

**Repercusiones del programa brasileño de evaluación  
de la calidad en la atención primaria en salud**

Repercussions of the Brazilian Program for the Assessment  
of Quality of Primary Care

Flavia Tiemi Muramoto<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6577-9033>

Silvia Matumoto<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8590-5276>

<sup>1</sup>Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - USP. Brasil.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [flavia\\_enfusp@hotmail.com](mailto:flavia_enfusp@hotmail.com)

---

**RESUMEN**

**Introducción:** El Sistema Único de Salud brasileño, después de 25 años de su creación enfrenta el desafío de la evaluación, a través del Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica.

**Objetivo:** Analizar las repercusiones de la evaluación en el proceso de trabajo de los equipos de salud de la familia evaluados.

**Métodos:** Investigación cualitativa, en forma de estudio de caso, realizada en región de salud del interior del estado de São Paulo, Brasil, constituida por 18 municipios, en el periodo de agosto de 2016 a enero de 2017. Participaron diez profesionales de equipos de salud de la familia, uno de cada municipio. Las entrevistas fueron semiestructuradas y siguieron el análisis de contenido temático de Bardin.

**Resultados:** El programa se presentó como una herramienta esencial para identificar lagunas, inducir reflexiones críticas y organizar el proceso de trabajo. Los desafíos encontrados fueron la dificultad de implantación de las Prácticas Integrativas y Complementarias y la rotación de los profesionales. Se constataron algunas fragilidades: la fuerte relación entre el instrumento y el traspaso de recursos financieros, y la posibilidad de enmascaramiento de las acciones en los equipos en el momento presencial del evaluador en el servicio de salud.

**Conclusiones:** El Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica se presentó capaz de inducir modificaciones relacionadas al medio y a las tecnologías duras y blandas duras. Se identificó el fortalecimiento del trabajo vivo y tecnologías ligeras en el trabajo del equipo.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; evaluación en salud; salud de la familia.

---

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The Brazilian Unified Health System, after 25 years of creation, is facing the challenge of assessment by means of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care.

**Objective:** To analyze the repercussions of assessment in the working process of the evaluated family health teams.

**Methods:** Qualitative research, as a case study, carried out in a health region of the interior of São Paulo State, Brazil, made up by 18 municipalities, in the period from August 2016 to January 2017. Ten professional from family health team members participated, one from each municipality. The interviews were semi-structured and followed Bardin's thematic content analysis.

**Results:** The program was presented as an essential tool for identifying gaps, inducing critical reflections, and organizing the work process. The challenges that came up we the difficulty for implementing Integrative and Complementary Practices and the rotation of professionals. Some weaknesses were noted: the strong relationship between the tool and the transfer of financial resources, and the possibility of masking the actions in the teams at the face of the evaluator in the health service.

**Conclusions:** The National Program for Improving Access and Quality of Primary Care was presented as capable of inducing modifications related to the setting and to hard and soft-to-hard technologies. The strengthening of live work and light technologies in team work was identified.

**Keywords:** primary care; health assessment; family health.

---

Recibido: 02/09/2017

Aprobado: 24/09/2017

## INTRODUCCIÓN

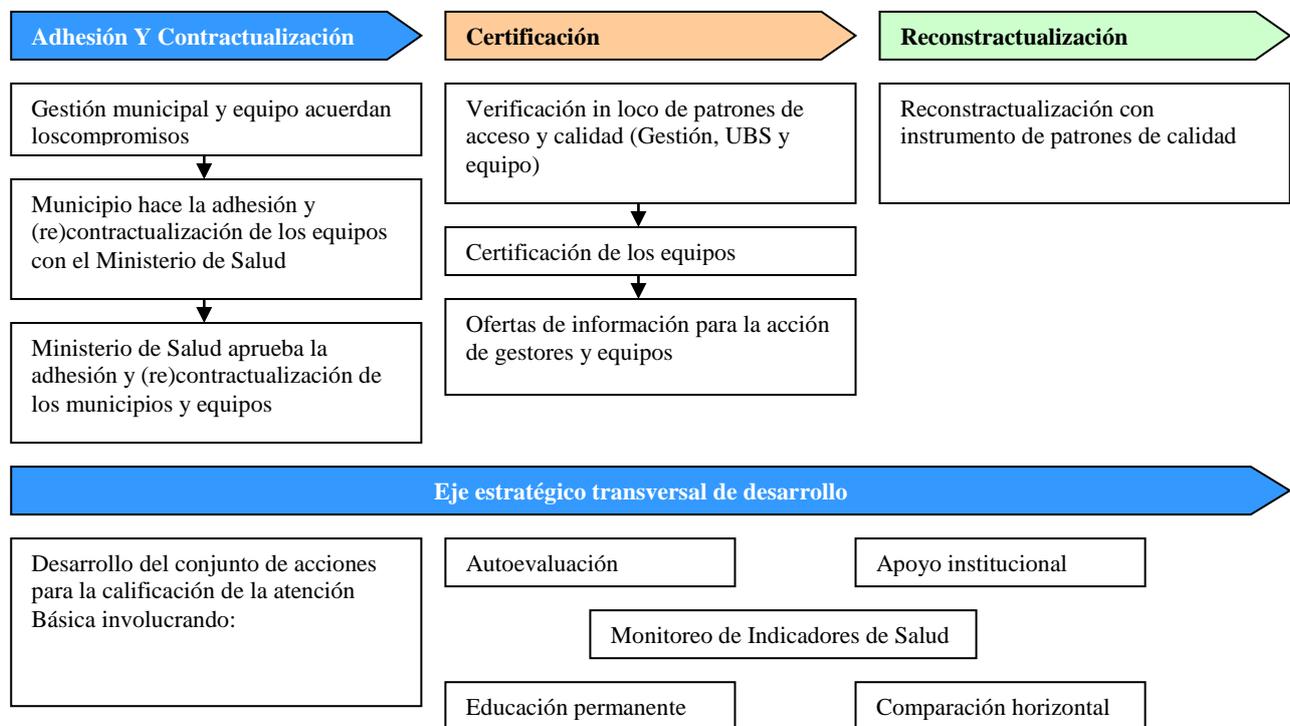
### **Atención Primaria a la Salud (APS), ¿por qué evaluar?**

El Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil enfrenta desafíos que ponen a prueba sus principios y directrices, en un escenario en el que compiten proyectos de salud y de sociedad, distintos en valores y concepciones pasados más de 25 años de su creación. En defensa del SUS se debe avanzar y profundizar en estudios de diferentes perspectivas que contribuyan a la consolidación de un sistema público promotor de la salud como un derecho.<sup>(1)</sup> Así, se defiende la importancia de evaluar la APS y expandirla más en este país.

En 1998 surgió el primer instrumento de evaluación, el Primary Care Assessment Tool-PCATool, elaborado por Starfield en Estados Unidos, apoyado en los presupuestos de Donabedian: estructura, proceso y resultados.<sup>(2)</sup>

En Brasil, una de las primeras iniciativas de institucionalización de la evaluación de la APS en el SUS, como estrategia inductora de calidad en salud, fue el proyecto evaluación para la mejora de la calidad de la estrategia de salud de la familia.<sup>(3)</sup>

Esta iniciativa impulsó el compromiso de desarrollar acciones dirigidas a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud. De este modo, la Política Nacional de la Atención Básica brasileña, lanza el Programa de Mejoramiento del Acceso y de la Calidad en la Atención Básica (PMAQ-AB) como garantía de mantener un estándar de calidad comparable nacional, regional y local. Hasta el momento se realizaron dos ciclos. En 2015, se inició el tercer ciclo aún no concluido, constituido de las fases presentadas en la figura.



**Fig.-** Fases del 3er ciclo del PMAQ-AB.

*Fuente:* Brasil (2015).<sup>(4)</sup>

Nota: Traducción por las autoras.

El PMAQ-AB es considerado por algunos estudiosos como instrumento de evaluación de cuarta generación y como principal alternativa institucional de evaluación de la APS y consolidación del SUS en Brasil.<sup>(5)</sup>

Se destaca por haber vinculado por primera vez el traspaso de recursos a la implantación de patrones de acceso y calidad, además representa un importante proceso de cambios relacionados al traspaso de recursos para la Atención Básica (AB). Su éxito está condicionado a la capacidad de movilizar a los actores locales en favor de modificaciones de las condiciones y prácticas de atención, gestión y participación.<sup>(6)</sup>

Considerado como una de las mayores iniciativas mundiales para mejorar la atención primaria, el referido programa de evaluación se utiliza Brasil en para comprender las condiciones estructurales que los trabajadores de la línea de frente de la red básica enfrentan.<sup>(7)</sup>

*Castanheira y otros*<sup>(1)</sup> apostaron por la idea de que la evaluación de los servicios de salud puede corroborar con el proceso de cambio, evidenciando necesidades y proporcionando elementos para la reflexión crítica sobre el proceso de trabajo para gestores, profesionales de la salud y comunidad.

En el presente estudio se utilizó la perspectiva teórica del proceso de trabajo en salud.<sup>(8,9)</sup> Se entiende la evaluación como un trabajo, de modo que los servicios de salud son objeto del trabajo de evaluación. A su vez, los resultados esperados del proceso de evaluación son la mejora del acceso y la calidad de los servicios de salud y la mejora del cuidado al usuario.

En el proceso de evaluación, se espera que los equipos y los gestores se involucren y busquen soluciones a los problemas de salud de la población, produciendo mejoras en la calidad de los servicios de salud que transformen la micropolítica del trabajo en salud.<sup>(9)</sup> Sin embargo, representa un desafío enfrentado por los equipos de atención primaria en Brasil.<sup>(1)</sup>

En el caso de los equipos de salud de la familia evaluados, la evaluación PMAQ-AB modifica el trabajo de los equipos, como se muestra en un estudio que analizó datos relacionados con encuestas PMAQ-AB de primer y segundo ciclo, en los que los equipos presentaron mejores resultados en el atributo primer contacto e integridad, ofreciendo un acceso oportuno y universal a los usuarios de acuerdo con los días laborables, oferta de servicios de las unidades de salud contribuyendo así a mejoras en el proceso de trabajo de los equipos evaluados en estos ciclos.<sup>(10)</sup>

El objetivo de este trabajo es analizar las repercusiones de la evaluación PMAQ-AB en el proceso de trabajo de los equipos de salud de la familia evaluados.

## MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa en la forma de estudio de caso en los equipos de salud de la familia del Departamento Regional de Salud V-Barretos (DRS-V), situada en el Norte del Estado de São Paulo - Brasil, compuesta por 18 municipios y dividida en dos Colegiados: norte y sur. El colegio Norte-V posee población de 272 163 y 33 equipos de salud de la familia. El colegio Sur-V cuenta con una población de 140 721 y 23 equipos de salud de la familia.<sup>(11)</sup>

Participaron del estudio diez profesionales de nivel superior (médicos, enfermeros, dentistas) de equipos de salud de la familia.

**Criterios de inclusión:** que los equipos de salud de la familia participaran de al menos una evaluación PMAQ-AB, que hubieran sido entrevistados por el evaluador de calidad del Ministerio de Salud en la evaluación externa y que hayan permanecido en el equipo de salud de la familia después de la evaluación. En los municipios con más de un equipo, se realizó un sorteo.

**Criterios de exclusión:** no tener equipos de salud de la familia, no aceptación del gestor de la AB, no haber participado en ninguna evaluación del PMAQ-AB.

Para *Minayo*,<sup>(12)</sup> hacer ciencia es trabajar simultáneamente en un trípode: teoría, método y técnicas, en una perspectiva de que ese trípode condicione que el modo de hacer depende de lo que el objeto demanda, y la respuesta al objeto depende de las preguntas, instrumentos y estrategias utilizadas en la recolección de datos.

Así, se realizó una entrevista semiestructurada en el lugar de trabajo con los profesionales que aceptaron participar en la investigación. La recolección de datos fue conducida por la primera autora, entrenada previamente. Las entrevistas ocurrieron entre agosto/2016 y enero/2017, con duración de 40 a 60 minutos, fueron audio grabadas en medios digitales y transcritas posteriormente.

Los datos fueron sometidos al análisis de contenido de Bardin, que se define por un conjunto de técnicas de análisis de comunicaciones, procedimientos sistemáticos y objetivos no exclusivamente con un carácter descriptivo; por el contrario, se toma conciencia de que su función u objetivo es la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de recepción de esos mensajes.<sup>(13)</sup>

Se optó por utilizar la modalidad de análisis de contenido temático, cuyo objetivo es descubrir los núcleos de sentido que componen el proceso de comunicación, y cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico visado, o sea, la frecuencia de las unidades de significación define el carácter del discurso. Operacionalmente, el análisis temático consiste en tres etapas: pre-análisis, exploración del material o codificación e interpretación.<sup>(14)</sup>

La investigación fue aprobada por el comité de ética en investigación bajo el protocolo CAAE: 51003415.5.0000.5393. Para garantizar el anonimato los participantes fueron identificados por la letra E, seguidos por el número correspondiente al orden de realización de la entrevista, de E1 a E10.

## **RESULTADOS**

En cuanto a la caracterización de la población se verificó que la edad de los participantes variaba entre 28 y 59 años, con un 90 % de predominio del sexo femenino y enfermeras, solo un entrevistado del sexo masculino, siendo este médico. En cuanto a la escolaridad, 70 % poseía especialización, de estos solo uno con maestría. El tiempo de formación varió de 6 a 36 años y la franja salarial de dos a 13 salarios mínimos. Todos ellos eran contratados, cumplían la carga horaria de 40 horas semanales y dijeron estar satisfechos con la función ejercida. En cuanto a la participación en el PMAQ-AB, 70 % participó por primera vez en el 2º ciclo (2013/2014) y 30 % participó en dos ciclos, el primero de 2011/2012, y el segundo ciclo ocurrido en 2013/2014.

El análisis de contenido temático Bardin en las entrevistas, reveló cuatro categorías:

1) Cambios en el proceso de trabajo asistencial después del PMAQ-AB.

- 2) Organización del trabajo para responder al PMAQ-AB.
- 3) PMAQ-AB ayuda al equipo a identificar lagunas.
- 4) Motivación para participar del PMAQ-AB.

En el **cuadro** se presentan las categorías y ejemplos de fragmentos que las caracterizan como puntos referentes a repercusiones de la evaluación PMAQ-AB.

**Cuadro-** Repercusiones de la evaluación PMAQ-AB en el proceso de trabajo de los equipos de Salud de la Familia

Temas	Núcleos del sentido	Unidad del contexto del discurso que ilustra el significado atribuido
Cambios en el proceso de trabajo asistencial después del PMAQ-AB	Mejoras en la infraestructura	"La sala de vacuna que no teníamos, hoy la tenemos aquí dentro de la unidad [...] sala de nebulización nosotros no teníamos, hoy la tenemos [...] el examen de los pies no se hacía [...] Todos los agentes tienen computadora, portátil para trabajar. (E3) (grifo nuestro).
Cambios en el proceso de trabajo asistencial después del PMAQ-AB	Ampliación de la oferta y acceso a los servicios de salud	"[...] el médico comenzó a atender por la noche después del PMAQ, que no atendía, el dentista comenzó a atender por la noche [...] y quien sale ganando es la población..." (E2) (grifo nuestro)  "[...] nosotros logramos hacer una redistribución de área [...] tenemos más equipos de PSF, logramos disminuir más el número de personas en el atendimento. (E7) (grifo nuestro)
Cambios en el proceso de trabajo asistencial después del PMAQ-AB	Fortalecimiento del trabajo en vivo y tecnologías ligeras	"Nosotros veníamos haciendo reuniones, pero por cuenta del PMAQ, aumentamos para que todos estuviesen sincronizados [...]" (E2) (grifo nuestro)  "[...] aquí es una población cerrada [...] yo empecé despacito, despacito, y ahora la gente hace en plaza pública." (Grupo de Tai Chi Chuan) (E4) (grifo nuestro).

<p>Cambios en el proceso de trabajo asistencial después del PMAQ-AB</p>	<p>Organización del trabajo</p>	<p>"La organización del trabajo mayor punto positivo es organizar y tener metas para alcanzar, tener propuestas [...] trabajar con matriz de intervención es muy bueno. (E10) (grifo nuestro)</p>
<p>PMAQ-AB ayuda al equipo a identificar lagunas</p>	<p>Reflexión crítica sobre el trabajo</p>	<p>"Entonces, si al final del mes por ejemplo, si no conseguimos alcanzar las consultas de prenatal, es algo que antiguamente no nos preocupaba, hoy ya nos preocupa. (E1) (grifo nuestro).  "Creo que tiene que aprender, a autoevaluarse para siempre mejorar. Y, creo que con esa autoevaluación, nosotros sanamos algunos vicios que estamos haciendo continuamente y no se da cuenta, que está haciendo." (E4) (grifo nuestro)</p>
<p>PMAQ-AB ayuda al equipo a identificar lagunas</p>	<p>Relación entre PMAQ-AB y recursos financieros</p>	<p>"Entonces, nosotros hicimos una reunión, las personas concordaron con la idea, aún más por el incentivo financiero." (E2) (grifo nuestro)  "En cuanto a la sensibilización de gestores no sé si hubo, porque el gestor es muy sensibilizado por el: ah va a venir dos mil más, cinco mil más, ocho mil más." (E4) (grifo nuestro)</p>
<p>Organización del trabajo para responder al PMAQ-AB</p>	<p>Fragilidades del PMAQ-AB</p>	<p>"Todo el mundo trabajó, se preparó. Hasta la población, preparamos. Decimos, mira va a venir una evaluación, nosotros hablamos con la población acerca de eso. Ellos van a venir, a veces le va a hacer preguntas." (E5) (grifo nuestro).  "Entonces usted se queda, usted intenta cambiar de todos modos. Por ejemplo, pongo esta cosa aquí y no es rutina todos los días, y cuando viene el PMAQ usted intenta cambiar, hacer más bonito. Es más en aquel día no (risas)." (E6) (grifo nuestro).</p>
<p>PMAQ-AB ayuda al equipo a identificar lagunas</p>	<p>Desafíos a ser enfrentados por los equipos</p>	<p>"Entonces lo que no hago que me gustaría hacer sería la parte de fitoterapia, de estimular aquellas plantaciones de hierbas medicinales." (E4) (grifo nuestro)  Mi gran dificultad fue esa. [...] solo de más o menos un año para acá, que conseguí tener el equipo completo y estable. ¿Cierto? [...]. "(E4) (grifo nuestro)</p>

## DISCUSIÓN

De acuerdo con *Faria y otros*,<sup>(15)</sup> el proceso de trabajo es el modo en que se desarrollan las actividades profesionales. Está constituido de un objeto, que puede ser materia prima o materiales ya previamente elaborados, los medios de producción que son los instrumentos de trabajo, máquinas y equipos en general. Incluye conocimientos, habilidades y agentes que realizan la transformación del objeto o condiciones para alcanzar su objetivo.

El PMAQ-AB se presentó como un instrumento capaz de inducir modificaciones relacionadas al medio y a las tecnologías duras y ligeras duras como: mejoras en la infraestructura, ampliación de la oferta y redistribución de área. Se evidenciaron cambios relacionados con las actividades-medio o los recursos del proceso de trabajo en salud; entre ellas, se destacaron mejoras en el ambiente.

El término ambiente en la salud se refiere al espacio físico, social, profesional y de relaciones interpersonales para la promoción del confort y el bienestar, que deben estar en sintonía con un proyecto de salud orientado hacia la atención acogedora, resolutive y humana.<sup>(16)</sup> Es un factor importante no solo para el confort, sino también para la seguridad de los usuarios y trabajadores de salud, y contribuye para la resolución de los problemas derivados del proceso de salud enfermedad.

Se verificaron como resultados: la ampliación de la oferta y el acceso a los servicios de salud a la población, así como el aumento de la cobertura de equipos de salud de la familia, extensión del horario de las atenciones médicas y odontológicas y mejor distribución del territorio.

A través del problema identificado en la evaluación PMAQ-AB de que los equipos de salud de la familia no poseían clientela adscrita, se desencadenó la elaboración de proyecto de construcción colectiva del proceso de territorialización junto a los equipos de las unidades de salud de la familia, por medio de talleres de educación permanente. Como resultado obtuvieron aumento de la cobertura de ESF en el municipio, del 45 % al 100 %, con la adscripción de la clientela y con la contratación de profesionales, facilitando el acceso a los

servicios de salud y el trabajo de los equipos, con la disminución de las atenciones que anteriormente eran centrados en el modelo hegemónico sin una demanda programada.<sup>(17)</sup>

Para *Starfield*,<sup>(2)</sup> la APS ofrece la entrada en el sistema para todas las nuevas necesidades y problemas, proporciona atención sobre la persona (no dirigida a la enfermedad), a lo largo del tiempo, presta aún atención a todas las condiciones, además de coordinar o integrar la atención proporcionada en algún otro lugar o por terceros.

De esta forma, este estudio va de encuentro con los resultados obtenidos por *Fausto y otros*,<sup>(18)</sup> quienes constataron que el 83 % de los municipios participantes del 1º ciclo del PMAQ-AB se encajaba en el funcionamiento considerado como más accesible, con al menos cinco días a la semana y la carga horaria de ocho horas o más. Esta configuración se denomina accesibilidad atemporal.

El estudio también indicó el fortalecimiento del trabajo vivo y de las tecnologías ligeras entre el equipo a través de la intensificación de reuniones de equipo e implícitas entre el equipo y el usuario, a través del fortalecimiento del vínculo.

La intensificación de las reuniones de equipo demostró que hubo una mayor articulación entre los profesionales de la salud en la organización del trabajo, siendo destacado en este estudio como un punto positivo. También hubo mejoras en el desarrollo de acciones dirigidas a las necesidades de salud identificadas en el territorio, utilizando recursos y potencialidades del equipo, como en el caso los grupos de Taichí, evidenciando el trabajo vivo que emergió del proceso de evaluación.

Se verificó que la participación en procesos de evaluación como el PMAQ-AB repercutió en puntos positivos y negativos, según la visión de los diferentes profesionales de salud.

Los puntos positivos se relacionaron con la organización del trabajo, derivados de cambios en el proceso de trabajo asistencial en virtud de la reflexión crítica de los profesionales frente a las nuevas formas de sistematizar el cuidado a su población y a través de la autoevaluación. Dichos puntos se destacaron en el estudio como una potencialidad para provocar cambios y estimular aún más la reflexión crítica sobre el proceso de trabajo del equipo.

Según datos del estudio realizado por *Cruz y otros*,<sup>(19)</sup> en la región suroeste de Brasil, en municipios con más de 50 000 habitantes, 88,4 % de los equipos planean sus actividades, 94,2 % logra realizar el levantamiento de problemas, 90,1 % logra definir un plan de acción para la resolución de esos problemas y 78,1 % tiene un documento que comprueba esta actividad de planificación.

Se sabe de la importancia de monitorear los indicadores de salud, para que las acciones preconizadas sean de hecho eficientes para promover mejoras, sea de la calidad de los servicios de salud o de la calidad de vida de los usuarios.

En ese caso, el cambio de comportamiento provocado por la participación del equipo en el PMAQ-AB amplió la preocupación con el acompañamiento de las gestantes, modificando el grado de responsabilidad del equipo con su trabajo. En ese sentido, el cambio también contribuyó a alcanzar estándares de calidad, similar a lo demostrado por los datos nacionales relativos a acciones de salud de la mujer, en que se constató que 76 % de las gestantes realizaron siete o más consultas de prenatal.<sup>(19)</sup>

Los puntos negativos de la participación de los equipos indicaron que el PMAQ-AB está vinculado al incentivo financiero, es decir, al dinero, tanto como motivación para la participación de los equipos como por la sensibilización realizada por los gestores de la Atención Básica junto a los profesionales de salud.

Esta relación del PMAQ-AB con la ganancia del incentivo financiero fue muy perceptible durante el estudio, relación que puede llevar a las distorsiones en cuanto al real objetivo de la evaluación, que es la mejora de la calidad de los servicios de salud por medio de modificaciones en el proceso de trabajo.

*Campos y Campos*<sup>(20)</sup> señalaron que el pago por productividad puede ser un obstáculo ante el cambio del proceso de trabajo y para la capacidad de los caminos para producir salud con calidad. Resaltó el aspecto de la competitividad desencadenada por el pago por productividad.

Este tema trae a la luz una serie de controversias y repercusiones en relación al desempeño por productividad en la salud. Se observa que es un dispositivo importante tanto en relación con la captación de recursos financieros por la gestión para la adhesión al programa, como para motivar a los trabajadores a participar del PMAQ-AB.

Así, se debe asociar la idea del traspaso del incentivo financiero al PMAQ-AB como una forma complementaria, un medio de diagnosticar la situación del sistema de salud de un determinado servicio de salud, evidenciando deficiencias y puntos fuertes, contribuyendo a la planificación de acciones y fortaleciendo la AB como centro del sistema.<sup>(21)</sup>

También, no se puede desconsiderar que el PMAQ puede ser el mayor pagador de incentivos por desempeño para la Atención Primaria en el mundo y ha sido fundamental para aumentar la inversión en APS en Brasil. Aunque no hay un modelo perfecto para programas de incentivos de recursos financieros, se debe continuar y mejorar el PMAQ como una forma de ampliar el acceso de la ESF en el país.<sup>(7)</sup>

Se cree que los recursos provenientes del PMAQ-AB contribuirían indirectamente a la bonificación de los trabajadores, ya que son escasos los recursos destinados a la salud en los municipios y en lo que se refiere a los incentivos relacionados a los planes de carrera. Sin embargo, esta cuestión por considerar asociada a la participación en el PMAQ-AB, puede ser tomada como una forma de mejorar el proceso de trabajo de los equipos, simultáneamente a la mejora del acceso y de la calidad de la AB y del cuidado al usuario.

*Machado*,<sup>(22)</sup> en su relato de experiencia sobre la organización del proceso de trabajo de equipos de salud de la familia, en el municipio de São Sebastião do Paraíso-MG, citó la premiación por desempeño de productividad. Este municipio publicó una portería de creación de premio de certificación de los equipos en el PMAQ-AB, estableciendo el pago de recursos financieros a los equipos que alcanzaban los resultados pactados. La medida implementada introdujo el pago por productividad, cuyos obstáculos en el municipio se debían a la cuestión del dinero. Con el advenimiento del PMAQ surgió una solución al problema.

Se identificó como fragilidad del proceso de evaluación PMAQ-AB, posibles enmascaramientos de acciones que pueden tener influencias directas en los resultados, principalmente en relación a las tecnologías ligeras duras, por ejemplo, los registros de acciones desarrolladas por los equipos y la disposición de materiales y que no representan la realidad cotidiana, situación que difícilmente los certificadores de evaluación tendrán condiciones de cuestionar fiabilidad y veracidad de los documentos evaluados.

Así se evidenció que es posible que los equipos consigan manipular la organización del trabajo y obtener resultados esperados en la evaluación, aunque estos no sean fidedignos a las acciones de salud realmente desarrolladas en el cotidiano del trabajo.

Una dificultad de este método es el reclutamiento de usuarios para la entrevista que están presentes en el servicio de salud el día de la evaluación. Se está de acuerdo con la afirmativa, y se resalta que conversar con la población previamente al proceso de evaluación puede contribuir al enmascaramiento de la opinión real del usuario y de la certificación del equipo. Esta acción puede caracterizar una posible manipulación del usuario, demostrando una fragilidad del proceso de evaluación.

En cuanto a los desafíos encontrados por los equipos evaluados, se mencionó la dificultad de implantación de las Prácticas Integrativas y Complementarias (PICs), así como la rotatividad de los profesionales que dificulta la longitudinalidad y el acceso a los servicios de salud, por la quiebra del vínculo profesional-usuario.

Es importante resaltar que los resultados presentan el límite de referirse a apenas una región de salud del Estado de São Paulo, no cabiendo ninguna pretensión de generalización.

Se cree que este estudio contribuye con elementos para el debate crítico sobre la evaluación en el ámbito de la APS y para el desarrollo de nuevas investigaciones sobre la institucionalización de la evaluación de 4ª generación en los servicios de salud, colaborando con el proceso de evaluación y el fortalecimiento de la APS en Brasil.

En conclusión, la evaluación PMAQ-AB en proceso en Brasil repercute positivamente en el proceso de trabajo de los equipos, demuestra que hay potencialidades indiscutibles, así como muchos desafíos a ser enfrentados por los equipos de AB y por las autoridades sanitarias brasileñas con vistas a la superación de las fragilidades identificadas.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Castanheira ELR, Sanine PR, Zarilli TFT, Nemes MIB. Desafios para avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para uma cultura avaliativa? In: Akerman M, Furtado JP. Práticas de avaliação em saúde no Brasil-diálogos.

Porto Alegre: Rede Reunida. 2015 [acceso: 27/01/2017]. p. 187-225. Disponible en: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>

2. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.

3. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2011 [acceso: 28/02/2017];26(6):1187-93. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual Instrutivo 3º ciclo (2015-2016) Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acceso: 21/03/2017]. Disponible en: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf)

5. Almeida MAS, Spiri WC, Casquel CM, Juliane M, Nunes LO, Placideli N, et al. O processo de avaliação do PMAQ-AB: olhar de uma equipe. In: Akerman M, Furtado JP. Práticas de avaliação em saúde no Brasil-diálogos. Porto Alegre: Rede Reunida; 2015 [acceso: 21/02/2017]. Disponible en: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>

6. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desempenho e processo de implantação. RECIIS. 2011 [acceso: 24/01/2017];6(2):1-19. Disponible en: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>

7. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ) Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. J Ambul Care Manage. 2017 [acceso: 21/08/2017];40(Suppl 2):s4-s11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338882/>

8. Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.
9. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
10. Lima JG. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. Saúde debate. 2018 [acceso: 10/09/2019];42(spe 1):52-66. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0052.pdf>
11. Região e Redes. Caminho da universalização da Saúde no Brasil. São Paulo: [s.n]; 2016.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
14. Minayo MCS. Metodologia de Pesquisa Social. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7th ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
15. Faria HP, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. Processo de trabalho em saúde. 2nd ed. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
16. Garcia ACP, Andrade MAC, Contarato PC, Tristão FI, Rocha EMS, Rabello AE, et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. Vigil sanit debate. 2015 [acceso: 21/01/2017];3(2):36-41. Disponible en: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/viewFile/484/226>
17. Prefeitura Municipal de Viradouro, Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de educação permanente em saúde/humanização. Viradouro: SMS; 2015.
18. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde debate. 2014 [cited 2017 Feb 15];38(spe):13-33. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>

19. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de saúde da Família na atenção básica. *Saúde debate*. 2014 [acceso: 12/02/2017];38(spe):124-39. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0124.pdf>
20. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Carvalho YM, Minayo MCS, Drumond Junior M, Akerman M, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
21. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2013 [acceso: 19/01/2017];37(98):416-26. Disponible en: [www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a05v37n98.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a05v37n98.pdf)
22. Machado JC, Cotta RMM, Soares JB. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. *Interface comum saúde educ*. 2015 [acceso: 19/03/2017];19(52):159-70. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0159.pdf>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

### **Contribuciones de los autores**

*Flavia Tiemi Muramoto*: escritura, recolección y análisis de datos.

*Silvia Matumoto*: supervisión, orientación y revisión del manuscrito.