

Lista de Quadros e Tabelas

Quadro 1 - Abordagens da Atenção Primária em Saúde	05
Quadro 2 - Número de municípios aderidos à Estratégia de Saúde da Família (ESF), de equipes implantadas e estimativa de cobertura populacional. Estado de São Paulo, 2000-15.	10
Quadro 3 - Classificação dos indicadores do QualiAB-2010 segundo unidades de análise: dimensões, domínios e subdomínios.	24
Tabela 1 - Municípios participantes do QualiAB 2010 e do estado de São Paulo, de acordo com faixas populacionais, 2010.	27
Tabela 2 - Participação dos municípios, classificados em grandes áreas geográficas do estado, de acordo segundo dimensão populacional, 2010.	28
Tabela 3 - Municípios participantes do QualiAB 2010 e do estado de São Paulo, de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social, 2010.	28
Tabela 4 - Média de pontuação, em ordem decrescente, dos indicadores com melhores resultados na aplicação do instrumento QualiAB em 2.735 unidades básicas de saúde nos municípios do Estado de São Paulo, 2010.	29
Tabela 5 - Média de pontuação, em ordem crescente, dos indicadores com piores resultados na aplicação do instrumento QualiAB em 2.735 unidades básicas de saúde nos municípios do Estado de São Paulo, 2010.	29
Tabela 6 - Distribuição percentual de unidades básicas de saúde, segundo pontuação para cada indicador na dimensão Gerenciamento Local. QualiAB, 2010.	30
Tabela 7 - Distribuição percentual de unidades básicas de saúde, segundo pontuação para cada indicador na dimensão Gestão da Atenção à Saúde. QualiAB, 2010.	32
Tabela 8 – Escores de gestão da atenção à saúde e de suas dimensões e subdimensões, segundo escore do gerenciamento local. QualiAB, 2010.	35
Tabela 9 – Escores de gestão da atenção à saúde, segundo escore de recursos materiais, procedimentos e insumos básicos. QualiAB 2010.	39
Tabela 10 – Escores de gestão da atenção à saúde, segundo escore de informação, planejamento e avaliação. QualiAB 2010.	40
Tabela 11 – Escores de gestão da atenção à saúde, segundo escore de coordenação do trabalho. QualiAB 2010.	40

Lista de Figuras e Gráficos

Figura 1 - [Mapa] Distribuição dos municípios do estado de São Paulo, segundo participação na avaliação pelo QualiAB, 2010.	22
Gráfico 1 - Indicadores (dimensão Gerenciamento Local) e percentuais de unidades, segundo resultado de cada nível obtido do indicador. QualiAB, 2010.	31
Gráfico 2 - Indicadores (dimensão Gestão da Atenção à Saúde) e percentuais de unidades, segundo resultado de cada nível obtido do indicador. QualiAB, 2010.	33
Gráfico 3 – Unidades básicas de saúde, distribuídas segundo escores de Gerenciamento Local e de Gestão da Atenção à Saúde. Estado de São Paulo. QualiAB, 2010.	34
Gráfico 4 – Boxplot de distribuição dos escores de gestão da atenção à saúde, segundo quartis dos escores de gerenciamento local. QualiAB, 2010.	35
Gráfico 5 – Boxplot de distribuição dos escores de educação em saúde, segundo quartis dos escores de gerenciamento local. QualiAB, 2010.	36
Gráfico 6 – Boxplot de distribuição dos escores de agravos de relevância epidemiológica e social, segundo quartis dos escores de gerenciamento local. QualiAB, 2010.	36
Gráfico 7 – Boxplot de distribuição dos escores de seguimento programático - saúde da mulher, segundo quartis dos escores de gerenciamento local. QualiAB, 2010.	37
Gráfico 8 – Boxplot de distribuição dos escores de seguimento programático - saúde da criança e do adolescente, segundo quartis dos escores de gerenciamento local. QualiAB, 2010.	37
Gráfico 9 – Boxplot de distribuição dos escores de seguimento programático - saúde do adulto e da pessoa idosa, segundo quartis dos escores de gerenciamento local. QualiAB, 2010.	38
Gráfico 10 – Boxplot de distribuição dos escores de seguimento programático - saúde bucal, segundo quartis dos escores de gerenciamento local. QualiAB, 2010.	38
Gráfico 11 – Boxplot de distribuição dos escores de gestão da atenção à saúde, segundo quartis do domínio recursos materiais, procedimentos e insumos básicos. QualiAB, 2010.	39
Gráfico 12 – Boxplot de distribuição dos escores de gestão da atenção à saúde, segundo quartis do domínio informação, planejamento e avaliação. QualiAB, 2010.	40
Gráfico 13 – Boxplot de distribuição dos escores de gestão da atenção à saúde, segundo quartis do domínio coordenação do trabalho. QualiAB, 2010.	41

Lista de Abreviaturas

AB – Atenção Básica

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração Previdenciária

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IDSUS – Índice de Desempenho do SUS

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NHS – National Health Service

OPAS-OMS – Organização Pan-Americana de Saúde-Organização Mundial de Saúde

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

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

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

QualiAB – Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das mais avançadas políticas públicas e um dos principais avanços de cidadania no Brasil, em que pesem seus desafios e necessidades de aprimoramento. Por essa razão, estudos de avaliação assumem grande importância, como nesta pesquisa. Para melhor situar a pesquisa no contexto do SUS, são apresentados quatro tópicos: breves notas sobre antecedentes históricos do SUS; a atenção básica; redes de atenção à saúde e a atividade de avaliação.

1.1. Breves notas sobre antecedentes históricos do SUS

O sistema de saúde do Brasil, que foi se construindo nas décadas de 1920 a 1960, tratando de forma distinta saúde pública e medicina previdenciária, característica que se acentuou a partir de meados da década de 1960. Com a adoção de um modelo fortemente centrado na atividade médico-hospitalar, com centralização da gestão e da arrecadação de recursos acoplada à transferência da prestação de serviços ao setor privado (BRAGA; de PAULA, 1981; PUGIN; NASCIMENTO, 1996), teve expressiva transformação e desenvolvimento a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2016). Esta constituição, emergida de um rico momento político de reconstrução democrática do país, fortemente influenciada em seu capítulo de saúde, técnica e politicamente, pelo chamado movimento de reforma sanitária e sua expressão mais ampla, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, demarca, entre outras transformações, outro paradigma para o setor: da saúde qualificada como direito de cidadania (PAIM, 2013) e se procura o rompimento com a fragmentação entre saúde pública e medicina previdenciária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Portanto, a constituição de 1988 demarca para o setor saúde o firme propósito de integrar as atividades de caráter preventivo àquelas de natureza curativa, além de um conjunto de políticas públicas, sociais e econômicas, para garantir tal direito.

Uma transformação de tal natureza e dimensão foi, evidentemente, antecedida de referências em movimentos nacionais e internacionais, tanto os mais remotos historicamente quanto os mais próximos dos anos 80, como veremos adiante, ao tratar de aspectos do modelo de atenção.

Mais distante, para início do século passado, nos deparamos com o que talvez

seja o primeiro marco na modelagem do sistema de saúde na forma que hoje se concebe como a mais adequada, que foi a instituição de um conselho no Reino Unido no ano de 1919, por iniciativa do Ministro da Saúde, com a finalidade de opinar sobre a organização de futuros serviços médicos e cuja produção deu origem, em 1920, ao documento que ficou conhecido como Relatório Dawson¹ e foi uma das contribuições inspiradoras, ao menos no nível conceitual, à implantação do National Health Service (NHS) em 1948 (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Além da própria implantação e funcionamento do serviço de saúde inglês, que inspirou, durante décadas, no imaginário e na ação de profissionais de saúde da área pública tanto a modelagem de sistemas de saúde, quanto, especialmente, o reconhecimento da importância da atenção básica ou primária, em 1978 tem lugar em Alma-Ata a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde, como marco inicial do compromisso firmado em sua 30ª Assembléia Mundial de Saúde: *“Saúde para Todos no ano 2000”* (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Outra fonte da qual se nutriu a formação do SUS se refere à tentativa, ainda na vigência do regime militar, de se reformular a assistência médica no âmbito da previdência social. A área de previdência que vicejara nos primórdios do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em recursos e possibilidades e estimulava na assistência à saúde um sistema centralizado e privatista, adentra a década de 1980 com crescentes dificuldades de financiamento, em grande medida proporcionadas pelo próprio modelo adotado. Nesse contexto, adota uma série de medidas, nas quais preponderava um sentido de racionalização, mas que, por outro lado, produziram os primeiros movimentos de integração entre áreas do setor saúde e entre união, estados e municípios na produção de serviços de saúde. Assim, numa estratégia denominada Ações Integradas de Saúde (AIS) se desenvolve um movimento inicial (PAIM, 1986), mas robusto, de indução ao processo de municipalização de unidades e de revisão do modelo, com elementos de fortalecimento público na prestação de serviços de saúde (ROMERO, 2008).

Evidentemente, não se pretende neste breve espaço discutir com profundidade os determinantes da criação e implantação do Sistema Único de Saúde, mas deixar marcadas algumas influências deste processo. Pretende-se, também, assinalar um componente que

¹ O relatório ganhou esse nome porque o Conselho foi presidido por Sir Bertrand Edward Dawson, Lord Dawson of Penn, dentre outras ocupações, médico da coroa britânica.

esteve presente nos movimentos, processos e instâncias que geraram essas influências: a importância fundamental da atenção básica na organização de um sistema de saúde. Seja como conceito, presente no Relatório Dawson e na Declaração de Alma-Ata, seja como ação racionalizadora, presente nas Ações Integradas de Saúde, seja como ação política democratizante, de forma de garantir acesso ao direito à saúde, presente no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde e na Constituição Federal, seja como instrumento indispensável de um sistema de saúde universal, como pretende a regulamentação atual do SUS, aí incluída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tudo isto destaca e ilumina o papel relevante da Atenção Básica (AB) na organização de sistemas de saúde.

Denota-se que promulgada a nova constituição em 1988 se tem um novo marco de referências para o sistema de saúde, o que não significa a chegada, de pronto, a um novo sistema de saúde. Ao contrário, a nova carta constitucional deixara espaço aberto e muito trabalho para o futuro, no sentido de se produzir legislação complementar e arranjos institucionais e técnicos que pudessem suportar um sistema de saúde muito mais arrojado, evoluído e complexo que aquele que existia naquele momento.

A atenção à saúde é, então, regulamentada pelas leis 8.080 e 8.142, ambas do ano de 1990, inaugurando a legislação infraconstitucional do Sistema Único de Saúde - SUS, reafirmando os princípios constitucionais: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e descentralização administrativa. A lei 8.142 corrigiu ainda um vazio deixado pela Lei 8.080, relativo à participação popular, determinando mecanismos de controle social por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, com composição de 50% de representação de usuários e 50% de representação de gestores e trabalhadores de saúde.

A partir desse marco o sistema de saúde brasileiro avança entre contradições (SANTOS, 2004; PAIM, 2013). Do ponto de vista institucional e gerencial são criadas e progressivamente fortalecidas as instâncias de gestão interfederativa (Comissões Intergestores) nos níveis regional, estadual e federal (SOUZA, 2002; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Concomitantemente, há forte desenvolvimento de arranjos municipais nos serviços de saúde e este processo de municipalização foi responsável, em grande medida, pelos avanços do sistema como um todo e, particularmente, da atenção básica (YUNES, 1999). Da mesma forma, são editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012). Também com relação aos programas procura-se estruturar o sistema dotando-o das

condições técnicas necessárias ao cumprimento dos princípios constitucionais e dispositivos legais. Porém, naquilo que se refere à relação público-privado e com relação ao financiamento o sistema vive espremido entre a demanda por serviços e sua capacidade de realização (SOARES; SANTOS, 2014), aqui incluída a área de atenção básica (MENDES; MARQUES, 2014). Portanto, atuam no mesmo sistema forças antagônicas, que impelem o sistema para frente e que refreiam seu desenvolvimento.

Não parece haver divergência com relação ao desenvolvimento do SUS, em especial à ampliação de acesso (BRASIL, 2003, PAIM et al, 2011). Neste particular, a área de atenção básica, em plano geral, e, mais particularmente, a Estratégia de Saúde da Família, tiveram influência decisiva nesse panorama geral de evolução do sistema de saúde (GIL, 2006; ESCOREL, 2007). Entretanto, ao lado de significativo avanço no sistema de saúde com o advento do SUS, remanescem e, por vezes se acentuam conflitos de natureza essencial. Entre esses se podem destacar: no plano das relações interfederativas aqueles oriundos da imprecisão sobre a responsabilidade da execução e do financiamento de determinadas ações de saúde; no plano da organização do sistema, os originários das atribuições, escopo, funcionamento e articulação dos vários níveis de complexidade; no plano da produção global de saúde, os que nascem da ausência de melhor regramento e regulação para serviços públicos, para serviços privados e da relação entre eles, para uma convivência mais harmônica entre esses subsistemas; chegando mesmo àqueles que se dão na relação entre os poderes da república, como se vê no crescente processo de judicialização de demandas da saúde, com as distorções que este processo tem causado. No âmbito das práticas de saúde, a crescente legitimação do ideário neoliberal traz como consequência a desqualificação genérica dos serviços públicos - e do SUS como um todo - dificultando a visibilidade dos avanços concretos do sistema público de saúde.

1.2. A atenção básica à saúde

Um primeiro e importante movimento a se realizar aqui é se conceituar atenção básica à saúde e a terminologia usada neste estudo, uma vez que a expressão comporta distintas compreensões (PAIM, 2012), para em seguida descrever essa área da produção de cuidado em saúde. Pode-se iniciar com a denominação em si: atenção primária ou atenção básica? Para iniciar a discussão dessa questão é importante apresentar diferentes

interpretações da expressão Atenção Primária em Saúde (APS).

A expressão Atenção Primária em Saúde tem sido utilizada e defendida com diferentes concepções que estão relacionadas ao escopo, função, abrangência e finalidade deste setor no sistema de saúde, decorrência direta dos aspectos doutrinários e ideológicos que se associam a cada uma das possibilidades de sua configuração. De acordo com o quadro abaixo, a OPAS/OMS (2007) em seu documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, adaptando categorias utilizadas por Vuori (1984; 1985) apresenta contribuição à compreensão das diversas interpretações e sentidos com que essa expressão adquiriu.

Quadro 1: Abordagens da Atenção Primária em Saúde

Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:

Abordagem	Definição ou conceito de Atenção Primária em Saúde	Ênfase
APS Seletiva	Enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF).	Conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre
Atenção Primária	Refere-se à porta de entrada do sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde
“APS abrangente de Alma Ata”	A Declaração de Alma Ata define a APS como “atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter. Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde”.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde
Enfoque em Saúde e Direitos Humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se pretendem alcançar melhoras de equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde

documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPAS, © 2007.

O sentido aqui adotado para a expressão Atenção Básica tem sinonímia com aquele que se apresenta no quadro como “APS abrangente de Alma-Ata” ou APS integral,

não porque já a tenhamos alcançado de maneira uniforme, mas porque o sistema de saúde se encontra numa espécie de trânsito entre as categorias mostradas e a esta forma se pretende chegar. Esta escolha tem alinhamento com a visão sistêmica das redes de atenção à saúde, nas quais a Atenção Básica tem papel estratégico enquanto elemento de organização e regulação.

Adentrando no que consiste, afinal, a Atenção Básica e compreendendo que é este um nível estruturante da atenção integral à saúde, porta de entrada e primeiro contato na rede de serviços, integradora de ações de coletivas e individuais, local de continuidade do cuidado e reguladora do acesso aos demais níveis e serviços da rede (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014) não se trata de entendê-la como um nível simples ou simplificado de atenção. Ao contrário, possivelmente seja, de fato, o ponto mais complexo de uma rede de atenção à saúde, pela diversidade de suas ações e pela incerteza de seu trabalho, o que requer equipes de trabalhadores qualificados e aptos para lidar com variadas dimensões e situações inesperadas.

O uso de Atenção Básica é uma adaptação para o Português do Brasil e tem sido usada com significação indistinguível de Atenção Primária em Saúde (MELLO; FONTANELLA; PIVA, 2009). Entretanto, guarda simbolismo que vai além de sua definição no campo da saúde. Incorpora em si os movimentos que levaram à construção de nosso sistema de saúde, o que leva à suspeição de justa vinculação simbólica com a luta política por um sistema de saúde mais evoluído e civilizado, de atenção universal e integral e os que a portam o fazem na busca de demarcar que, nesse contexto, Atenção Básica desejam comunicar um sentido de atenção fundamental e indispensável, aproximando-se do significado já mencionado da APS integral.

Portanto, a opção por este uso se alinha ao que predomina no que estabelecem as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011c; SÃO PAULO, 2012) e procura respeitar o universo simbólico aqui mencionado.

Mais importante que a semântica, é importante assinalar que atenção básica, nestes termos, é a que (STARFIELD, 2002):

- a) Funciona como porta de entrada preferencial na cadeia de eventos em que consistirá o cuidado em saúde,
- b) Tem capacidade de acompanhar os indivíduos, ou seja, prestar cuidado de forma longitudinal, sendo a instância responsável por ele,

- c) Integra atenção preventiva e curativa e dispõe de mecanismos para prover atenção a outras necessidades de saúde,
- d) Coordena o cuidado, com ação direta em seu próprio âmbito ou articulando-se com outros pontos de uma rede de atenção,
- e) Assiste não apenas indivíduos, mas possui capacidade de interação na comunidade, articulando recursos de vários setores.

Importante mencionar, para que se tenha dimensão bastante concreta e objetiva, a evolução, ao menos no aspecto quantitativo, da atenção básica no país. Apenas na modalidade Saúde da Família, que não abarca todas as formas de prática da AB, chegou-se ao final de 2015 com 40.162 equipes implantadas, o que certamente se encontra no contexto daquilo que o SUS avançou muito positivamente e dá dimensão da importância da AB na organização de uma eficiente rede de atenção à saúde. Não se pode deixar de registrar aqui o papel do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)², programa ainda recente, implantado em 2013, dos mais bem sucedidos no desenvolvimento do SUS e que foi direcionado especificamente à atenção médica no interior da atenção básica (BRASIL, 2015).

1.2.1. Desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde no estado de São Paulo

Com relação ao estado de São Paulo, as iniciativas públicas no início do século passado estiveram limitadas ao enfrentamento de problemas de saúde pública e intervenções sanitárias (BLOUNT, 1972), nos moldes do que se convencionou chamar na história do setor saúde no Brasil de “campanhismo”.

Nas décadas seguintes, há os primeiros movimentos no sentido da evolução desta forma de enfrentamento dos problemas de saúde pública, de um modelo de polícia sanitária para um modelo de educação sanitária. Ainda na década de 1920, sob forte influência da Fundação Rockefeller e a liderança de Geraldo Horácio de Paula Sousa nasce a defesa de um organismo, o Centro de Saúde, que comporia uma rede ambulatorial geral e única de serviços, descentralizada e regionalizada, e teria como incumbência as ações de

² Segundo informações do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> num período de cinco anos (2008-2012) foram acrescentadas 4.104 equipes de Saúde da Família no país. Nos últimos três anos (2013-2015) o acréscimo foi de 5.447 equipes.

higiene e educação sanitária, combate às verminoses e endemias locais e saneamento do meio, o que representou uma mudança no modelo tecnoassistencial vigente (MASCARENHAS, 1973; FARIA, 2002; MOTA; SCHRAIBER, 2013). Como Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado promoveu uma reorganização do órgão, que propunha, dentre outras coisas, a implantação de cinco Centros de Saúde na capital, dos quais apenas dois foram efetivamente implantados³.

Embora a ideia do Centro de Saúde, como organismo unificador de ações, só vá ser retomada mais tarde, durante as décadas seguintes o governo estadual assume, numa concepção de “sanitarismo” a implantação de programas e serviços verticais como, por exemplo: as ações para o controle de endemias, a rede de postos de puericultura e atendimento a gestantes, os dispensários e hospitais para cuidar da tuberculose, os serviços voltados à hanseníase. Tais serviços, especialmente os dispensários, que se constituíam em serviços ambulatoriais, tiveram o papel de embriões dos centros de saúde, que comporiam a rede de atenção básica.

Outro marco fundamental da evolução da rede de atenção básica no estado de São Paulo se refere à profunda reforma da Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social conduzida durante a gestão de Walter Leser, levando a um novo paradigma de organização para o setor saúde no estado, centrado, sobretudo, no profissionalismo e capacidade técnica (MOTA; SCHRAIBER, 2011) e permitiu a partir da década de 1970 horizontalização, diversificação de programas e capilaridade (CASTANHEIRA, 1996). Durante a primeira gestão (1967-1971) retoma a ideia do Centro de Saúde como local de unificação de ações sanitárias, com pessoal especializado, formado para esse fim⁴. De volta à função no período 1975-1979, retomou e aprimorou os elementos da reforma, com o uso de um moderno modelo de Programação em Saúde (MELLO; BONFIM, 2015), expandindo uma rede de serviços, contribuindo no que é hoje, ao lado de unidades adicionadas no período posterior pelas gestões municipais, a rede de atenção básica no estado de São Paulo.

Nos anos 80, com o advento da crise na Previdência Social e o consequente Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, elaborado pelo recém-criado Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP), cuja face

³ Um dos Centros de Saúde implantados foi o Centro Modelo do Instituto de Higiene, o primeiro Centro de Saúde do Brasil.

⁴ Uma das carreiras criadas especificamente para essa fase de organização do sistema estadual de saúde foi a de Médico Sanitarista, que deveria constituir a figura permanente de gestão da rede de Centros de Saúde.

operacional se deu com as Ações Integradas de Saúde, se inicia uma fase de reformulação da rede de atenção básica paulista, não só pela modificação induzida nas unidades de gestão estadual, como pela ampliação da rede com a construção e implantação de unidades municipais. De fato, no contexto de uma nova onda política, no sentido da democratização e encerramento do ciclo da ditadura militar, ocorrem movimentos sinérgicos que atingem os governos estadual e municipais.

Do lado do governo estadual, a partir dos anos 80 começa a ser patrocinada uma mudança no sentido da eliminação da dicotomia entre atividades de prevenção e curativas, de modo a permitir uma atenção mais integrada em seus centros de saúde. Em outra via a Secretaria de Estado da Saúde lança um programa para fixação de médicos em municípios que não dispunham desse profissional, envolvendo fortes elementos de municipalização das ações (DUARTE, 2002). De parte do governo federal, as AIS trazem a possibilidade de reforço no financiamento de unidades ambulatoriais públicas, tanto municipais quanto estaduais. Em relação aos municípios, há intenso movimento a partir de meados dos anos 80 na direção da implantação de unidades de atenção básicas municipais, o que provoca um importante aumento da rede de unidades básicas de saúde (PIMENTA, 1993).

Esses elementos combinados, associados, por um lado, ao processo de democratização em curso, que envolvia uma nova forma de se produzir políticas públicas de saúde - que dentre outras faziam parte do que se tratava como “resgate da dívida social” – e, por outro, da disposição de muitos profissionais e gestores de saúde de implantar os preceitos da chamada reforma sanitária, culminaram numa fase transitória, que constituiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que permitiu mais alguns passos no processo de descentralização e unificação do sistema de saúde (COHN, 1989; PIMENTA, 1993), e se constituiu num dos importantes movimentos que levaria ao SUS inscrito na Constituição Federal de 1988.

Do ponto de vista da atenção básica, após trilhar a trajetória descrita aqui de forma bastante sintética, não só estava constituída a rede de atenção básica, como esta se encontrava agora configurada com fortes elementos do processo de municipalização de saúde, na medida em que a adesão às iniciativas de ampliação da rede básica e aceitação das unidades do estado à gestão municipal havia sido muito intensa nos municípios do estado de São Paulo.

Em termos do modelo adotado, embora tenha ocorrido adesão na dimensão

mencionada à municipalização do SUS, especialmente no componente de atenção básica, talvez em razão de já existir no estado de São Paulo uma rede consolidada de unidades básicas, o processo de adesão ao modelo de Estratégia de Saúde da Família não alcançou a mesma intensidade de outras regiões do país, que em 2015 alcançou a cobertura populacional estimada de 63,7%. Mesmo assim, o crescimento na implantação de equipes foi crescente, como se pode observar no quadro abaixo.

Quadro 2: Número de municípios aderidos à Estratégia de Saúde da Família (ESF), de equipes implantadas e estimativa de cobertura populacional. Estado de São Paulo, 2000-15.

Ano	População Total	Equipes de Saúde da Família			
		Municípios com eSF	Equipes Implantadas	Estimativa da População coberta	% de Cobertura
2000	35.816.740	278	828	2.775.664	7,7
2001	37.630.106	351	1.175	3.935.799	10,5
2002	37.630.106	413	1.774	5.929.582	15,8
2003	38.177.742	436	2.101	7.047.339	18,5
2004	38.713.606	452	2.354	7.905.457	20,4
2005	38.713.606	454	2.527	8.475.333	21,9
2006	40.461.133	466	2.780	9.358.012	23,1
2007	41.074.072	474	2.941	9.903.810	24,1
2008	41.074.072	485	3.134	10.526.985	25,6
2009	41.012.785	487	3.216	10.812.635	26,4
2010	41.385.189	499	3.380	11.389.542	27,5
2011	41.262.199	507	3.524	11.848.882	28,7
2012	41.587.182	516	3.792	12.766.477	30,7
2013	41.901.219	534	3.744	12.601.254	30,1
2014	41.901.219	576	4.780	16.055.607	38,3
2015	41.901.219	581	4.968	16.702.753	39,9

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

1.3. Redes de atenção à saúde

Para que o sistema de saúde possa funcionar adequadamente, cumprindo e respeitando os princípios que norteiam o SUS e, dentre eles, de forma especial o da integralidade, não é suficiente um conjunto de serviços se seu funcionamento ocorre de

forma fragmentada, já que esta introduz condição crítica ao sistema (MENDES, 2010). Para que se produza atenção à saúde com qualidade é necessária a organização e articulação de serviços em redes de atenção, como tem demonstrado a experiência internacional em sistemas de caráter universal, insistentemente referenciada nas várias políticas e programas públicos de saúde. Nessas redes de atenção tem sido reconhecido o papel preponderante da atenção básica, não apenas por sua capilaridade e potencialidade para a garantia de acesso ao sistema como um todo, como por seu papel ordenador e regulador das demais ações que deverão ocorrer em diferentes níveis do sistema de saúde (LAVRAS, 2011). Há evidências de melhor performance de sistemas de saúde quanto mais efetiva é a atenção básica. Starfield em 1994, comparando sistemas de saúde de vários países demonstrou que há resultados⁵ progressivamente melhores em seu funcionamento e no padrão de gastos quanto maior é a força da atenção básica⁶ (STARFIELD, 1994). Estudos posteriores reafirmaram esses achados, mostrando a potência da atenção básica com elemento estrutural central da organização de sistemas de saúde (STARFIELD; SHI, 2002; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003).

As redes de atenção, embora previstas e descritas desde o Relatório Dawson, são atualmente uma exigência advinda das características dos problemas que o setor saúde tem a enfrentar e tem se modificado bastante em anos recentes, de modo a ajustar e alinhar as necessidades de saúde e a forma que o sistema de saúde se organiza para atendê-las (OPAS, 2011). Em primeiro plano, tem-se o fenômeno da transição epidemiológica, que significa substituição de morbi-mortalidade de problemas agudos para condições crônicas (em países em desenvolvimento costuma significar uma situação epidemiológica de dupla carga de doenças – a de doenças agudas, em geral infecto-contagiosas convivendo com doenças crônicas). Em segundo lugar, o fenômeno da transição demográfica, com o envelhecimento populacional, que se associa ao fenômeno anterior e modifica o panorama dos agravos e as

⁵ Foram utilizados para mensurar resultados: a) Classificação das taxas para 14 indicadores de saúde, b) Classificação para gastos totais de sistemas de saúde per capita, c) Classificações para a satisfação de cada população com seu sistema de saúde, d) Classificações para gastos por pessoa para medicamentos prescritos pela paridade do poder de compra.

⁶ Classificada utilizando 5 características do sistema de saúde que se pensava estarem associadas a uma forte atenção primária (distribuição geográfica de profissionais e instalações de saúde de acordo com o grau de necessidade; o tipo de médico designado como médico de atenção primária; os honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; o número de médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; e a extensão da cobertura de seguro para os serviços de saúde) e 6 características das unidades de saúde que refletem uma forte atenção primária (extensão na qual as pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de atenção primária, força das relações entre as pessoas e seu médico de atenção primária; medida em que a unidade de atenção primária tratou de necessidades comuns; o grau de coordenação entre a atenção primária e outros serviços de saúde; a orientação familiar da atenção primária; e a orientação comunitária da atenção primária).

possibilidades de intervenção (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Em terceiro lugar, o desenvolvimento tecnológico, que demanda novas formas de abordagem (MENDES, 2012). Dentre outros, esses são fenômenos centrais que impelem a organização de redes de atenção à saúde.

No caso brasileiro, dada a configuração interfederativa do SUS, a implantação de redes de atenção à saúde poderá produzir, além dos mencionados atributos e virtudes operacionais, impacto positivo com relação à governança local e regional, já que, ao menos no nível conceitual, deverá aprimorar a relação das várias esferas de governo, indispensável à integração de serviços (SANTOS; ANDRADE, 2008), conforme pretendeu o Decreto 7.508 de 29 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

Do ponto de vista da organização sistêmica, hoje o principal desafio e o que se busca é a organização de redes regionais de saúde, suficientes para a resolução dos problemas de saúde em determinado território, ou seja, resolutivas e com mecanismos de comunicação, logística e regulação suficientes para a garantia dos princípios doutrinários do SUS de integralidade, universalidade e equidade. Isto porque o setor saúde apresenta uma grande complexidade assistencial, com multiplicidade de serviços, cada qual com diferentes funções e graus de especialização. Além disso, o sujeito do cuidado prestado em saúde é móvel, a depender da necessidade de saúde, demandando percorrer os vários tipos de serviços em determinados momentos.

Portanto, para melhor entendimento do que é e de como se configura, encontra-se a seguir texto de parte da portaria do Ministro da Saúde, de 2010, que estabelece diretrizes para a organização de redes de atenção saúde (BRASIL, 2010c):

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção,

ênfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

O destaque intencional de trecho da Portaria 4.279 se deu para enfatizar o entendimento do papel da Atenção Básica na organização das mencionadas redes.

Embora todos os compartimentos desta rede assistencial tenham relevância, especialmente quando nos referenciamos no conceito de integralidade da atenção à saúde e estejamos tratando de uma rede de natureza poliárquica, a Atenção Básica tem um papel fundamental, no processo de vinculação e responsabilização pela clientela e ordenação do cuidado no interior da rede.

1.4. A atividade de avaliação

A atividade de avaliação de serviços de saúde vem tendo importância crescente na temática de gestão a partir das últimas três décadas, possivelmente como imposição concreta ao se lidar com fenômenos e sistemas que progressivamente viram crescer sua complexidade. A combinação de demandas cada vez mais diversificadas, decorrência de estruturas epidemiológicas em progressiva transformação, tecnologias em rápida expansão, formas organizativas complexas de serviços de saúde e custos crescentes no setor, colocaram inquietação, cada vez maior, sobre a forma de se produzir cuidado em saúde. Uma forma de responder a isto está relacionada ao investimento em processos de avaliação, em particular no desempenho das ações e serviços de saúde.

Também é de se destacar que a motivação para se avaliar pode ser de variadas ordens. Dentre elas, haverá o objetivo de ampliar a capacidade de oferecer cuidado à saúde, com qualidade crescente, ou seja, fornecimento de serviços cada vez melhores e mais alinhados às necessidades de saúde. Entretanto, haverá também o interesse em avaliar como ferramenta de medidas isoladamente racionalizadoras e redutoras de custos. Neste particular, um dos fenômenos dos dias atuais, cada vez mais impregnado no imaginário e no senso comum da sociedade é a falsa visão de que há monumental ausência de gestão no setor público de saúde, o que faz que os recursos se tornem insuficientes. Aos que se alinham a esta visão, a atividade de avaliar teria por objetivo revelar e denunciar as falhas de gestão, num contexto que se desalinha da produção de cuidado centrada nas pessoas e está

mais ocupada em controlar do que em promover o desenvolver atividades, como a de cuidar. Exemplo disto parece ser a implantação de modelos de avaliação em órgãos de controle externo, não por serem impróprias, mas porque tem centralidade na ação de controle, como veremos adiante ao apresentar alguns instrumentos atuais para a atividade de avaliação.

Para adentrar em alguns apontamentos nesta ainda recente área do conhecimento, um de seus exploradores mais paradigmáticos e fundadores, Avedis Donabedian (1919-2000) trouxe importante contribuição quanto a concepções conceituais, ferramentas e formas de análise para a atividade de avaliação na área de saúde (DONABEDIAN, 1980, 2005). Dentre as contribuições conceituais encontra-se a classificação dos objetos de avaliação em estrutura, processo e resultado, emprestando conceitos aplicados na Teoria Geral de Sistemas. Mais adiante ofereceu, num outro modelo, a ampliação do conceito de qualidade com a utilização do que chamou de "os sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

A avaliação em saúde pode contemplar diferentes dimensões, desde aquelas ligadas às situações determinantes de dada situação de saúde, até avaliações econômicas, destinadas a investigar custos no setor. Para o presente estudo, se abordou o tema no contexto do modelo donabediano, utilizando as variáveis de processo, como forma de tentar analisar o grau de ajustamento entre as demandas em saúde com a capacidade de atendimento das mesmas em realidades locais.

Embora sempre reconhecida como necessidade na gestão de serviços de saúde em inúmeros documentos e manifestações oficiais, no interior do setor saúde e, mais recentemente, em outros organismos externos ao setor saúde, a atividade de avaliação é ainda pouco praticada na rotina de funcionamento do sistema de saúde no Brasil (SILVA; FORMIGLI, 1994). Significa dizer que no setor saúde, mesmo na área de Atenção Básica onde a atividade de avaliação tem tido presença crescente, ainda não está, por diversas razões, plenamente institucionalizada como atividade inerente ao funcionamento de unidades, redes e sistemas de saúde.

1.4.1. Instrumental de avaliação

Há um discurso recorrente acerca da necessidade de melhoria dos mecanismos de avaliação do sistema de saúde e vários instrumentos têm sido disponibilizados para apoiar os gestores do SUS. Especialmente, na área de Atenção Básica, reconhecida sua importância, instrumentos e processos que possam promover sua avaliação são fundamentais para o desenvolvimento de atividades deste setor. Do ponto de vista da produção de pesquisas sobre avaliação da AB promovidas pelo Ministério da Saúde, estudo do período 2000-2006 detectou expressivo número de iniciativas (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008), indicando a possibilidade bastante forte de estarmos no início de um processo que tem a avaliação de serviços como preocupação do desenvolvimento do setor saúde. Restará, em seguida, incorporar tal atividade à operação cotidiana dos serviços.

Na área de atenção básica há vários instrumentos de avaliação em uso e em desenvolvimento, como PCA Toll (BRASIL, 2010b), PMAQ (BRASIL, 2011b) e outros, além do próprio QualiAB, que será apresentado adiante. Isto não revela um problema em si, senão a dimensão do desafio de avaliar uma área tão complexa como a Atenção Básica. Tal desafio, provavelmente vinculado à sua complexidade, deriva da diversidade de ações a realizar e incertezas que envolvem a operação do local que tem o papel de porta de entrada de uma rede de atenção à saúde, fazendo da mesma uma das mais complexas também nos aspectos de organização e gerenciamento.

O instrumento e processo de avaliação denominado QualiAB foi desenvolvido por pesquisadores do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Trata-se de um instrumento de autoavaliação e, nesse sentido, aplicável pela própria unidade básica de saúde e será apresentado a seguir.

Conforme mencionado, há outros instrumentos dentro do próprio setor saúde que no todo ou em parte abordam questões de saúde na área de atenção básica. Exemplo disto é o índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

Outras ferramentas têm surgido fora do setor saúde. Em geral em órgãos com papel de auditoria, cujo sentido ainda se centra de forma mais importante no controle externo, tem aparecido um movimento de produzir e aplicar instrumentos que possam avaliar a ação realizada pelo órgão público de saúde, não se limitando a aspectos da execução financeira. Ainda há, entretanto, uma predominância de dotar esta atividade de

caráter controlador e de cobrança com eficiência de processos, mas, quem sabe, possa transitar no futuro também para uma função de desenvolvimento e melhoramento (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014; TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2015).

1.4.2. O instrumento de avaliação de unidades de Atenção Básica - QualiAB

O instrumento de avaliação chamado QualiAB, voltado às unidades de Atenção Básica, teve por base, para sua elaboração e desenvolvimento, a teoria do trabalho em saúde e seus desdobramentos para as avaliações em saúde, em particular para serviços de atenção primária. Usou como referência para sua elaboração outro instrumento para autoavaliação de serviços, o QualiAids, devido à semelhança de pressupostos teórico-metodológicos e adoção de estrutura avaliativa semelhante (NEMES, 2004; 2009).

O QualiAB é um questionário estruturado e autoaplicável, construído a partir de pesquisa avaliativa realizada no estado de São Paulo, em 2007, com recursos da linha de fomento PPSUS. Esta pesquisa, inicialmente aplicada somente no município de Bauru, expandiu-se depois numa aplicação para 131 unidades básicas de saúde de 37 em municípios da Região Centro-Oeste do estado de São Paulo (CASTANHEIRA et al, 2009). Num posterior movimento o instrumento, agora revisado, foi aplicado em 598 unidades básicas de saúde de 115 municípios pertencentes ao território dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Bauru, Registro e Sorocaba, a partir de metodologias que incluíram entrevistas com integrantes da Secretaria Municipal de Saúde e grupos focais com trabalhadores, gerentes e usuários (CASTANHEIRA et al, 2014).

O QualiAB foi validado por discussão com grupo de especialistas, e por avaliação da consistência interna (α de Cronbach e análise fatorial) e avaliação do poder de discriminação em relação ao universo estudado (Análise de Componente Principal), utilizando-se o programa SPSS, versão 14.0.

O questionário resultante é composto de 85 questões, sendo: 20 descritivas (caracterizando os serviços), 65 pontuadas (gerando indicadores de qualidade) divididas internamente nas seguintes seções: I - identificação e características gerais do serviço; II - registro de dados e informações em saúde; III - organização da atenção à saúde (com subdivisão por perfil geral de atividades, recepção, acompanhamento de rotina, saúde da

mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde bucal); IV - perfil das atividades; e V - características do processo gerencial. As 65 questões pontuadas têm uma escala de padrão 0, 1 e 2, sendo 0: padrão insuficiente; 1: padrão aceitável e 2: melhor padrão esperado (CASTANHEIRA et al, 2011).

O QualiAB tem como foco avaliativo a organização do trabalho como forma de aproximar-se do modo como as ações assistenciais são gerenciadas e diretamente realizadas no processo de atenção aos usuários pelos profissionais que estão na ponta terminal do sistema. A diversidade dos serviços e a existência de diferentes modelos assistenciais demandaram a utilização de um instrumento estruturado (CASTANHEIRA et al., 2011). Para isso, ele busca conciliar a quantificação de elementos que indicam o êxito técnico e as características do trabalho, que podem auxiliar os sujeitos envolvidos na superação de dificuldades.

Em 2010, após aprovação em comissão bipartite, o referido questionário foi tomado como um instrumento de apoio à gestão da saúde no estado de São Paulo. Ele foi respondido, via web, em 586 Municípios (dos 645 existentes no estado), englobando 2735 unidades (dentre as 2844 cadastradas pelos 586 municípios) e 61 das 64 Regiões de Saúde do estado participaram com ao menos um serviço. O número de unidades básicas de saúde e municípios participantes permite considerar ter havido grande adesão ao instrumento e ao processo avaliativo. Reconheça-se, tal objetivo foi atingido em importante medida pela participação dos Articuladores de Atenção Básica, profissionais de saúde pertencentes ao quadro da Secretaria de Estado da Saúde, que lidam diretamente com este setor da rede de atenção e fazem a ligação técnica e institucional entre o governo estadual e os governos, e gestores e profissionais localizados no nível municipal (ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011).

Além de estruturado e validado, o QualiAB vem sendo considerado de boa capacidade para avaliação da Atenção Básica (Castanheira et al., 2011). Uma de suas características, que favorece essa potencialidade, é a de permitir a avaliação de unidades de saúde organizadas segundo diferentes arranjos do trabalho e em diferentes realidades locorregionais; sendo, portanto, adequado à realidade paulista. Trata-se de um questionário com grande sensibilidade - particularmente relacionada aos princípios da Atenção Primária em Saúde, às ações prioritárias e à forma de atuação dos profissionais -, mas em que a especificidade tem limites, uma vez que se destina a estabelecer avaliações aplicáveis a todas as unidades básicas estado de SP. Essa condição exige que a abordagem avaliativa

abstraia a maioria das características específicas locais, operando o julgamento mediante padrões válidos para todos os contextos.

Além do foco no processo de avaliação, o QualiAB, a exemplo de outros instrumentos de auto aplicação, como o AMQ, se destina a servir de indutor da reflexão dos próprios profissionais e gestores, visando à transformação dos processos de trabalho nas unidades de saúde a que se destina, promovendo ciclos de desenvolvimento e melhoramento contínuos.

1.5. Possibilidades do estudo e questões de pesquisa

Conforme já se apresentou, temática bastante abordada nos dias atuais se refere à gestão no âmbito da saúde, particularmente no interior do setor público, figurando esta no imaginário da sociedade como uma atividade débil, na medida em que limitações do sistema de saúde são atribuídas de forma simplista às deficiências na gestão do sistema em seus diversos níveis. Entretanto, não há precisão no senso comum e mesmo dentre profissionais de saúde do que sejam níveis adequados de gestão e operação de vários serviços de saúde, ou níveis adequados de qualidade no trabalho desses estabelecimentos. Por essa razão é preciso aprimorar referências e se atuar em processos de avaliação, iluminando de forma muito especial a importância de se cuidar do tema da gestão, não apenas como valor intrínseco nos movimentos de avaliação, mas também pelo valor político que pode assumir na representação que o público faz sobre esta questão.

Portanto, dada a relevância destas temáticas para sistemas e redes de atenção à saúde, o objeto da presente pesquisa se refere à importância da gestão e da gerência local da própria unidade de saúde na determinação da qualidade da atenção básica, o que de certa forma poderá contribuir para compreender a relação entre gestão e processo de trabalho em unidades de Atenção Básica.

As categorias de Donadedian professam que o processo avaliativo pode contemplar variáveis relacionadas à estrutura, a processos e a resultados. No presente estudo, o instrumento dedicou-se a avaliar, sobretudo, variáveis de processo. Partindo da hipótese de que há associação mútua entre o caráter da gestão e o caráter da atenção à saúde, já ressaltada a centralidade do instrumento na avaliação de processos, procura-se responder as seguintes perguntas:

1) Quais atributos organizacionais preponderam na determinação da qualidade dos serviços?

2) Quais indicadores de avaliação tem melhores e piores frequências de ocorrência?

3) Há associação dos atributos da dimensão do gerenciamento local com os da dimensão da atenção à saúde?

4) É possível a obtenção de indicadores ligados à gestão que possam ser preditivos de determinados padrões de qualidade para os serviços de atenção básica?

6. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu concluir, através da análise da aplicação do instrumento QualiAB no ano de 2010, que há associação entre os processos relacionados com o gerenciamento local e a gestão da atenção à saúde em unidades de atenção básica no estado de São Paulo. Permitiu ainda fazer um panorama dos indicadores avaliados, no sentido de mensurar aqueles em que ocorrem níveis satisfatórios de qualidade da atenção e os que, por pior desempenho, necessitam de ações que busquem corrigir tais situações e desenvolver o segmento da atenção básica à saúde.

Permitiu ainda enxergar um panorama do grau de qualidade para cada indicador avaliado, no qual se constata um grau de heterogeneidade no conjunto de unidades básicas de saúde.

Com o presente estudo se testou numa matriz de agrupamento para facilitar e permitir melhor compreensão quando se faz a análise de resultados obtidos na avaliação.

Além de atender a estes objetivos do estudo, foi possível abordar o papel da atenção básica à saúde no contexto de sistemas de saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde. Tal fato ganha importância num momento em que parecem cada vez mais necessários arranjos em rede de nossos serviços de saúde, para que se garanta não apenas equidade, mas, sobretudo, integralidade da atenção em nossa realidade.

Enfatiza esta importância o crescente debate acerca de transformações nos arranjos de organização e governança do SUS. Compreender o papel da atenção básica à saúde, entendida como elemento ordenador da rede de serviços tem fundamental relevância, especialmente frente às ameaças cada vez mais frequentes à sustentabilidade do SUS.

Os aspectos que este estudo permitiu esclarecer certamente são somente mais uma singela contribuição no entendimento do setor público de saúde e, certamente, estudos posteriores serão necessários para prosseguir no conhecimento e discernimento do conjunto de relações que conformam o funcionamento de organismos tão complexos como é o caso de uma unidade de saúde voltada à atenção básica.

7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Belo Horizonte, 2003, 136 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

ALMEIDA P.F.; GIOVANELLA L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago, 2008.

ANDRADE, Marta Campagnoni; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 980-990, Dez. 2011.

ATUN R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network), 2004. Available in <<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>>, accessed 20 Jul. 2016.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saude soc.*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, Jun 2009.

BALDERAS, Martha Alicia Alcántara (coord.) et.al. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de La atención a la salud D. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 2012.

BLOUNT, III, John Allen. A administração da saúde pública no estado de São Paulo o serviço sanitário 1892-1918. *Rev. adm. empres.* São Paulo, v. 12, n. 4, p. 40-48, Dec. 1972.

BOSSERT, Thomas; LARRANAGA, Osvaldo; RUIZ MEIR, Fernando. Decentralization of health systems in Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* Washington, v. 8, n. 1-2, p. 84-92, Aug. 2000.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Goes de. Saúde e previdência: estudos de

política social. *São Paulo; CEBES-HUCITEC; 1981. 226 p.*

BRANDÃO, Ana Laura da Rocha Bastos da Silva; GIOVANELLA, Ligia; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desafios e Reafirmação de seus Princípios e Diretrizes. Brasília : Editora do MS, 1ed, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção. 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília, 2010a. 140 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil - Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010c.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde: Projeto AGAP / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2011d. 280 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 128 p.

BRASIL. [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 92/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. - Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BROWNSON, Ross C. et.al. Researchers and Policymakers- Travelers in Parallel Universes. *Am J Prev Med*; v. 30, n. 2, p. 164–172, 2006.

CAMARGO JR. KR et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S58-S68, 2008.

CAMPBELL, S M; BRASPENNING, J; HUTCHINSON, A; MARSHALL, M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*, v. 11, p. 358-364, 2002.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 2, n. 6, p. 131-147, nov. 2006.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (org.). Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo : Aderaldo & Rothschild, 2008. 411 p.

CARNEIRO, Maria do Socorro Melo et al . Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 279-295, Oct. 2014.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de et al . A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, Apr. 2012.

CASTANHEIRA, E.R.L. Gerência do trabalho em saúde: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo. São Paulo, 1996. 196 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et. al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. *Saúde Soc*; v. 18, supl.2, p. 84-88, abr.-jun. 2009.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et al . QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saude soc., São Paulo, v. 20, n. 4, p. 935-947, Dec. 2011.

CASTANHEIRA, E.R.L.; NEMES, M.I.B.; ZARILI, T.F.T.; SANINE, P. R.; CORRENTE, J. E. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, Out-Dez 2014.

CASTANHEIRA et al. Desafios para a avaliação na Atenção Básica: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira (organizadores). Práticas de avaliação em saúde no Brasi : diálogos. Porto Alegre : Rede Unida, 2015. 374 p.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, Apr. 2010.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et.al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(9):1772-1784, set, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.:41- 65, 2004.

CERRUTTI, M., MANZELLI, H., NECCHI, S., PECHENY, M. y PETRACCI, M. Calidad de Atención en Salud. Serie seminarios salud y politica publica. Seminário IV, CEDES, 2004.

CHILE. Superintendencia de Salud. Departamento Estudios y Desarrollo. Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud. Diciembre 2010. 17 p.

COHEN, Deborah et.al. A practice change model for quality improvement in Primary Health Care. J Healthc Manag, v.49, n.3, p.155-68, May/Jun, 2004.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova, São Paulo, n. 19, p. 123-140, Nov. 1989.

CONASEMS. A atenção básica que queremos. Brasília, 2011.

CONILL, Eleonor Minho; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife, v. 10, supl. 1, p. s14-s27, Nov. 2010.

CONILL, EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423, set-out, 2004.

CONILL, EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. S7-S27, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Seminário nacional de atenção primária em saúde e sobre as relações público-privado no sistema único de saúde. Brasília, novembro de 2010. 3p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Seminário Nacional de Modalidades de Gestão no SUS. Brasília, 6 e 7 de agosto de 2007.

CORONADO-ZARCO, Roberto et. al. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab, v. 25 n.1, p.26-33, 2013.

COSTA, Ana María et al. ; coordinación general de Carolina Tetelboin Henrion ; Asa Cristina Laurell . Por el derecho universal a la salud : una agenda latinoamericana de análisis y lucha. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2015. 219 p.

CUETO, Marcos. The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. American Journal of Public Health, v. 94, n. 11, p. 1864-74, Nov. 2004.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Lígia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no

contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DELGADO, Adalberto E. Llinás. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*, v. 26, n. 1, p. 143-154, 2010.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, vol. 114, p. 1115-118, 1990.

DONABEDIAN, Avedis. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). *Control de Calidad Asistencial*, v. 6, n. 1, p. 1-6, 1991a.

DONABEDIAN, Avedis. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (segunda parte). *Control de Calidad Asistencial*, v. 6, n. 2, p. 31-39, 1991b.

DONABEDIAN, Avedis. Calidad, coste y salud: un modelo integrador. *Rev. Calidad Asistencial. Suplemento n. 01; v. 16, p. S40-S52, 2001a.*

DONABEDIAN, Avedis. Criterios y estándares para evaluar y monitorizar la calidad. *Rev. Calidad Asistencial. Suplemento n. 01; v. 16, p. S68-S78, 2001b.*

DONABEDIAN, Avedis. Epidemiología de la calidad. *Rev. Calidad Asistencial. Suplemento n. 01; v. 16, p. S54-S62, 2001c.*

DONABEDIAN, Avedis. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Rev. Calidad Asistencial. Suplemento n. 01; v. 16, p. S11-S27, 2001d.*

DONABEDIAN, Avedis. Evaluación de tecnología y calidad. Estudio comparativo de evidencias y ambigüedades. *Rev. Calidad Asistencial. Suplemento n. 01; v. 16, p. S89-S94, 2001e.*

DONABEDIAN, Avedis. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Rev. Calidad Asistencial. Suplemento n. 01; v. 16, p. S80-S87, 2001f.*

DONABEDIAN, Avedis. La Calidad de la Atención Médica. Rev.Calidad Asistencial. Suplemento n. 01; v. 16, p. S29-S38, 2001g.

DONABEDIAN, Avedis. La investigación sobre la calidad de la atención médica. Rev.Calidad Asistencial. Suplemento n. 01; v. 16, p. S64-S66, 2001h.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005.

DONNANGELO, Maria Cecília. Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

DUARTE, José Enio Sevilha. Avanços e desafios do SUS: o papel do município e da academia. Saude soc. [online]. 2002, vol.11, n.1, pp.37-52.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

ESCOREL, S. et.al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

ESPANHA. SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Manual de Calidad Asistencial. Sociedad de Calidad Asistencial, 2009. 671 p.

FACCHINI, Luiz Augusto et al . Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s159-s172, 2008.

FARIA, Horácio Pereira de et al. Modelo assistencial e atenção básica à saúde 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2010. 68 p.

FARIA, Lina Rodrigues de. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 561-590, dez. 2002.

FERNANDES, VBL et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, v.43, n.6, p.928-36, 2009.

FERNANDES, Léia Cristiane Löeblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1541-1552, Oct. 2009.

FERREIRA, Ricardo Corrêa et al. Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. *Revista brasileira de educação médica*, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*, vol.9, nº.18, p.489-506, Dez 2005.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, May 2006.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71p.

HARZHEIM, Erno; STEIN, Airton T; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 18,n. 1, p. 23-40, Jan./Jun. 2004.

HERNÁNDEZ, Pedro Jesús Saturno. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. *Revista de calidad asistencial*, v. 13, n. 7, p. 437-443, 1998.

HERNANDEZ-TORRES, Francisco et.al. Queja médica y calidad de la atención en salud. Revista CONAMED, v. 14, n. 3, p. 26-34, jul - sep 2009.

HORA, Henrique Rego Monteiro; MONTEIRO, Gina Torres Rego; ARICA, José. Da Confiabilidade em questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. Produto & Produção, v. 11, n. 2, p. 85 - 103, jun. 2010.

IBANEZ, Nelson et al . Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, Sept. 2006.

IBGE. Censo Populacional do Estado de São Paulo – IBGE, 2010.

JONES RF, FROOM JD Faculty and administration views of problems in faculty evaluation. Academic Medicine, v. 69, n. 6, p. 476-483, 1994.

KONDER, Mariana Teixeira. Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) com a rede assistencial do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013, Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc., v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez 2011.

LONDON. MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services. Dawson Interim Report, 1920. 30 p.

MACINKO, J; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. Health Services Research, v. 38, n. 3, 2003.

MADUREIRA, Paulo Roberto de; DE CAPITANI, Eduardo Mello; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 45-59, Jan. 1989.

MALLET, Ana Luisa Rocha. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. Rev. SOCERJ; v. 18, n. 5, p. 449-456, set.-out. 2005.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S163-S171, Jan. 2002.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. História da saúde pública no Estado de São Paulo. Rev Saude Publica, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 433-446 , dec. 1973.

MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria (organizadores). Caminhos para análise das políticas de saúde. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p.

MEDICI, André Cezar. Cobertura e Qualidade em Saúde: Como Medir... Como Avaliar? Monitor de Saúde BlogSpot, 2010. Disponível em <<http://monitordesaude.blogspot.com.br/2010/08/cobertura-e-qualidade-em-saude-como.html>>. Acesso 22 jul 2016.

MEDINA, Maria Guadalupe et al . Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 69-82, Oct. 2014.

MELCHIOR, Regina et al . Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 40, n. 1, p. 143-151, fev. 2006.

MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 1131-1149, Dez. 2011.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos, DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MELLO, Guilherme Arantes; BONFIM, José Ruben de Alcântara. Um sanitarista chamado Walter Leser. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2015, vol.20, n.9, pp.2749-2754.

MENDES, A., MARQUES, R.M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, out-dez, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011a. 2ª Ed. 549 p.

MENDES, Eugênio Vilaça (coord.). Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Brasília, 2011b. 120 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MENDONCA, Maria Helena Magalhães de; VASCONCELLOS, Miguel Murat; VIANA, Ana Luíza d'Ávila. Atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s4-s5, 2008.

MERHY, Emerson Elias. Alma ata qual é o jogo? 1986. 14 p. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-19.pdf>> acesso em 20.07.2016.

MEXICO. Secretaría de Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. Primera edición: Diciembre, 2012.

MEXICO. Secretaría de Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Segunda edición: Diciembre, 2012.

MINISTERIO DE SANIDAD, Servicios Sociales e Igualdad. Cap. 3 La calidad asistencial en la Unión Europea. In: Informe anual Sistema Nacional de Salud, Espanha, 2005. 25 p.

MIRANDA, Alcides Silva de; CARVALHO, André Luis Bonifácio de and CAVALCANTE, Caio Garcia Correia Sá. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.4, pp.913-920.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 345-360, abr.-jun. 2009.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.837-852, 2011.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Institucionalização da saúde pública paulista nos anos 1930-1940. *Rev Saude Publica*; v. 47, n. 5, p. 839-845, out. 2013.

NASSER, Mariana Arantes. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. São Paulo, 2015. 237p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

NEMES MIB et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S310-S321, 2004.

NEMES, Maria Inês Batistella et al . Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo , v. 55, n. 2, p. 207-212, 2009.

NEMES, Maria Ines Baptistella. Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Associação brasileira interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2001. 28 p.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. Ed. rev. e amp. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2012.

OBSERVATORIO GLOBAL DE SALUD ITALIANO. De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud. Rev.Medicina Social, v. 3, n.1, enero, 2008. file:///C:/Users/MICRO02/Downloads/189-1004-1-PB.pdf

OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. 64 p.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al . Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 43-50, Feb. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Atenção Primária em Saúde: agora mais do que nunca. Relatório Mundial 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPAS, © 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011a. 126 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011b. 137 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011c. 113 p.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Informe Dawson 1920 sobre el futuro de los servicios medicos y afines. Publicación Científica No. 93 Febrero de 1964.

-
- PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, June 1986.
- PAIM, J. S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E. R.; BÓGUS, C.M. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.183-212. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Serviços de saúde, 3).
- PAIM, Jairnilson Silva. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.34-46, maio-ago 2006.
- PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 40, n. spe, p. 73-78, Aug. 2006.
- PAIM, J. et. al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, p. 1778–97, May 2011.
- PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde Debate* - Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.
- PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, Oct. 2013.
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan.-mar. 2014.
- PASTERNAK, Suzan. O Estado de São Paulo no Censo 2010. Observatório das Metrópoles. Disponível em: <http://www.observatoriodasmetrolopes.net/download/Censo_2010_Sao_Paulo.pdf>. Acesso: 20 Jul. 2016.
- PÉREZ, Héctor Javier Sánchez; HERNÁNDEZ, Jorge Alejandro Flores; MATEO, Miguel Martín. Métodos e indicadores para la evaluación de los servicios de salud. Universitat Autònoma de Barcelona, 2011. 164 p.
- PIMENTA, Aparecida Linhares. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta.

Saude soc., São Paulo, v. 2, n. 1, p. 25-40, 1993.

PINHEIRO, Roseni e Mattos, Ruben Araujo de (organizadores). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012.

PISCO, Luis. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2841-2852, June 2011.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al . Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 209-220, Oct. 2014.

PUGIN, Simone Rossi; NASCIMENTO, Vânia Barbosa do (orient.: Amélia Cohn). Principais marcos das mudanças institucionais no setor Saúde (1974-1996). São Paulo: Cedec, dez. 1996, 33p. (Série Didática, nº 1).

RAMOS; Lais Helena Domingues; GRIGOLETTO, Marcus Vinicius Diniz. Gestão de serviços de saúde. UNA-SUS | UNIFESP, 2012.

REIS, Eduardo J. F. B. dos et al . Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, Mar. 1990.

REIS, Regimarina Soares; RIBEIRO, Sabrina Varão Oliveira; COIMBRA, Liberata Campos; SILVA, Nilza Bezerra Pinheiro da. Atenção Primária nas Américas no Brasil: uma perspectiva histórica e política. IV Jornada internacional de políticas públicas. Maranhão, 2009.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. São Paulo, 2007, 307 p. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle; CACCIA-BAVA, Maria do Carmo Gullaci Guimarães. A atenção básica na construção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1340-1343, Oct. 2009.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 343-352, Feb. 2014.

ROMERO, L.C.P. O Sistema Único de Saúde - um capítulo a parte. In: *Constituição de 1988: O Brasil 20 anos depois. v. V (Os cidadãos na Carta cidadã)*, Brasília: Senado Federal, Instituto Legislativo Brasileiro, 2008.

ROSA, WAG, LABATE, RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 1027-34, Nov-Dez, 2005.

ROVERE, M. Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. 2012.

SAKELLARIDES, Constantino. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *RUN - RPSP - V. Tematico n 2, a 10*, p.101-108, 2001.

SALA, A.; NEMES, M.I.B.; COHEN, D.D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p. 741-751, out-dez, 1998.

SAMOTO, Amelia Keiko. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP. São Paulo, 2013. 147 p. Dissertação (mestrado) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

SANTOS, AM; GIOVANELLA L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública*, v.48, n.4, p.622-631, 2014.

SANTOS, Daniela Lacerda; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. *Saúde debate*, v. 38, n. 103, p.744-755, 2014.

SANTOS, L.; ANDRADE, O.M.A. Rede Interfederativa de saúde. In: SILVA, S.F. (org.) Redes de atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP : IDISA : CONASEMS, 2008.

SANTOS, N. R. Organização da Atenção à Saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do modelo SUS? *Saúde em Debate*, v. 28, p. 279-288, 2004.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 582-600, Jul-Set 2015.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde; COSEMS/SP. Diretrizes e estratégias para estruturação da política estadual de atenção básica do Estado de São Paulo. São Paulo; SES/SP; jul. 2012. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/projetos/caderno-da-atencao-basica/caderno_da_atencao_basica_11_07_12.pdf. Acesso em 21 jul. 2016.

SAUTER, Angela Maria Weizenmann; PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon; KOPF, Aguida Wichrowski. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. *REME - Rev. Min. Enferm.*, v. 16, n. 2, p. 265-274, abr./jun., 2012.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. *Rev bras med fam comunidade*. Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, Abr.-Jun 2012.

SCARATTI, Dirceu; CALVO, Maria Cristina Marino. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 446-455, June 2012.

SCARATTI, Dirceu. Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses. Florianópolis, 2007. 315 p. Tese (doutorado). Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SILVA, L. M. V., FORMIGLI, V. L. A.. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVEIRA, DS et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n.9, p.1714-1726, set, 2010.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, Jan-Mar 2014.

SOUZA, R.R. Construindo o SUS. A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Rio de Janeiro, 2002.

STARFIELD B. Is primary care essential? Lancet, v. 344, n. 8930, p. 1129-33, Oct 1994.

STARFIELD B. Is US health really the best in the world? JAMA; v. 284, n. 4, p. 483-5, Jul 2000.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, B, SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy. v. 60, n. 3, p. 201-218, Jun. 2002.

SUÑOL, Rosa. Reflexiones sobre calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial , v. 16, p. S79, 2001.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011.

TANAKA, OU; TAMAKI, EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO; Tribunal de Contas do Estado do Acre [Coordenação]. Gestão da atenção básica à saúde no Brasil: auditoria coordenada. Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015. 64 p.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (TCESP). Índice de efetividade da gestão municipal. São Paulo, 2014. 63 p.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al . Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012.

VIANA, A. L. A., et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.

VUORI, H. Primary health care in Europe problems and solutions. Community Medicine. V. 6, n.3, p. :221-31, Aug. 1984.

VUORI, Hannu. Health for all, primary health care and general practitioners. Journal of the Royal College of General Practitioners, v.36, p. 398-402, September 1986.

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. Estud. av., São Paulo , v. 13, n. 35, p. 65-70, Apr. 1999.