



Universidade Federal de Pelotas  
Faculdade de Medicina  
Departamento de Medicina Social



# Por que segue urgente pensar a AB no SUS?

PPGSC  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**AULA INAUGURAL**  
PPG EM SAÚDE COLETIVA UFSM  
1º SEMESTRE DE 2026

Palestrante  
Luiz Augusto \*  
**FACCHINI**

**POR QUE SEGUE URGENTE PENSAR A ATENÇÃO BÁSICA?**

10h  
Sexta-feira  
**06.03.26**  
Auditório do Prédio 26F

\* Médico, Epidemiologista, Professor UFPel, Ex-Presidente da Abrasco, Coordenador da Rede APS, Coordenador do Censo da APS/2024

Luiz Augusto Facchini



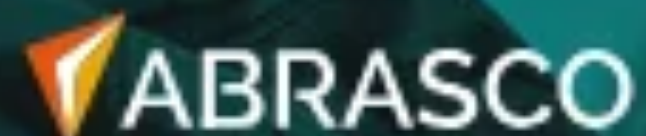
 **PPGSC**  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

06 de março de 2026



<https://meet.google.com/qsd-ntjr-nyx>





ABRASCO

**Conquista histórica!**

**Brasil chega a 100 Programas  
de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva**

em janeiro de 2025, o **Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)** tornou-se o centésimo PPG brasileiro em Saúde Coletiva



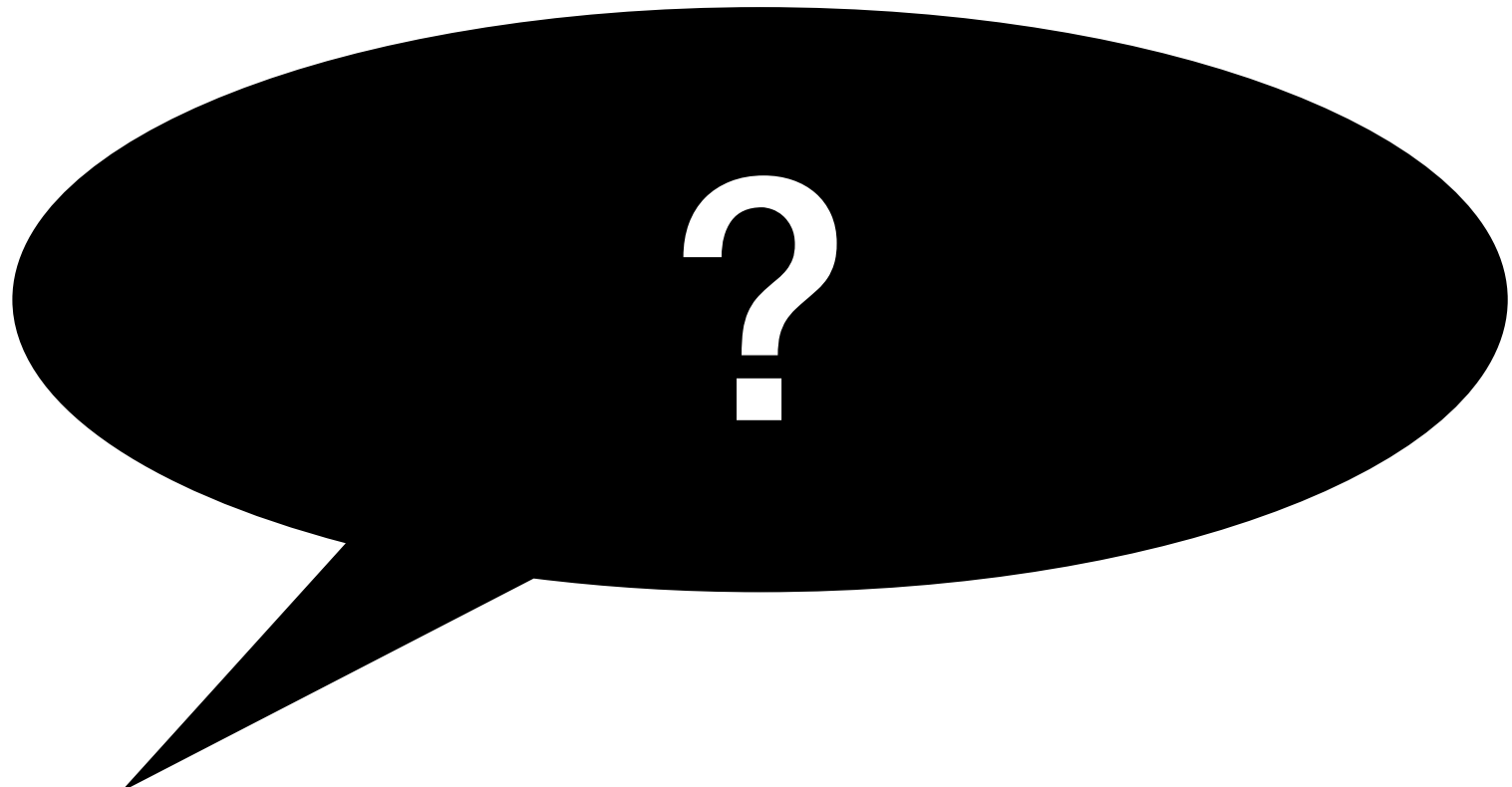
**PPGSC**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

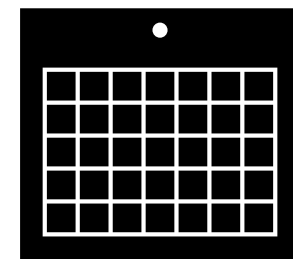
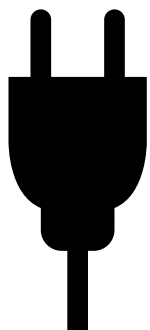
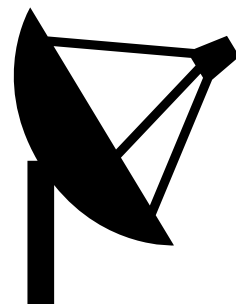
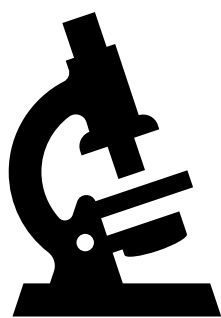
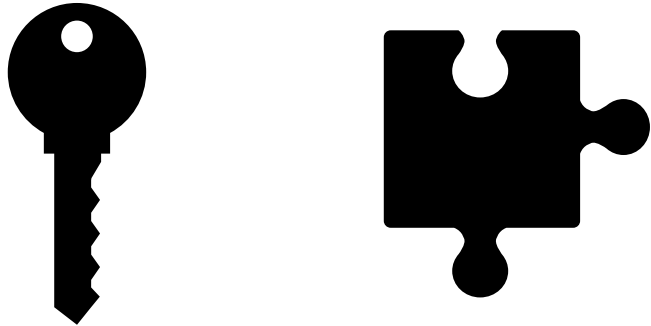
# Objetivo da aula

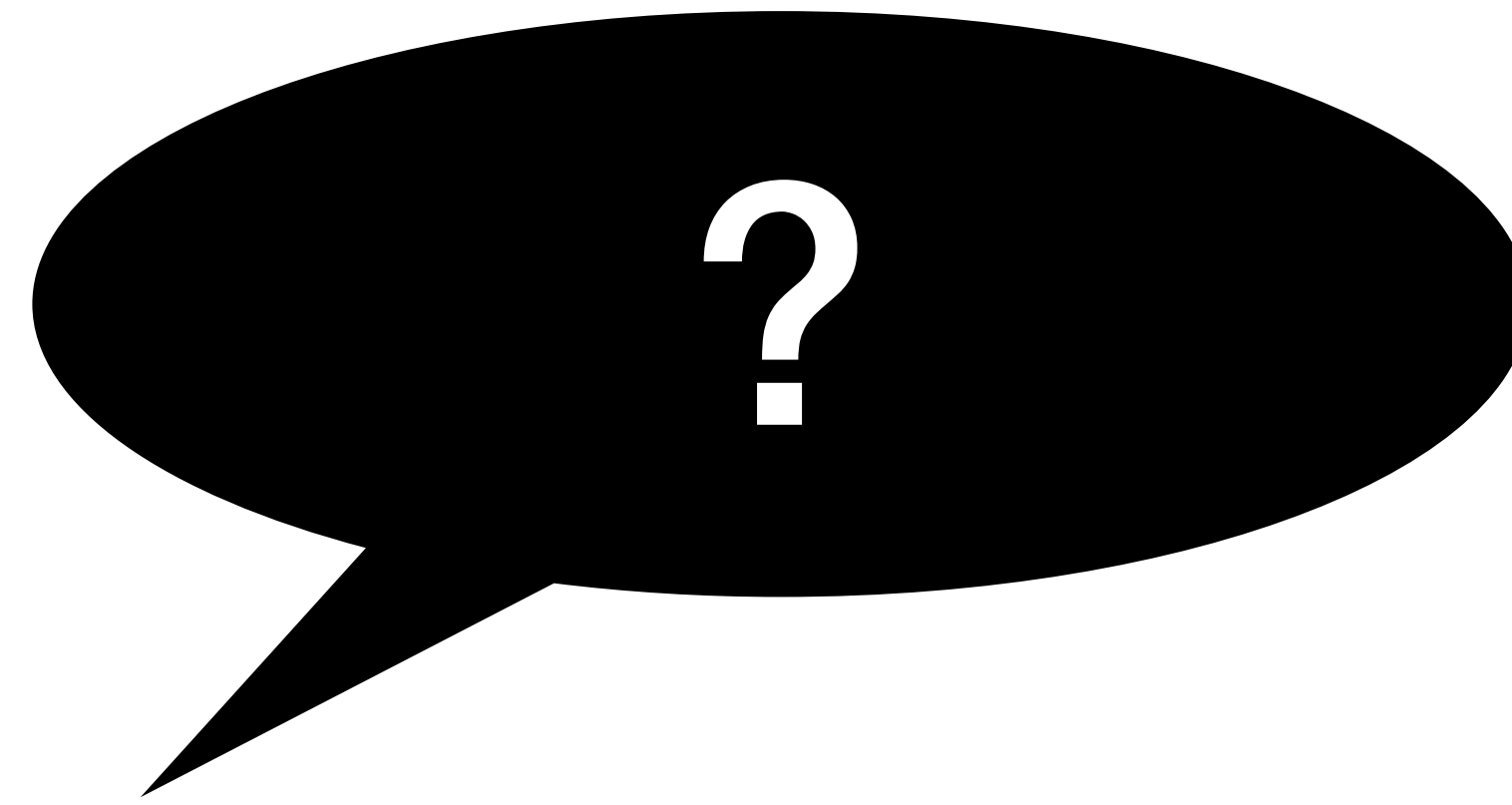
**Refletir sobre a trajetória da AB/APS no SUS para subsidiar o debate com membros do PPGSC da UFSM e a participação da academia nos rumos do país**

- Nossa conversa aborda um pouco de
- História e Princípios
- Alcances, Desafios e Perspectivas da APS no SUS



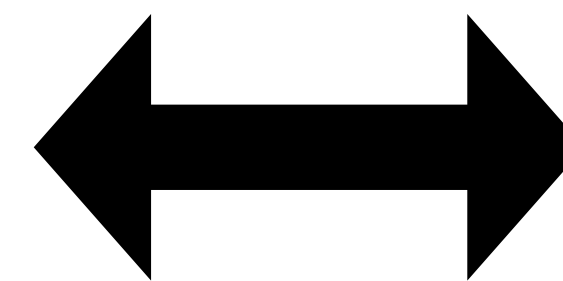
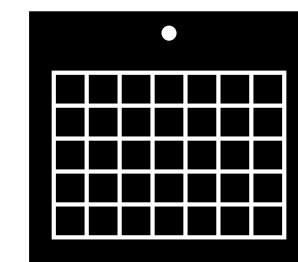
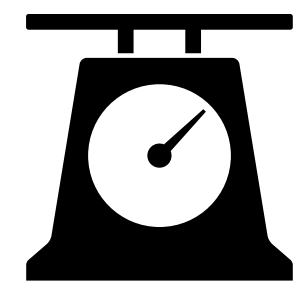
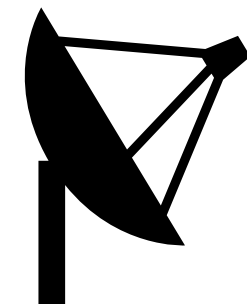
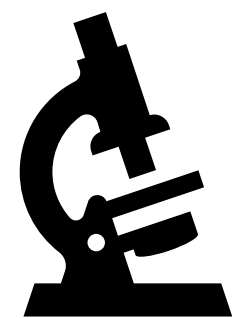
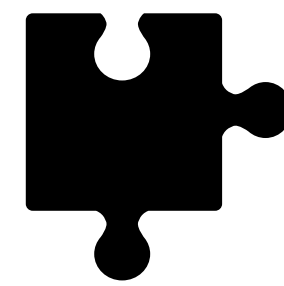
Por que segue urgente pensar a AB no SUS?





Por sua magnitude?

Por sua base legal?



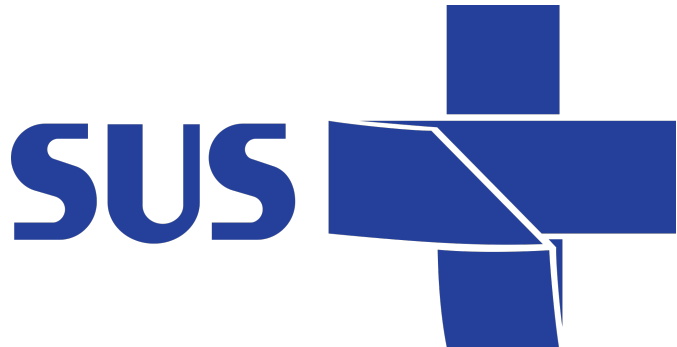
Quantos países tem sistemas universais de saúde no mundo?

Qual é a magnitude da AB no Brasil?

# Por sua magnitude?

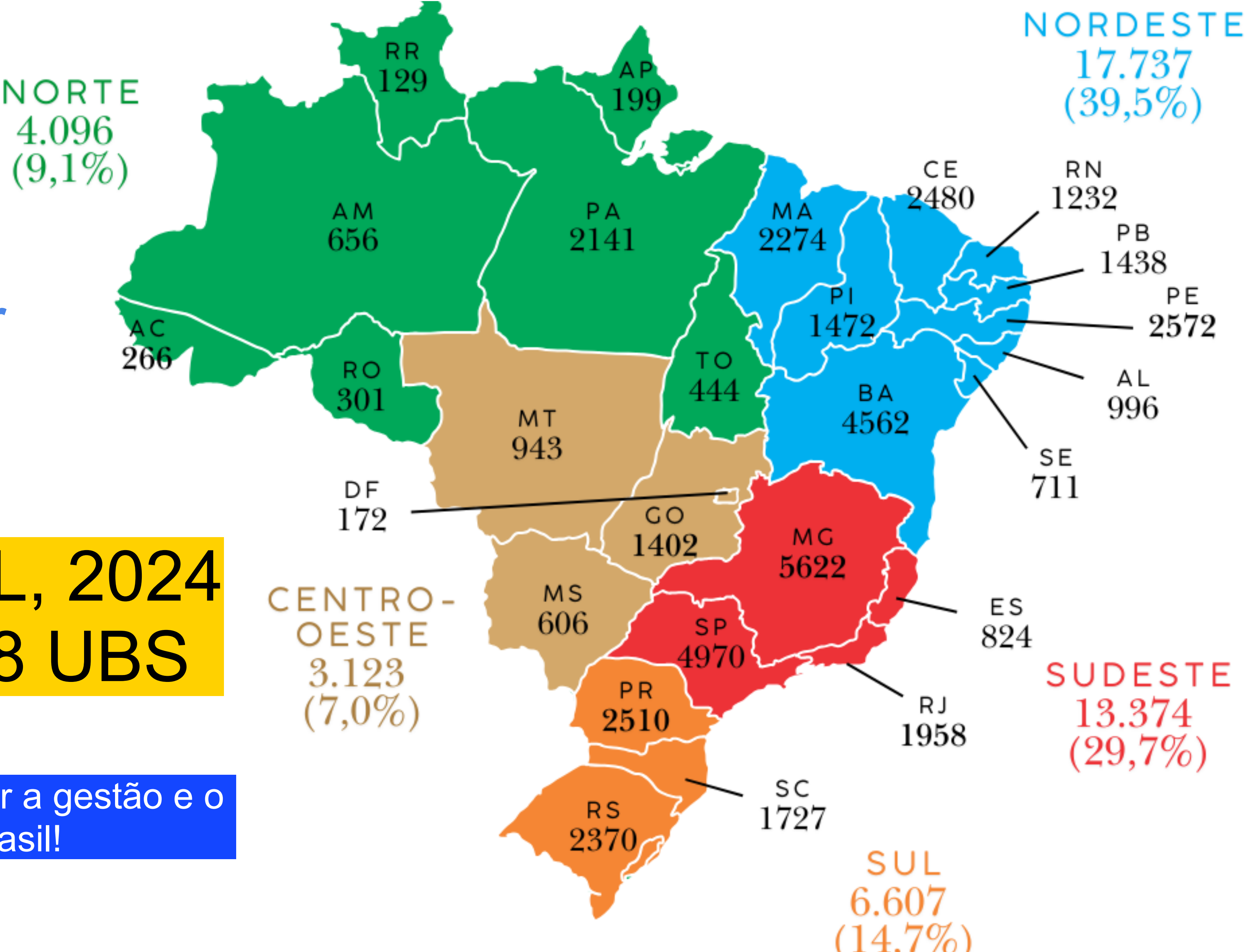


Distribuição das UBS respondentes do Censo por região e UF. Brasil, 2024.



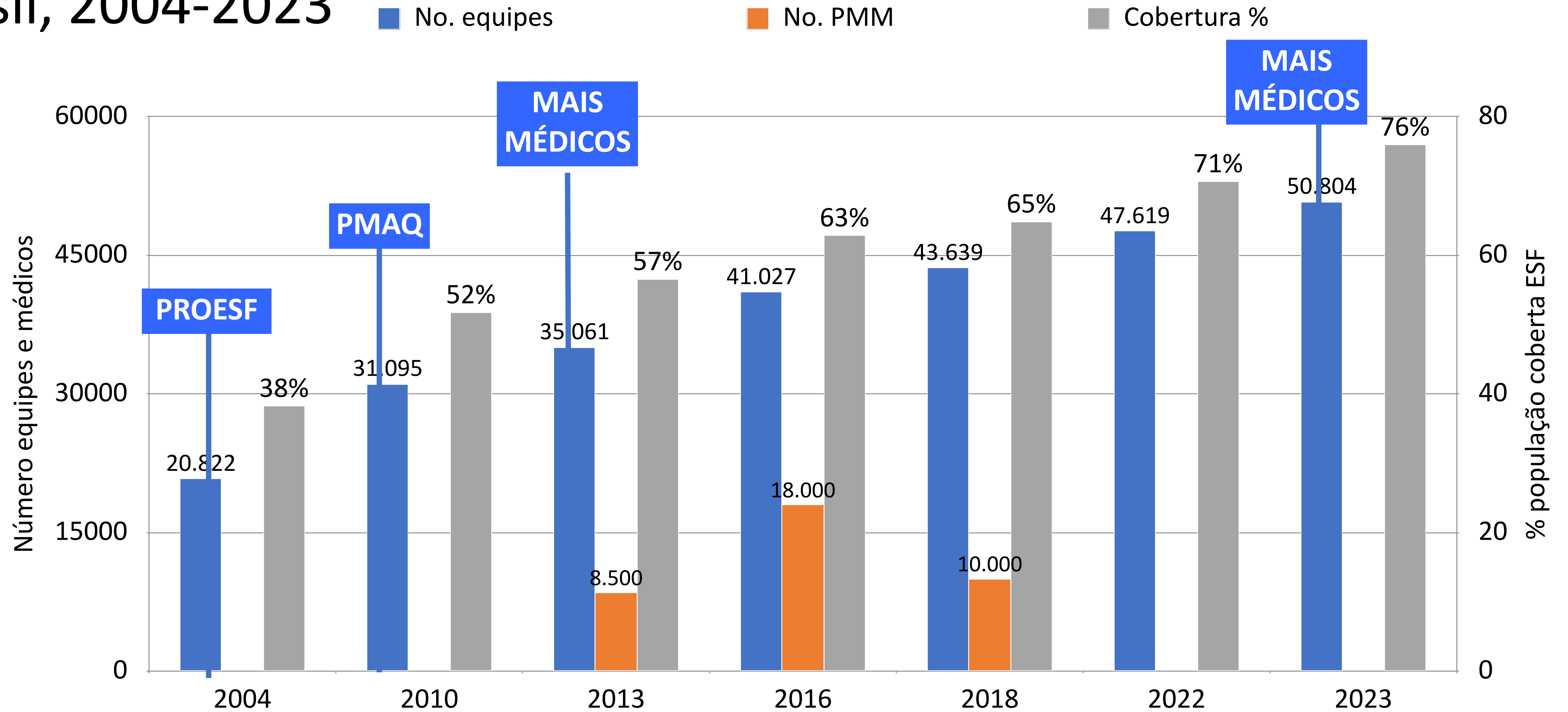
**BRASIL, 2024**  
**44.938 UBS**

Um panorama riquíssimo para fortalecer a gestão e o planejamento da saúde no Brasil!





# No. de equipes, no. de profissionais do PMM e cobertura da ESF. Brasil, 2004-2023



Facchini, 2023; SAPS/MS, 2023

**Marcante melhoria em equidade! Efeito significativo do Mais Médicos!**

Quantos países tem sistemas universais de saúde no mundo?

Qual é a base legal da AB no Brasil?

# Constituição Federal, 1988

## CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988 TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL

### CAPÍTULO I DISPOSIÇÃO GERAL

Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

Parágrafo único. O Estado exercerá a função de planejamento das políticas sociais, assegurada, na forma da lei, a participação da sociedade nos processos de formulação, de monitoramento, de controle e de avaliação dessas políticas. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 108, de 2020)

# Constituição Federal, 1988

## CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988 TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL

### CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

#### SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

*Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.*

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VI - diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

*Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)*

# Constituição Federal, 1988

## CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988 TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL

### CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL SEÇÃO II DA SAÚDE

Art. 196. *A saúde é direito de todos e dever do Estado*, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. *São de relevância pública as ações e serviços de saúde*, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

# Constituição Federal, 1988

## CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988 TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL

### CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL SEÇÃO II DA SAÚDE

**Art. 198.** *As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)*

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

III - participação da comunidade

# Lei 8080. 1990 - LOAS

## LEI 8080, 1990 DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

## TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

# Lei 8080. 1990 - LOAS

LEI 8080, 1990

TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

# Lei 8080. 1990 - LOAS

LEI 8080, 1990

TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CAPÍTULO I Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - *a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.*

# Lei 8080. 1990 - LOAS

## LEI 8080, 1990

### TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

#### CAPÍTULO I Dos Objetivos e Atribuições

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações: *vigilância, assistência terapêutica, saúde bucal* (Incluída pela Lei nº 14.572, de 2023)

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

XII – a formulação e a execução da política de informação e assistência toxicológica e de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações. (Incluído pela Lei nº 14.715, de 2023)

# Lei 8080. 1990 - LOAS

LEI 8080, 1990

## TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

*Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:*

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;*
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;*
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;*
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;*
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;*

- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;*
- VIII - participação da comunidade;*
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:*
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;*
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;*

- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;*
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;*

- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e*
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.*

- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)*
- XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023)*
- XVI – atenção humanizada. (Incluído pela Lei nº 15.126, de 2025)*

Parágrafo único. Para os efeitos do inciso XIV do caput deste artigo, as mulheres vítimas de qualquer tipo de violência têm o direito de serem acolhidas e atendidas nos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, na rede própria ou conveniada, em local e ambiente que garantam sua privacidade e restrição do acesso de terceiros não autorizados pela paciente, em especial o do agressor. (Incluído pela Lei nº 14.847, de 2024)

# Lei 8080. 1990 - LOAS

LEI 8080, 1990

## TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### CAPÍTULO III Da Organização, da Direção e da Gestão

*Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.*

*Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:*

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e  
III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

*Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.*

*§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.*

*§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.*

# Lei 8080. 1990 - LOAS

LEI 8080, 1990

## TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### CAPÍTULO IV Da Competência e das Atribuições

#### SEÇÃO I Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

#### SEÇÃO II Da Competência

Art. 18. À direção municipal do SUS compete: (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

*I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;*

*II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;*

*III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;*

*IV - executar serviços:*

*a) de vigilância epidemiológica;*

*b) vigilância sanitária;*

*c) de alimentação e nutrição;*

*d) de saneamento básico; (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)*

*e) de saúde do trabalhador;*

*f) de saúde bucal; (Incluída pela Lei nº 14.572, de 2023)*

*V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;*

*VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;*

*VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;*

*VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;*

*IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;*

*X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;*

*XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;*

*XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.*

Quando começou a história da APS?

# Linha do tempo: antecedentes do SUS e da APS

Community health centers e ALMA-ATA: inspiraram experiências de APS em todo o mundo - clínica e saúde pública em territórios definidos

Séc XIX, globalização do Império Britânico → expansão dos Estados Unidos - exacerbação da miséria do povo e dos contrastes entre classes sociais: motivação para as experiências comunitárias e os sistemas de saúde

1.800

Settlement houses & Community Centers

1.880

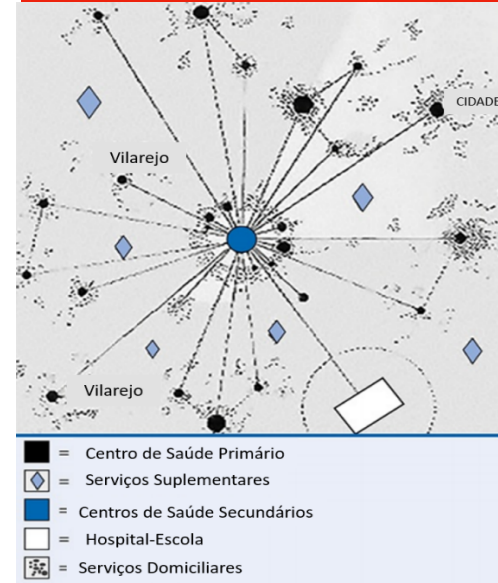
1918, Brasil, Carlos Chagas - rede de postos de saúde no Rio para enfrentar a gripe espanhola - esforço seminal de conexão da vigilância com a APS

1.918

Brasil, Reforma sanitária Capanema e João de Barros Barreto, 1934-1945

1.920

Inglaterra, Dawson - rede de serviços de saúde com base em centros comunitários de saúde



1.948

Inglaterra, NHS - 1o. sistema universal de saúde com base na APS



1.959

Cuba, Revolução socialista, SNSP - sistema universal de saúde com base na APS



1.975

Multiplicação de experiências que alimentaram a concepção de um sistema universal de saúde com base na APS

1.978

Projeto Montes Claros SESMG  
Murialdo SESRS  
Internato Rural UFMG  
APS DMS UFPEL - c/  
auxiliar de saúde

Brasil, Reforma Sanitária: bases conceituais, fortalecimento da saúde coletiva no delineamento do SUS

Império Britânico

Expansão USA

Gripe Espanhola

Dawson Report

NHS

CUBA

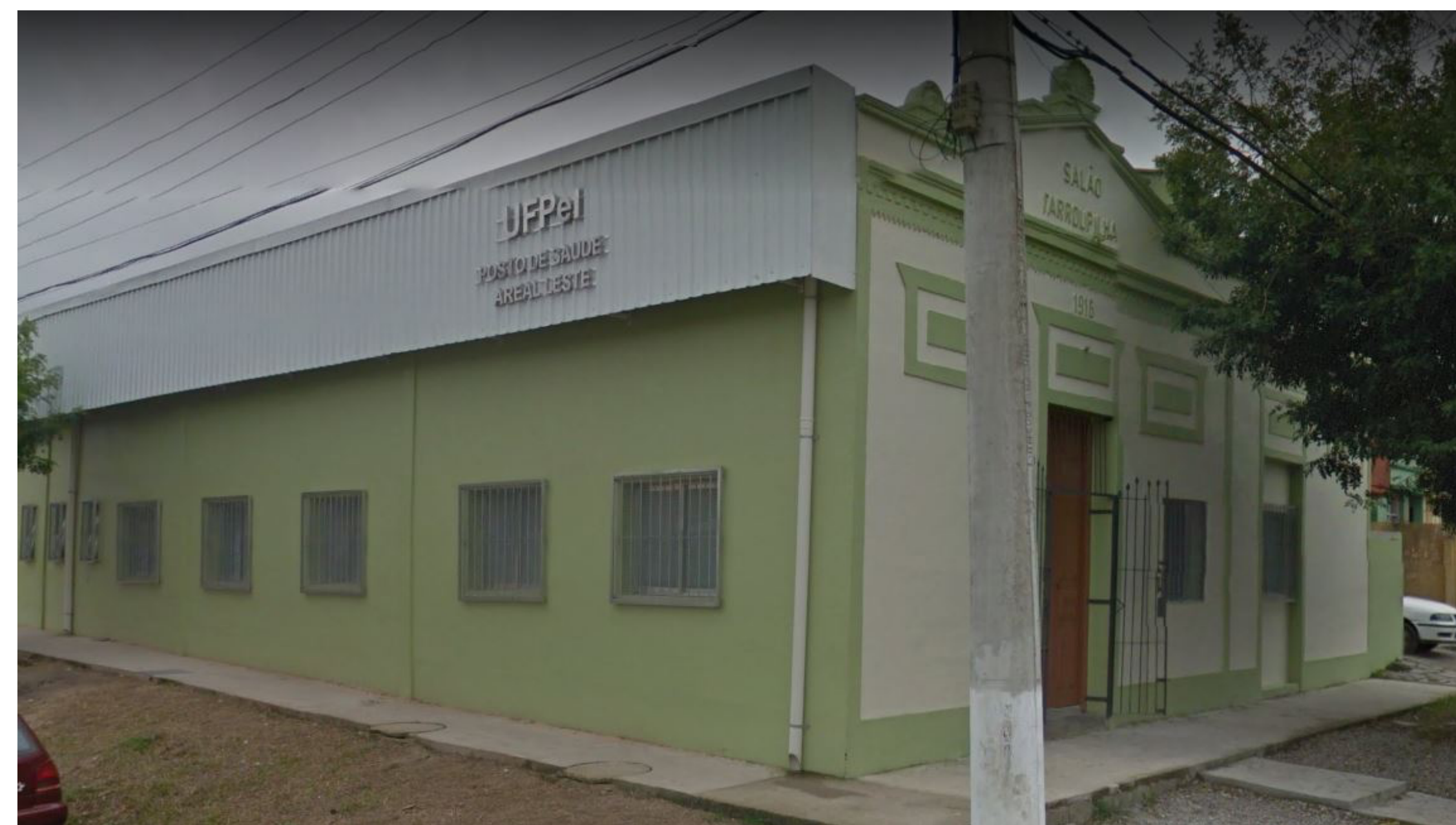
Projeto Montes Claros

Alma Ata

# Origens da APS no SUS

1970-1980 - Brasil, Reforma Sanitária - Luta por democracia e direitos sociais e sistemas universais de saúde

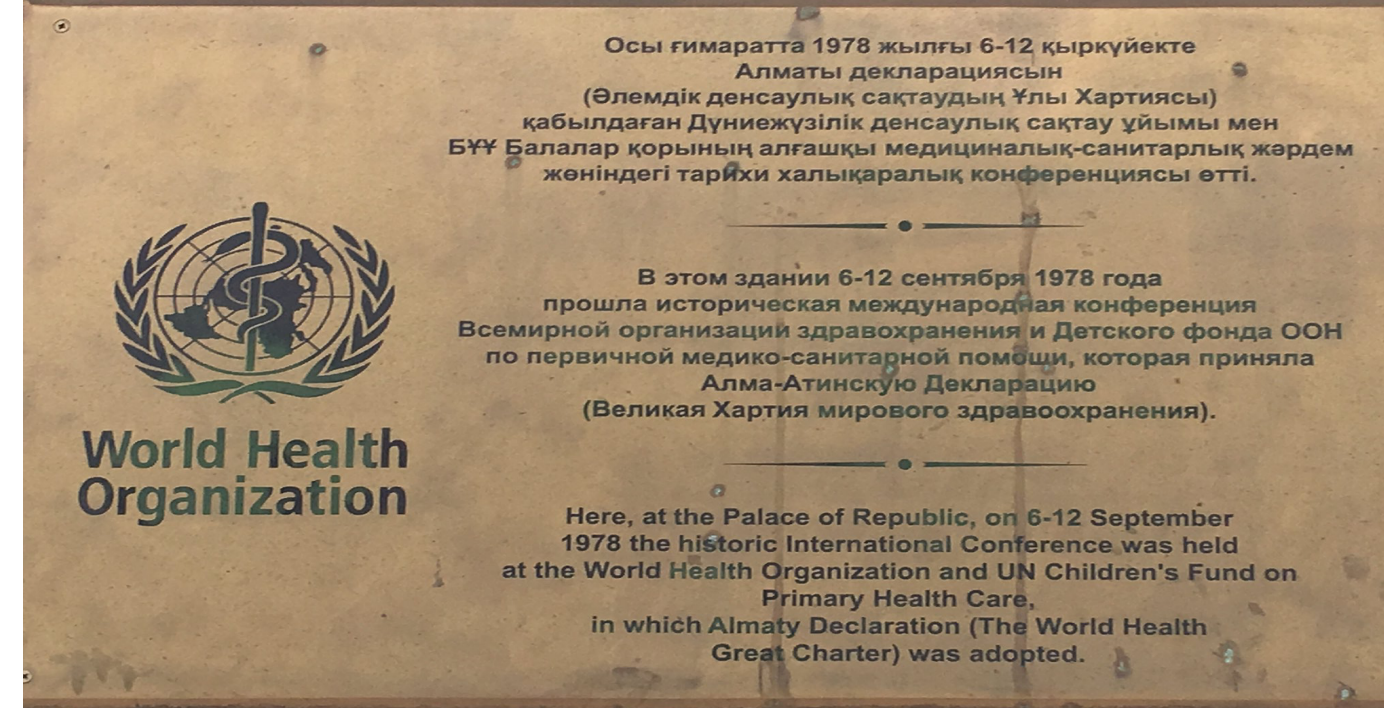
- Inspiração: NHS inglês, SNSP cubano e SSN italiano
- Multiplicação de experiências de APS no Brasil
  - Projeto Montes Claros SESMG/Unimontes, 1975
  - São José do Murialdo SESRS, 1975/76
  - Internato Rural UFMG, 1978
  - APS DMS UFPEL, 1976/80



# Origens da APS, 1978:

## revoluções sociais, guerra fria - Declaração de Alma-Ata

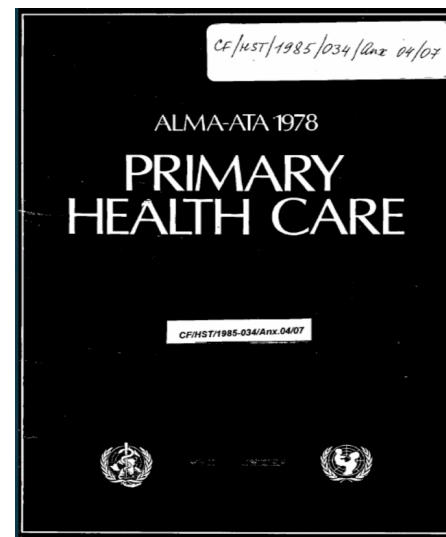
- A APS é reconhecida globalmente como a **estratégia de organização comunitária da atenção à saúde** capaz de responder de forma **descentralizada, regionalizada, contínua** e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde, integrando **promoção à saúde, prevenção e cuidado de indivíduos, famílias e população**
  - Declaração de Alma-Ata, 1978
- **Primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde**, aproxima o setor saúde de onde as pessoas vivem e trabalham e promove um processo contínuo de cuidados em saúde
  - Constituição Brasileira, 1988



# Linha do tempo: antecedentes do SUS e da APS

Community health centers e ALMA-ATA: inspiraram experiências de APS em todo o mundo - clínica e saúde pública em territórios definidos

1978, Declaração de Alma-Ata - uma das maiores inflexões no paradigma da saúde global



1.978

Itália, SNS, sistema universal de saúde com base na APS



Alma-Ata

APS Seletiva

1.979

Julia Walsh e Kenneth S. Warren - artigo controverso em defesa da APS Seletiva

GOBI: monitoramento de crescimento, reidratação oral, amamentação e imunização

FFF: complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar

**GOBI-FFF**

- G-Growth monitoring
- O-Oral rehydration
- B-Breast feeding
- I-Immunization
- F-Family planning
- F-Food supplements
- F-Female education

AIS

Ações Integradas de Saúde (AIS)

1.985

Carta de Montes Claros

Canadá, sistema universal de saúde com base na APS



1.986

Brasil - 8a. Conferência Nacional de Saúde

Canadá

1.987

SUDS

Programa de Agentes de Saúde, SES do Ceará

SUDS

1.988

Brasil, Constituição Federal da democracia - SUS, 1988

SUS

1.990

Brasil, LOAS 8080, 8142

LOAS



Brasil, Reforma Sanitária: bases conceituais, fortalecimento da saúde coletiva no delineamento do SUS

# Origens da APS no SUS

1980-1990 - Brasil, Reforma Sanitária - Diretas Já e Nova República

1985 - crise política e social no Brasil, governo civil de Tancredo /Sarney

- Carta de Montes Claros - reafirmava os princípios da reforma sanitária na constituição de um sistema universal de saúde com base na APS
- Ações Integradas de Saúde (AIS) - início da rede de UBS do sistema de saúde, incorpora a cultura médico-centrada do INAMPS, mas fortalecem os postulados do MRS de um sistema universal de saúde com base na APS

## 1980-1990 - Brasil, Reforma Sanitária - 8a.CNS e SUS

- **1986 - 8a. Conferência Nacional de Saúde**
- 1987 - AIS aceleraram a expansão da rede de atenção básica à saúde no Brasil (2.500 municípios)
  - Substituição das AIS pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), precursor do SUS (FAUSTO e MATTA, 2007; SOUSA e HAMANN, 2009; LAVRAS, 2011).
  - Início do **Programa de Agentes de Saúde**, pela SES do Ceará - larga repercussão política por seus resultados positivos, inclusive na diminuição da mortalidade infantil no estado
- **1988 – Constituição Federal – criação do SUS - as bases são estabelecida**
- 1990 - Leis Orgânicas (8.080/90 e 8.142/90)
  - Foco na descentralização, nos princípios gerais de uma rede regionalizada, hierarquizada e integral, sem nomear a atenção básica como inovação do sistema de saúde



**Sistema público, universal, financiado por tributos públicos**

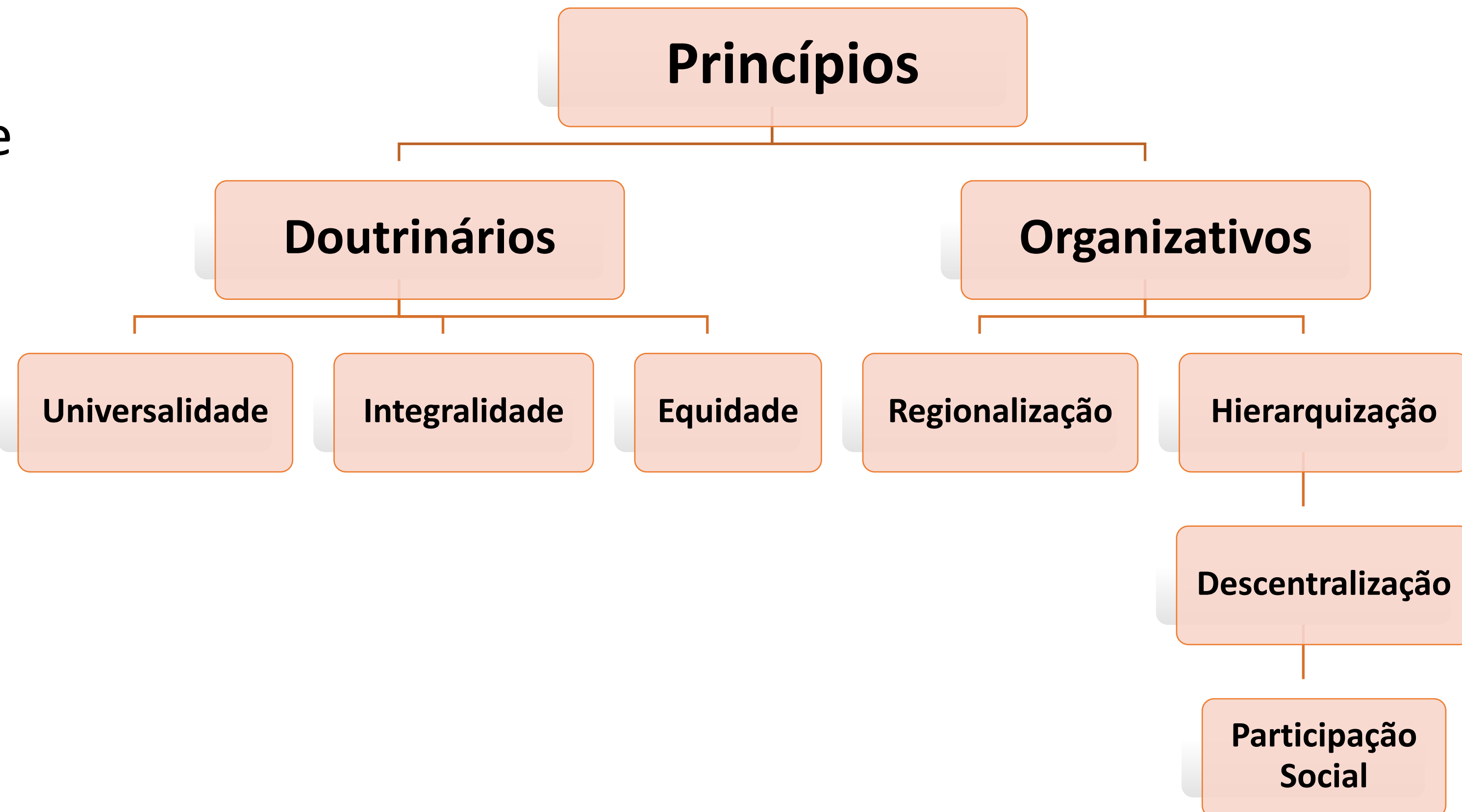
**Saúde direito de todos e dever do Estado**

**Sistema descentralizado e gestão tripartite**

# Princípios do SUS

Viabilizar o alcance dos princípios e diretrizes do SUS

- A base legal: CF 1988, Lei 8080 1990
- A capacidade instalada: rede de saúde
- Os processos institucionais:
  - Pactuação tripartite e comando único



# Princípios doutrinários do SUS



## 1. Universalidade

A saúde é direito de todos e dever do Estado - com garantia de acesso aos serviços de saúde, sem qualquer discriminação, incluindo condição social, econômica ou local de residência

## 2. Integralidade

O SUS oferece ações e serviços completos, em diferentes níveis de complexidade, desde a promoção e proteção da saúde até a recuperação e reabilitação, considerando todas as necessidades de saúde da pessoa

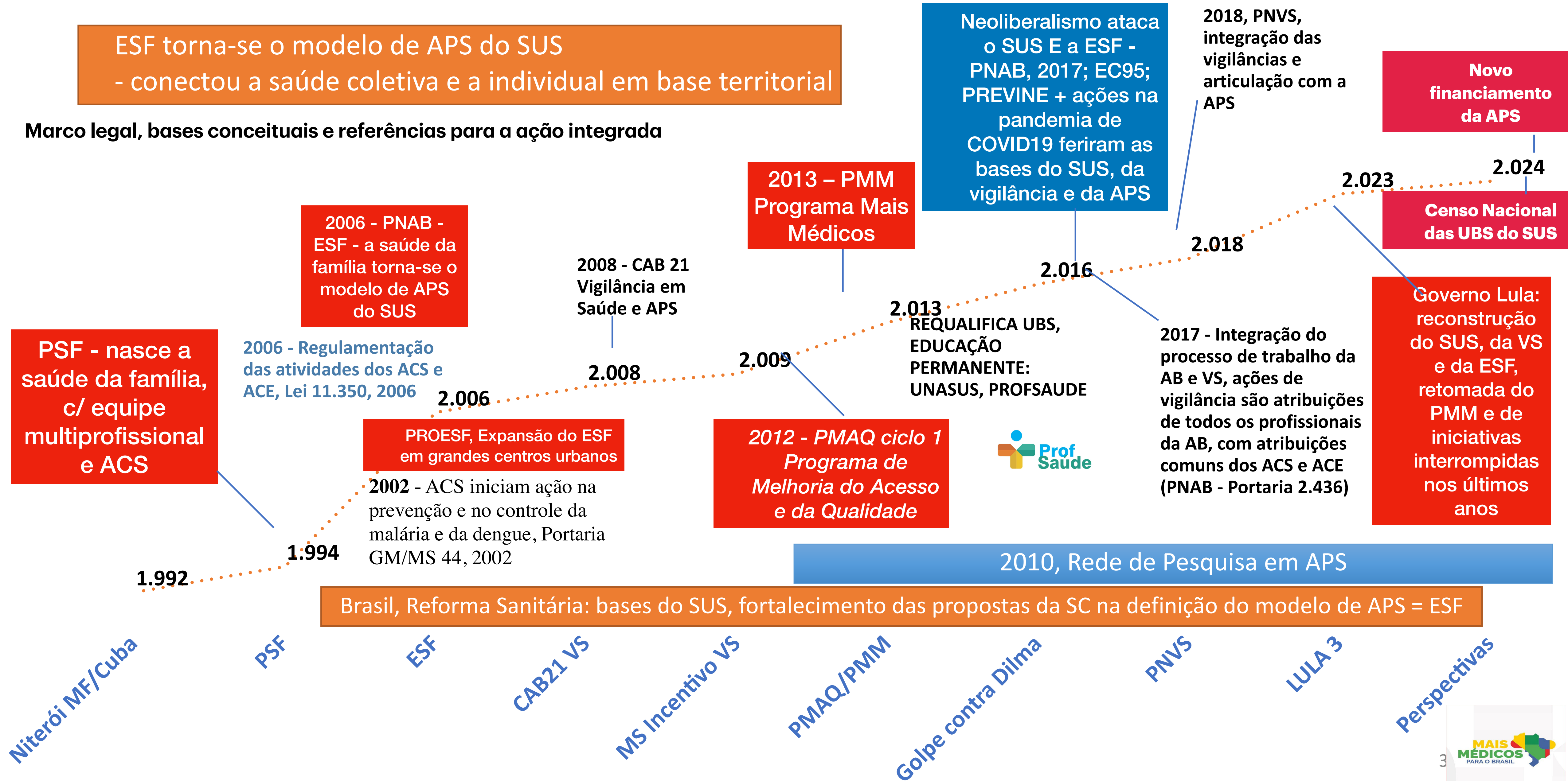
## 3. Equidade

O SUS deve reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso aos serviços de saúde, priorizando grupos mais vulneráveis e regiões menos favorecidas, proporcionando atenção às diferentes necessidades de cada grupo social e promovendo justiça social.

# Linha do tempo: implantação do SUS e da ESF

ESF torna-se o modelo de APS do SUS  
- conectou a saúde coletiva e a individual em base territorial

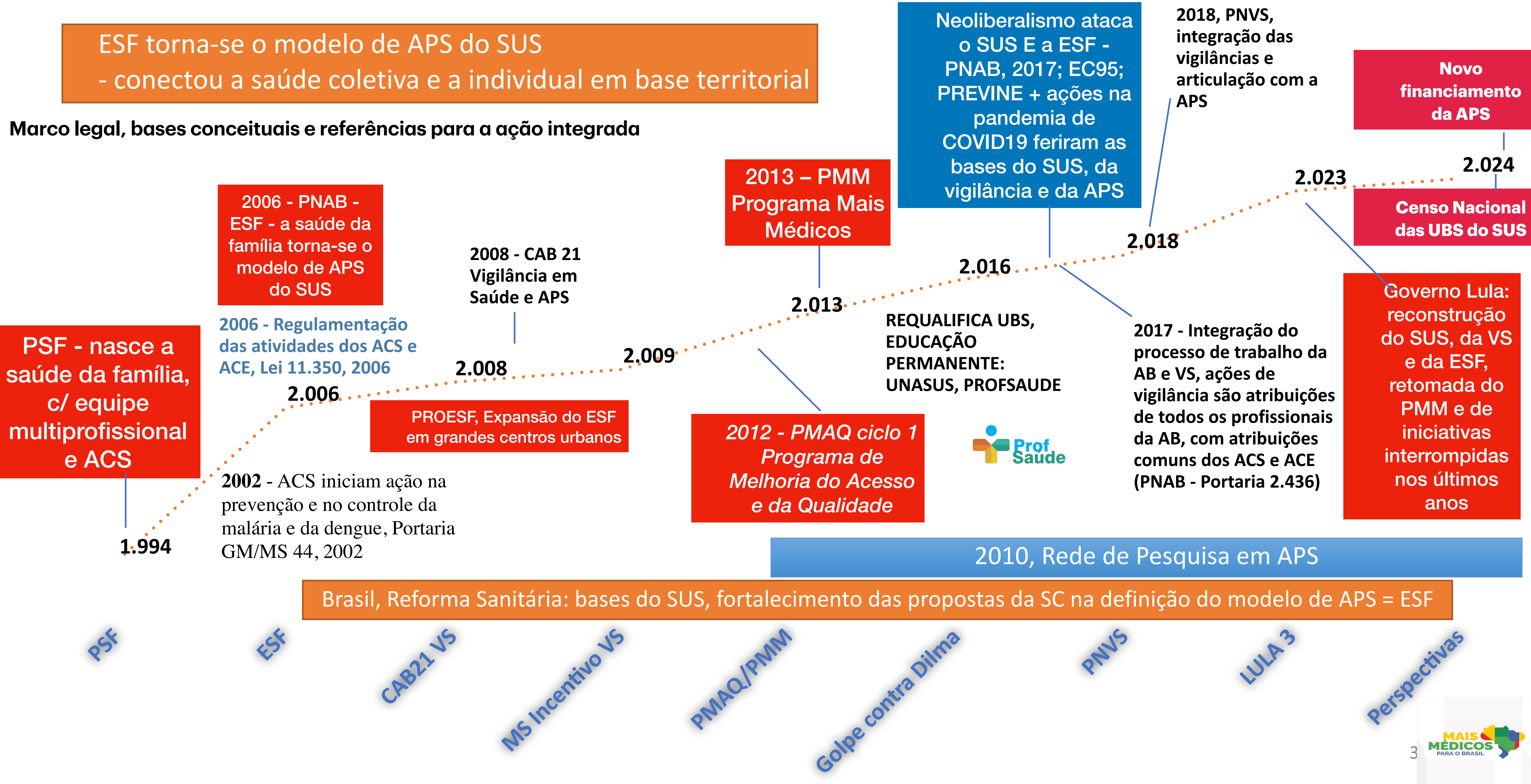
Marco legal, bases conceituais e referências para a ação integrada



# Linha do tempo: implantação do SUS e da ESF

ESF torna-se o modelo de APS do SUS  
- conectou a saúde coletiva e a individual em base territorial

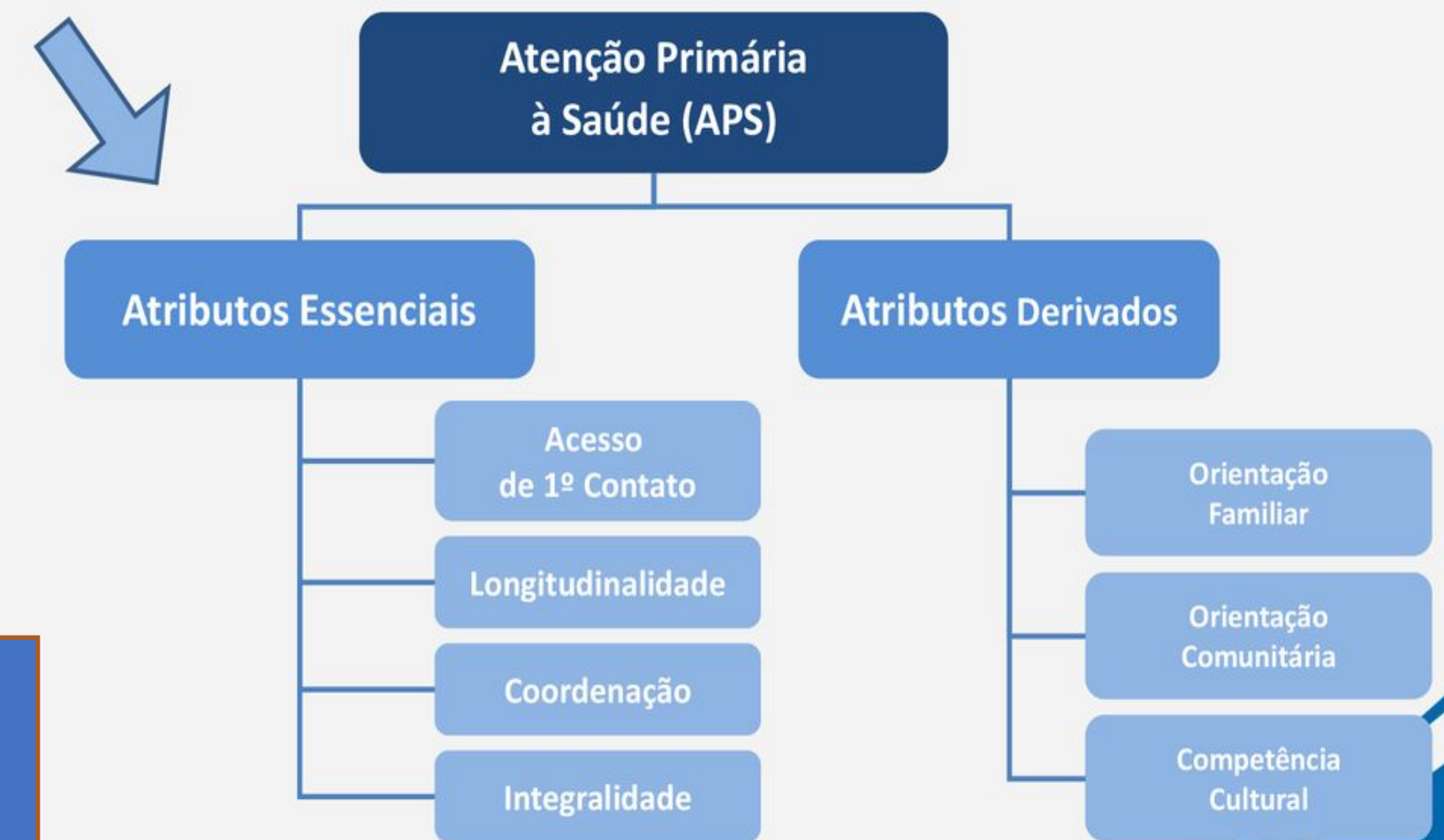
Marco legal, bases conceituais e referências para a ação integrada



# Origens da APS



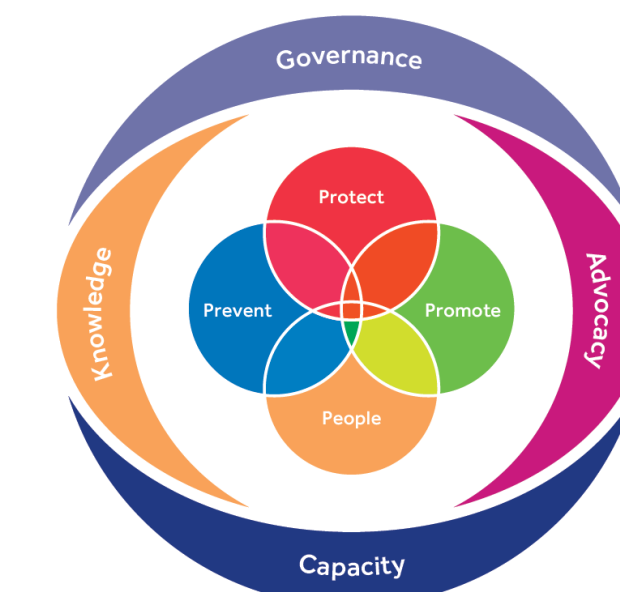
## Atributos da Atenção Primária à Saúde



Starfield B, 1992. Primary Care: concept, evaluation and policy.



- 1991 - Modelo de Starfield (1932-2011)
  - Formulação teórica e operacional dos atributos da APS em relação ao sistema de saúde e ao modelo de atenção
  - atributos da qualidade do modelo de atenção
- Estudo comparativos entre países (OECD) evidenciaram a associação de uma APS forte com maior satisfação dos usuários e melhores resultados em saúde STARFIELD e SHI, 2007



# Origens da APS, 1990-2023

## 1994 - ESF, o modelo da APS brasileira

- APS pública, universal, integral, resolutiva, territorial, comunitária e integrada à rede regionalizada do SUS

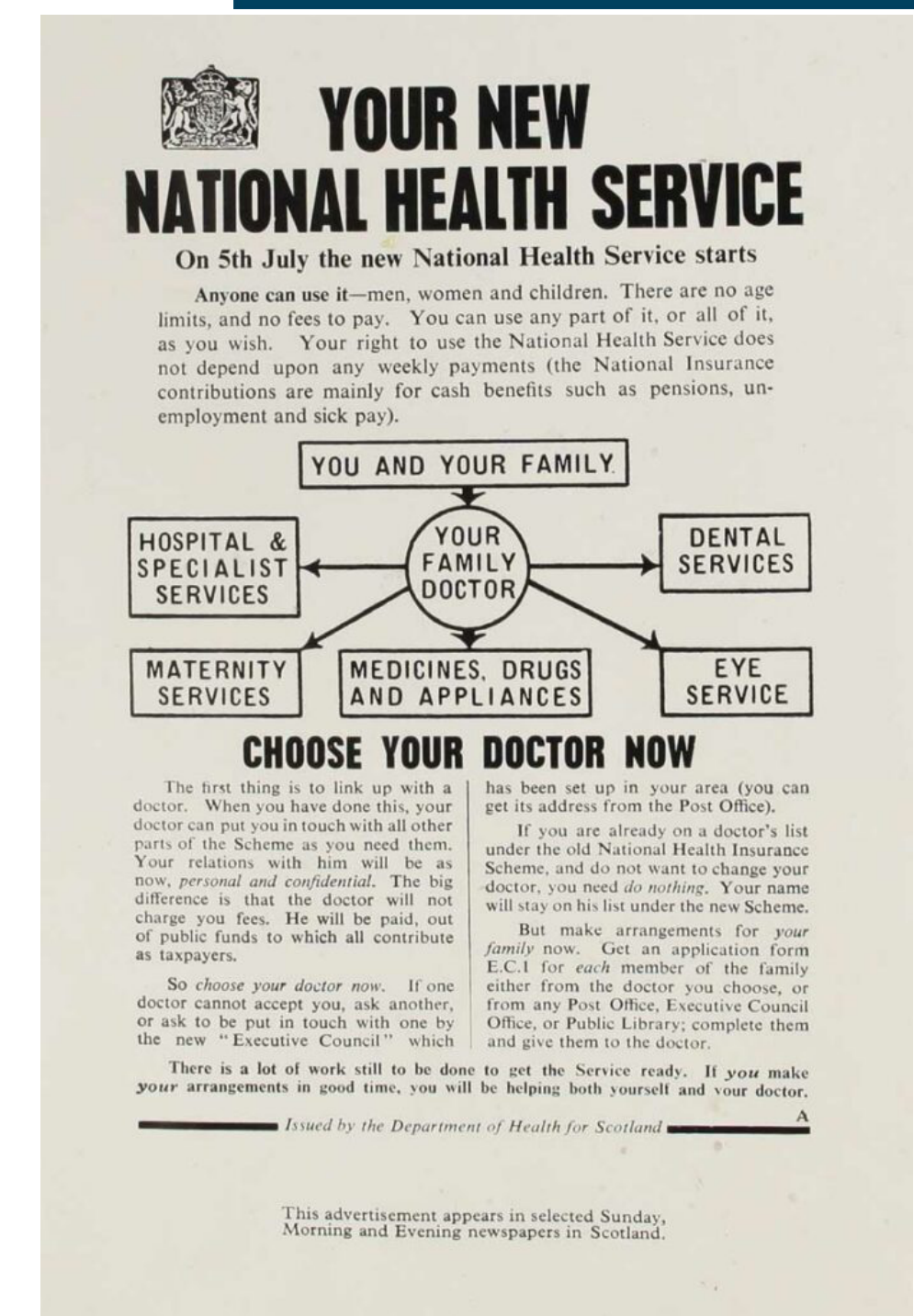
- Inspirações e modelos de referência dos cuidados básico no SUS e do modelo da ESF: APS dos sistemas de saúde do UK, Cuba, Itália e a concepção de Alma-Ata

- Dawson Report, Peckham Health Centre, *gate keeper*, Policlínicas, Salu

- Implantação preferencial em áreas vulneráveis e vazios assistenciais
- Equidade como princípio fundamental da estratégia
- Avaliação de saúde da comunidade como instrumento de apoio

- Modelo de atenção plenamente implantado por meio de equipes multiprofissionais: medicina, enfermagem, odontologia, técnicos e ACS ← apoio matricial especializado (e-Multi, ...)

- Melhorias contínuas no acesso e na qualidade da APS promovem a universalidade, a integralidade e a equidade



# Origens da APS no SUS, 2003-2023



## 2003 - Brasil, MS, CAA/DAB - PROESF - AMQ

- Institucionalização da avaliação da APS - Eronildo Felisberto, coordenador da CAA/DAB/MS
- o desempenho da ESF é questionado
- **PROESF** - BIRD + governo brasileiro - transferências fundo a fundo - expansão da cobertura, qualificação e consolidação da ESF em municípios com mais de 100 mil habitantes
- Inaugura os grandes inquéritos de avaliação de desempenho da ESF em 168 grandes municípios
- Características dos usuários (SD, comportamento, saúde), do SUS e da APS influenciam o acesso e a qualidade
  - **vantagem relativa inquestionável da ESF** sobre APS tradicional, em diferentes contextos e vulnerabilidades
- Cooperação com universidades e grupos de pesquisa do país para a avaliação externa do PROESF
  - 20 centros colaboradores em avaliação - projetos para institucionalização da avaliação nas SES
  - edital de pesquisa, via CNPq para dezenas de pesquisas avaliativas na atenção básica



Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 Dec;30(12):2643–55. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00187113>

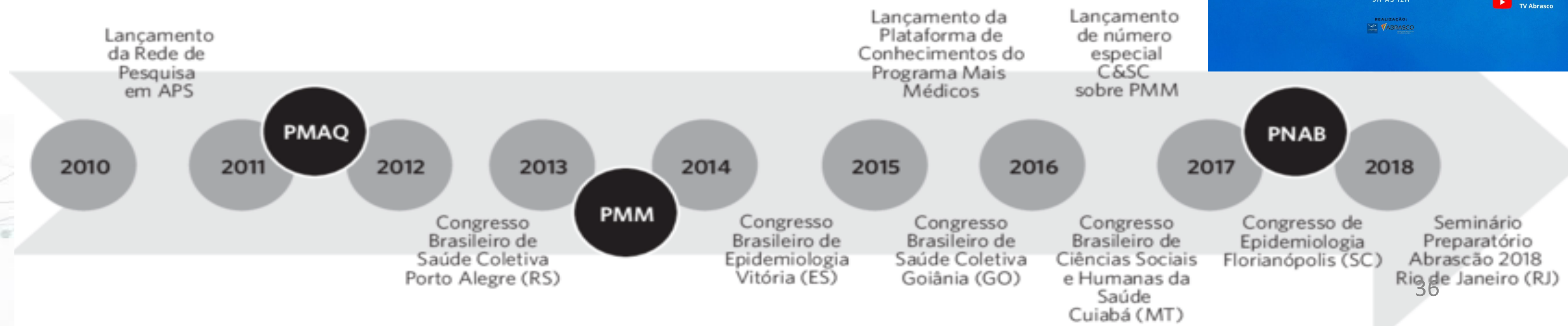
Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:553-63

World Bank. Towards the institutionalization of monitoring and evaluation systems in Latin America and the Caribbean. Washington DC: World Bank; 2006.

Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM. Meta-avaliação da atenção à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

# Rede de Pesquisa em APS, ABRASCO, 2010 —>

- Constituição do espaço da avaliação na Saúde Coletiva
  - O que se sabe, se compartilha
  - O que não se sabe, se pesquisa juntos
- Produção coletiva na formulação de um modelo avaliativo de ESF brasileira
- Reúne pesquisadores, profissionais, gestores e controle social
- Produção de conhecimento científico rigoroso em defesa de uma APS pública no SUS e da ESF como seu modelo exitoso



# O modelo PMAQ: desempenho X incentivo 2011-2018



- PMAQ-AB instituído por Portaria 1.654 GM/MS (19 de julho de 2011)
- Objetivo: melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio das equipes de Saúde da Família
- a satisfação da população com os serviços oferecidos nas UBS tornou-se uma importante estratégia para a definição dos repasses financeiros (BRASIL, 2011)
- fortalecimento da institucionalização da avaliação da APS e da parceria com instituições acadêmicas
- 3 ciclos completos: 1) 2012, 2) 2014 e 3) 2017-18.

- GIOVANELLA et al., 2018; FACCHINI et al., 2018

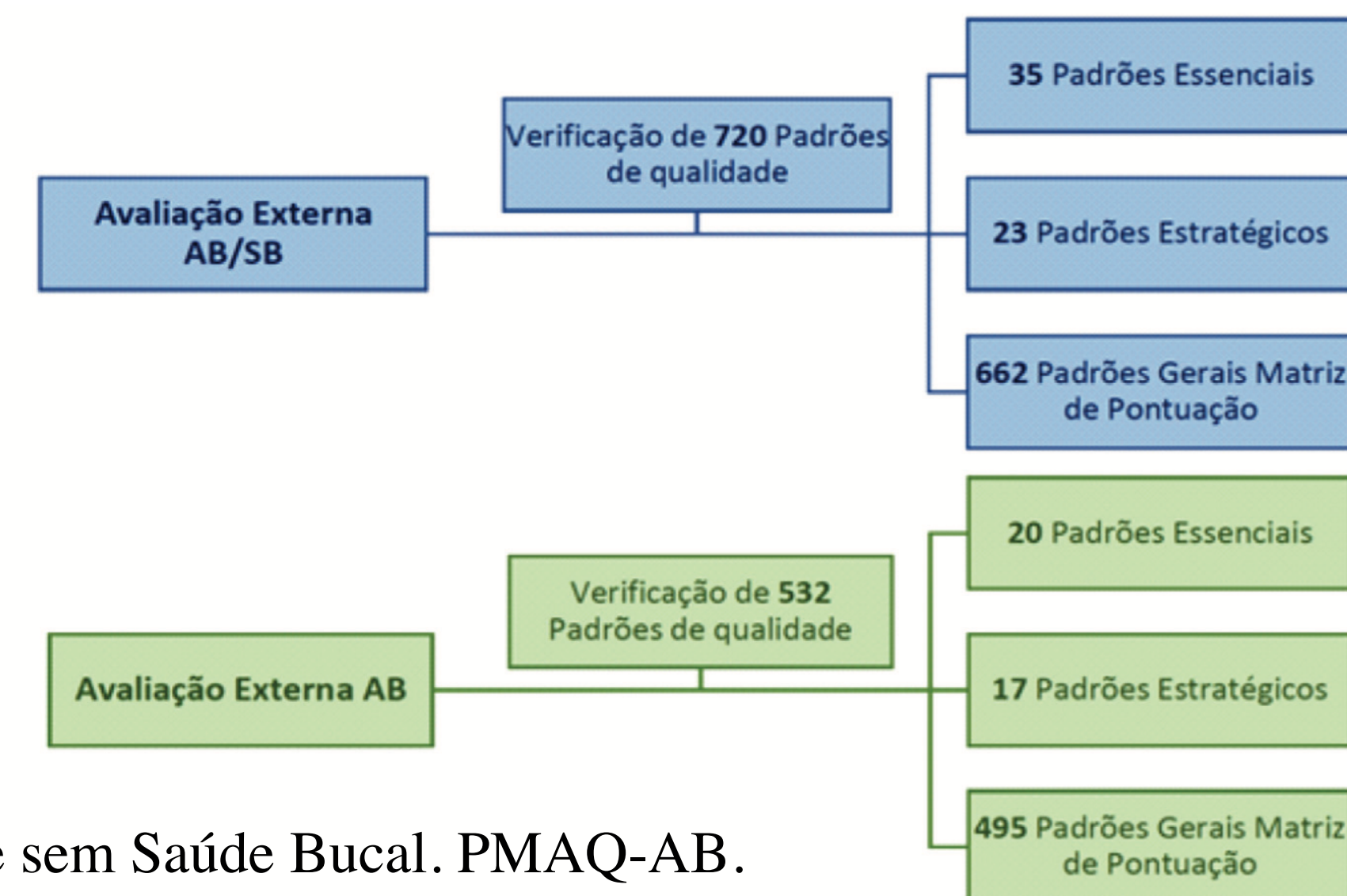
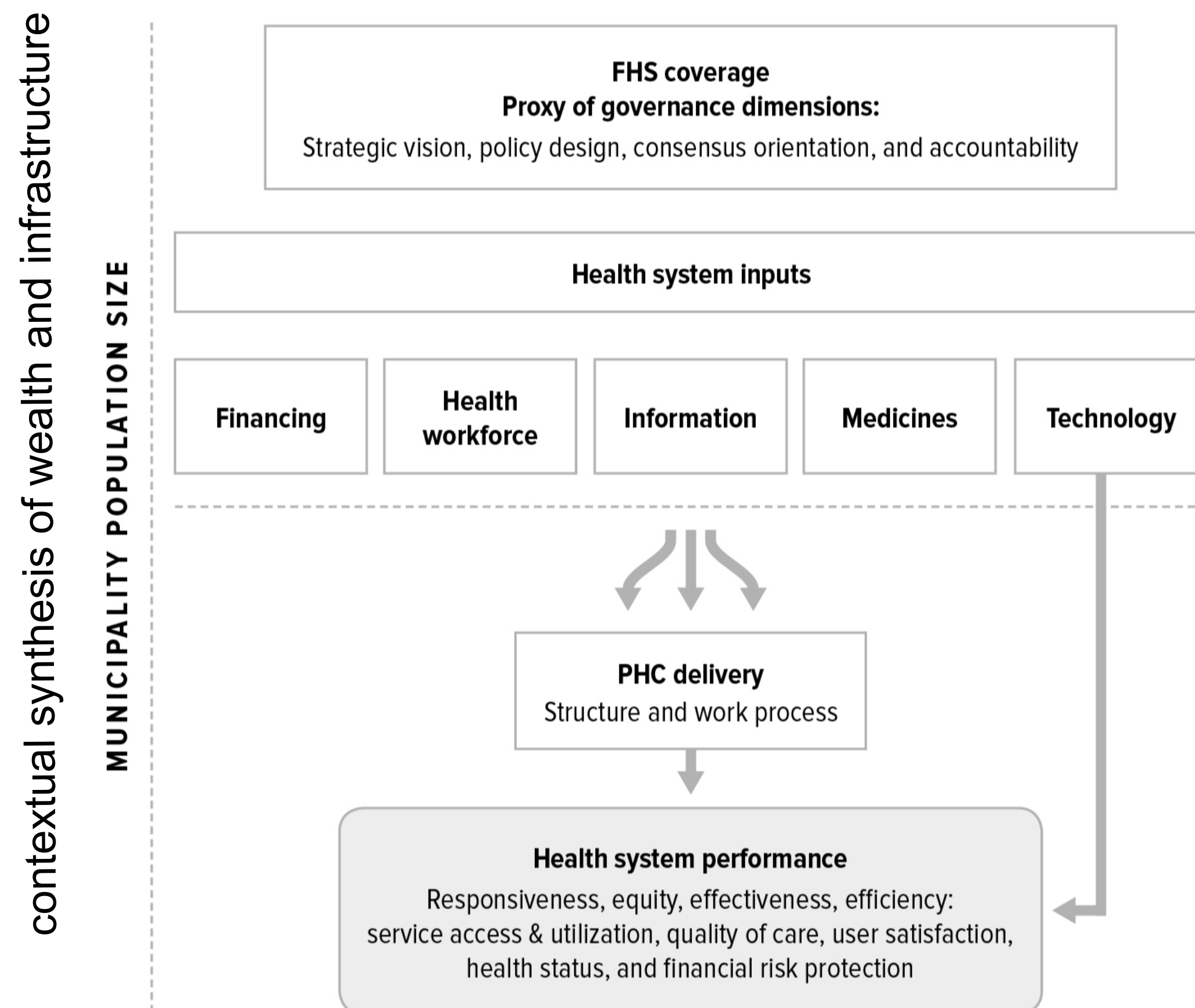


Figura 1: Fluxograma dos padrões de qualidade da Avaliação Externa para equipes de Atenção Básica, com e sem Saúde Bucal. PMAQ-AB.

# PMAQ: modelo de desempenho da ESF, 2011-2018

**FIGURE 8.1 Framework to Approach FHS Governance and Health System Performance**



# Alcances

**A APS não é uma "medicina simplificada para populações pobres",  
ao contrário, é uma estratégia sistêmica de alta sofisticação  
tecnológica e organizacional**

**Os resultados admiráveis da ESF são reconhecidos pela população  
e por estudos nacionais e internacionais**

# Temas da aula

- Sistemas de saúde com base na APS
  - O que dizem as evidências
- A APS no SUS de base do sistema a modelo de atenção - ESF
  - A ESF é o modelo de APS mais bem sucedido no país e um dos melhores exemplos do mundo, referência para países ricos e pobres
- A ESF tem referências conceituais e operacionais para sua implementação, mas ela não é igual em todos os lugares
  - Temos pelo menos 3 padrões de implantação em curso no Brasil
- A urgência é universalizar a ESF robusta, com todos os seus atributos e capacidades para enfrentar os desafios do acesso e da qualidade da APS e da atenção especializada no SUS
  - Parâmetros de referência e oferta de serviços - a questão das condições crônicas de saúde
  - Construção de uma base competente e resolutiva para garantir a integralidade do cuidado em regiões centrais e remotas

# Contribuições da APS à Saúde da População

## 1. Melhores Desfechos em Saúde

Sistemas de saúde com APS forte apresentam

indicadores de saúde superiores, mesmo controlando variáveis como renda per capita e comportamentos de risco (tabagismo, dieta).

**Redução da Mortalidade:** Correlação direta com a menor mortalidade por todas as causas, mortalidade infantil e mortes por doenças cardiovasculares e câncer.

**Aumento da Expectativa de Vida:** Países com maior orientação para a APS ganham anos adicionais de vida saudável em sua população.

## 2. Promoção da Equidade (O Efeito Equalizador)

A APS mitiga os efeitos deletérios das desigualdades sociais - é modificadora dos macrodeterminantes

APS bem estruturada distribui a saúde de forma mais justa, reduzindo a lacuna de saúde entre diferentes classes sociais.

## 3. Eficiência e Redução de Custos

Sistemas c/ base na APS são mais econômicos e eficientes e efetivos:

- Reduzem hospitalizações por CSAP
- Minimizam o uso desnecessário de tecnologias complexas e exames invasivos.
- Evitam a fragmentação do cuidado, que gera erros médicos e polifarmácia (especialmente em idosos).

*J Ambulatory Care Manage*  
Vol. 40, No. 2 Supp, pp. S12–S23  
Copyright © 2017 The Authors. Published by Wolters Kluwer Health, Inc.

# Diabetes Care in Brazil Program to Improve Primary Care Access and Quality—PMAQ

**Elaine Tomasi, PhD;**  
**Maria Aurora Dropa Chrestani Cesar, PhD;**  
**Rosália Garcia Neves, MSc;**  
**Paulo Ricardo Correa Schmidt; Elaine Thumé, PI**  
**Denise Silva da Silveira, PhD;**  
**Fernando Carlos Vinholes Siqueira, PhD;**  
**Bruno Pereira Nunes, PhD;**  
**Ana Claudia Gastal Fassa, PhD;**  
**Mirelle de Oliveira, PhD;**

**Estrutura e processo de trabalho na  
prevenção do câncer de colo de útero na  
Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa  
de Melhoria do Acesso e da Qualidade –  
PMAQ**

**Structure and work process in the  
prevention of cervical cancer in Health Basic  
Attention in Brazil: Program for the  
Improvement of Access and Quality**

Elaine Tomasi<sup>1</sup>  
Talita Fischer Olive  
Pedro Agner Aguiar  
Elaine Thumé<sup>4</sup>  
Denise Silva da Silveira  
Fernando Vinholes Si  
Suele Manjourany Silh  
Mirelle de Oliveira Sae  
Bruno Pereira Nunes<sup>9</sup>  
Anaclaudia Gastal Fassa  
Luiz Augusto Facchini<sup>1</sup>

<sup>1, 10, 11</sup> Programa de Pós-Graduação  
de Medicina Social. Universidade  
Caxias, 250. Fragata. Pelotas, RS, B  
E-mail: tomasiet@gmail.com  
<sup>2-9</sup> Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, B

**CSP** CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA  
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

## Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais

Quality of prenatal services in primary  
in Brazil: indicators and social inequali

Calidad de la atención prenatal en la r  
básica de salud de Brasil: indicadores  
sociales

Journal List >

*J Ambul Care Manage*. 2017 Apr; 40(2 Suppl): S24–S34.

Published online 2017 Mar 2. doi: [10.1097/JAC.000000000000185](https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000185)

PMCID: PMC5338880

PMID: [28252500](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28252500/)

## Primary Health Care and Cervical Cancer Mortality Rates in Brazil

A Longitudinal Ecological Study

Thiago Augusto Hernandes Rocha, MSc, [Núbia Cristina da Silva](#), PhD, [Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz](#), PhD, [Rejane Christine de Sousa Queiroz](#), PhD, [Marta Rovey de Souza](#), PhD, [Adriana Lein](#), MSc, [João Victor Muniz Rocha](#), MSc, [Viviane Alvares](#), MSc, [Dante Grapiuna de Almeida](#), BCompSc, [Allan Claudius Queiroz Barbosa](#), PhD, [Elaine Thumé](#), PhD, [Catherine Staton](#), PhD, [João Ricardo Nickenig Vissoci](#), PhD, and [Luiz Augusto Facchini](#), PhD

Lippincott Williams & Wilkins Open

ARTIGO ORIGINAL

## Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais\*

doi: [10.5123/S1679-49742017000200005](https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200005)

Census of the Primary Health Care structure in Brazil (2012): potential coverage estimates

**Kátia Crestine Poças<sup>1</sup>**  
**Lúcia Rolim Santana de Freitas<sup>2</sup>**  
**Elisabeth Carmen Duarte<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Brasília, Área de Medicina Social da Faculdade de Medicina, Brasília-DF, Brasil  
<sup>2</sup>Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** estimar e discutir indicadores selecionados de estrutura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil em 2012. **Métodos:** estudo ecológico descritivo, com dados do censo das unidades de APS, etapa do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); indicadores de coberturas potenciais foram estimados para infraestrutura, composição da equipe e serviços disponíveis. **Resultados:** os resultados evidenciaram altas coberturas (≥70%) para agentes comunitários de saúde (87,6%), equipes com atendimento em cinco ou mais dias na semana (71,4%), em dois turnos ou mais (70%), com consulta de enfermagem (70,9%) e curativos (70,4%); porém, coberturas ainda são incipientes (≤30%) para equipes em unidades com sinalização externa adequada (25,4%), prestando atendimento nos finais de semana (28,4%) e contando com profissionais para acolhimento (10,4%). **Conclusão:** os achados deste estudo apontam para as grandes desigualdades de coberturas potenciais relativas aos indicadores de estrutura da APS entre as Unidades da Federação.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde; Estrutura dos Serviços; Atenção Primária à Saúde.

## Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013\*

doi: [10.5123/S1679-49742019000200009](https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200009)

Family Health Support Center: health promotion, physical activity, and chronic diseases in  
Brazil – national PMAQ survey 2013

Núcleo de Apoio a la Salud de la Familia: promoción de la salud, actividad física y  
enfermedades crónicas en Brasil – encuesta nacional PMAQ 2013

Sousa Queiroz et al. *International Journal for Equity in Health* (2019) 18:5  
<https://doi.org/10.1186/s12939-018-0899-5>

International Journal for  
Equity in Health

### RESEARCH

### Open Access



## Is there a fair distribution of the structure of dental services in the capitals of the Brazilian Federative Units?

Rejane Christine de Sousa Queiroz<sup>1</sup>, Ana Graziela Araújo Ribeiro<sup>2\*</sup>, Aline Sampieri Tonello<sup>3</sup>, Ana Carolina Mendes Pinheiro<sup>4</sup>, José Aquino Júnior<sup>5</sup>, Thiago Augusto Hernandes Rocha<sup>6,10</sup>, Núbia Cristina da Silva<sup>7,10</sup>, Elisa Miranda Costa<sup>8</sup>, João Ricardo Nickenig Vissoci<sup>9</sup>, Catherine Staton<sup>10</sup>, Luiz Augusto Facchini<sup>11</sup> and Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz<sup>12</sup>



ARTIGO ORIGINAL

Thamires Lorenzet C  
Denise Silva da Silveira  
Elaine Tomasi<sup>2</sup>   
Elaine Thumé<sup>3</sup>   
Luiz Augusto Facchini  
Fernando Vinholes

<sup>1</sup>Universidade Fer  
<sup>2</sup>Universidade Fe  
<sup>3</sup>Universidade Fe

# Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014

doi: 10.1590/S1679-49742021000300015

## Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014

doi: 10.5123/S1679-49742020000100008

nsion in Brazil: cross-sectional study of y Care, 2014

Prenatal care in Brazil: a cross-section. Access and Quality, 2014

Prenatal en Brasil: estudio transversal del Atención Primaria, 2014

Rosália Garcia Neves<sup>1</sup> - [orcid.org/0000-0001-6798-91](https://orcid.org/0000-0001-6798-91).  
 Maria Del Pilar Flores-Quispe<sup>1</sup> - [orcid.org/0000-0003-5746-51](https://orcid.org/0000-0003-5746-51)  
 Luiz Augusto Facchini<sup>1</sup> - [orcid.org/0000-0002-5746-51](https://orcid.org/0000-0002-5746-51)  
 Anaclaudia Gastal Fassa<sup>1</sup> - [orcid.org/0000-0001-6070-0000](https://orcid.org/0000-0001-6070-0000)  
 Elaine Tomasi<sup>1</sup> - [orcid.org/0000-0001-7328-6044](https://orcid.org/0000-0001-7328-6044)

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas

## Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

Structure of primary healthcare units for treating persons with diabetes in the Brazilian National Program for Access and Quality Improvement

Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical  
 Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine  
 Vol.:52:e-20180230: 2019  
 doi: 10.1590/0037-8682-0230-2018

### Major Article

#### Characteristics of basic health units and detection tuberculosis cases

Marcia Ramos Costa<sup>[1]</sup>, Rejane Christine de Sousa Queiroz<sup>[1]</sup>, Thiago Augusto Hernandez Núbia Cristina Da Silva<sup>[3]</sup>, João Ricardo Nickenig Vissoci<sup>[4]</sup>, Aline Sampieri Tomasi<sup>[5]</sup>, Elaine Thumé<sup>[5]</sup>, Maria Nilza Lima Medeiros<sup>[6]</sup>, Maria dos Remédios Freitas Carvalho<sup>[7]</sup>, Maria Elza Lima Sousa<sup>[8]</sup>, Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz<sup>[1]</sup> and Luiz Augusto Facchini<sup>[9]</sup>

[1]. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

[2]. Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, Brasília, Brasil.

[3]. Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

[4]. Divisão de Emergência Médica, Duke University Health System, Duke University, Durham, North Carolina, USA.

[5]. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

[6]. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade CEUMA, São Luís, MA, Brasil.

[7]. Departamento de Patologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

[8]. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Secretaria Municipal de Saúde, São Luís, MA, Brasil.

[9]. Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

## Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB

Dialogues on the work process in oral health in Brazil: an analysis based on the PMAQ-AB survey

Discusiones sobre el proceso de trabajo en el ámbito de la salud bucal en Brasil: un análisis basado en el PMAQ-AB



Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira: Análise comparativa dos três ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB 2012-2018

Daniela Malagoni Fagundes<sup>1</sup>  
 Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz<sup>2</sup>  
 Rejane Christine de Sousa Queiroz<sup>2</sup>  
 Thiago Augusto Hernandez Rocha<sup>3</sup>  
 Núbia Cristina da Silva<sup>3</sup>  
 Joao Ricardo Nickenig Vissoci<sup>4</sup>  
 Maria Cristina Marino Calvo<sup>5</sup>  
 Luiz Augusto Facchini<sup>6</sup>



Health Systems & Reform

ISSN: 2328-8604 (Print) 2328-8620 (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/khsr20>

## Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: An External Assessment of Primary Health Care Access and Quality Improvement Program

Mara Rejane Barroso Barcelos, Bruno Pereira Nunes, Suelle Manjourany Silva Duro, Elaine Tomasi, Rita de Cássia Duarte Lima, Malgorzata Nabialczyk Chalupowski, Timothy Richard Rebbeck & Luiz Augusto Facchini

To cite this article: Mara Rejane Barroso Barcelos, Bruno Pereira Nunes, Suelle Manjourany Silva Duro, Elaine Tomasi, Rita de Cássia Duarte Lima, Malgorzata Nabialczyk Chalupowski, Timothy Richard Rebbeck & Luiz Augusto Facchini (2018) Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: An External Assessment of Primary Health Care Access and Quality Improvement Program, Health Systems & Reform, 4:1, 42-55, DOI: [10.1080/23288604.2017.1405770](https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1405770)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1405770>

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

## Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ

Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention in Brazil: Program for the Improvement of Access and Quality

<https://dms.ufpel.edu.br/site/?p=1841>



Consulta nos últimos seis meses

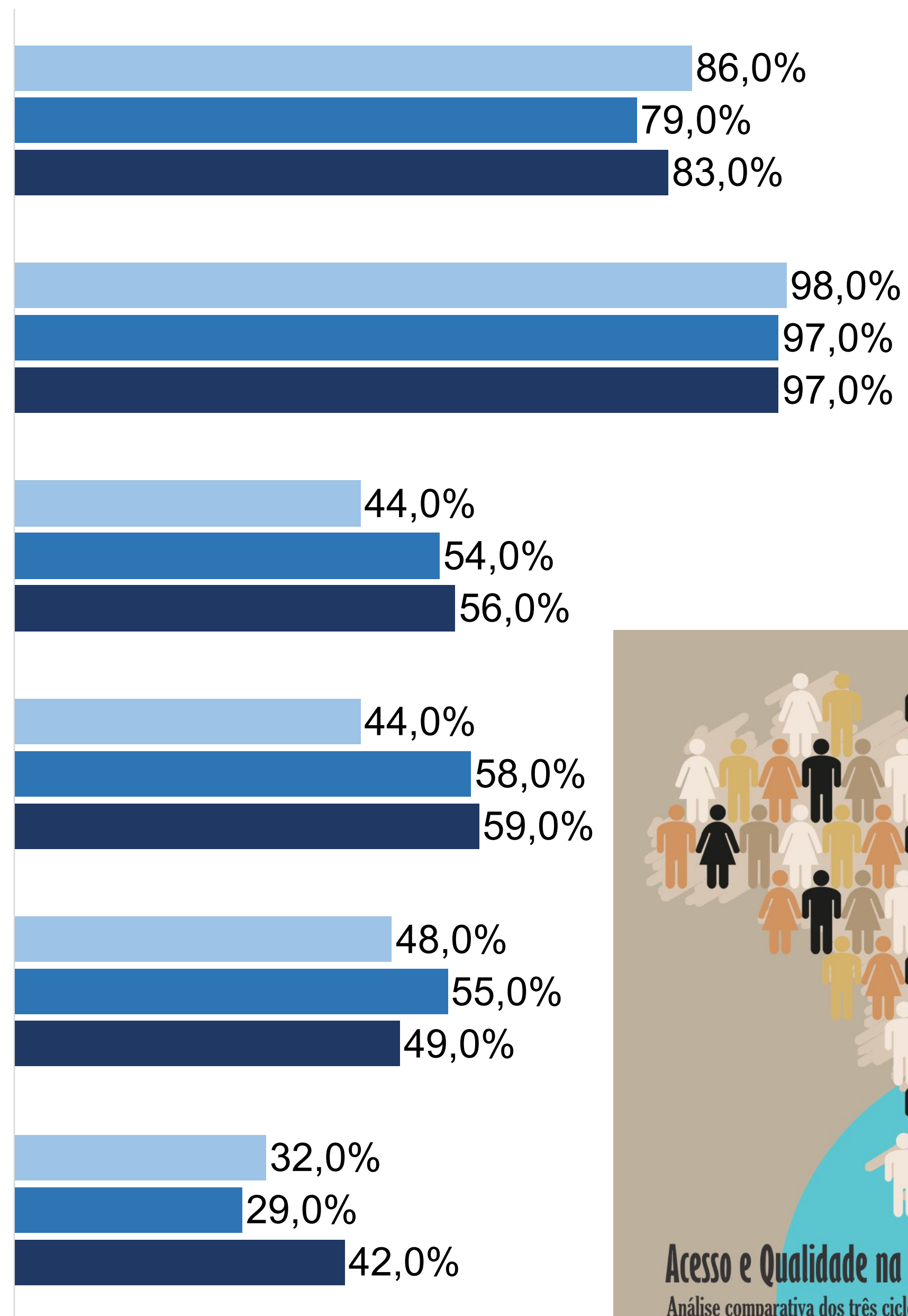
Aferição de pressão

Creatinina

Perfil lipídico

Eletrocardiograma

Sair da consulta com a próxima agendada



# Atenção a pessoas com hipertensão. PMAQ, Brasil 2012-2018



**Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira:**  
Análise comparativa dos três ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB 2012-2018

E-book

Luiz Augusto Facchini | Elaine Tomasi | Elaine Thumé  
(Organizadores)

<https://dms.ufpel.edu.br/site/?p=1841>

■ Ciclo I 2012  
 ■ Ciclo II 2014  
 ■ Ciclo III 2018

# Impacto do PMM na atenção ao diabetes mellitus e à hipertensão arterial

**Desenho: modelo quase-experimental, em série temporal, analisando a diferença-em-diferença**

**Intervenção:** 20 mil equipes eSF com profissionais do PMM desde 2014  
**Controle:** 30 mil equipes eSF sem profissionais do PMM desde 2014

No período de 2014.1 a 2015.2 houve aumento no número de consultas nas equipes com PMM, enquanto foi observada redução nas equipes sem PMM.

A análise de diferença-em-diferença indicou **melhor desempenho** na oferta de consulta para **Diabetes** ( $p < 0,001$ ) e **Hipertensão** ( $p < 0,001$ ) entre as eSF com PMM em 2015, comparadas àquelas sem PMM

O efeito foi mais pronunciado nas **regiões Norte e Nordeste**, em municípios com mais de 20% da população em extrema pobreza,

**Ampliação da cobertura das ações e da longitudinalidade.**

Artigo original

Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho de equipes de Saúde da Família na atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, 2012 a 2015

Luiz Augusto Facchini,<sup>1</sup> Alexandre de Souza Ramos Florencio,<sup>2</sup> Bruno Pereira Nunes,<sup>1</sup> Marcílio Regis Melo Silva,<sup>3</sup> Carlos Rosales,<sup>4</sup> Gerardo Alfaro,<sup>5</sup> Thiago Augusto Hernandes Rocha<sup>6</sup> e Joaquín Molina<sup>6</sup>

Como citar: Facchini LA, Florencio ASR, Nunes BP, Silva MRM, Rosales C, Alfaro G, et al. Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho de equipes de Saúde da Família na atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, 2012 a 2015. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e63. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.63>

**RESUMO**

**Objetivo.** Comparar as tendências temporais de acesso e utilização de serviços para controle de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) em equipes com e sem a participação de profissionais do Programa Mais Médicos (PMM).

**Métodos.** Utilizou-se um delineamento analítico-descritivo, com comparação entre equipes participantes do PMM (intervenção) e não participantes, em uma abordagem quase-experimental em série temporal. Comparou-se o desempenho de uma amostra de 30 000 equipes da Estratégia Saúde da Família em 2012 e 20 000 equipes em 2015. Os padrões nos dois grupos foram analisados pela técnica de diferença-em-diferença com estratificação por região geopolítica, porte populacional e perfil municipal. A média semestral de atendimentos foi estimada pela divisão do número total de consultas de DM e HAS realizadas por médicos e enfermeiros em determinada equipe de saúde pelo total de usuários com DM/HAS cadastrados no mesmo local e período. Uma média de consultas/usuário maior do que 14,2 para DM e 10,8 para HAS foi considerada como *outlier*, sendo as equipes com essas médias excluídas das análises.

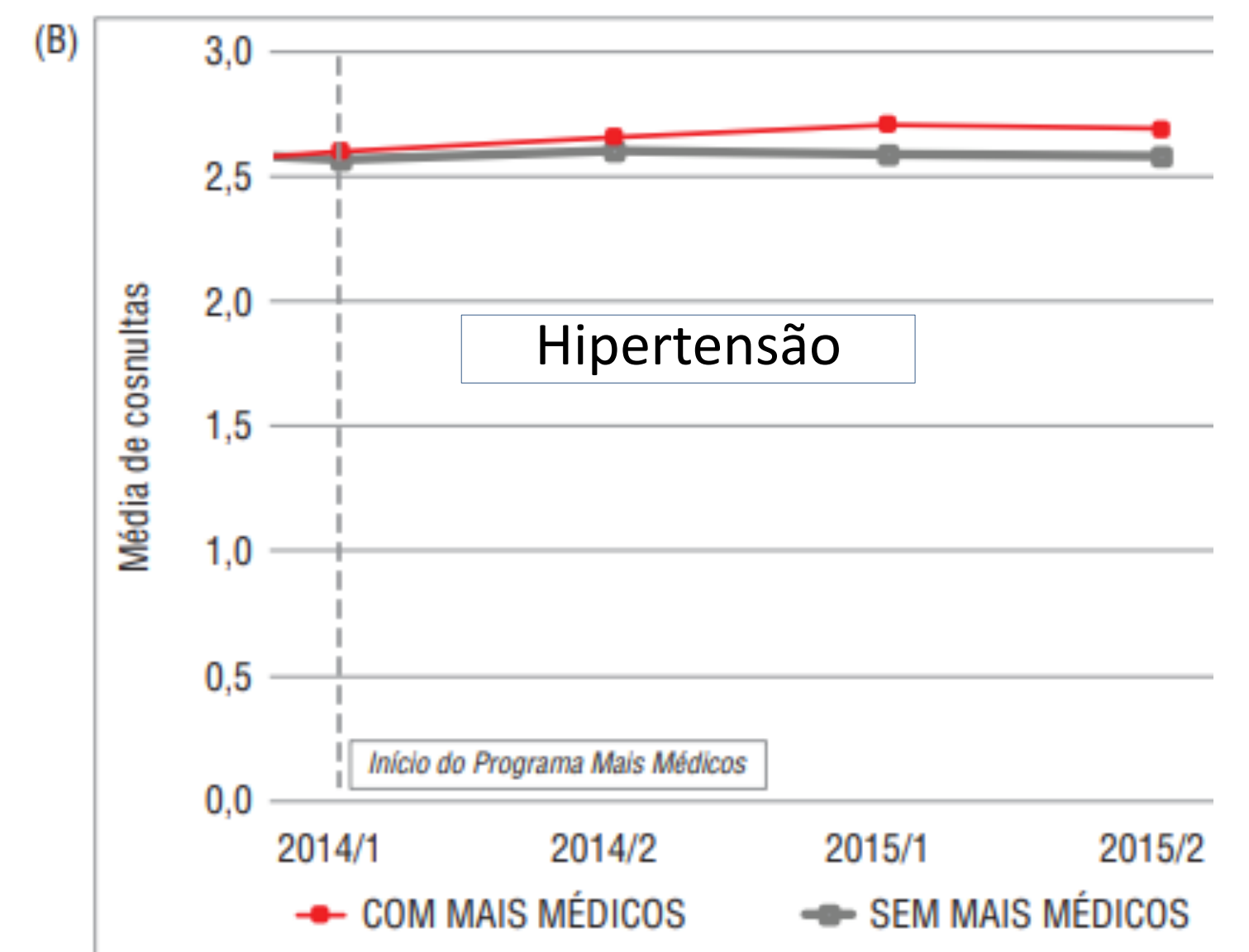
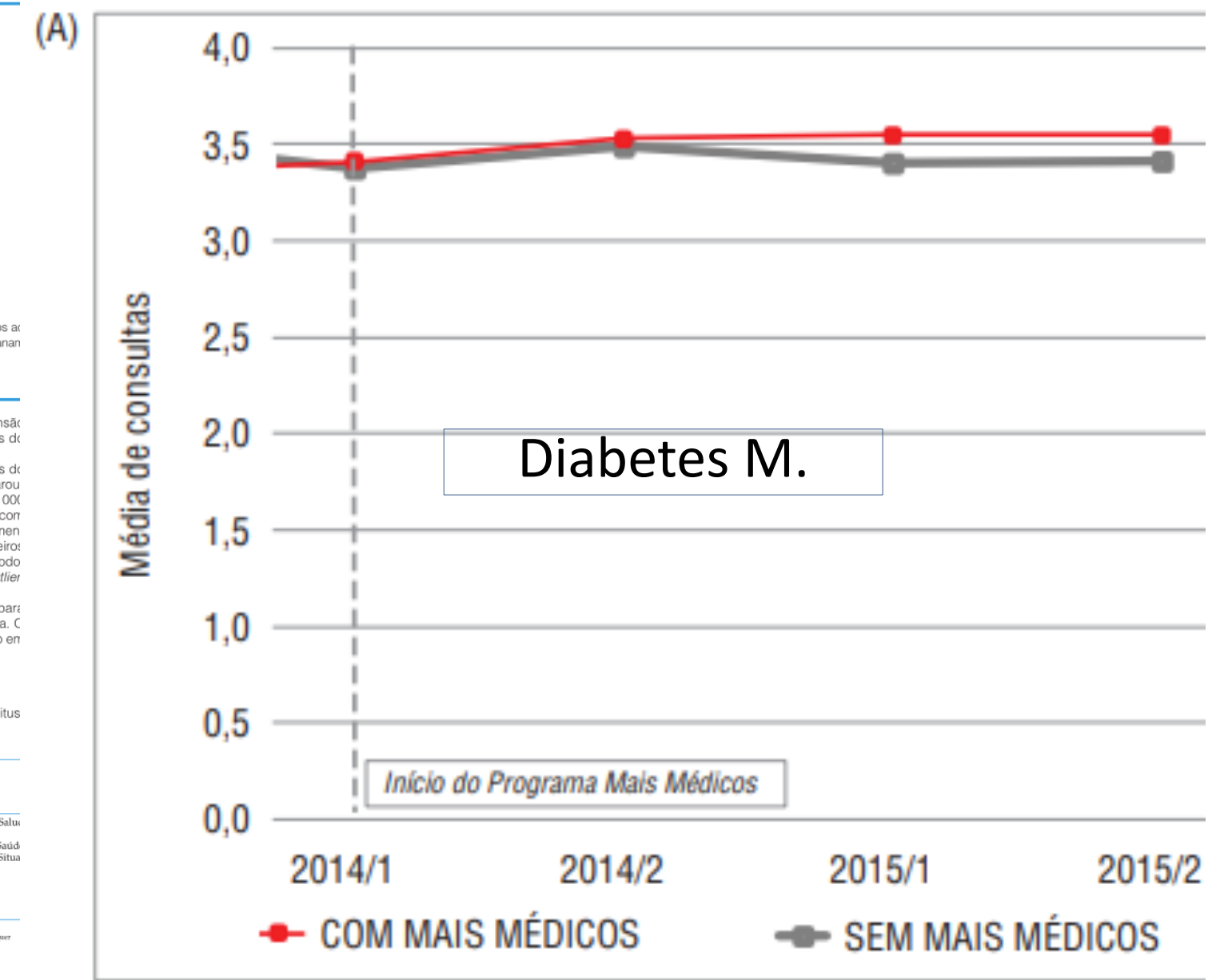
**Resultados.** A análise de diferença-em-diferença indicou melhor desempenho na oferta de consulta para DM ( $P < 0,001$ ) e HAS ( $P < 0,001$ ) entre as equipes com PMM em comparação àquelas sem o programa. C efeito foi mais pronunciado nas regiões Norte e Nordeste, em municípios com mais de 20% da população em extrema pobreza e em municípios de todos os portes populacionais.

**Conclusões.** Os resultados mostram que o PMM amplia o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

**Palavras-chave** Avaliação de programas e projetos de saúde; atenção primária à saúde; hipertensão; diabetes mellitus Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas (RS), Brasil.  
<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, (OPS/OMS), Managua, Nicaragua.  
<sup>3</sup> Ministério da Saúde, Brasília (DF), Brasil.  
<sup>4</sup> Organización Pan-Americana de Salud/Organización Mundial de la Salud, (OPAS/OMS), Brasília (DF), Brasil.  
<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, (OPS/OMS), Cidade do Panamá, Panamá.  
<sup>6</sup> Organización Pan-Americana de Salud/Organización Mundial de la Salud, (OPAS/OMS), Unidade Técnica de Doenças Transmissíveis e Análise de Situação de Saúde, [jhemandth@paho.org](mailto:jhemandth@paho.org)

Rev Panam Salud Publica 44, 2020 | [www.paho.org/journal](http://www.paho.org/journal) | <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.63>





Ocorreu um aumento da qualidade ao longo do período em equipes que realizavam a busca ativa e o registro adequado do acompanhamento das crianças e a usuária recebeu visita domiciliar do ACS e realizou a consulta de puerpério.



# Qualidade da atenção a crianças pequenas. PMAQ, Brasil 2012-2018

Flores-Quispe M del P, Duro SMS, Facchini LA, Barros NBR, Tomasi E. Tendências na qualidade da atenção à saúde da criança na primeira semana de vida na Atenção Primária no Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2024;29(1): e09192022. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.09192022>

Tendências na qualidade da atenção à saúde da criança na primeira semana de vida na Atenção Primária no Brasil

Trends in the quality of child health care in the first week of life in primary care services in Brazil

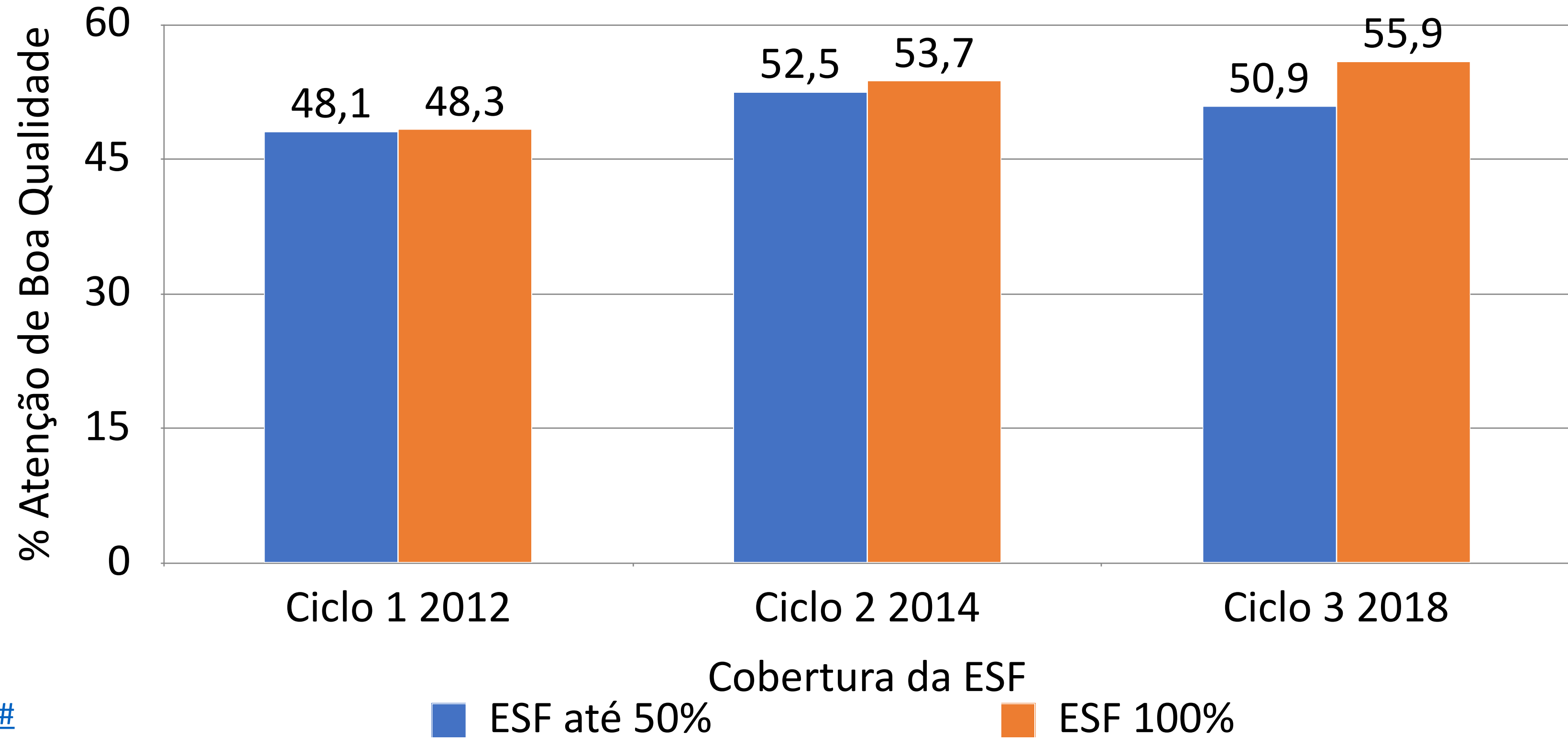
María del Pilar Flores-Quispe (https://orcid.org/0000-0003-1472-7350)<sup>1</sup>  
 Suele Manjourany Silva Duro (https://orcid.org/0000-0001-5730-0811)<sup>2</sup>  
 Luiz Augusto Facchini (https://orcid.org/0000-0002-5746-5170)<sup>1,3</sup>  
 Nicole Borba Rios Barros (https://orcid.org/0000-0002-0581-4914)<sup>4</sup>  
 Elaine Tomasi (https://orcid.org/0000-0001-7328-6044)<sup>1,5</sup>

**Abstract** The aim of this study was to assess temporal trends in the quality of health care during the first-week child check-up in primary care services stratified by municipal, health team and maternal characteristics. We conducted a cross-sectional study using data from the three cycles of the National Program for the Improvement of Access and Quality (PMAQ) (2012, 2014 and 2018). Adult service users with children aged up to 2 were interviewed. The outcome was "good quality health care in the first week of life". Descriptive and time trend analyses were performed using variance-weighted least squares regression. The frequency of good quality care during the first-week check-up was 47.9% (95%CI 46.6-49.3) in 2012, 52.5% (95%CI 51.3-53.7) in 2014 and 53.3% (95%CI 52.2-54.4) in 2018, with an annual increase of 0.73 pp (p<0.001). The annual increase was greater in the Northeast (2.06 pp) and in municipalities with very low/low HDI (1.48 pp) and 100% family health strategy coverage (0.98 pp). Trends in the frequency of good quality health care during the first-week child check-up were favorable.

**Resumo** O objetivo deste estudo foi avaliar a tendência temporal da qualidade da atenção à saúde da criança na consulta da primeira semana de vida no nível da Atenção Primária à Saúde, segundo características dos municípios, do processo de trabalho das equipes e das usuárias responsáveis pelas crianças. Foram realizadas análises transversais com dados dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (2012, 2014 e 2018). Usuárias adultas com filhos de até dois anos foram entrevistadas. O desfecho foi a "boa qualidade da atenção à saúde na primeira semana de vida". Foram realizadas análises descritivas e de tendência temporal por meio de regressão de mínimos quadrados ponderados por variância. A frequência de boa qualidade na consulta da primeira semana de vida foi 47,9% (IC95% 46,6-49,3) em 2012, 52,5% (IC95% 51,3-53,7) em 2014 e 53,3% (IC95% 52,2-54,4) em 2018, com um aumento anual de 0,73 ponto percentual (p<0,001). O aumento anual foi maior na região Nordeste (2,06 pp) e com IDH muito baixo/baixo (1,48 pp) e com 100% de cobertura de ESF (0,98 pp). Ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB houve uma evolução favorável na frequência da boa qualidade na atenção à saúde na primeira semana de vida.

**Key words** Health care quality assessment, Primary Health Care, Trends, Child Health

**Palavras-chave** Avaliação da qualidade do cuidado de saúde, Atenção Primária à Saúde, Tendências, Saúde da Criança



A ESF é uma das mais abrangentes estratégias de APS do mundo, foi efetiva na redução da mortalidade geral de crianças com menos de 5 anos, e particularmente das mortes relacionadas com doenças diarreicas e infecções do trato respiratório inferior.

## Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infection in Brazil, 2010.

Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics*. 2010 Sep;126(3):e534-40. doi: 10.1542/peds.2009-3197. Epub 2010 Aug 2. PMID: 20679307.

**PEDIATRICS**  
OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

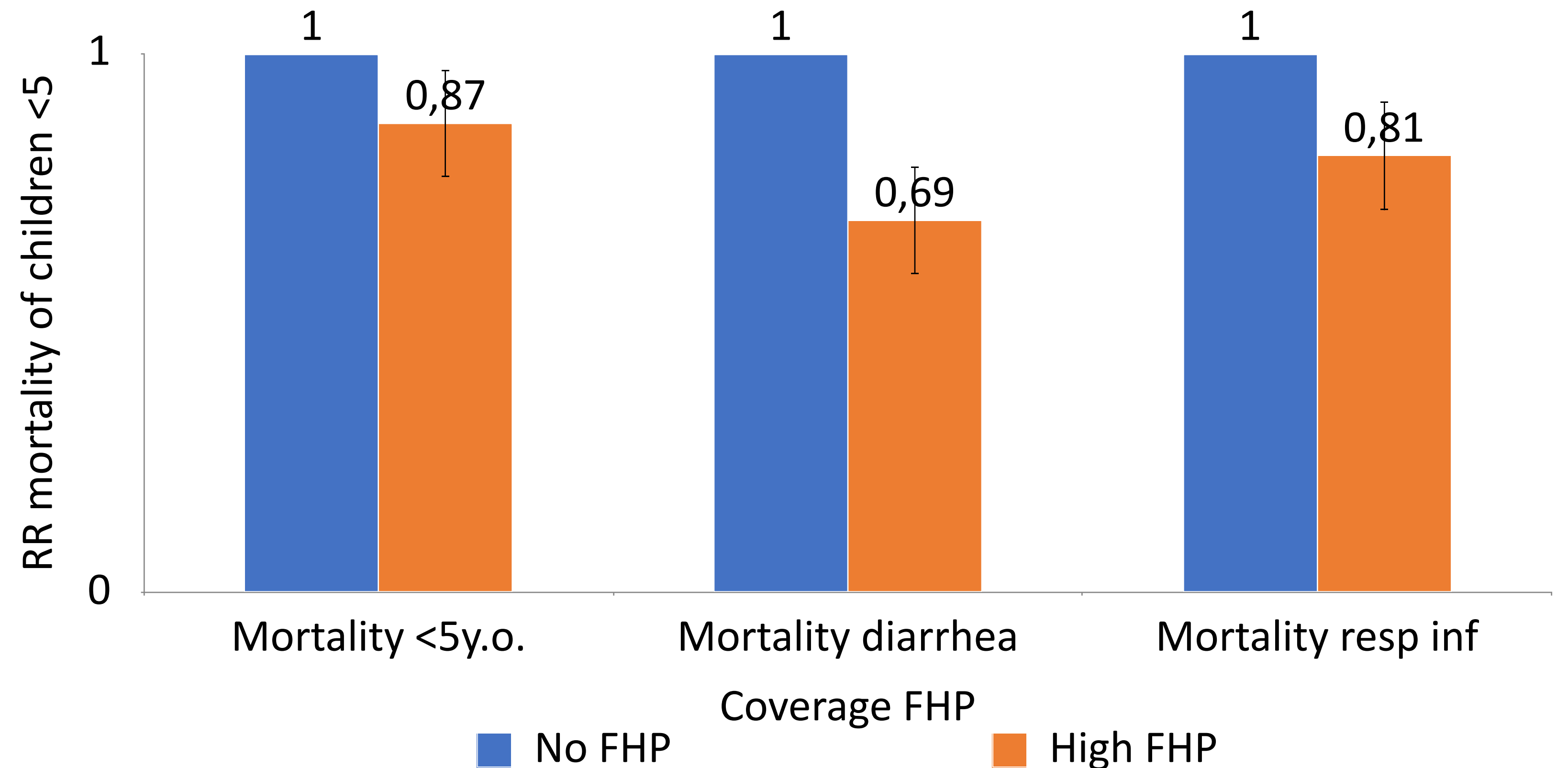
Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil  
Davide Rasella, Rosana Aquino and Mauricio L. Barreto  
*Pediatrics* published online Aug 2, 2010;  
DOI: 10.1542/peds.2009-3197

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at:  
<http://www.pediatrics.org>

PEDIATRICS is the official journal of the American Academy of Pediatrics. A monthly publication, it has been published continuously since 1948. PEDIATRICS is owned, published, and trademarked by the American Academy of Pediatrics, 141 Northwest Point Boulevard, Elk Grove Village, Illinois, 60007. Copyright © 2010 by the American Academy of Pediatrics. All rights reserved. Print ISSN: 0031-4005. Online ISSN: 1098-4275.

American Academy of Pediatrics  
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

Downloaded from [www.pediatrics.org](http://www.pediatrics.org). Provided by Dana Medical Library, University of Vermont on August 3, 2010



O estudo avaliou em profundidade a ESF do país durante a pandemia! 92,7% das UBS tinham uma ou mais eSF

O número de UBS sem ESF foi maior nas regiões Sudeste e Sul, mais ricas e mais equipadas.

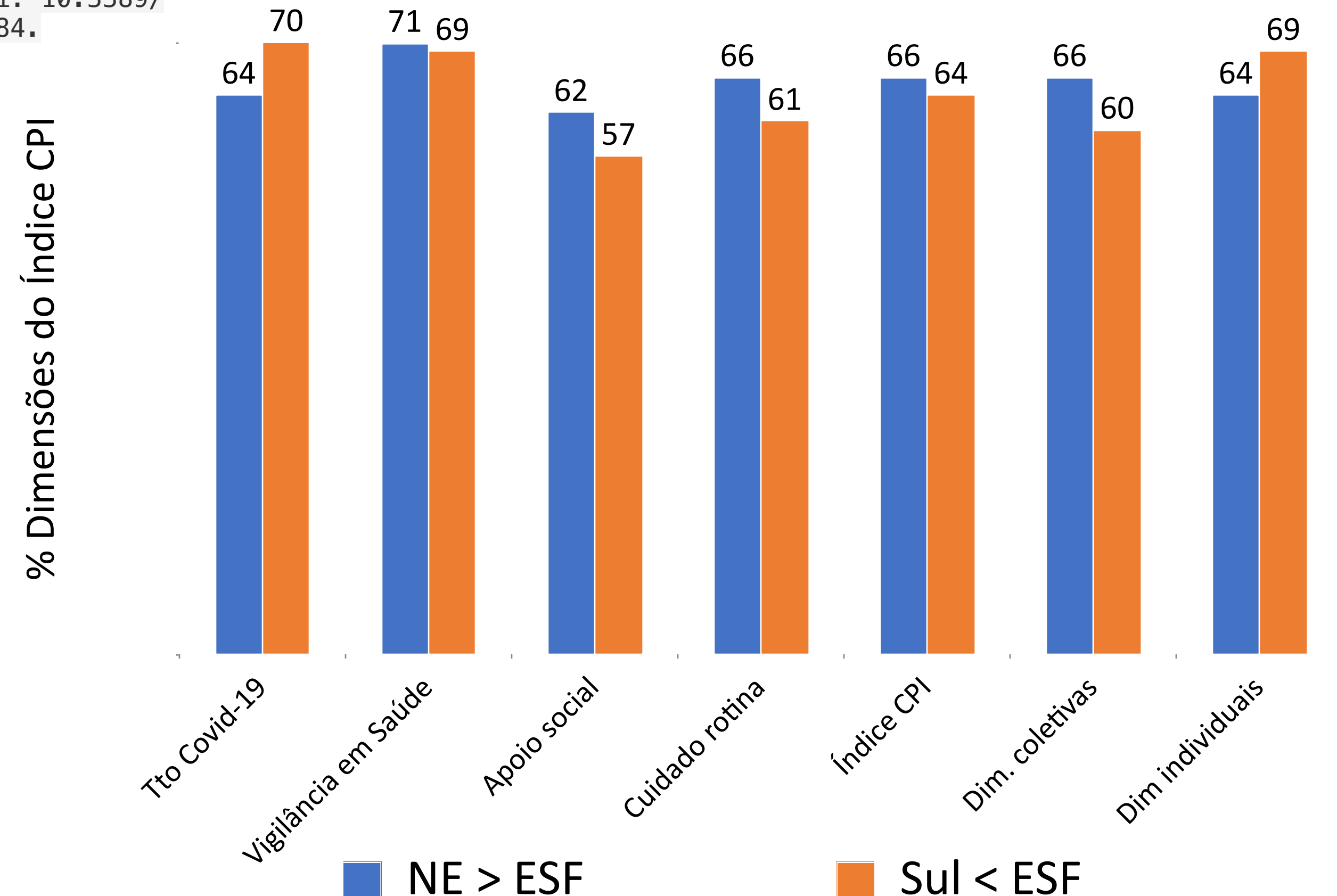
O NE se destacou em ações coletivas e suas desvantagens em infraestrutura e tecnologia, não resultou em maior número de casos e de óbitos por Covid-19, em comparação ao Sul

CPI SCORE  
AXES AND  
MAIN  
CONTENTS



Bousquat A, Giovanella L, Facchini L, Mendonça MHM, Nedel FB, Cury G, Dos Santos Mota PH, Schenkman S, Chueiri PS, Alves MCGP. The Brazilian primary health care response to the COVID-19 pandemic: individual and collective approaches. Front Public Health. 2023 Dec 8;11:1212584. doi: 10.3389/fpubh.2023.1212584.

## The Brazilian primary health care response to the COVID-19 pandemic: individual and collective approaches



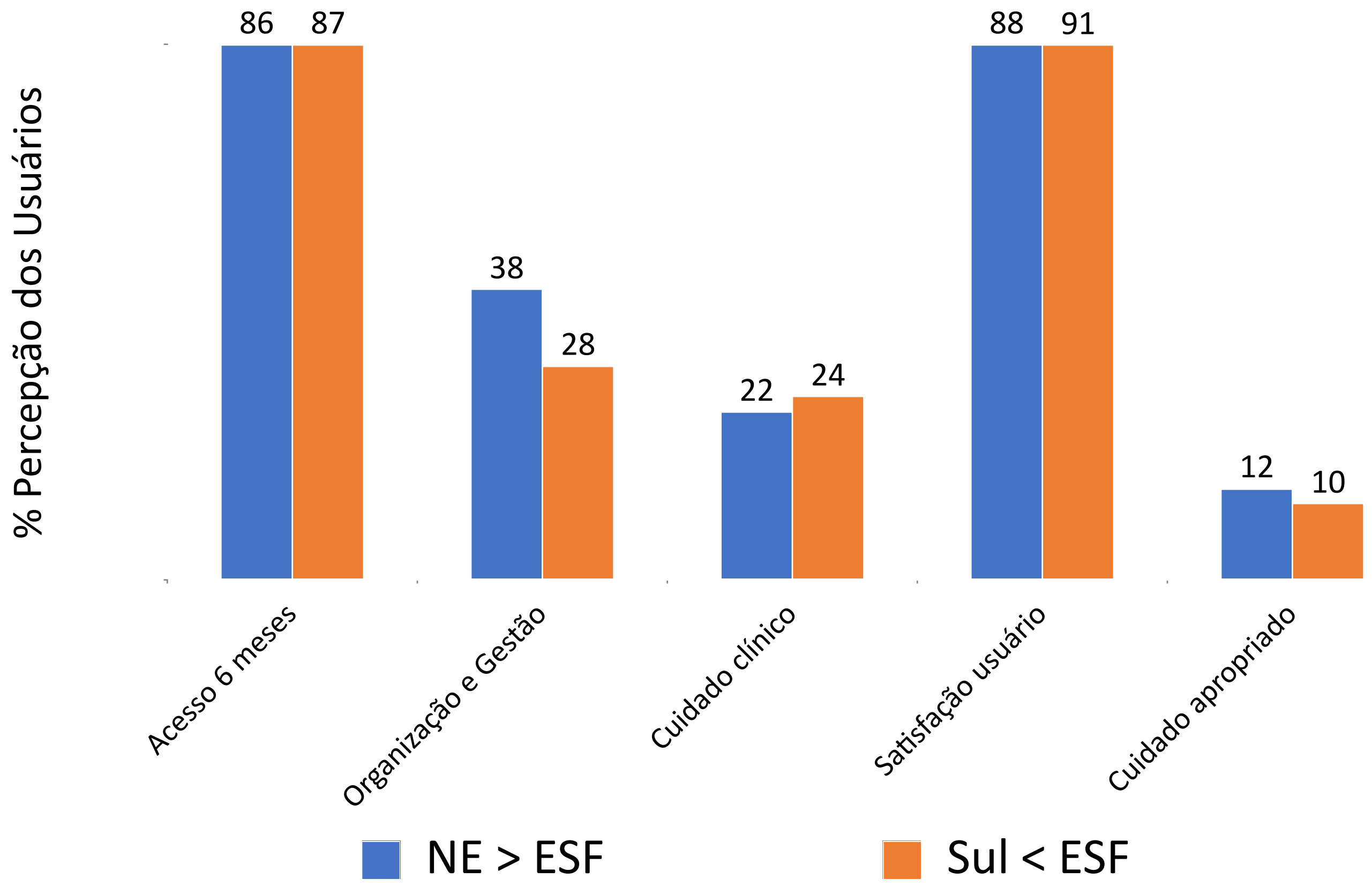
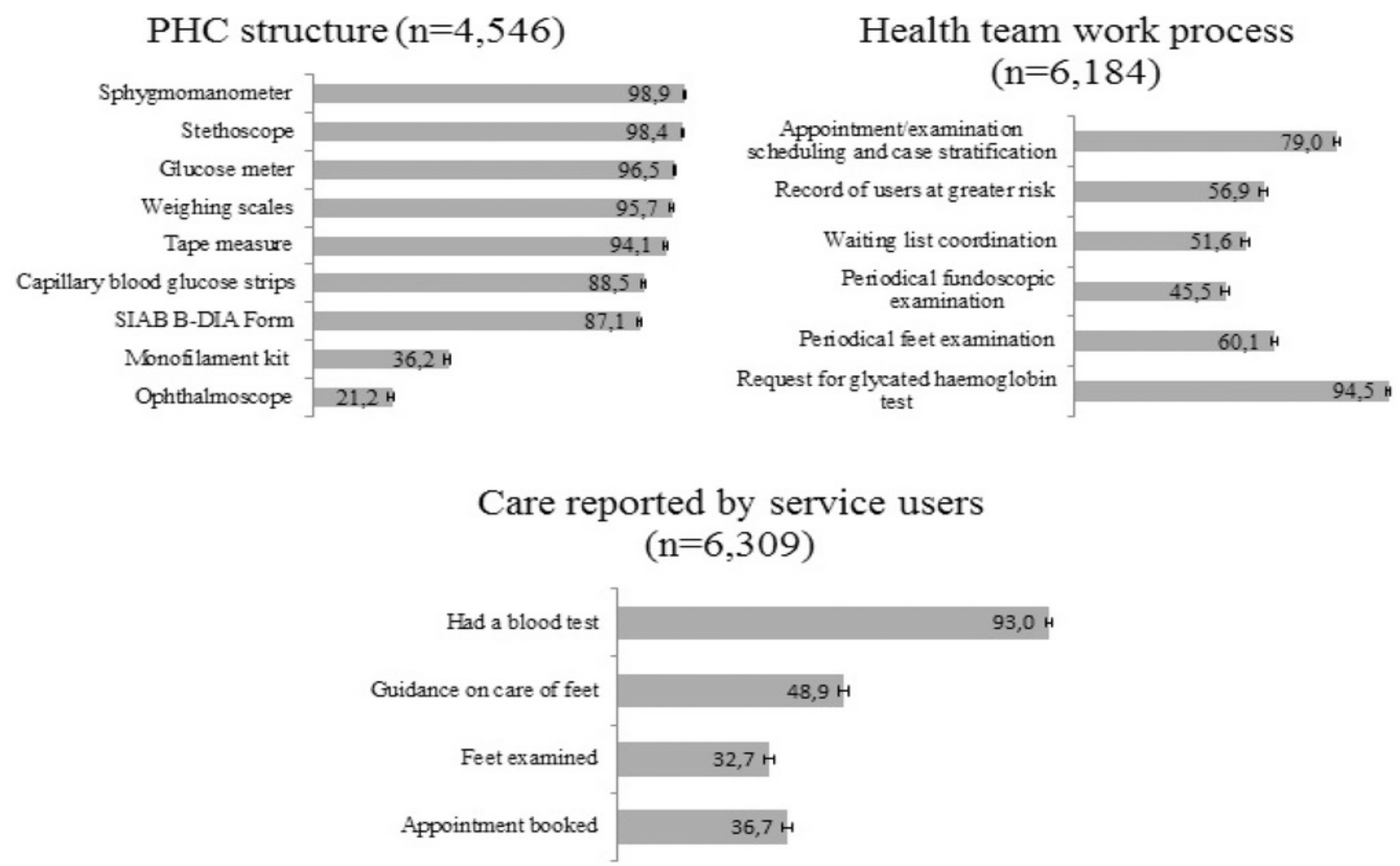
# O estudo sinaliza uma redução das desigualdades históricas entre o Nordeste e o Sul

Apesar das pequenas diferenças, o destaque no Sul foi no cuidado clínico, enquanto no NE, foi em gestão e organização dos serviços e no índice global de cuidado apropriado

## Diabetes Care in Brazil Program to Improve Primary Care Access and Quality—PMAQ, 2012.



Tomasi, E; Cesar, MADC; Neves, RG; Schmidt, PRC; Thumé, E; Silveira, DS; Siqueira, FCV; Nunes, BP; Fassa, AG; Saes, MO; Duro, SMS; Volz, PM; Facchini, LA. Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality—PMAQ. Journal of Ambulatory Care Management 40():p S12-S23, April/June 2017. | DOI: 10.1097/JAC.000000000000184



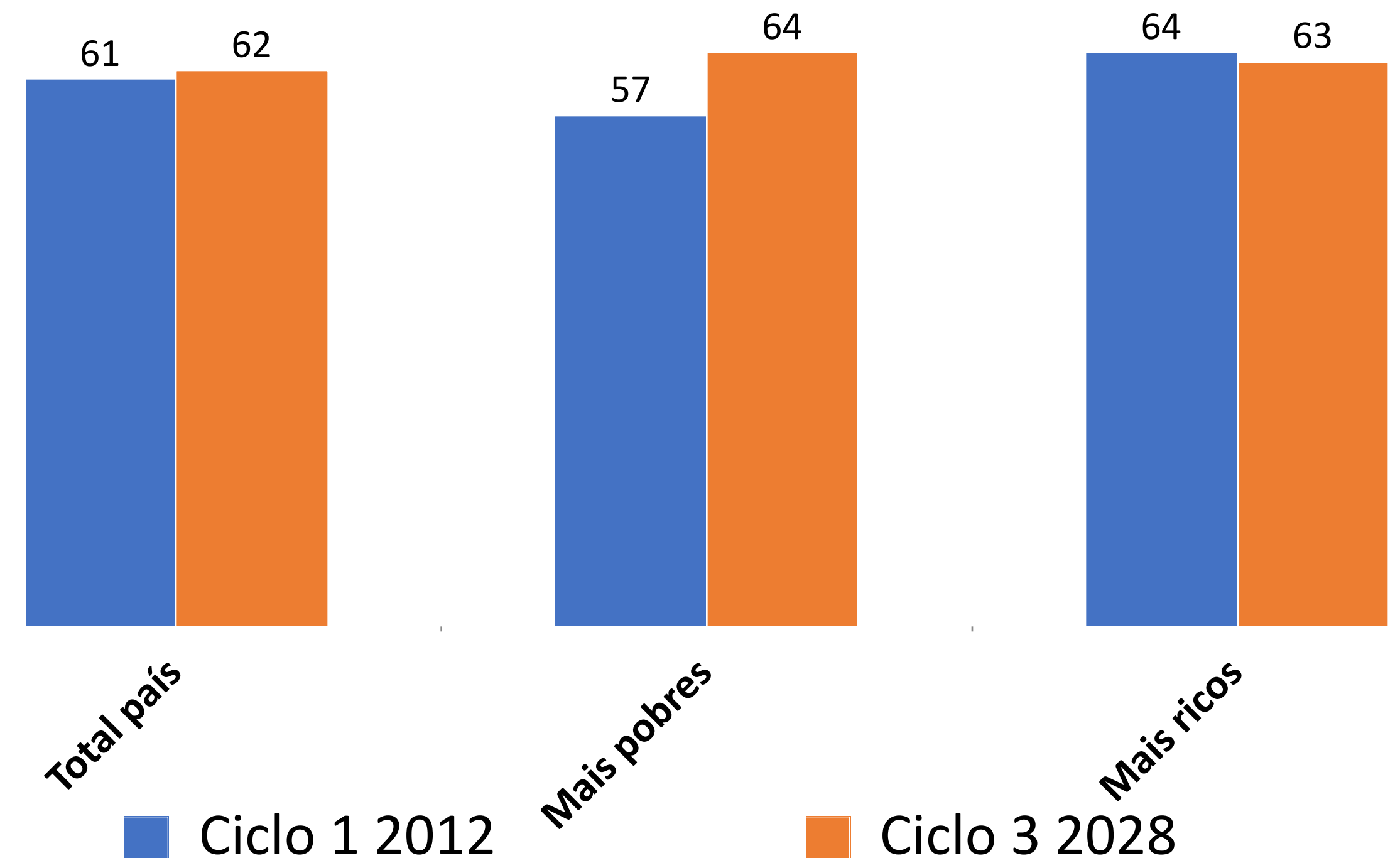
[https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/fulltext/2017/04001/diabetes\\_care\\_in\\_brazil\\_program\\_to\\_improve.3.aspx](https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/fulltext/2017/04001/diabetes_care_in_brazil_program_to_improve.3.aspx)

O estudo indica a efetividade do PMAQ na redução das desigualdades entre regiões mais pobres e mais ricas. No Ciclo 1, as eSF de regiões mais desfavorecida tiveram pior avaliação do que as de regiões mais ricas. Nos Ciclos 2 e 3, as eSF do Norte e Nordeste tiveram melhor desempenho em comparação com o resto do país,

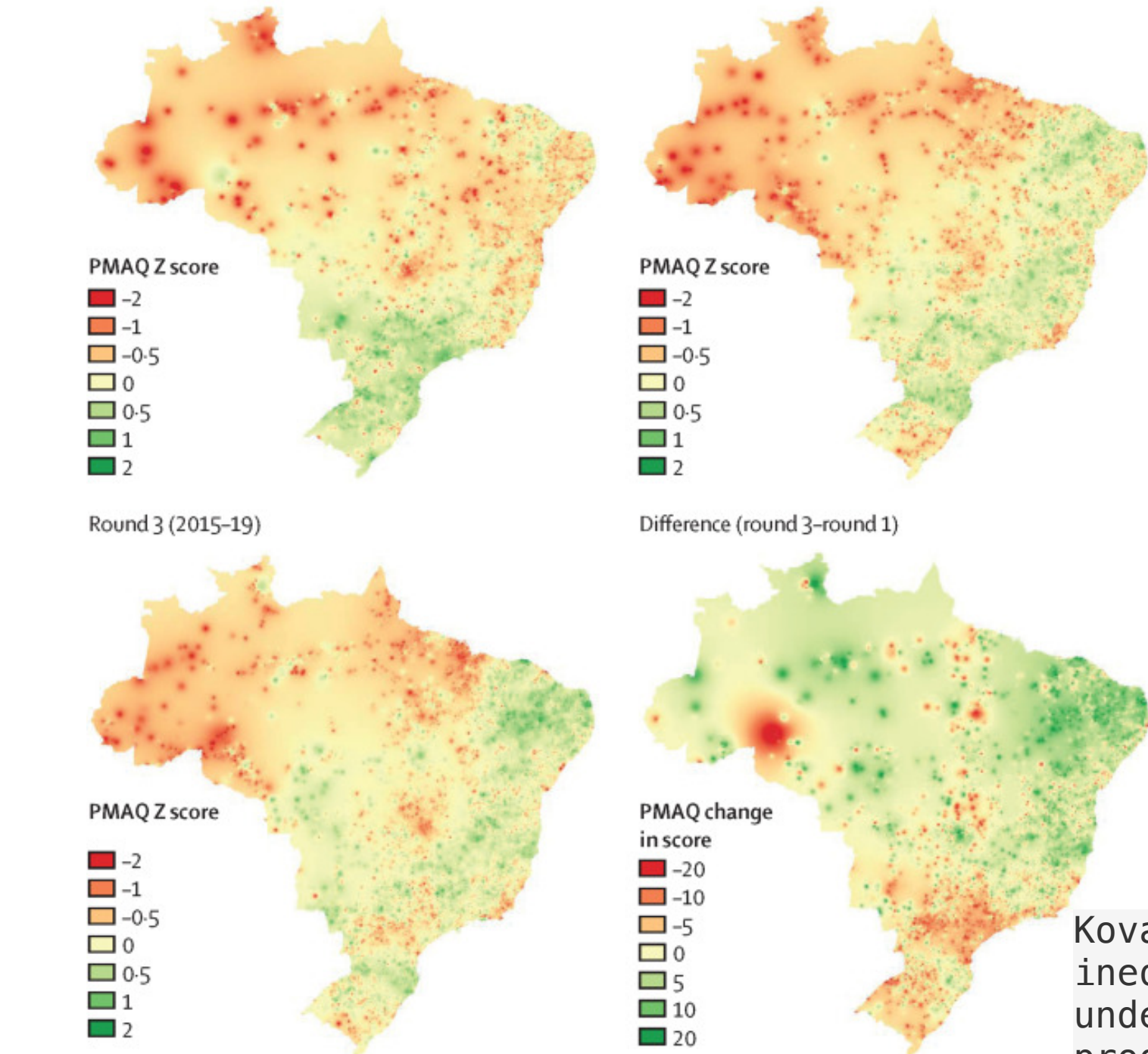
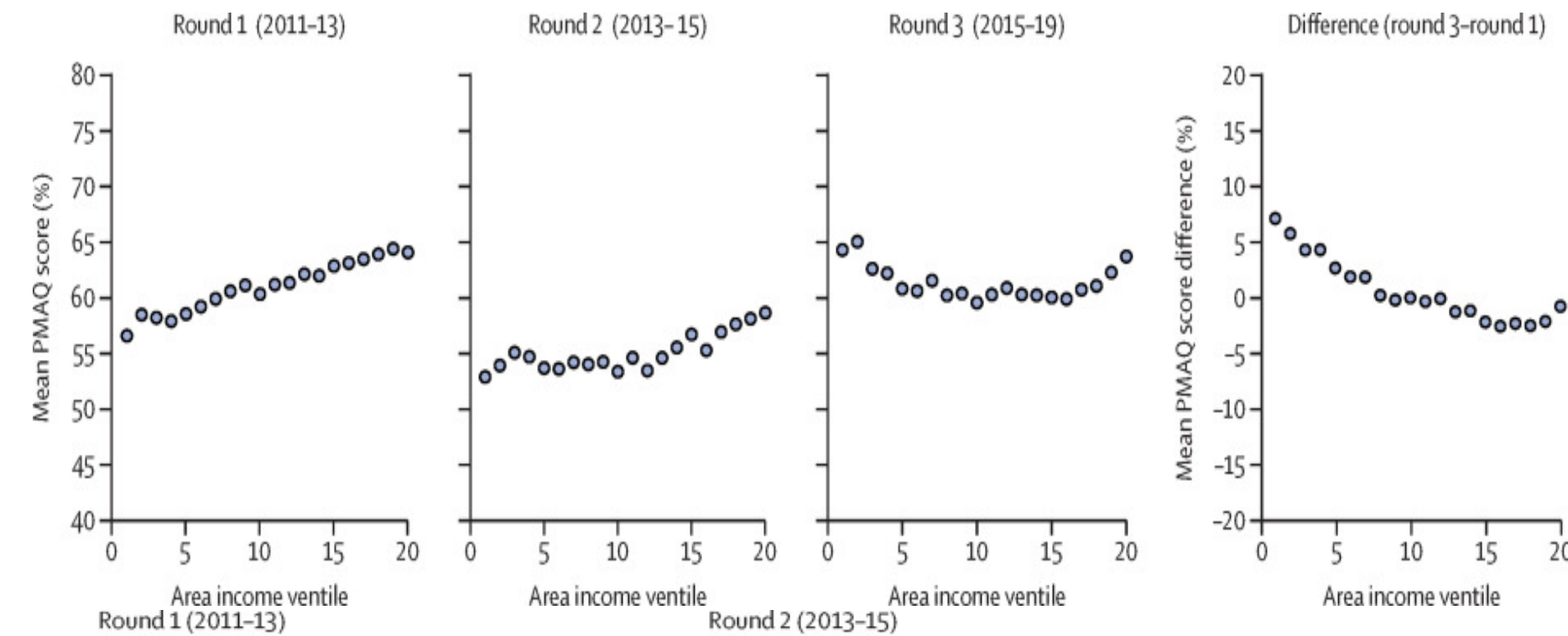
## Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams

O estudo avaliou 13.934 (93,4%) que participaram dos 3 ciclos do PMAQ.

% Desempenho escore PMAQ



Kovacs, R. et al. (2021), "Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams", Lancet Glob Health, Vol. 9.



Houve um aumento expressivo na cobertura da ESF no DF, no período.

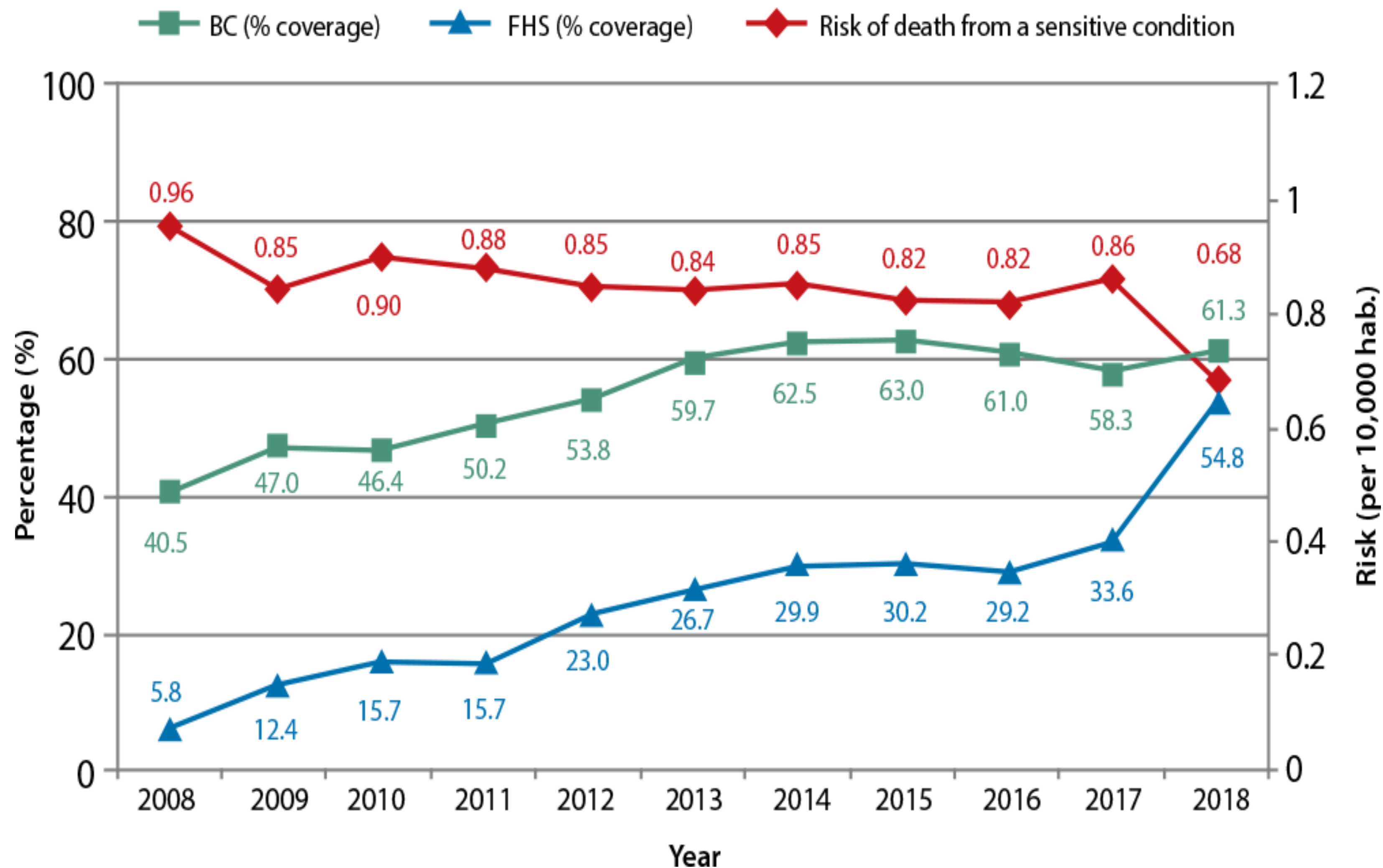
A ESF representava, em 2008, 14% da AB, tendo aumentado para 89% em 2018.

O risco de morte por condições sensíveis ao longo dos anos diminuiu.

Destacam-se os anos de 2017 e 2018, com queda de 0,86 para 0,68.

## Elderly Mortality due to Ambulatory Care Sensitive Conditions and Primary Health Care Coverage in the Federal District, 2008-2018

Costa GM da, Shimizu HE, Sanchez MN. Elderly Mortality due to Ambulatory Care Sensitive Conditions and Primary Health Care Coverage in the Federal District. Rev Bras Enferm [Internet]. 2023;76(1):e20220170. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0170>



O aumento da cobertura da ESF de 0% para 100% se associou a uma redução de 6,8% nas taxas de mortalidade passível de tratamento, em comparação com nenhum aumento na cobertura da ESF. As reduções foram de 11,0% para os municípios com as pontuações de governança mais elevadas e de 4,3% para aqueles com as pontuações mais baixas. Reforçar a governança local da saúde reforça a efetividade da ESF

## Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance



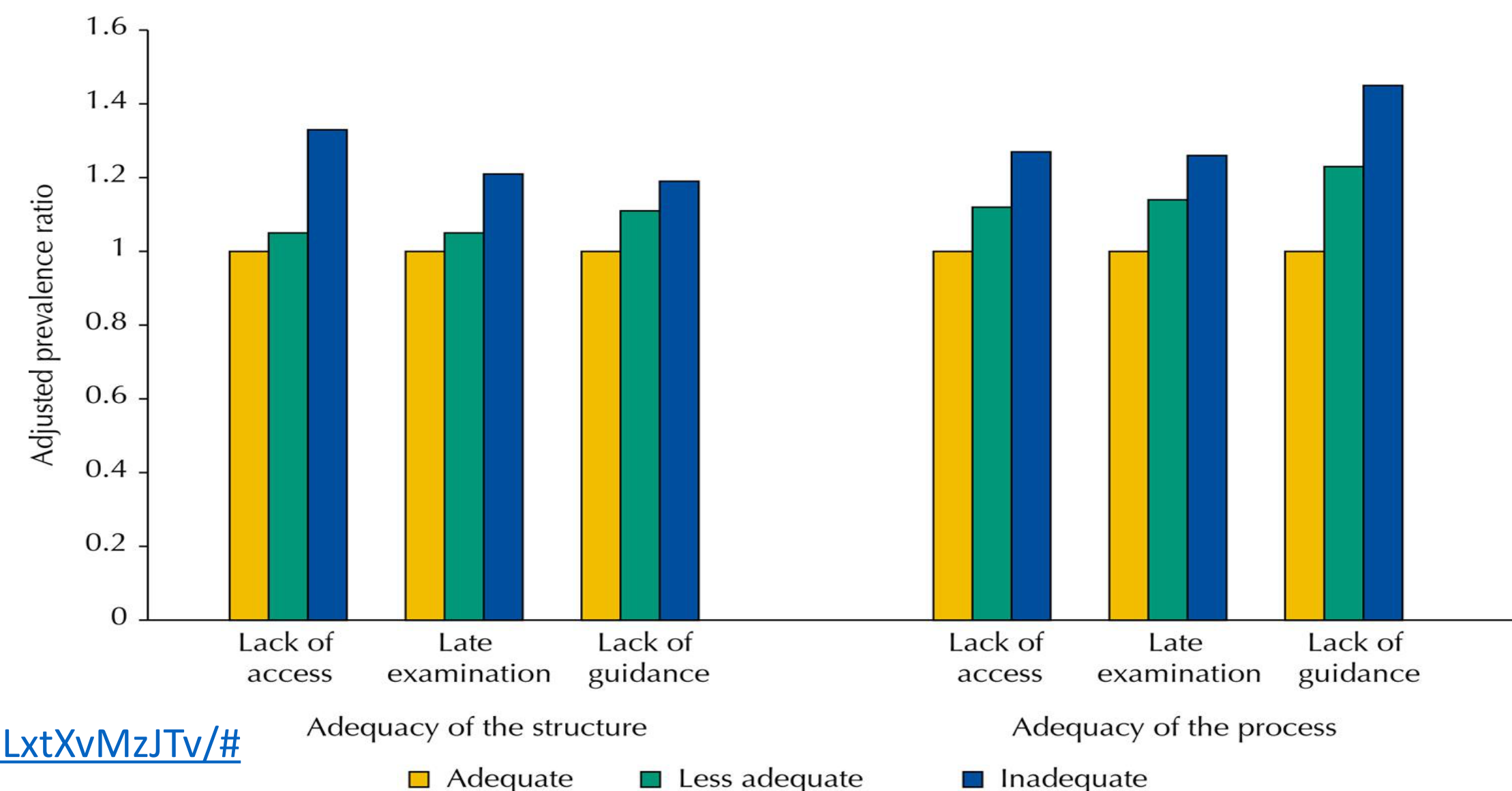
Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. Health Aff (Millwood). 2017 Jan 1;36(1):149-158. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0966.

Barcelos MRB, Lima R de CD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. Rev Saúde Pública [Internet]. 2017;51:67. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006802>

## Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ, 2012

A qualidade do rastreamento aumentou com o aumento da cobertura municipal da ESF

A região Centro-Oeste do país apresentou as maiores ocorrências de de baixa qualidade. O processo de trabalho adequado nas eSF diminuiu a probabilidade de baixa qualidade em todos os indicadores



# Probabilidade de sobrevivência na coorte populacional de idosos. Bagé, Brasil, 2008-2017

Kessler M, Thumé E, Marmot M, Macinko J, Facchini LA, Nedel FB, Wachs LS, Volz PM, de Oliveira C. Family Health Strategy, Primary Health Care, and Social Inequalities in Mortality Among Older Adults in Bagé, Southern Brazil. *Am J Public Health*. 2021 May;111(5):927-936. doi: 10.2105/AJPH.2020.306146. Epub 2021 Mar 18.

RESEARCH & ANALYSIS | **AJPH**

## Family Health Strategy, Primary Health Care, and Social Inequalities in Mortality Among Older Adults in Bagé, Southern Brazil

Marciane Kessler, PhD, Elaine Thumé, PhD, Michael Marmot, PhD, James Macinko, PhD, Luiz Augusto Facchini, PhD, Fúlvio Borges Nedel, PhD, Lourival Soares Wachs, PhD, Pamela Moraes Volz, PhD, and Cesar de Oliveira, PhD

See also Milles, p. 762, and Galea and Vaughan, p. 787.

**Objectives.** To investigate the role of the Family Health Strategy (FHS) in reducing social inequalities in mortality over a 9-year follow-up period.

**Methods.** We carried out a population-based cohort study of individuals aged 60 years and older from the city of Bagé, Brazil. Of 1593 participants at baseline (2008), 1314 (82.5%) were included in this 9-year follow-up (2017). We assessed type of primary health care (PHC) coverage and other variables at baseline. In 2017, we ascertained 579 deaths through mortality registers. Hazard ratios and their 95% confidence intervals modeled time to death estimated by Cox regression. We also tested the effect modification between PHC and wealth.

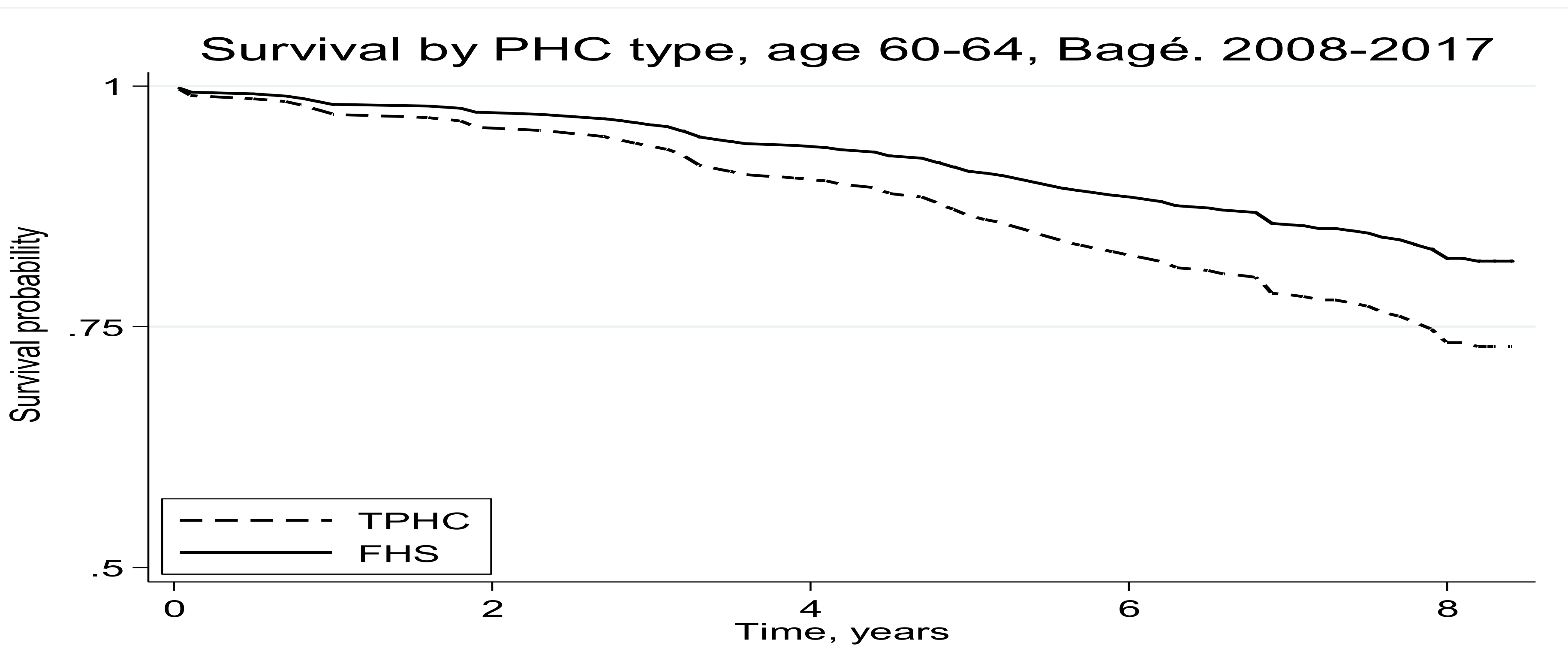
**Results.** The FHS had a protective effect on mortality among individuals aged 60 to 64 years, a result not found among those not covered by the FHS. Interaction analysis showed that the FHS modified the effect of wealth on mortality. The FHS protected the poorest from all-cause mortality (hazard ratio [HR]=0.59; 95% confidence interval [CI]=0.36, 0.96) and avoidable mortality (HR=0.46; 95% CI=0.25, 0.85).

**Conclusions.** FHS coverage reduced social inequalities in mortality among older adults. Our findings highlight the need to guarantee universal health coverage in Brazil by expanding and strengthening the FHS to promote health equity. (*Am J Public Health*. 2021;111:927-936. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306146>)

Socioeconomic inequalities in mortality are a major public health issue because the associated burden is on a grand scale<sup>1</sup> and persists at older ages.<sup>2,3</sup> Monitoring the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality among older adults has become even more important because of worldwide population aging.<sup>4</sup> Such inequalities indicate the need for improvements in life expectancy among lower socioeconomic groups<sup>5</sup> as well as policies that address both social and medical determinants of health.<sup>6,7</sup>

Policies toward universal public health systems<sup>8</sup> framed by the values and principles of primary health care (PHC) represent the main strategy to achieve the World Health Organization's stated goal of health for all.<sup>9</sup> PHC was introduced in the Brazilian public health system during the 1980s and implemented after the creation of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde [SUS]), which made considerable progress toward delivering universal and comprehensive health care during the last 30 years.<sup>10</sup> During the 1990s, the Family Health

Strategy (FHS) was developed to reorganize and restructure the health system, aiming to strengthen primary care.<sup>11</sup> The FHS has multidisciplinary teams, including community health workers, that are responsible for meeting the health care needs of approximately 1000 households in a defined geographical area.<sup>12,13</sup> By contrast, traditional primary health care (TPHC) teams do not have a fixed structure; contain more medical professionals, sometimes including specialists such as pediatricians, obstetricians, and gynecologists; do not serve



**Figure 1.** All-cause mortality by Primary Health Care coverage in age group 60-64 years, adjusted for sex, age and wealth. SIGa-Bagé, 2008-2017.



# Desafios



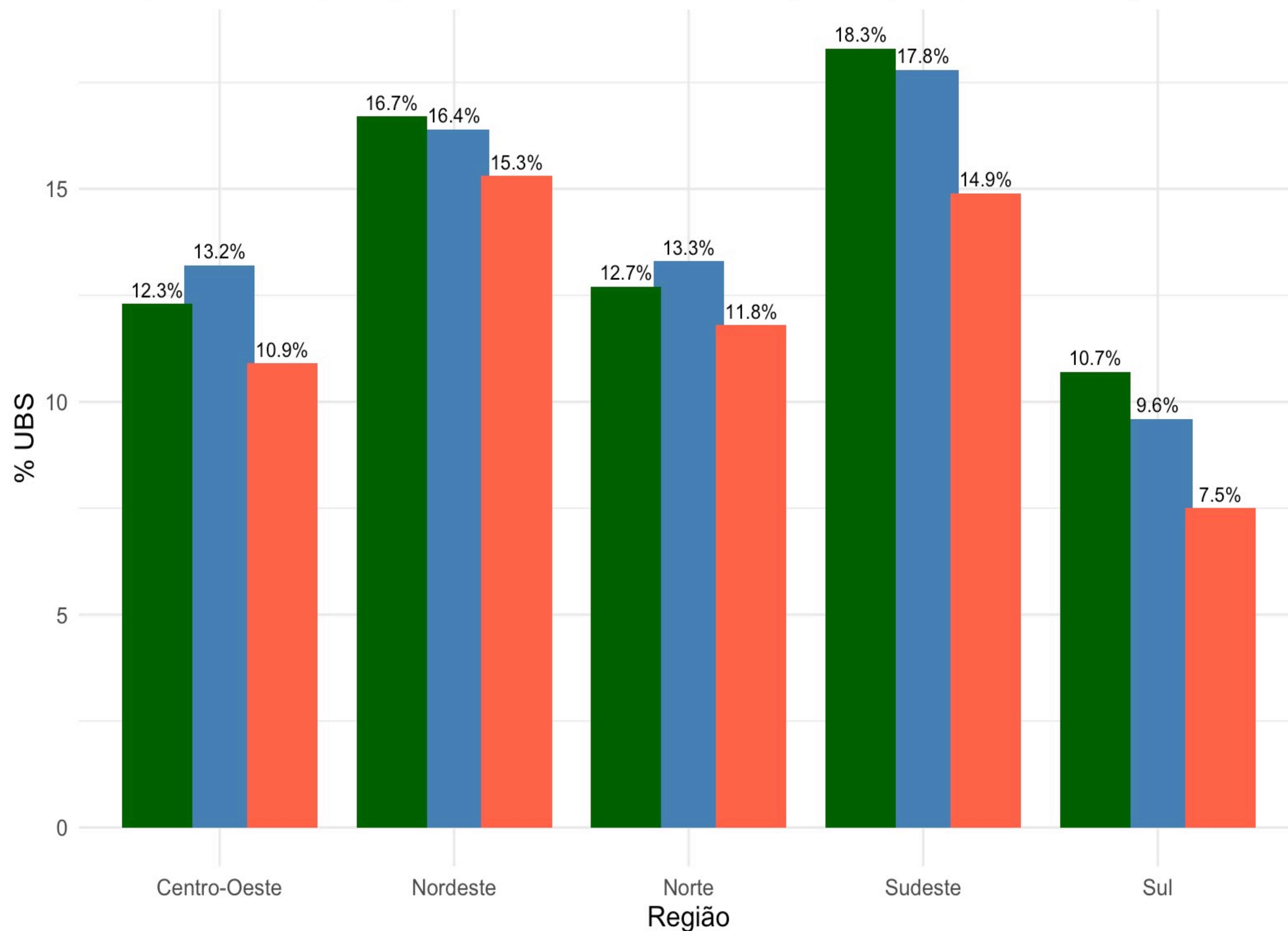
**A qualificação da ESF de pessoal, tecnológica e organizacional é crucial para aumentar a capacidade resolutiva e integrar a AB com atenção especializada**

# Padrões e Desigualdades na completude do Cuidado a Pessoas com Hipertensão, Diabetes e Obesidade: Censo Nacional das UBS de 2024

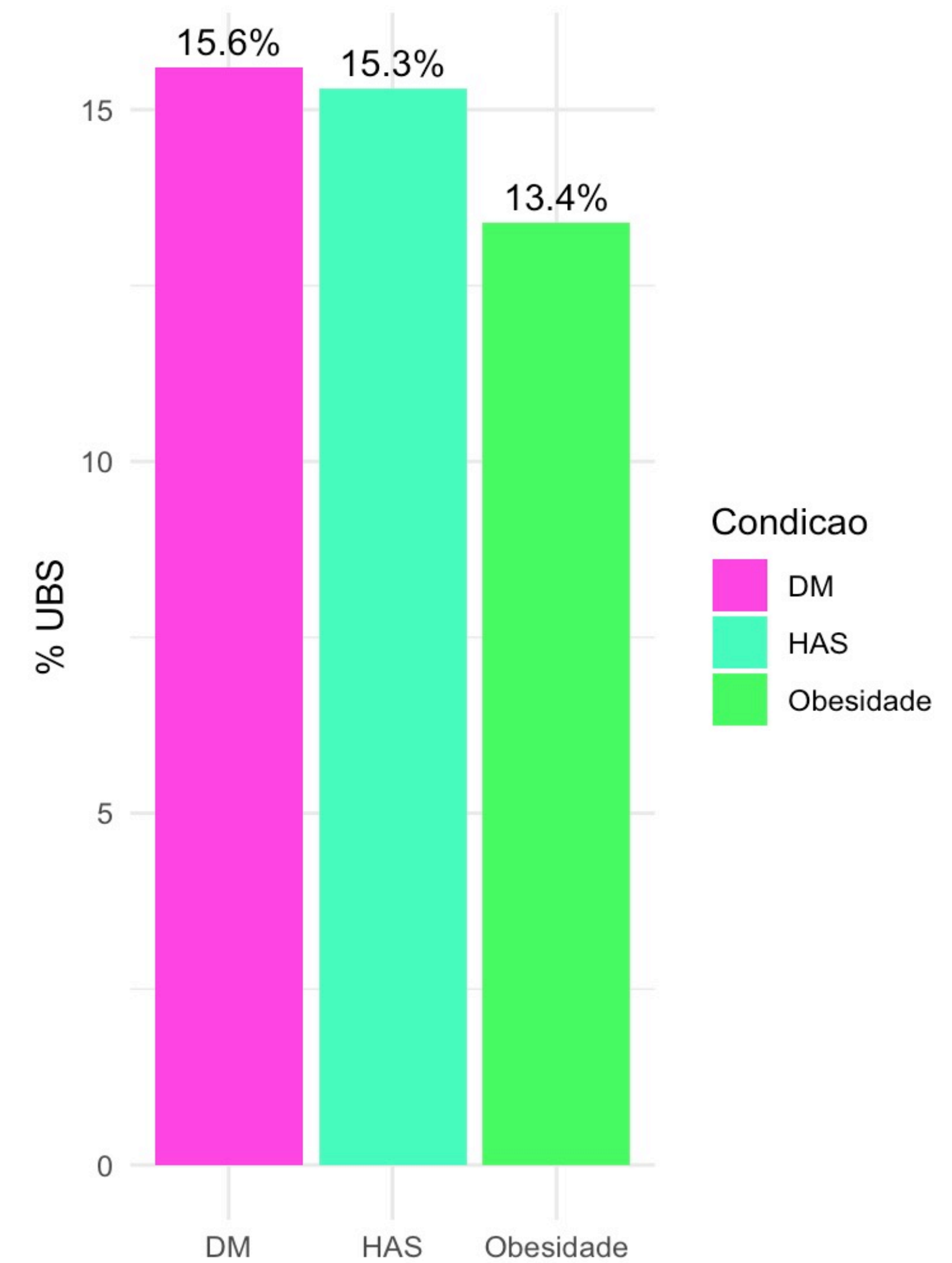
**Luiz Augusto Facchini**  
**Rede de Pesquisa em APS da Abrasco**

# Padrões e desigualdades no cuidado integral das CC na APS

Completude de ações para HAS, DM e Obesidade por Região (Brasil, 2024)

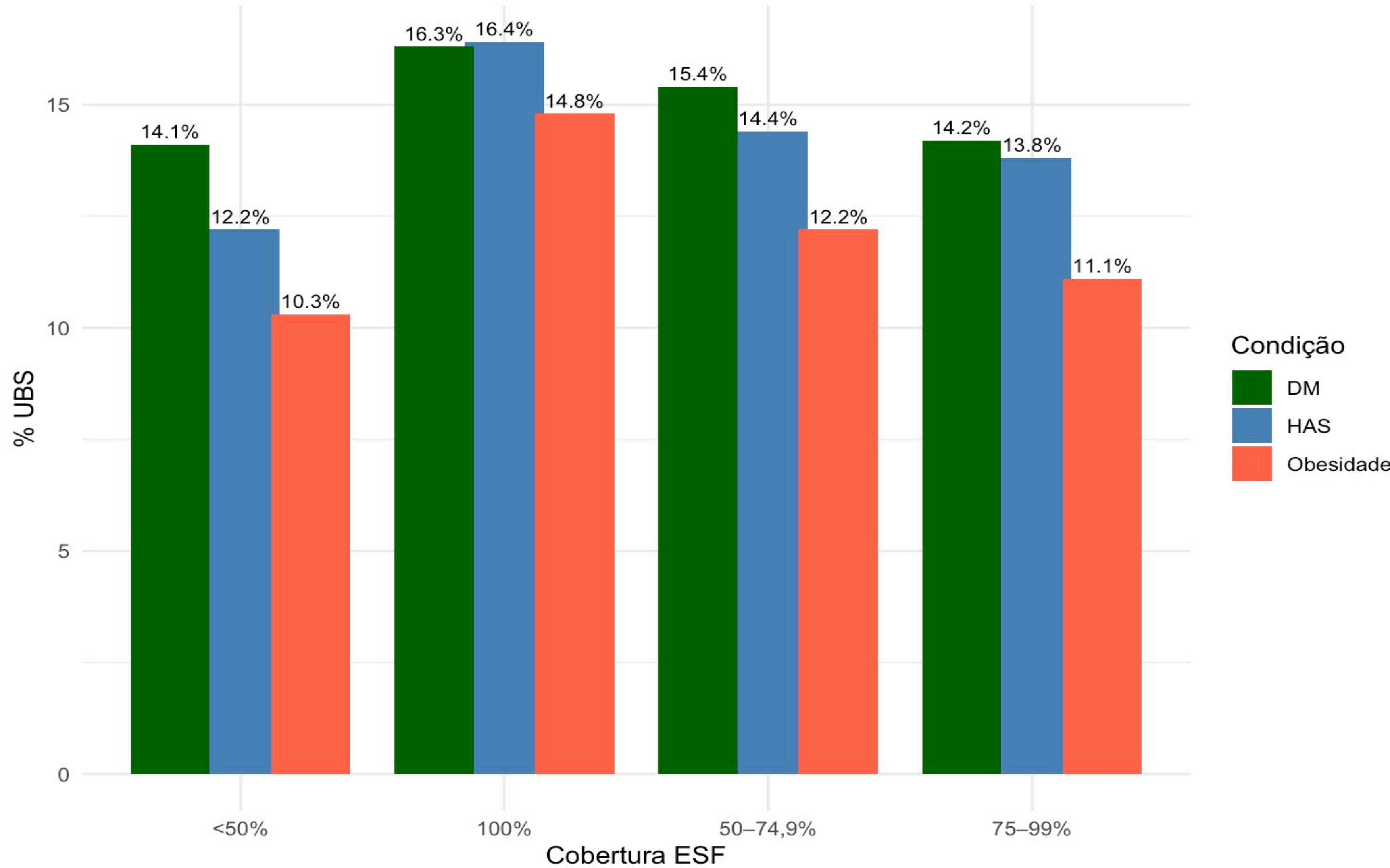


Completude de ações – Brasil (2024)

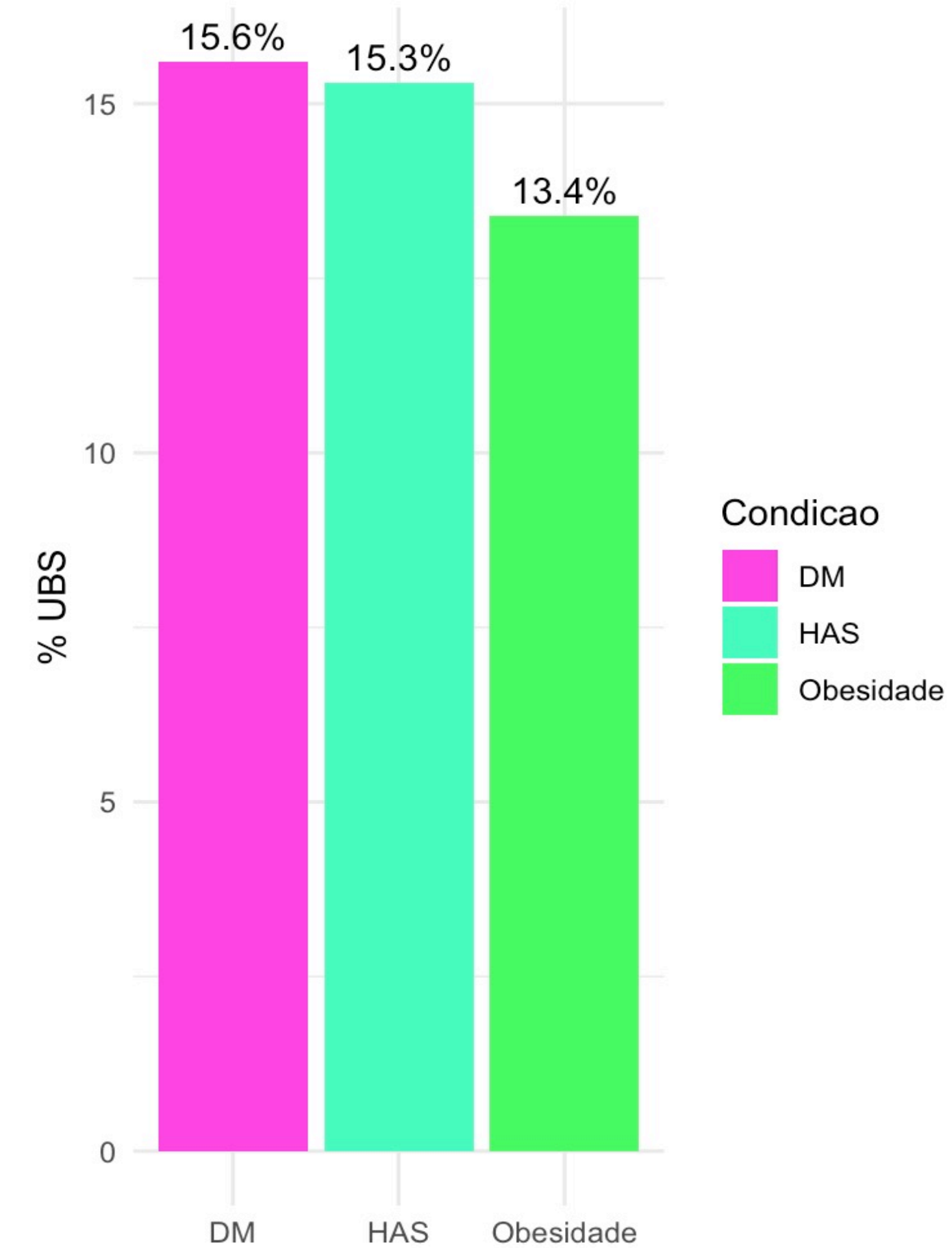


# Padrões e desigualdades no cuidado integral das CC na APS

Completude de ações para HAS, DM e Obesidade por Cobertura ESF (Brasil, 2024)

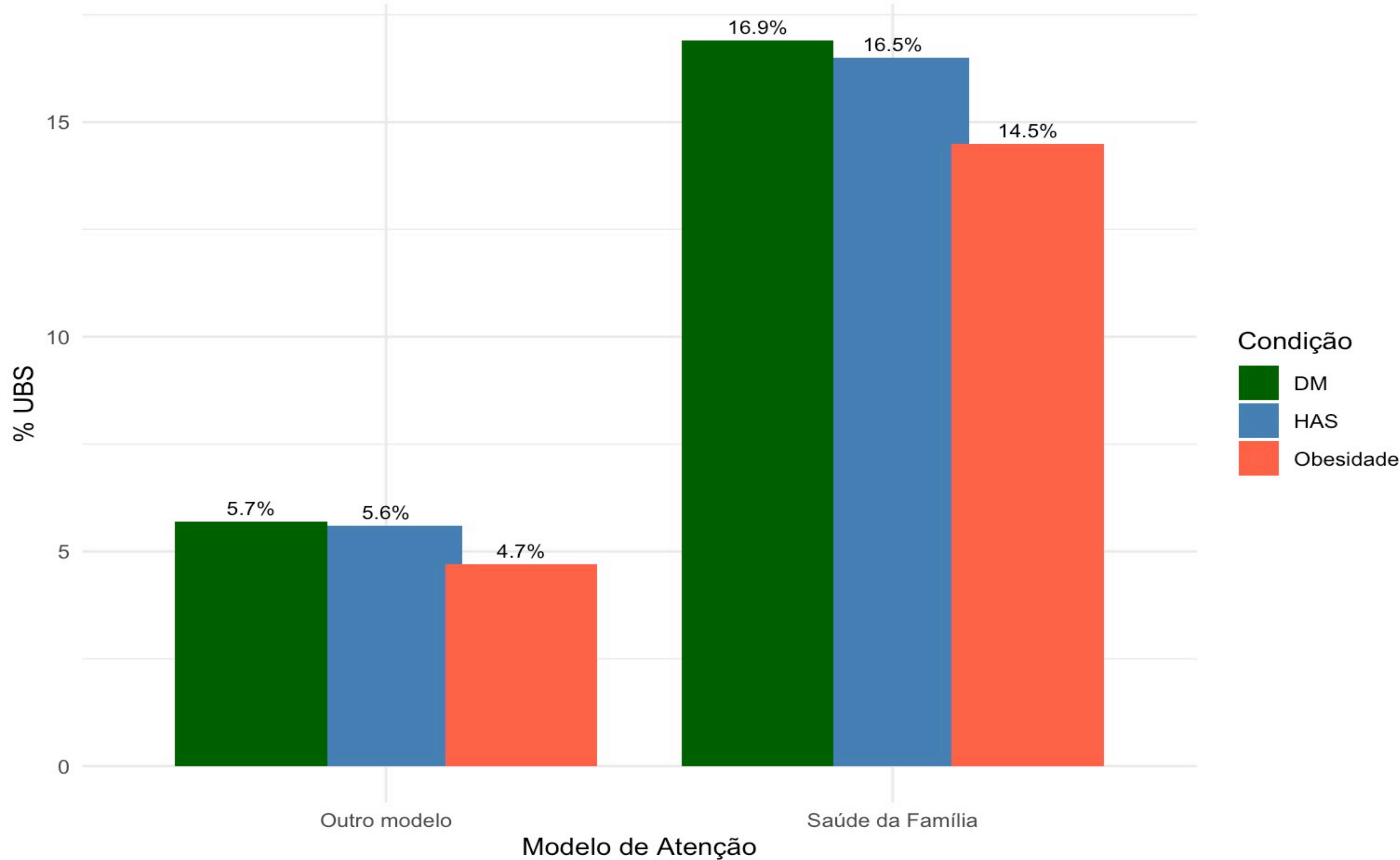


Completude de ações – Brasil (2024)

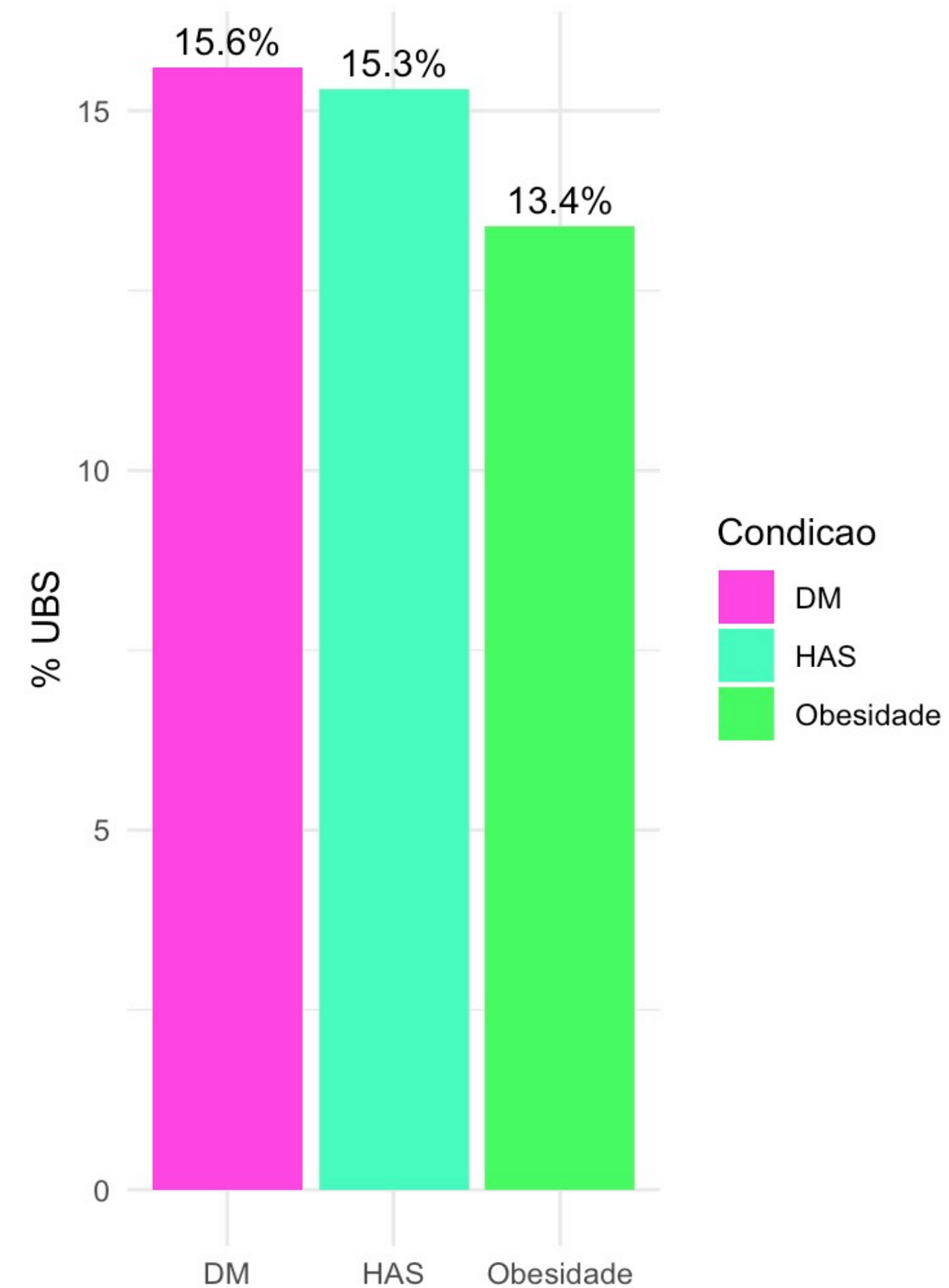


# Padrões e desigualdades no cuidado integral das CC na APS

Completude de ações para HAS, DM e Obesidade por Modelo de Atenção (Brasil, 2024)

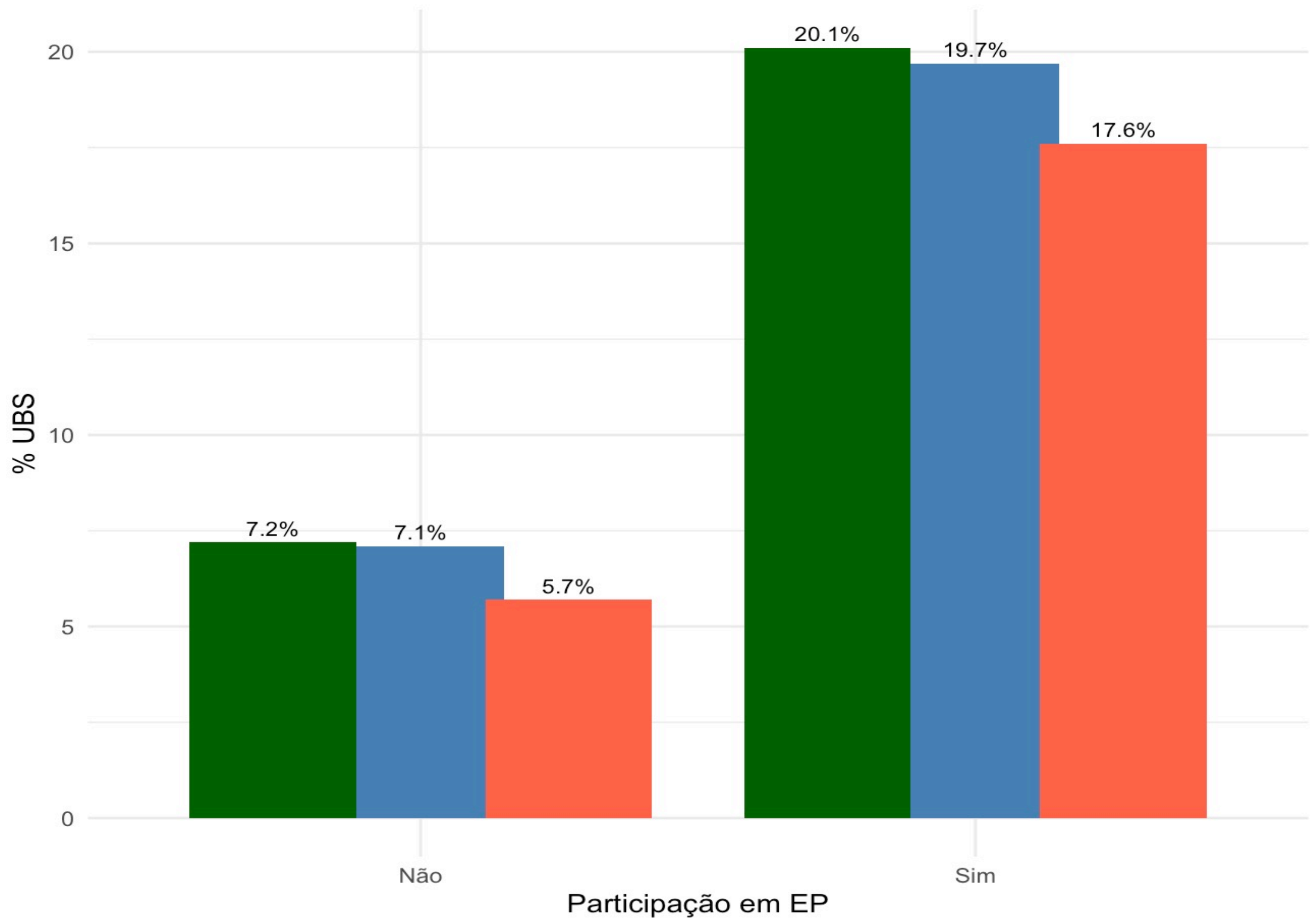


Completude de ações – Brasil (2024)

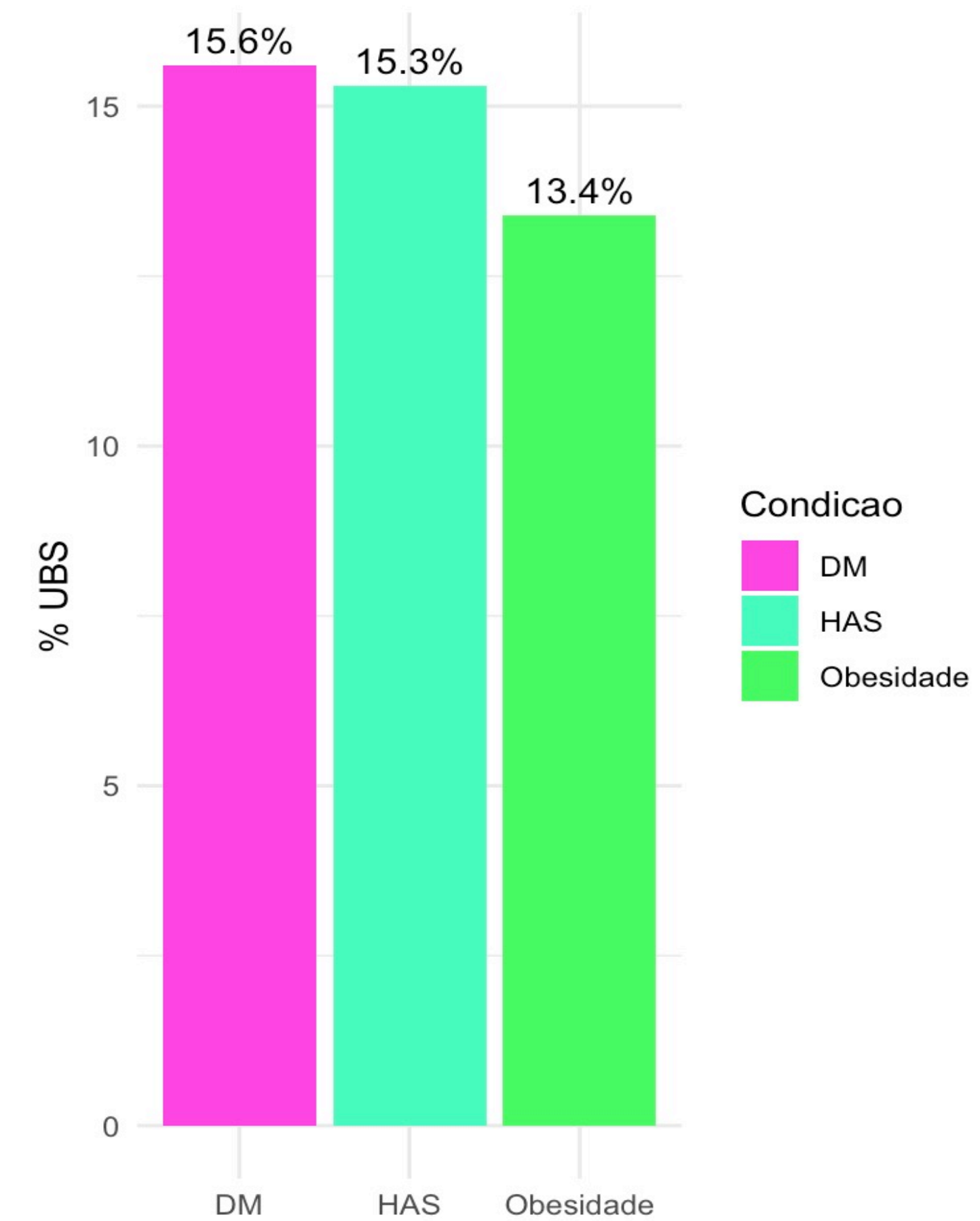


# Padrões e desigualdades no cuidado integral das CC na APS

Completude de ações para HAS, DM e Obesidade por Educação Permanente (Brasil, 2024)

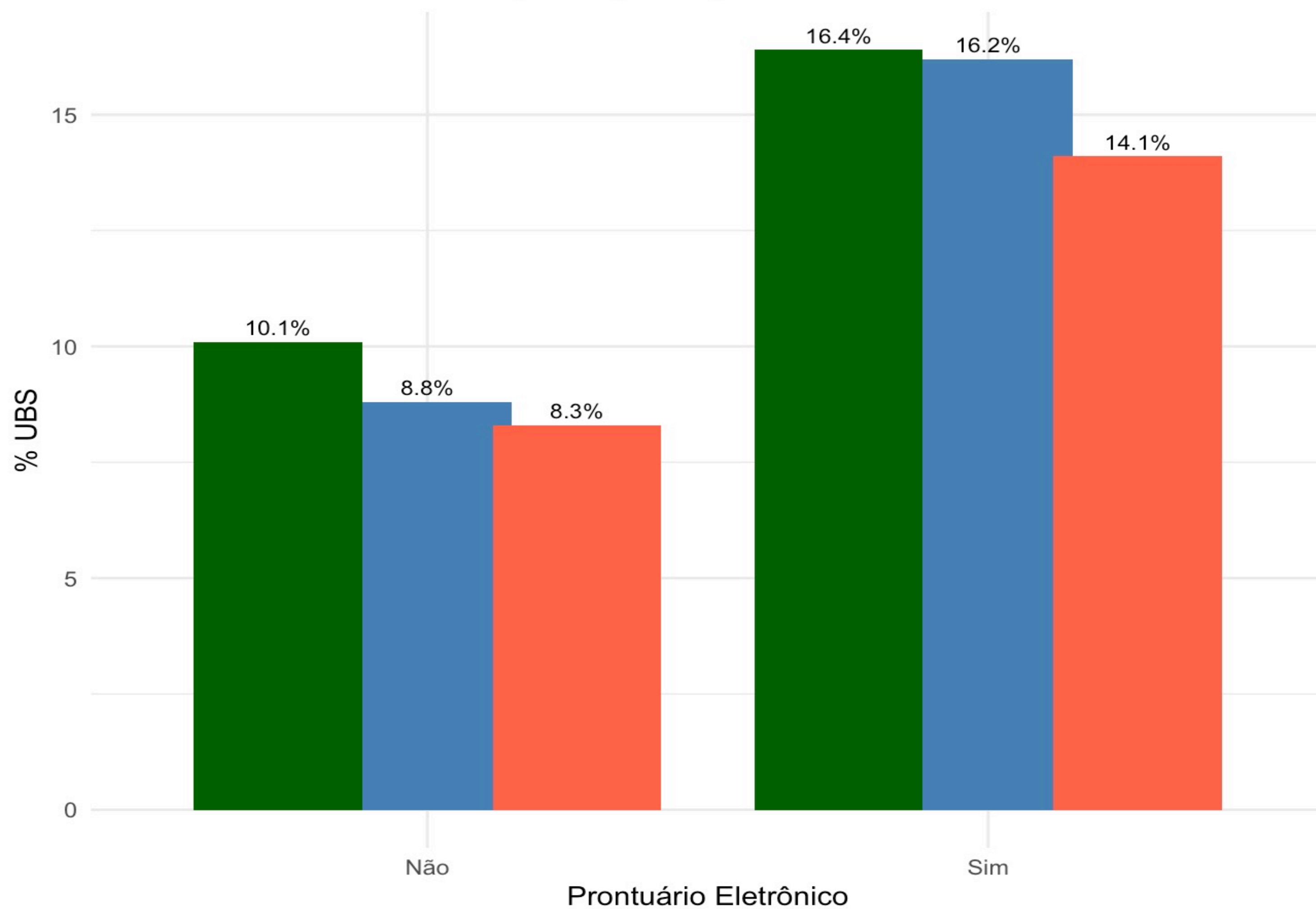


Completude de ações – Brasil (2024)

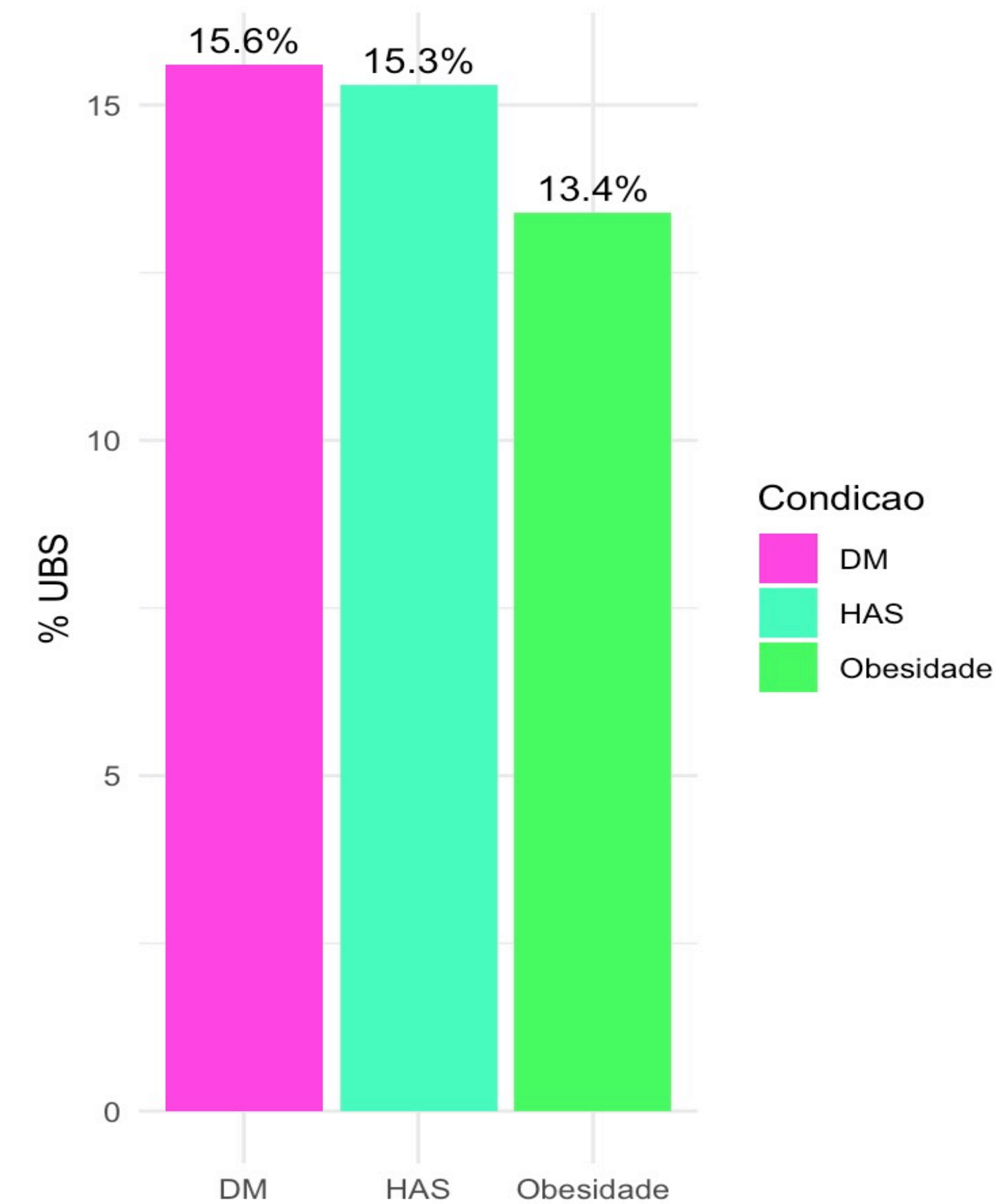


# Padrões e desigualdades no cuidado integral das CC na APS

Completude de ações para HAS, DM e Obesidade por uso de Prontuário Eletrônico (Brasil, 2024)



Completude de ações – Brasil (2024)





# Considerações Finais



- Significado da Completude (ações selecionadas):
  - Conjunto de cuidados básicos, que podem ser feitos em qualquer lugar do país e beneficiar toda a população
  - Amplitude: promoção, prevenção, cuidado
  - Aplicável a todas as pessoas com uma, duas ou as três condições



# Considerações Finais



- Estratégias para aumentar a completude do cuidado e a capacidade resolutiva na APS
  - Universalizar a ESF como modelo de atenção da APS no SUS
    - modelo ESF “robusto”: integral, comunitário, articulado à rede
- Investir na atualização e inovação de equipamentos para as UBS
- Definir estratégias potentes de interoperabilidade dos sistemas de registros eletrônicos contínuos como, por exemplo, CNES, e-SUS APS, SIAPS, ...
- Universalizar a EP para todos os profissionais da ESF e gestores da APS



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



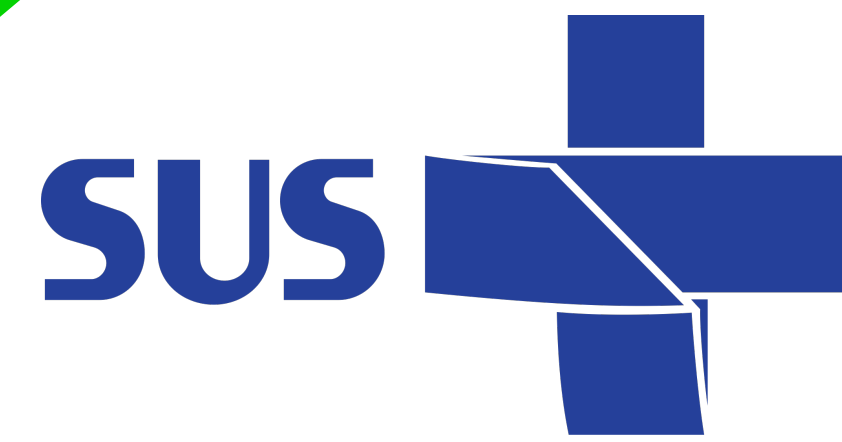
REDE DE PESQUISA  
EM ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE

# Recomendações

- **Atenção Integral**
  - Garantir cobertura de oferta e de recebimento de cuidados completos em pelo menos 80% das UBS e por no mínimo 80% dos usuários
- **ESF Robusta - multiprofissional, comunitária e resolutive**
  - Fortalecer a EFS robusta, com aumentos contínuos de **financiamento, educação permanente e aprimoramento dos processos de trabalho e da carreira profissional**

# Recomendações

- **A urgência é universalizar a ESF robusta, com todos os seus atributos e capacidades para enfrentar os desafios do acesso e da qualidade da APS e da atenção especializada no SUS**
- **Parâmetros de referência e oferta de serviços - a questão das condições crônicas de saúde**
- **Construção de uma base competente e resolutiva para garantir a integralidade do cuidado em regiões centrais e remotas**



# OBRIGADO!



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



REDE DE PESQUISA  
EM ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE

# Referências

- STARFIELD, B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press, 1998. (O livro definitivo onde ela sistematiza os atributos e as evidências).
- STARFIELD, B. Is primary care essential? The Lancet, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994. (Artigo seminal que questiona e prova a centralidade da APS).
- STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005. (Uma revisão abrangente que consolida décadas de evidências).
- MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. Health Services Research, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

-