



Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática

Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review

Evaluación de la atención básica de salud bajo la óptica de los usuarios: una revisión sistemática

Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula¹, Isabella Chagas Samico², Maria de Fátima Costa Caminha², Malaquias Batista Filho², Suzana Lins da Silva¹

Como citar este artigo:

Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Silva SL. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(2):331-340. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021>

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.

² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil, Recife, PE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Analyze the evaluation of the attributes of primary care made by users of basic units of Brazilian health by using PCATool instrument adapted to Brazil. **Method:** A systematic literature review conducted in the PubMed database, IBECs, LILACS, SciELO and BDTD. **Results:** 4,405 documents were found, selected 23 full texts. After Full reading and application of eligibility criteria, 14 articles were evaluated. The studies showed that primary care performs well in longitudinality attributes, completeness and coordination and worse performance on attributes access first contact, family counseling and community orientation, even in the basic units with the Family Health. **Conclusion:** The users of basic health units assessed as unsatisfactory attributes considered essential for a health care more equitable and competing for user autonomy and social control. It is inferred that there are still obstacles hindering user access to basic health services and care actions are still being developed without favoring user participation and the community context in which they live.

DESCRIPTORS

Primary Health Care; Health Services Evaluation; Program Evaluation; Review.

Autor correspondente:

Weslla Karla Albuquerque Silva de Paula
Rua dos Coelhos, 300
CEP 50070-550 – Recife, PE, Brasil
weslla19@hotmail.com

Recebido: 30/07/2015
Aprovado: 22/02/2016

INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata postulava que para o alcance do objetivo “Saúde para todos no ano 2000”⁽¹⁾, era necessário o desenvolvimento econômico e social dos países, bem como de políticas e ações governamentais que envolvessem outros setores, não somente o da saúde, e que contassem com a participação popular. Dessa maneira, a Atenção Primária à Saúde (APS) era primordial para atingir esse objetivo. Entendida como uma atenção à saúde abrangente, equânime e próxima às necessidades de saúde de indivíduos e comunidades, o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde seria a partir da APS⁽¹⁾.

Apesar do conceito mais abrangente adotado em Alma-Ata, diferentes abordagens de APS foram assumidas. Em países desenvolvidos, particularmente na Europa, reporta-se à porta de entrada do sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria da população, centrando-se na figura do médico generalista ou especializado em medicina familiar. Já em países em desenvolvimento, a APS possuiu originalmente um caráter seletivo, baseado em recomendações de órgãos internacionais, como o Banco Mundial, seguindo uma política neoliberal, reducionista dos gastos em saúde e limitadora do papel do Estado, privilegiando assim populações de baixa renda e programas específicos, as chamadas *cestas básicas de serviços*, especificamente na área de saúde materno infantil. Embora bem-sucedida em algumas de suas intervenções, existem muitas críticas sobre a abordagem seletiva da APS, uma vez que, por não considerar todos os determinantes de saúde, ignora a influência dos contextos social e econômico nesse processo⁽²⁾.

A despeito da divergência quanto à definição dos termos Atenção Primária à Saúde, Atenção Primária e Atenção Básica (AB), no Brasil, no final da década de 1990, documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) já incluíam a expressão Atenção Básica na perspectiva da organização dos serviços, provavelmente devido à própria trajetória de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ao elaborar propostas para a descentralização e organização do sistema ou como forma de diferenciar a Atenção Básica das proposições que reduziram a APS a meros pacotes de serviços⁽³⁾.

Somente em 2006, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 648⁽⁴⁾, foram estabelecidas as diretrizes e normas para a organização da AB, posteriormente atualizadas pela Portaria nº 2488/2011⁽⁵⁾. Nela, há uma revisita ao ideário de Alma-Ata e ao conceito ampliado de saúde ancorado na Constituição Federal de 1988, que norteou a criação do SUS. Conforme a PNAB, a APS e AB são assumidas como sinônimo, sendo caracterizada como o “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”⁽⁵⁾.

O reordenamento dos sistemas de saúde coordenado pela APS sobrepuja a perspectiva da atenção seletiva e de

simples nível de atenção, configurando-a como parte integrante da rede de atenção à saúde⁽⁶⁾. Como organizadora dos sistemas de saúde, a APS deverá, segundo referencial teórico de Starfield⁽⁷⁾, assumir os atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Tal concepção é percebida no texto da PNAB, sugerindo convergência entre os documentos oficiais do MS e o marco conceitual da autora, o qual também serviu como fundamento da presente investigação⁽⁸⁾.

Para avaliar a presença e extensão dos referidos atributos, a autora e seus colaboradores desenvolveram, na *John Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*, um instrumento autoaplicável chamado de *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* o qual permite mensurar os atributos da APS a partir da perspectiva do usuário (versões criança e adulto) e dos profissionais de saúde^(7,9). Este possui como alicerce o modelo de avaliação de qualidade dos serviços de saúde apresentado por Donabedian, o qual considera a tríade: estrutura, processo e resultado^(7,10).

Mesmo havendo outros instrumentos para avaliação da APS, o PCATool foi considerado o mais completo e adequado para mensurar os atributos necessários à APS, por permitir a avaliação de características de estrutura e processo dos serviços de cuidados primários e ser disponibilizado em diferentes formatos^(11,12). Adaptações no instrumento original do PCATool foram necessárias quando do processo de validação para o Brasil, as quais levaram em conta as características culturais da população e do sistema nacional de saúde⁽¹³⁾. Os serviços de cuidados primários no Brasil possuem como particularidade a Estratégia Saúde da Família, a qual desde 1994 é pretendida como modelo de reorientação da atenção básica, baseada no trabalho em equipe interdisciplinar responsável por território geograficamente definido⁽⁵⁾. O PCATool foi referido como aquele que permite uma avaliação mais próxima da Saúde da Família⁽¹²⁾, tendo inclusive uma publicação do MS a qual orienta sua utilização para avaliação dos equipamentos de saúde brasileiros baseados na APS⁽¹⁰⁾.

O mencionado instrumento possui versões adaptadas e validadas para a realidade brasileira⁽¹³⁻¹⁵⁾ e muitos estudos já as utilizaram para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS^(14,16-19). Todavia, a partir de busca realizada nas bases bibliográficas de dados MEDLINE, via PubMed, e SciELO, não foi encontrada revisão sistemática de literatura para acessar, de modo abrangente, a avaliação desses serviços, particularmente sob a ótica dos usuários, os quais servem como balizadores da qualidade da assistência prestada.

Neste contexto e, considerando o pressuposto de que as unidades com Saúde da Família são mais orientadas para APS que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais^(16,19), este artigo objetivou analisar a avaliação dos atributos da APS feita por usuários de unidades básicas de saúde brasileiras, mediante utilização de adaptações do instrumento PCATool para o Brasil.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura publicada entre os anos 2000 e 2013, tendo em vista que foi no

início da década passada que surgiram as primeiras publicações sobre o instrumento PCATool. A coleta dos dados ocorreu em janeiro de 2014, a partir da seguinte pergunta de pesquisa: *Qual a avaliação dos atributos da AB feita por usuários de unidades básicas de saúde brasileiras* (Unidades de Saúde da Família e Tradicional), *mediante utilização de adaptações do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) para o Brasil?* A formulação da pergunta considerou o acrônimo PICOS (Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Studies)⁽²⁰⁾, estratégia seguida também para definição dos critérios de elegibilidade. Foram incluídas pesquisas (artigos originais, dissertações e teses) que utilizaram o instrumento PCATool para avaliar os atributos da APS no Brasil, que tiveram como população os usuários dos serviços e que adotaram delineamento observacional, independentemente do tipo de estudo. Não houve restrições quanto ao idioma. Foram excluídos estudos que aplicaram o instrumento PCATool apenas para os profissionais de saúde, bem como aqueles que utilizaram formulário readaptado para atenção à tuberculose.

A fim de minimizar possível viés de publicação, realizou-se uma ampla investigação nas bases de dados, sendo usadas como fontes de informações: MEDLINE/PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Ainda, investigaram-se dados de dissertações e teses publicadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e de artigos identificados nas referências das publicações sobre a temática.

A estratégia de busca foi realizada por dois pesquisadores de forma independente. Os resultados encontrados foram confrontados, sendo as discordâncias resolvidas por meio de consenso. Os passos para busca, seleção dos estudos e processo de extração dos dados estão descritos abaixo:

Passo 1: Para a busca no MEDLINE/PubMed escolheu-se os descritores em saúde correspondentes em inglês (Medical Subject Headings – Mesh), combinados com os operadores booleanos AND e OR, ((“Primary Health Care”[Mesh]) AND (“Program Evaluation”[Mesh]) OR “Health Services Research”[Mesh]) AND “Brazil”[Mesh], agrupados de forma a esgotar todas as possibilidades e prover maior sensibilidade e especificidade à busca. Já para o SciELO, LILACS e IBECs foram feitas as adaptações utilizando as palavras “Atenção primária à saúde”, “Avaliação de serviços de saúde” e “Avaliação de programas e projetos de saúde”, igualmente combinados com os operadores booleanos AND e OR.

Passo 2: Mediante a leitura dos títulos e, quando necessário, dos respectivos resumos, todos os textos encontrados foram avaliados quanto à adequação à temática proposta. Aqueles que tratavam sobre outras temáticas foram excluídos já nesta etapa, bem como aqueles em duplicata.

Passo 3: Os dados extraídos dos artigos foram transcritos para um formulário eletrônico contendo informações quanto ao título, autores, ano de publicação, revista, delineamento, local de realização do estudo, desfecho, amostra,

resultados e risco de viés. Quanto aos usuários, investigaram-se variáveis que permitissem a caracterização desta população (sexo, idade, escolaridade). Por sua vez, quanto aos atributos da APS, as variáveis analisadas foram aquelas correspondentes aos desfechos primários de interesse, ou seja, os atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção e aquelas relativas aos desfechos secundários, ou seja, os atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural⁽⁷⁾.

Para fins de avaliação da qualidade metodológica dos estudos, foi utilizada a ferramenta *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*⁽²¹⁾ desenvolvida e testada⁽²²⁾ pelo grupo de pesquisadores do *Effective Public Health Practice Project* (EPHPP), ligado à Universidade de McMaster, Canadá. A ferramenta foi escolhida por ter sido elaborada com o intuito de prover qualidade às revisões sistemáticas, as quais promovam evidências que apoiem intervenções na área de saúde pública. Ademais, por ser recomendada pelo Grupo de Revisores em Saúde Pública da Cochrane para avaliação da qualidade dos estudos e do risco de viés⁽²³⁾. O instrumento original compreende 22 itens divididos em oito blocos (A-H): viés de seleção, desenho do estudo, confundidores, cegamento, método de coleta de dados, desistências e abandonos, integridade da intervenção e análises. Na avaliação dos primeiros seis blocos (A-F), individualmente estes podem ser classificados como forte, moderado ou fraco, de acordo com a definição de cada um desses critérios. Ao final, obtém-se um índice global que ordena cada artigo em: forte (ausência de itens fracos), moderado (presença de apenas um item fraco) ou fraco (presença de dois ou mais itens fracos)⁽²¹⁾.

Ainda, as publicações foram qualificadas de acordo com os níveis de evidência para estudos de eficácia/efetividade, embasados no sistema de classificação do *The Joanna Briggs Institute*⁽²⁴⁾: Nível 1 – Desenhos de pesquisas experimentais: 1.a – Revisão sistemática de ensaios randomizados controlados; 1.b – Revisão sistemática de ensaios randomizados, controlados e outros desenhos de estudo; 1.c – Ensaio controlado randomizado; 1.d – Pseudoensaios controlados, randomizados. Nível 2 – Desenhos quase experimentais: 2.a – Revisão sistemática de estudos quase experimentais; 2.b – Revisão sistemática de quase experimento e outros desenhos de estudo de menor evidência; 2.c – Estudos prospectivamente controlados de quase experimentos; 2.d – Pré-teste e pós-teste ou estudos de grupos controlados históricos retrospectivos. Nível 3 – Observacional – desenhos analíticos: 3.a – Revisão sistemática de estudos de coortes comparáveis; 3.b – Revisão sistemática de coortes comparáveis e outros desenhos de estudo de menor evidência; 3.c – Estudo de coorte com grupo controle; 3.d – Estudo de caso controle; 3.e – Estudos observacionais sem um grupo controle. Nível 4 – Observacional – estudos descritivos: 4.a – Revisão sistemática de estudos descritivos; 4.b – Estudo transversal; 4.c – Séries de casos; 4.d – Estudo de caso. Nível 5 – Opinião de especialista – Pesquisas de bancada em laboratório: 5.a – Revisão sistemática de opinião de especialistas; 5.b

– Consenso de especialistas; 5.c – Pesquisa de bancada de laboratório/opinião de um especialista.

Realizou-se análise descritiva dos dados e comparação com conhecimentos teóricos sobre a temática, a fim de colaborar com gestores e profissionais de saúde na tomada de decisões baseada em evidências. As referências bibliográficas identificadas através da estratégia de busca foram administradas pelo *software* EndNote versão X7 (Thomson Reuters).

RESULTADOS

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Inicialmente, foram encontrados 4.250 artigos, dos quais quatro por busca manual, e 155 dissertações/teses, totalizando 4.405 documentos. Após a eliminação das duplicatas,

dos estudos cujos títulos/resumos não correspondiam aos critérios de elegibilidade e não estavam disponíveis em texto completo, 23 títulos foram avaliados. Mediante nova leitura, nove artigos foram excluídos: seis por terem aplicado o instrumento PCATool apenas para os profissionais de saúde, dois por terem utilizado formulário readaptado para atenção à tuberculose e um por apresentar apenas o detalhamento dos métodos utilizados para a validação do instrumento PCATool Brasil – versão adulto e que, portanto, não trouxe os resultados⁽¹³⁾, não atendendo desta forma aos critérios de inclusão. Ao final do processo de seleção, a revisão sistemática abrangeu 14 estudos. O fluxograma da seleção dos documentos a cada etapa está sintetizado na Figura 1 e seguiu os critérios do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)⁽²⁵⁾.

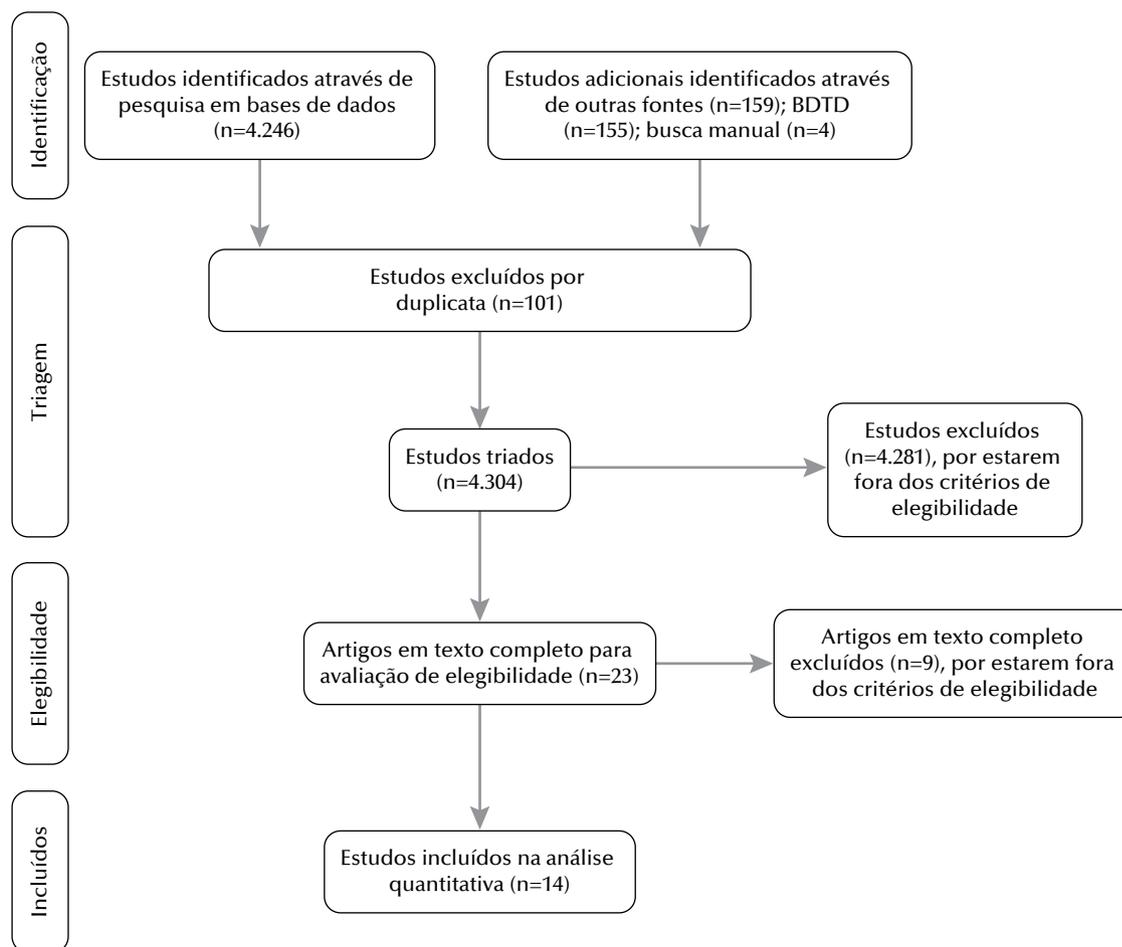


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão sistemática – Recife, PE, Brasil, 2014.

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS E PARTICIPANTES

Aproximadamente 87% dos estudos selecionados foram realizados em municípios das regiões sul e sudeste do Brasil^(14-15,18-19,26-33) e 67% fizeram comparação quanto à presença e extensão dos atributos da APS em unidades de saúde da família e unidades básicas tradicionais^(14,17-19,26-29,32). Ao todo, 12.643 usuários participaram das investigações, com amostras variando entre 44⁽³³⁾ e 2.923⁽²⁶⁾. Apenas três estudos não apresentaram nenhuma característica sociodemográfica dos participantes^(17,33-34). Houve predominância

de usuários do sexo feminino e as médias de idade dos participantes oscilaram entre 26,5⁽¹⁹⁾ e 46,7 anos⁽¹⁸⁾. Em relação à escolaridade, verificou-se heterogeneidade quanto à apresentação deste dado, ao passo que alguns estudos trabalharam esta variável como categórica, com diferentes intervalos de classe^(14,18-19,26-27,32), e outros como variável contínua (médias: 7,4⁽¹⁵⁾ e 8,8 anos⁽¹⁸⁾). Por sua vez, quatro estudos não forneceram informações a respeito da escolaridade dos participantes^(17,28,33-34). Na Tabela 1, encontram-se sumarizadas as características de cada estudo e os principais resultados.

Quadro 1 – Características gerais dos estudos publicados entre 2000 e 2014 sobre a avaliação dos atributos da Atenção Primária em Saúde, mediante utilização do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) – Recife, PE, Brasil, 2014.

Autor (ano)	Local do estudo	Desenho do estudo/Nível de evidência/Amostra	Principais resultados
Almeida C, Macinko J (2006) ⁽¹⁴⁾	Petrópolis, RJ	Transversal/4.b/469 usuários; 33 profissionais de saúde e 6 supervisores/gestores	No geral, as USF apresentaram melhor desempenho, quando comparadas às UBS tradicionais. Observaram-se baixos escores nos atributos: acesso, orientação comunitária e familiar para os dois modelos.
Ibañez N et al. (2006) ⁽²⁶⁾	62 municípios com mais de 100 mil habitantes do estado de São Paulo (exceto Capital)	Transversal/4.b/Usuários/acompanhantes (2.923) e profissionais de saúde (167)	A APS foi qualificada como pouco satisfatória. Em quase todas as dimensões, os <i>clusters</i> com indicadores sociais mais favoráveis apresentaram maior nível de satisfação. Os profissionais de unidades com ESF avaliaram o seu desempenho como sendo melhor.
Harzheim E et al. (2006) ⁽¹⁵⁾	Porto Alegre, RS	Transversal/4.b/468 cuidadoras de crianças 0-2 anos	O PCATool-Brasil possui adequada validade e confiabilidade, podendo constituir-se em instrumento nacional de avaliação da atenção primária à saúde após sua aplicação em outros contextos populacionais.
Elias PE et al. (2006) ^{(28) †}	São Paulo, SP	Transversal/4.b/1.117 usuários. Não menciona total de profissionais e gestores participantes	As percepções dos gestores/ profissionais são muito semelhantes para todas as dimensões estudadas e, em comparação às dos usuários, são sempre melhores. Os atributos acessibilidade, orientação comunitária e familiar foram baixos tanto nas Unidades ESF, quanto nas UBS tradicionais para os dois modelos, sendo o IAB aferido por meio dos usuários mais elevado para o ESF.
Macinko J, Almeida C, Sá PK (2007) ⁽²⁹⁾	Petrópolis, RJ	Transversal/4.b/468 usuários	No geral, os atributos porta de entrada, integralidade, orientação familiar e comunitária mostraram-se significativamente maiores para os usuários das USF ($p < 0,05$) do que para os usuários dos serviços tradicionais.
Oliveira MMC (2007) ⁽¹⁸⁾	Porto Alegre, RS	Transversal/4.b/1.393 usuários adultos	Observaram-se diferenças significativas entre os escores da APS para os diferentes serviços. À exceção do atributo acesso – utilização, todos os demais atributos foram baixos na maioria dos serviços.
van Stralen CJ et al. (2008) ⁽¹⁷⁾	GO: Águas Lindas de Goiás, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia, Luziânia, Rio Verde e Valparaíso de Goiás; MS: Campo Grande e Dourados	Transversal/4.b/Usuários (490) e acompanhantes (133) e profissionais de saúde de nível superior (302) e de nível médio/elementar (207).	A percepção dos profissionais foi mais favorável que a dos usuários. Quanto às dimensões, à exceção da dimensão acesso, estas foram mais favoráveis para unidades com saúde da família. Observaram-se baixos escores nos atributos: acesso, orientação comunitária e familiar nos dois modelos.
Zils et al. (2009) ^{(30) †}	Porto Alegre, RS	Transversal/4.b/1.154 usuários	Observou-se diferença significativa nas 12 variáveis que refletem a satisfação, demonstrando sempre maior satisfação nos usuários que classificaram o seu serviço como de alto escore de APS.
Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. (2011) ⁽¹⁹⁾	Montes Claros, MG	Transversal/4.b/350 cuidadoras de crianças 0-2 anos	Baixos escores foram encontrados para os atributos acesso de 1º contato, integralidade (serviços disponíveis), orientação familiar e comunitária. O escore geral mostrou valor próximo ao ideal entre as crianças que utilizavam a ESF e superior ao escore atribuído pelos cuidadores que utilizavam outros serviços.
Pereira MJB et al. (2011) ^{(31) †}	Um município do interior do estado de SP	Transversal/4.b/55 usuários adultos (> 18 anos) de uma UBS do referido município	Os atributos porta de entrada, elenco de serviços, coordenação e vínculo foram melhores avaliados, apresentando valores acima da mediana (7,0). Já os atributos formação profissional, acesso, orientação comunitária e orientação familiar apresentaram piores desempenhos.
Pinto MEB (2012) ⁽²⁷⁾	Porto Alegre, RS	Transversal/4.b/1.200 usuários adultos	As quatro práticas preventivas foram realizadas nos serviços de alto grau de orientação da APS e mesmo nesses serviços a orientação oportuna sobre promoção e prevenção estava abaixo do ideal. Os resultados apontam associação direta entre essas práticas e maior qualidade dos atributos da APS.
Oliveira VBCA (2012) ⁽³²⁾	Colombo, PR	Transversal/4.b/482 sujeitos, sendo 235 das ESF e 247 das UBS.	As unidades de ESF obtiveram escores superiores ao mínimo exigido em Afiliação, Coordenação, Integralidade, Orientação Familiar e Acessibilidade. No que concerne às UBS, todos os escores ficaram abaixo do ideal para a APS.
Braz JC (2012) ⁽³⁴⁾	Vitória da Conquista – BA	Transversal/4.b/271 cuidadores de crianças <1 ano pertencentes às áreas de abrangência das 13 equipes de saúde da família da zona urbana do referido município.	Os resultados revelaram escores elevados para apenas quatro dimensões: grau de afiliação, acesso de primeiro contato (utilização), longitudinalidade e coordenação (sistema de informação). Ao avaliar as dimensões em conjunto encontraram-se os escores essencial e geral com baixos valores.
Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG (2013) ^{(33) †}	Uma cidade localizada no nordeste do estado de SP	Transversal/4.b/44 mães de crianças < 1 ano pertencentes à área de abrangência de uma equipe da Estratégia Saúde da Família	Alto grau de afiliação entre as mães e a unidade de saúde às quais elas pertencem. Os atributos acessibilidade (uso dos serviços), longitudinalidade, coordenação de atenção, integralidade (serviços prestados) e orientação familiar e comunitária foram considerados fortes por mais de 80% das entrevistadas. Integralidade – serviços disponíveis – obteve o escore mais baixo.

AValiação DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

Com base nos critérios que compõem a ferramenta *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*⁽²¹⁾, alguns não foram inteiramente atendidos. Em três investigações, os indivíduos selecionados para participar dos estudos provavelmente não eram representativos da população-alvo, tendo sido classificados como fracos nesse critério^(18,33-34).

Quanto ao desenho do estudo, como todos se tratavam de estudos observacionais seccionais^(14-15,17-19,26,28-34) e, por sua natureza, não possuíam grupos de controle e intervenção, para não classificá-los como fracos esse item não foi avaliado e seguiu-se para o critério seguinte.

Na avaliação dos fatores de confusão, dos oito artigos que avaliaram diferentes serviços de APS, em metade desses não havia diferenças importantes nas características dos usuários entre os grupos (ESF e UBS tradicional)^(14,26,29,32), e nos casos onde havia diferenças fez-se o controle dos possíveis confundidores^(18-19,27). Contudo, em um artigo não foi possível avaliar diferenças entre os grupos, uma vez que não foram apresentadas informações sobre as características dos usuários⁽¹⁷⁾, sendo qualificado como fraco neste critério.

No critério cegamento, pelo desenho dos estudos incluídos nesta revisão (observacional, tipo transversal), o cegamento dos avaliadores quanto ao desfecho e dos participantes da pesquisa não se aplica. Assim, os estudos não foram avaliados quanto a esse item.

A totalidade dos artigos foi classificada como forte no que diz respeito aos instrumentos de coleta dos dados, visto que estes se mostraram válidos e confiáveis. Seis estudos^(14,17,26,28-29,31) utilizaram a versão do PCATool validada e adaptada para o Brasil, a partir de um estudo transversal realizado no município de Petrópolis-RJ,⁽¹⁴⁾ e sete^(15,19,27,30,32-34) aplicaram o PCATool-Brasil⁽¹⁰⁾, uma outra versão do instrumento adaptado e validado pelo grupo de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Apenas um estudo⁽¹⁸⁾ utilizou o PCATool original, versão adulto⁽⁹⁾.

Por fim, quanto às desistências e abandonos, os artigos não foram julgados quanto a esse critério, já que neste tipo de delineamento de estudo (seccional/transversal) não há o acompanhamento dos participantes ao longo do tempo (follow-up).

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cabe lembrar que, como se tratam de instrumentos adaptados do PCATool original, as escalas utilizadas para definir baixo ou alto escore divergiram de acordo com as opções de respostas de cada questionário. Os estudos que aplicaram a versão do PCATool validada no município de Petrópolis-RJ^(14,17,26,28-29,31) trabalharam com escala que variou entre 0 e 5, sendo classificados como baixos escores valores < 3,3. Por sua vez, os estudos que empregaram o instrumento PCATool-Brasil⁽¹⁰⁾ consideraram escalas de 0 a 10, qualificando o baixo escore como valor < 6,6^(15,19,27,30,32-34). Mesma escala adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro⁽¹⁰⁾.

Quanto ao atributo acesso de primeiro contato, verificou-se, em geral, baixos escores^(14-15,17,19,26,28-29,34), mesmo se consideradas as unidades de Saúde da Família. O atributo

longitudinalidade foi bem avaliado pelos usuários na maioria dos estudos^(14-15,17,19,26,28,31,33-34). Quanto à integralidade, verificou-se um bom desempenho desse atributo nas unidades da APS amostradas^(31,33) e alguns estudos mostraram superioridade das unidades da ESF em comparação com UBS tradicionais, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)^(14,29,32). Por sua vez, baixos escores também foram observados^(17,34).

Nesta revisão, observou-se bom desempenho do atributo coordenação, sendo os maiores escores encontrados nas Unidades de Saúde da Família (USF), à exceção de um artigo⁽¹⁸⁾ onde um serviço de saúde comunitária, criado no início da década de 1980 na cidade de Porto Alegre-RS, foi melhor avaliado. Em relação aos atributos derivados orientação familiar e comunitária, a avaliação de desempenho foi aquém daquela considerada adequada, em quase totalidade dos estudos. Ainda assim, nesse quesito, foram percebidos maiores escores nas USF que nas UBS tradicionais.

Apenas cinco^(14,17,26,29,31) dos artigos que utilizaram como referência a versão do instrumento PCATool validada e adaptada para o Brasil no município de Petrópolis-RJ⁽¹⁴⁾ apresentaram a dimensão formação profissional. Esse atributo foi em geral bem avaliado, não havendo diferenças significativas entre os serviços de saúde. Somente um artigo⁽¹⁸⁾ apresentou a dimensão competência cultural, considerando que foi o único estudo a utilizar como referência o PCATool original⁽⁹⁾. O escore do referido atributo foi considerado baixo, mostrando-se maior apenas em um serviço de saúde comunitária e outro privado da cidade de Porto Alegre-RS.

Estudo realizado no estado de São Paulo cujo objetivo foi estratificar os atributos da APS por indicadores sociais dos municípios (*clusters*) observou, genericamente, maiores médias ajustadas dos escores nos *clusters* mais bem qualificados, inferindo que municípios com indicadores sociais mais favoráveis possam prover melhores serviços de saúde. Exceção feita às dimensões elenco de serviços e orientação comunitária. Os autores ressaltaram que os municípios participantes possuíam baixa cobertura de saúde da família e sugeriram que *clusters* com melhores indicadores ofereçam outros tipos de serviços de saúde menos interessados nessas dimensões⁽²⁶⁾.

Pesquisa feita no município de São Paulo com 1.117 usuários que comparou as modalidades UBS e ESF por estrato de exclusão social verificou Índice de Atenção Básica mais favorável às USF em todos os estratos de exclusão social, sendo os índices alcançados inversamente proporcionais aos das situações de exclusão, ou seja, quanto maior a exclusão, menor o índice de aprovação da ESF⁽²⁸⁾.

DISCUSSÃO

Os estudos apontaram que a Atenção Básica tem bom desempenho nos atributos longitudinalidade, integralidade e coordenação e pior desempenho nos atributos acesso de primeiro contato, orientação familiar e orientação comunitária.

As dimensões acessibilidade e porta de entrada constituem alguns dos atributos necessários à Atenção Primária

à Saúde. A acessibilidade é mensurada pela presença ou ausência de barreiras geográficas, financeiras e organizacionais que impeçam o atendimento às necessidades de saúde das pessoas. Por outro lado, a porta de entrada é o primeiro contato da pessoa com o sistema de saúde, a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, excetuando-se as situações de emergência⁽⁷⁾. A própria PNAB⁽⁵⁾ cita o termo ao dizer que a Atenção Básica deve ser “o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.”

Deve-se aqui destacar que os instrumentos utilizados nos estudos incluídos nesta revisão foram adaptados para a realidade brasileira e, como tal, uma vez ajustados tornaram-se novos instrumentos de avaliação, justificando o uso de diferentes denominações entre eles. A versão do PCATool validada em Petrópolis-RJ⁽¹⁴⁾, por exemplo, apresenta o termo acesso envolvendo a localização da unidade de saúde próxima da população e aspectos organizacionais, como por exemplo, dias e horários em que a unidade está aberta. Por sua vez, o denominado PCATool – Brasil⁽¹⁰⁾ apresenta o atributo acesso de primeiro contato e o divide em dois componentes, utilização e acessibilidade, baseado nos termos utilizados no instrumento original⁽⁹⁾.

Ressalta-se que as expressões acesso e acessibilidade possuem significados distintos. O acesso como algo que ultrapassa o mero conceito de porta de entrada e possui diferentes dimensões: econômica, técnico-assistencial, política e simbólica. Do ponto de vista econômico, abrange a relação oferta e demanda dos serviços de saúde, pressupondo que o acesso à saúde proporciona indiretamente o alcance ao trabalho e remuneração, transformando os indivíduos em consumidores do mercado. Sob a ótica técnico-assistencial, é atribuído ao acesso um caráter regulador na rede de atenção à saúde, definindo fluxo, capacidade e colaborando no planejamento da expansão e organização da rede. Em sua dimensão política, a construção do acesso se dá através da participação dos cidadãos e do controle social. Por fim, a dimensão simbólica do acesso remete às representações sociais do conceito do processo saúde/doença, uma vez que dependendo dessas concepções poderão ser planejados meios para garantir a entrada do usuário no sistema de saúde⁽³⁵⁾.

Estudo que avaliou a equidade na utilização dos serviços de saúde brasileiros no período de 1998 a 2008 verificou aumento no acesso aos serviços de saúde no país, particularmente devido à expansão da Estratégia Saúde da Família em regiões geográficas mais pobres e com populações mais vulneráveis. Por sua vez, percebeu-se um acréscimo das taxas de hospitalizações nessa população, o que segundo os autores poderia retratar uma lacuna no acesso aos serviços preventivos ou o uso de serviços de maior complexidade como substitutos dos cuidados primários⁽³⁶⁾.

Os baixos escores observados para o atributo acesso de primeiro contato sugerem a persistência principalmente de problemas organizacionais que dificultam a utilização dos serviços de saúde, visto que no PCATool são investigados dificuldade para agendar consultas, dias e horários

de funcionamento da unidade, tempo de espera para ser atendido, a existência de um número telefônico para marcar uma consulta ou receber um aconselhamento, entre outras questões.

O atributo longitudinalidade expressa a existência de uma fonte continuada de atenção e sua utilização ao longo do tempo, implicando uma relação entre usuário e profissional/equipe de saúde⁽⁷⁾. A continuidade, traduzida como longitudinalidade, distingue-se de outros atributos por possuir duas características essenciais, o cuidado ao longo do tempo e o foco no indivíduo⁽³⁷⁾.

Para atender às dimensões desse atributo seria fundamental, além da fonte regular de cuidado e do vínculo terapêutico duradouro, a chamada continuidade informacional⁽³⁷⁻³⁸⁾. Esta concerne em utilizar os registros em saúde com a finalidade de conhecer melhor o usuário do serviço e facilitar a abordagem terapêutica⁽³⁷⁾. No PCATool, esse componente foi contemplado no atributo coordenação⁽³⁸⁾.

Nesta revisão, observou-se que alguns autores utilizaram os termos continuidade⁽¹⁵⁾ e vínculo^(14,17,26,28,31) como tradução de longitudinalidade. Evidencia-se que para a autora⁽⁷⁾ que forneceu as bases teóricas para o mencionado instrumento, vínculo e continuidade são termos distintos, visto que a continuidade da atenção representa a sucessão de consultas ao mesmo profissional ou visitas à unidade de saúde em determinado período de tempo, direcionada ao manejo dos problemas e não à atenção às pessoas.

A PNAB⁽⁵⁾ utiliza o termo vínculo e o define como “a criação de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde construído ao longo do tempo, possibilitando o aprofundamento do processo de responsabilização pela saúde e, ademais, possuindo potencialidade terapêutica”. Assim, para abordar a APS no Brasil seria mais adequada a utilização do termo *vínculo longitudinal*, pois é considerada a relação terapêutica entre usuário e equipe de saúde, não centrada na figura do profissional médico e sendo a UBS compreendida como fonte regular do cuidado⁽³⁸⁾.

Destaca-se que nos estudos realizados para validação do instrumento PCATool-Brasil, versões criança⁽¹⁵⁾ e adulto⁽¹³⁾, apesar do uso do termo continuidade, a adaptação das questões pontuou critérios da relação profissional de saúde/usuário. São perguntados ao usuário, por exemplo, se é sempre o mesmo profissional que o atende, se este concede tempo suficiente para o usuário relatar suas preocupações ou problemas e se o profissional o conhece mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde.

Portanto, supõe-se que para que a longitudinalidade seja alcançada em todas as suas dimensões, são necessários profissionais sensíveis e atentos às necessidades de saúde da população, a ampliação do acesso aos serviços e ações de valorização que incentivem a fixação dos profissionais nas comunidades nas quais estão vinculados e a formação continuada.

O atributo integralidade pressupõe a presença de uma variedade de serviços disponíveis que atenda às necessidades das pessoas, podendo essas necessidades ser relativas ao estado de adoecimento ou intervenções de prevenção e promoção à saúde⁽⁷⁾. Por definição, cabe ao serviço de atenção

primária estabelecer mecanismos para que o usuário receba atenção à saúde diversificada e que atenda às suas necessidades⁽¹⁴⁾. Este atributo contempla os componentes serviços disponíveis e os serviços prestados⁽¹⁰⁾.

Também foram encontradas diferentes denominações para essa dimensão, dependendo do instrumento utilizado. O instrumento PCATool validado em Petrópolis-RJ⁽¹⁴⁾ apresenta o termo *elenco de serviços*, aproximado ao termo correspondente em inglês *comprehensiveness*. Duas investigações^(15,19) que utilizaram o instrumento PCATool-Brasil ainda separam o componente serviços disponíveis (básicos e complementares) e denominam o componente serviços prestados de orientação de promoção.

Observou-se nesta revisão que, de modo geral, o atributo integralidade foi bem avaliado. Deve-se deixar claro que existe outra dimensão do termo integralidade, que vai além do leque de serviços disponíveis, aquela na qual o profissional de saúde deve considerar, no seu cuidado, o usuário como ser biopsicossocial e que sofre influências do meio onde vive⁽³⁹⁾. Desta forma, o conhecimento desses aspectos permitiria elaborar planos de cuidado que atendessem às reais necessidades do usuário e, indiretamente, contribuiria na melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados.

O atributo coordenação é definido como uma medida de continuidade, seja por meio do atendimento pelo mesmo profissional, seja pela anotação no prontuário ou ambos, fornecendo informações de acompanhamento dos problemas novos e antigos, encaminhando e acompanhando o atendimento do usuário em outros níveis de atenção⁽⁷⁾. No instrumento PCATool-Brasil⁽¹⁰⁾, o atributo coordenação é dividido em dois componentes, integração de cuidados e sistema de informações. Ademais, ressalta-se que não foi possível fazer avaliação particular de cada componente deste atributo, visto que apenas três estudos apresentaram esses resultados individualmente⁽³²⁻³⁴⁾.

Melhores escores da coordenação advém da longitudinalidade⁽³⁷⁾. Nesta revisão, o mencionado atributo mostrou-se bem avaliado, especialmente na ESF. Contudo, destacam-se como desafios da APS no Brasil para alcançar essa meta a restrição de serviços especializados e diagnósticos disponíveis e a desigualdade nos sistemas de informação⁽⁴⁰⁾.

O atributo orientação familiar considera a família como o sujeito da atenção, requerendo uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das ferramentas de abordagem familiar^(6-7,10). Por sua vez, o atributo orientação comunitária presume a identificação por parte do serviço das necessidades de saúde da comunidade, através de dados epidemiológicos e do contato direto com essas pessoas, bem como de sua participação em programas intersetoriais que possibilitem o enfrentamento dos determinantes sociais^(6-7,10).

Seria de se esperar que as Unidades de Saúde da Família apresentassem escores mais elevados nessa dimensão, uma vez que essa estratégia deve privilegiar a participação dos usuários e o controle social. Sugere-se que para o enfrentamento dessas dificuldades é necessário envolver a comunidade no processo de planejamento das ações pelas equipes de saúde, adoção do acolhimento, a melhoria na qualidade

clínica e humana dos profissionais envolvidos na APS, integração com outros serviços e competência cultural⁽⁶⁾.

A dimensão formação profissional está presente somente na versão do PCATool validada no município de Petrópolis-RJ⁽¹⁴⁾, por ser considerada pelos autores como importante para avaliação da APS. Julga que a atenção básica é uma área singular do conhecimento e, como tal, exige formação específica e profissional de saúde apto para o exercício das funções. Para a renovação da APS e a consolidação da rede de atenção, faz-se essencial o aprimoramento dos processos educacionais na graduação e pós-graduação, com a formação voltada à APS. Além de incentivo a sistemas de educação permanente aos profissionais de saúde, através de metodologias inovadoras, ativas, centradas no estudante e não na figura do professor⁽⁶⁾.

De acordo com os achados desta revisão, percebe-se correlação entre os resultados e o pressuposto apresentado de que unidades com Saúde da Família são mais orientadas para APS que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, ainda que alguns atributos tenham sido julgados com baixos escores. Acredita-se que a maior aproximação dos serviços de Saúde da Família dos fundamentos da Atenção Básica deve-se aos investimentos realizados nesse modelo de atenção ao longo desses 21 anos para expansão e consolidação da estratégia e das políticas para institucionalização do monitoramento e avaliação desses serviços.

Faz-se relevante informar que esta revisão sistemática apresenta limitações pelo uso de estudos observacionais seccionais, alguns inclusive não publicados em periódicos indexados. Ainda, devido à heterogeneidade dos resultados apresentados, não foi realizada metanálise. A heterogeneidade metodológica deu-se particularmente em virtude de terem sido observadas três versões do instrumento PCATool, com distintas escalas e pontos de corte para avaliar a orientação dos serviços para APS, bem como, a depender da versão utilizada, outros atributos/dimensões foram medidos.

Os autores enfrentaram dificuldades para encontrar uma ferramenta que permitisse realizar um julgamento sobre a qualidade dos estudos seccionais. A maioria dos instrumentos de avaliação de qualidade existentes engloba todos os estudos observacionais (randomizados e não randomizados) e, como tal, reúne alguns critérios que não se aplicam aos delineamentos transversais, o que pode subestimar a qualidade dos manuscritos.

O número de artigos publicados sobre o tema no Brasil ainda é pequeno, mesmo se considerado os estudos que verificaram a percepção dos atributos da APS somente pelos profissionais de saúde, o que também se constitui numa limitação. Além disso, a adaptação e validação do PCATool no Brasil ocorreu há pouco mais de uma década, o que também pode ter corroborado para o reduzido número de publicações.

Embora com essas limitações, essa é a primeira revisão realizada sobre o tema e seus achados poderão fazer com que profissionais de saúde e gestores repensem suas práticas e busquem mecanismos para melhorar a qualidade dos serviços prestados. Pretende-se ainda suscitar novas pesquisas avaliativas a respeito do assunto, de forma a permitir uma

melhor aproximação dos entraves que impedem uma maior orientação dos serviços às diretrizes da Atenção Básica.

CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática demonstrou que os usuários das unidades básicas de saúde avaliaram como insatisfatórios os atributos acesso de primeiro contato, enfoque familiar e orientação comunitária, considerados fundamentais para uma atenção à saúde mais equânime e concorrente para autonomia e controle social, mesmo nas Unidades de Saúde da Família. Infere-se que, apesar dos investimentos para a ampliação da oferta de serviços de saúde, ainda existem obstáculos que dificultam o acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde e que as ações do cuidado ainda estejam sendo desenvolvidas sem privilegiar a participação das pessoas e o contexto comunitário onde vivem.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PESQUISA

Tais resultados apontam para a necessidade de incentivar ações que promovam a melhoria dos atributos acesso, enfoque familiar e orientação comunitária nas unidades básicas de saúde, por exemplo: acolhimento com classificação de risco, ampliação dos dias e horários de atendimento aos usuários e incremento dos meios de comunicação (telefone, mídias digitais) entre usuários e serviços de saúde; envolvimento das famílias na elaboração dos projetos terapêuticos dos usuários assistidos; participação social no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica, por meio da ampliação de espaços de discussão entre esses pares; e promoção de educação continuada às referidas equipes. Novas pesquisas na área de avaliação de serviços são importantes para maior compreensão destes achados.

RESUMO

Objetivo: Analisar a avaliação dos atributos da Atenção Básica feita por usuários de unidades básicas de saúde brasileiras, mediante utilização de adaptações do instrumento PCATool para o Brasil. **Método:** Revisão sistemática da literatura realizada nas bases de dados Medline/PubMed, LILACS, IBECs, SciELO e BDTD. **Resultados:** Foram encontrados 4.405 documentos, sendo selecionados 23 textos completos. Após leitura integral e aplicação dos critérios de elegibilidade, 14 artigos foram avaliados. Os estudos apontaram que a Atenção Básica tem bom desempenho nos atributos longitudinalidade, integralidade e coordenação e pior desempenho nos atributos acesso de primeiro contato, orientação familiar e a orientação comunitária, mesmo nas unidades básicas com Saúde da Família. **Conclusão:** Os usuários das unidades básicas de saúde avaliaram como insatisfatórios atributos considerados fundamentais para uma atenção à saúde mais equânime e concorrente para autonomia do usuário e controle social. Infere-se que ainda existem obstáculos que dificultam o acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde e que ações do cuidado ainda estejam sendo desenvolvidas sem privilegiar a participação do usuário e o contexto comunitário onde vivem.

DESCRIPTORIOS

Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Revisão.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la evaluación de los atributos de la Atención Básica hecha por usuarios de unidades básicas de salud brasileñas, mediante la utilización de adaptaciones del instrumento PCATool para Brasil. **Método:** Revisión sistemática de la literatura realizada en las bases de datos Medline/PubMed, LILACS, IBECs, SciELO y BDTD. **Resultados:** Fueron encontrados 4.405 documentos, seleccionándose 23 textos completos. Tras la lectura completa y la aplicación de los criterios de elegibilidad, 14 artículos fueron evaluados. Los estudios señalaron que la Atención Básica tiene buen desempeño en los atributos longitudinalidad, integralidad y coordinación y peor desempeño en los atributos acceso de primero contacto, orientación familiar y orientación comunitaria, incluso en las unidades básicas con Salud de la Familia. **Conclusión:** Los usuarios de las unidades básicas de salud evaluaron como insatisfactorios los atributos considerados fundamentales para una atención sanitaria más equánime y que concurra a la autonomía del usuario y el control social. Se infiere que todavía existen obstáculos que dificultan el acceso de los usuarios a los servicios básicos de salud y que acciones de cuidado aún se están desarrollando sin privilegiar la participación del usuario y el contexto comunitario en donde viven.

DESCRIPTORIOS

Atención Primaria de Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Revisión.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata [Internet]. Genebra: OMS; 1978 [citado 2014 jul. 19]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/upload/Arq/Alma-Ata.pdf>
2. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington: OPAS; 2007.
3. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [citado 2014 jul. 19];22(6):1171-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da 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) [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2014 jul. 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, 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) [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2014 jul. 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

6. Organização Pan-Americana da Saúde. A Atenção à Saúde coordenada pela APS construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2014 jul. 22]. Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002
8. Sumar N, Fausto M. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2014 [citado 2015 out. 23];5(2):202-12. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/182/139>
9. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract. 2001;50(2):161-75.
10. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil. Brasília: MS; 2010.
11. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. Manag Care [Internet]. 2009 [cited 2015 jul. 15];18(6):44-8. Available from: http://www.managedcaremag.com/sites/default/files/imported/0906/0906.peer_medicalhome.pdf
12. Fracolli LAP, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado 2015 jul. 15];19(12): 4851-60. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf
13. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Serv Res [Internet]. 2006 [cited 2014 June 29];6(156):1-7. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/156>
14. Almeida A, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
15. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [citado 2014 mar. 30];22(8):1649-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>
16. Chomatas ERV, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2013 [citado 2014 jul. 22];8(29):294-303. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/viewFile/828/587>
17. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado 2013 jun. 29]; 24(Sup1):148-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>
18. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
19. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2011 [citado 2013 jul. 01];11(3):323-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>
20. O'Connor D, Green S, Higgins JPT, editors. Defining the review question and developing criteria for including studies. In: Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0 [Internet]. Chichester (UK): The Cochrane Collaboration; 2011 [cited 2014 jul. 18]. Available from: http://handbook.cochrane.org/chapter_5/5_defining_the_review_question_and_developing_criteria_for.htm
21. Effective Public Health Practice Project. Quality Assessment Tool for Quantitative Studies [Internet]. Hamilton Ontario (CA): McMaster University, Faculty of Health Sciences; c2014 [cited 2014 July 18]. Available from: <http://www.ehphp.ca/tools.html>
22. Thomas BH, Ciliska D, Dobbins M, Micucci S. A Process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. Worldviews Evid Based Nurs. 2004;1(3):176-84.
23. Armstrong R, Waters E, Doyle J, editors. Reviews in public health and health promotion. In: Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0 [Internet]. Chichester (UK): The Cochrane Collaboration; 2011 Mar [cited 2014 July 18]. Available from: http://handbook.cochrane.org/chapter_21/21_4_assessment_of_study_quality_and_risk_of_bias.htm
24. The Joanna Briggs Institute. News of JBI Levels of Evidence [Internet]. Adelaide; 2014 [cited 2015 Oct 27]. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
25. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med [Internet]. 2009 [cited 2015 Oct 26];6(7):e1000097. Available from: <http://www.plosmedicine.org/article/doi/10.1371/journal.pmed.1000097&representation=PDF>
26. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2006 [citado 2013 jun. 29];11(3):683-703. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>
27. Pinto MEB. Promoção à saúde e atenção primária à saúde em Porto Alegre [tese doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
28. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2006 [citado 2014abr. 12];11(3):633-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>
29. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan [Internet]. 2007 [cited 2014 June 19];22(3):167-77. Available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/22/3/167.full.pdf+html>
30. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. Rev Bras Med Com [Internet]. 2009 [citado 2014 jun. 30];4(16):270-6. Disponível em: rbmf.org.br/rbmf/article/download/233/184

31. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2014 abr. 13];32(1):48-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v32n1/a06v32n1.pdf>
32. Oliveira VBCA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde da criança no município de Colombo-Paraná [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012.
33. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev Latino Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 [citado 2014 jun. 10];21(2):554-61. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0554.pdf
34. Braz JC. Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2012.
35. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [citado 2015 mar. 27];15(1):161-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>
36. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in healthcare utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* [Internet]. 2012 [cited 2015 July 13];11(3):1-8. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-11-33.pdf>
37. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* [Internet]. 2003 [cited 2015 July 13];327(7425):1219-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC274066/>
38. Cunha EM, Giovanella L. 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* [Internet]. 2011 [citado 2014 jun. 30];16 Supl.1:1029-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>
39. Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med* [Internet]. 2007 [cited 2015 July 13];5(4):336-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1934980/pdf/0050336.pdf>
40. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy: Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [cited 2015 jul. 14];372(23):2177-81. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1501140>

Apoio financeiro: Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE). Concessão de bolsa de Pós-Graduação. Processo n. IBPG-0364-4.01/12.
