

O que contribui para a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde? Revisão integrativa da literatura, 2010-2020

What contributes to Primary Health Care effectiveness? Integrative literature review, 2010-2020

Ana Cláudia Cardozo Chaves (<https://orcid.org/0000-0003-3711-3829>)¹

Magda Duarte dos Anjos Scherer (<https://orcid.org/0000-0002-1465-7949>)¹

Eleonor Minho Conill (<https://orcid.org/0000-0003-4395-0594>)²

Abstract *Primary Health Care (PHC) intends to rearrange services to make it more effective. Nevertheless, effectiveness in PHC is quite a challenge. This study reviews several articles regarding the effectiveness improvements in PHC between 2010 and 2020. Ninety out of 8,369 articles found in PubMed and the Virtual Health Library databases search were selected for thematic analysis using the Atlas.ti® 9.0 software. There were four categories identified: strategies for monitoring and evaluating health services, organizational arrangements, models and technologies applied to PHC. Studies concerning the sensitive conditions indicators were predominant. Institutional assessment programs, PHC as a structuring policy, appropriate workforce, measures to increase access and digital technologies showed positive effects. However, payment for performance is still controversial. The expressive number of Brazilian publications reveals the broad diffusion of PHC in the country and the concern on its performance. These findings reassure well-known aspects, but it also points to the need for a logical model to better define what is intended as effectiveness within primary health care as well as clarify the polysemy that surrounds the concept. We also suggest substituting the term “resolvability”, commonly used in Brazil, for “effectiveness”.*

Key words *Primary Health Care, Effectiveness*

Resumo *Na Atenção Primária à Saúde (APS), proposta para reorientar os serviços tornando-os mais efetivos, concretizar a resolubilidade é um desafio. Este trabalho apresenta um panorama de estudos acerca da melhoria da resolubilidade na APS entre 2010 e 2020. Dos 8.369 artigos advindos da busca na PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde, selecionaram-se 90 para análise temática no software Atlas.ti® 9.0. Quatro categorias emergiram: estratégias de monitoramento e avaliação da qualidade, arranjos de organização, modelos, tecnologias aplicadas à APS. Predominaram estudos sobre indicadores por condições sensíveis, apontando-se para efeitos positivos de programas institucionais de avaliação, APS como política estruturante, força de trabalho adequada, medidas para aumento da disponibilidade e tecnologias digitais. Permanecem controvérsias sobre a remuneração por desempenho. O expressivo número de publicações brasileiras demonstra difusão da APS e preocupação com seu desempenho. O panorama reforça aspectos já reconhecidos, mas mostra a necessidade de um modelo lógico para delimitar o que se pretende resolver na APS, além de esclarecer a polissemia em torno da resolubilidade. Outra possibilidade seria, no Brasil, esse conceito ser substituído pelo de efetividade.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Efetividade*

¹ Universidade de Brasília.
Campus Universitário Darcy
Ribeiro. 70910-900 Brasília
DF Brasil. anaccardo@hot.com

² Universidade Federal
de Santa Catarina.
Florianópolis SC Brasil.

Introdução

A configuração dos sistemas de saúde é complexa interação entre elementos históricos, econômicos, políticos e culturais de cada sociedade. Embora serviços de saúde representem somente uma parte destes sistemas, diversas análises tratam de seu desempenho para fundamentar políticas e práticas setoriais^{1,2}.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido proposta como política para reorientar os sistemas de serviços tornando-os mais efetivos³. Práticas orientadas pela APS resolveriam a maior parte das necessidades de uma comunidade, possibilitando acesso oportuno com qualidade e continuidade do cuidado, além do uso de densidade tecnológica adequada, evitando intervenções desnecessárias^{4,5}.

Entretanto, em muitos países, a APS difere dessas premissas, sendo apontada como pouco resolutiva com lacunas entre o que indivíduos e comunidades precisam e a qualidade que os serviços oferecem, restando muitos usuários excluídos de ações em grande parte padronizadas para uma parcela da população⁶⁻⁸. No Brasil, embora exista um sistema de base universal que tem a APS como eixo estruturante⁸, coexistem características de modelos focalizados e seletivos, com fragmentação e segmentação de cuidados^{9,10}.

Um foco desse debate tem sido o desafio de melhorar a resolubilidade desses serviços. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁸ inclui a resolubilidade como uma diretriz a ser operacionalizada na APS e um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde 2020-2023 pretende “promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada”, a partir do desempenho de 20 indicadores¹¹.

Garantir resolubilidade é um compromisso complexo. Depende de variáveis demográficas, epidemiológicas e socioculturais que determinam as condições de saúde, impondo aos serviços ampla gama de necessidades, muitas vezes em contextos político-institucionais adversos que desafiam essa capacidade resolutiva. Além disso, verifica-se polissemia conceitual e inclusive ortográfica, variando de um objetivo que fundamenta compromissos sanitários até formas de avaliar os serviços¹². Sendo assim, este trabalho tem por objetivo apresentar um panorama das contribuições encontradas na literatura sobre esta problemática, pois mapeá-la é passo preliminar para seu enfrentamento.

Método

Utilizou-se o método de revisão integrativa¹³ baseado na metodologia PRISMA¹⁴. Partindo da pergunta norteadora, “quais as contribuições teórico-metodológicas na literatura científica sobre a melhoria da resolubilidade na APS?”, definiram-se critérios de inclusão e exclusão, chaves de busca e bases de dados. Foram incluídos artigos originais de periódicos indexados com os termos de busca no título e/ou no resumo em inglês, espanhol e português, publicados entre fevereiro de 2010 e de 2020. Excluíram-se estudos de revisão, *guidelines*, trabalhos em eventos, cursos, palestras e relatórios de gestores.

As chaves de busca utilizaram os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings* (MeSH), complementados por palavras-chaves não encontradas nesses índices, com operadores booleanos “OR” e “AND”. Devido à ausência de um termo para tradução da resolubilidade na literatura internacional sobre avaliação, foi feita aproximação entre resolubilidade e efetividade, utilizando-se na estratégia de busca: resolubilidade; *effectiveness* OR *efectividad* OR efetividade; *primary health care* OR *atención primaria de salud* OR atenção primária à saúde. Denominações correlatas à APS, como “*general practitioner*” (Europa, América do Norte), “*community/local/rural health*” (Ásia, África) e “atenção básica” - AB (Brasil) foram consideradas.

As buscas ocorreram de 01 a 04 de fevereiro de 2020 na PubMed® e no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases LILACS, MEDLINE, BDENF, IBECs. Três revisores fizeram a triagem de 8.369 estudos. Os critérios de inclusão/exclusão, retirada de duplicatas, leitura de títulos e resumos reduziram esses trabalhos para 1.679. Destes, foram retirados 191 estudos que abordavam custo-efetividade e 1.375, a efetividade clínica, que não permitiam inferências para APS. Após a leitura na íntegra dos 113 restantes, 23 foram excluídos e chegou-se ao total de 90 artigos selecionados (Figura 1), classificados por título, autoria, ano, base de dados, periódico e local do estudo, com análise temática realizada no *software* Atlas.ti® versão 9.0 (Figura 2).

Para estabelecimento das categorias analíticas considerou-se que modelos são simplificações ou idealizações da realidade para explicar ou sistematizar fenômenos de forma hipotética ou paradigmática¹⁶. Estratégias de monitoramento e avaliação são atividades de produção, registro, acompanhamento e análise de informações sobre efeitos de ações e serviços para tomada de

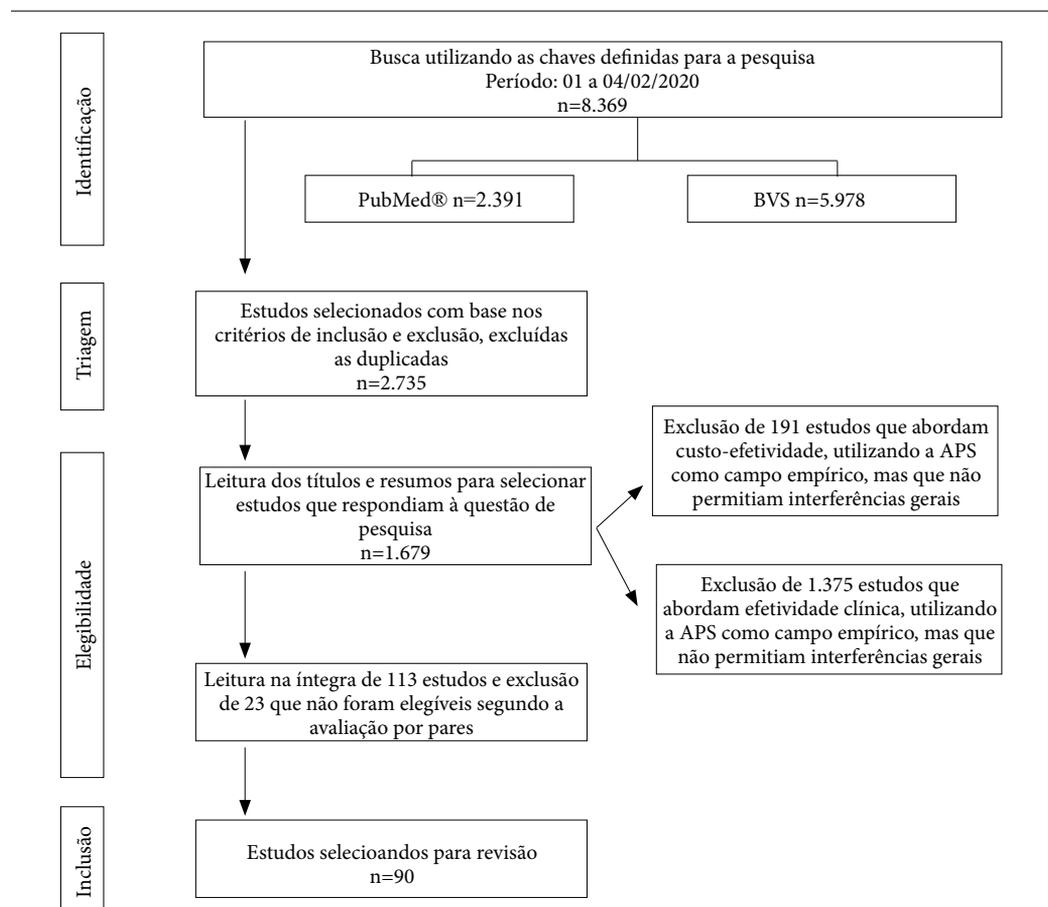


Figura 1. Processo metodológico do levantamento de estudos na revisão integrativa.

Fonte: Diagrama adaptado do modelo Prisma¹⁵.

decisão¹⁷. Tecnologias são meios com os quais é possível intervir e transformar determinado objeto no contexto de um processo de trabalho¹⁸. Arranjos de organização são formas de imprimir mudanças aos serviços ou dividi-los em níveis de atenção/gestão que delimitam a oferta¹⁹.

Resultados

Há publicações em todos os anos analisados, destacando-se 2018 e 2012 (18 e 14, respectivamente). Dos 90 artigos, 50 foram da BVS e 40 da PubMed®. Predominaram abordagens quantitativas (52), seguidas de qualitativas (32) e métodos mistos (06).

Quanto ao idioma, 69 eram em inglês, 15 em português e 06 em espanhol. Quanto ao local, destacou-se a América do Sul com 31 artigos,

sendo 26 brasileiros. A Europa aparece com 23, América do Norte 19, Ásia 06, África 04, Oceania 03 e 04 realizados em mais de um país. O Quadro 1 apresenta a lista completa de referências dos estudos selecionados, bem como seus locais de origem.

Quatro categorias foram identificadas na análise temática: estratégias de monitoramento e avaliação da qualidade (34 estudos); arranjos de organização (25 estudos); modelos (17 estudos); e tecnologias aplicadas à APS (14 estudos). A descrição a seguir sintetiza o principal conteúdo encontrado, conforme Quadro 2.

Estratégias de monitoramento e avaliação da qualidade da APS

O indicador de “Admissão em emergência/hospitalizações por Condições Sensíveis à APS”,

Quadro 1. Estudos selecionados para a revisão.

| ID | Estudo | Local de realização |
|----|--|-----------------------|
| 1 | Báscolo, 2010 ³⁰ | Argentina |
| 2 | Perron <i>et al.</i> , 2010 ³¹ | Suíça |
| 3 | Vieira-da-Silva <i>et al.</i> , 2010 ³² | Brasil |
| 4 | Miller <i>et al.</i> , 2010 ³³ | EUA |
| 5 | Yavich <i>et al.</i> , 2010 ³⁴ | Argentina |
| 6 | Nedel <i>et al.</i> , 2011 ³⁵ | Brasil |
| 7 | Sohrabi e Albalushi, 2011 ³⁶ | Irã |
| 8 | Wilson, 2011 ³⁷ | Reino Unido |
| 9 | Szecsényi <i>et al.</i> , 2011 ³⁸ | Alemanha |
| 10 | Rehem <i>et al.</i> , 2012 ³⁹ | Brasil |
| 11 | Baratieri <i>et al.</i> , 2012 ⁴⁰ | Brasil |
| 12 | Grills <i>et al.</i> , 2012 ⁴¹ | Índia |
| 13 | Albalushi <i>et al.</i> , 2012 ⁴² | Omã |
| 14 | Ortiz e Wan, 2012 ⁴³ | EUA |
| 15 | Alkmim <i>et al.</i> , 2012 ⁴⁴ | Brasil |
| 16 | Oliveira <i>et al.</i> , 2017 ⁴⁵ | Brasil |
| 17 | Viacava <i>et al.</i> , 2012 ⁴⁶ | Brasil |
| 18 | Greaves <i>et al.</i> , 2012 ⁴⁷ | Inglaterra |
| 19 | Mold <i>et al.</i> , 2012 ⁴⁸ | EUA |
| 20 | Lima <i>et al.</i> , 2012 ⁴⁹ | Brasil |
| 21 | Campo, 2012 ⁵⁰ | Chile |
| 22 | Sanabria e Orta, 2012 ⁵¹ | Venezuela |
| 23 | Dookie e Singh, 2012 ⁵² | África do Sul |
| 24 | Kirschner <i>et al.</i> , 2012 ⁵³ | Holanda |
| 25 | Lavoie <i>et al.</i> , 2013 ⁵⁴ | Canadá |
| 26 | Liddy <i>et al.</i> , 2013 ⁵⁵ | Canadá |
| 27 | Hinchcliff <i>et al.</i> , 2013 ⁵⁶ | Austrália |
| 28 | Keely <i>et al.</i> , 2013 ⁵⁷ | Canadá |
| 29 | Ashworth <i>et al.</i> , 2013 ⁵⁸ | Inglaterra |
| 30 | Heard <i>et al.</i> , 2013 ⁵⁹ | Bangladesh |
| 31 | Kirschner <i>et al.</i> , 2013 ⁶⁰ | Holanda |
| 32 | Chomatas <i>et al.</i> , 2013 ⁶¹ | Brasil |
| 33 | Zhao <i>et al.</i> , 2013 ⁶² | Austrália |
| 34 | Violán <i>et al.</i> , 2013 ⁶³ | Espanha |
| 35 | Porter <i>et al.</i> , 2013 ⁶⁴ | EUA |
| 36 | Maini <i>et al.</i> , 2014 ⁶⁵ | República D. do Congo |
| 37 | Costa <i>et al.</i> , 2014 ⁶⁶ | Brasil |
| 38 | Roots e Macdonald, 2014 ⁶⁷ | Canadá |
| 39 | Rao e Pilot, 2014 ⁶⁸ | Reino Unido e Holanda |
| 40 | Piropo e Amaral, 2015 ⁶⁹ | Brasil |
| 41 | Campbell <i>et al.</i> , 2015 ⁷⁰ | Inglaterra |
| 42 | Castro <i>et al.</i> , 2015 ⁷¹ | Brasil |
| 43 | Goetz <i>et al.</i> , 2015 ⁷² | Suíça |
| 44 | Farias <i>et al.</i> , 2015 ⁷³ | Brasil |
| 45 | Ford <i>et al.</i> , 2015 ⁷⁴ | Inglaterra |
| 46 | Mobula <i>et al.</i> , 2015 ⁷⁵ | EUA |
| 47 | Fung <i>et al.</i> , 2015 ⁷⁶ | China |
| 48 | Lemak <i>et al.</i> , 2015 ⁷⁷ | EUA |
| 49 | Nouwens <i>et al.</i> , 2015 ⁷⁸ | Holanda |
| 50 | Markwick <i>et al.</i> , 2015 ⁷⁹ | EUA |

continua

Quadro 1. Estudos selecionados para a revisão.

| ID | Estudo | Local de realização |
|----|---|--|
| 51 | Brugués <i>et al.</i> , 2016 ⁸⁰ | Espanha |
| 52 | Whittaker <i>et al.</i> , 2016 ⁸¹ | Inglaterra |
| 53 | Leite <i>et al.</i> , 2016 ⁸² | Brasil |
| 54 | Penm <i>et al.</i> , 2017 ⁸³ | Austrália, Canadá, França, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido e EUA |
| 55 | Hone <i>et al.</i> , 2017 ⁸⁴ | Brasil |
| 56 | Ebert <i>et al.</i> , 2017 ⁸⁵ | Suíça |
| 57 | Murante <i>et al.</i> , 2017 ⁸⁶ | Europa |
| 58 | Zarlotti <i>et al.</i> , 2017 ⁸⁷ | Brasil |
| 59 | Miclos <i>et al.</i> , 2017 ⁸⁸ | Brasil |
| 60 | Mendonça <i>et al.</i> , 2017 ⁸⁹ | Brasil |
| 61 | Molina <i>et al.</i> , 2017 ⁹⁰ | Brasil |
| 62 | Chang <i>et al.</i> , 2017 ⁹¹ | EUA |
| 63 | Wagner <i>et al.</i> , 2017 ⁹² | EUA |
| 64 | Segalini <i>et al.</i> , 2017 ⁹³ | Argentina |
| 65 | Wan <i>et al.</i> , 2018 ⁹⁴ | EUA |
| 66 | Zhou <i>et al.</i> , 2018 ⁹⁵ | China |
| 67 | Mukiapini <i>et al.</i> , 2018 ⁹⁶ | África do Sul |
| 68 | Pandya <i>et al.</i> , 2018 ⁹⁷ | Reino Unido |
| 69 | Lin <i>et al.</i> , 2018 ⁹⁸ | EUA |
| 70 | Tintorer <i>et al.</i> , 2018 ⁹⁹ | Espanha |
| 71 | Arantes <i>et al.</i> , 2018 ¹⁰⁰ | Brasil |
| 72 | Balasubramanian <i>et al.</i> , 2018 ¹⁰¹ | EUA |
| 73 | Lima <i>et al.</i> , 2018 ¹⁰² | Brasil |
| 74 | Santos <i>et al.</i> , 2018 ¹⁰³ | Brasil |
| 75 | Hayhoe <i>et al.</i> , 2018 ¹⁰⁴ | Inglaterra |
| 76 | Fariño Cortez <i>et al.</i> , 2018 ¹⁰⁵ | Espanha |
| 77 | Lima-Toivanen e Pereira, 2018 ¹⁰⁶ | Argentina, Brasil, Costa Rica e República Dominicana |
| 78 | Wensing <i>et al.</i> , 2018 ¹⁰⁷ | Alemanha |
| 79 | Cole, 2018 ¹⁰⁸ | EUA |
| 80 | Abel <i>et al.</i> , 2018 ¹⁰⁹ | Reino Unido |
| 81 | Fairall <i>et al.</i> , 2018 ¹¹⁰ | África do Sul |
| 82 | Ferreira <i>et al.</i> , 2018 ¹¹¹ | Brasil |
| 83 | Nabelsi <i>et al.</i> , 2019 ¹¹² | Canadá |
| 84 | Navathe <i>et al.</i> , 2019 ¹¹³ | Havai |
| 85 | Lenzi <i>et al.</i> , 2019 ¹¹⁴ | Brasil |
| 86 | Azogil-López <i>et al.</i> , 2019 ¹¹⁵ | Espanha |
| 87 | Ballart e Galais, 2019 ¹¹⁶ | Espanha |
| 88 | Sibbald <i>et al.</i> , 2019 ¹¹⁷ | Canadá |
| 89 | Harzheim <i>et al.</i> , 2019 ¹¹⁸ | Brasil |
| 90 | Tasca <i>et al.</i> , 2020 ¹¹⁹ | Brasil |

Fonte: Autoras.

equipes e na gestão das informações, apesar de limitações por sobrecarga, grande quantidade de informações a serem coletadas e fragilidades na disseminação dos resultados para as equipes (ID 82). Ser efetivo na execução de ações não garante efetividade no alcance de resultados (ID 59).

Arranjos de organização

A “Composição de equipes multiprofissionais” na APS com ampliação de funções e adição de novos protagonistas se mostra promissora (ID 63), especialmente em contextos de escassez de

Quadro 2. Distribuição dos estudos selecionados por categorias temáticas e subtemas.

| Categorias temáticas | Temas | Subtemas | Número absoluto | Percentual |
|--|-----------------------------------|--|--|-------------------|
| Estratégias de monitoramento e avaliação da qualidade da APS | Gerais | Avaliação da qualidade na APS (ID 88) | 1 | 1,1% |
| | Indicadores | Admissão em Emergência/Hospitalizações por Condições Sensíveis à APS (ID 71; ID 74; ID 10; ID 06; ID 42; ID 80; ID 78; ID 16; ID 60; ID 58; ID 47; ID 33) | 12 | 13,3% |
| | | Atributos da APS | Primary Care Assessment Tool (ID 32; ID 67; ID 64); Coordenação do cuidado (ID 54); Acesso (ID 69) | 5 |
| | Programas institucionais | CPCQ (ID 72), SPAM (ID 56), European Practice Assessment (ID 43; ID 09), PMAQ-AB (ID 73; ID 82; ID 59), Estrategia de Evaluación Reformulada para Latinoamérica (ID 05), Pacto pela Atenção Básica/ Pacto pela Saúde (ID 20), Public Health Impact (ID 29), PROADESS (ID 17) | 11 | 12,2% |
| | e-Saúde | e-PHC Assessment Framework (ID 77) | 1 | 1,1% |
| | Satisfação de usuários | Satisfação de usuários (ID 07; ID 13; ID 76; ID 19) | 4 | 4,5% |
| Subtotal | | | 34 | 37,8% |
| Modelos | Gerais | APS na saúde global (ID 39) | 1 | 1,1% |
| | | Governança (ID 01) | 1 | 1,1% |
| | Tipos de remuneração | Por base populacional (ID 84; ID 57) | 2 | 2,3% |
| | | Por desempenho (ID 68; ID 24; ID 31) | 3 | 3,3% |
| | | Fee-for-service (ID 48; ID 79), fee subsidization (ID 36) | 3 | 3,3% |
| | Acreditação | Acreditação (ID 27; ID 49; ID 08) | 3 | 3,3% |
| | Modelos de cuidado | Atenção/Cuidado Centrada(o): na Pessoa (ID 35; ID 25); no Relacionamento (ID 04) | 3 | 3,3% |
| Predição de ausência do paciente (ID 85) | | 1 | 1,1% | |
| Subtotal categoria | | | 17 | 18,9% |
| Arranjos de organização | Equipes multiprofissionais na APS | Composição/atuação de equipes/profissionais na APS (ID 63; ID 65; ID 62; ID 51; ID 38; ID 11; ID 75) | 7 | 7,8% |
| | Organização de serviços | Horário estendido (ID 52; ID 45), Trabalho em equipe (ID 46; ID 37), Distribuição de equipes/profissionais nos territórios (ID 66; ID 18; ID 23); Acolhimento às urgências (ID 44) | 8 | 8,9% |
| | Estratégias estruturantes | Saúde da Família (ID 90; ID 53; ID 55; ID 21), Clínicas de Saúde Rurais (ID 14), Mais Médicos (ID 61), Adjusted Clinical Groups (ID 34) | 7 | 7,8% |
| | Gestão | Organizações Não-Governamentais (ID 30); Entidades de Base Associativa (ID 87); e Networking clusters (ID 12) | 3 | 3,3% |
| Subtotal categoria | | | 25 | 27,8% |
| Tecnologias aplicadas à APS | Digitais | Telessaúde e Telemedicina (ID 70; ID 40; ID 15; ID 50; ID 22; ID 89) | 6 | 6,7% |
| | | Consulta Virtual (ID 83; ID 26; ID 28) | 3 | 3,3% |
| | | Uso do telefone para: marcação de consultas e lista de espera (ID 03); referência/encaminhamento (ID 86); triagem (ID 41); e alerta eletrônico (ID 02) | 4 | 4,5% |
| | Não digitais | Apoio ao cuidado: Practical Approach to Care Kit (ID 81) | 1 | 1,1% |
| Subtotal categoria | | | 14 | 15,5% |
| Total | | | 90 | 100% |

Fonte: Autoras.

médicos (ID 65). O envolvimento de todos os profissionais otimiza o trabalho e libera os mais escassos para tarefas que só eles podem realizar, e maior número de médicos de APS melhora os resultados em saúde (ID 62). Estudo brasileiro (ID 37) mostrou que os profissionais relacionavam resolubilidade à ação de uma equipe multiprofissional com produção de vínculo e autonomia no trabalho.

Enfermeiros se destacam pela efetividade no manejo das demandas, educação em saúde e diversidade de necessidades atendidas (ID 51). Ressalta-se sua atuação comunitária, organizacional e na prestação de serviços, com melhoria do acesso e da utilização de outros níveis de atenção, além da crescente aceitação da sua competência clínica por parte de médicos (ID 38). A longitudinalidade no trabalho do enfermeiro estaria relacionada também à melhora na qualidade de vida da população e resolubilidade na APS (ID 11).

Estudo na Inglaterra (ID 75) sugere a inserção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em escala nacional como oportuna e de implementação relativamente rápida para solucionar a crise de carga de trabalho nos serviços (ID 75). Nos EUA (ID 46) destacou-se que as equipes reconhecem a efetividade dos ACS na resolução de problemas.

Sobre “Organização de serviços”, o horário estendido à noite e/ou final de semana reduziu o pronto-atendimento em outros níveis nos primeiros 12 meses (ID 52), podendo beneficiar grupos jovens que trabalham em tempo integral (ID 45).

Na experiência das “Clínicas de Saúde Rurais” nos EUA (ID 14), concluiu-se que clínicas maiores são mais eficientes, sugerindo-se que as menores formem sistemas integrados ou com base em distritos (ID 23). E na Inglaterra apontou que o tamanho da unidade de APS não foi decisivo para o desempenho das equipes, sendo as variações explicadas por características populacionais. Recomendam-se configurações focadas nas responsabilidades e não apenas no tamanho da população (ID 18).

Entre as “Estratégias estruturantes”, destaca-se a estratégia Saúde da Família’ (ESF) no Brasil: ampliou oferta e integralidade (ID 53); expansão da ESF e forte governança foram associadas a redução da mortalidade evitável (ID 55); é considerada a melhor estratégia para uma APS forte, quando aliada a políticas que priorizem seus atributos com inovações em tecnologias assistenciais, gestão e comunicação (ID 90). Entretanto, o frágil

apoio diagnóstico e terapêutico desafiaria a busca por efetividade e satisfação dos usuários (ID 53).

Modelos

A categoria “Modelos” agrupou *frameworks* para ampliar a resolubilidade, predominando aqueles acerca da influência dos tipos de remuneração na qualificação da APS. A “Remuneração por base populacional no Havaí” (ID 84) resultou em redução na demanda por consultas, sem diferença significativa no custo. Estudo na Europa (ID 57) analisou a relação entre responsividade, remuneração profissional e custos, concluindo ser maior com profissionais remunerados por capitação do que por taxa de serviço ou método misto de pagamento.

A “Remuneração por desempenho” (“*Payment for performance*”), segundo trabalhos na Holanda e Reino Unido (ID 24; 31), pode estimular qualidade clínica, experiência do paciente e organização do atendimento, mas não se mostrou custo-efetiva em outra pesquisa no Reino Unido (ID 68) que recomendou o redesenho do programa ou intervenções alternativas.

Quanto ao “*fee-for-service*”, estudos nos EUA (ID 48; 79) sobre o uso de taxas num “Modelo de Atenção Primária Direta” concluíram melhorar os atributos. O alinhamento do pagamento com custo e desempenho incentiva os profissionais a fornecer cuidados de melhor qualidade. Um programa de subsídio populacional para taxas por serviço (“*fee subsidisation*”) no Congo (ID 36) demonstrou aumentar a utilização no curto prazo, sendo necessário verificar sua sustentabilidade, efeitos à longo prazo e possibilidade de remoção ou redução de taxas para usuários vulneráveis.

Tecnologias aplicadas à APS

Na ampliação da resolubilidade sobressaíram-se as tecnologias digitais, principalmente serviços de “Telessaúde e Telemedicina”, ferramentas que fornecem informações confiáveis, atualizadas e facilmente transferíveis para a prática clínica, valorizadas por sua capacidade educacional, por ampliarem acesso e qualidade com redução de custos. Evitam locomoções desnecessárias e lotação indevida de centros de referência, reduzindo reinternações, fortalecem a integração entre serviços e geram satisfação para profissionais e pacientes (ID 70; 40; 15; 50; 22; 89).

A “Consulta virtual”, segundo estudos do Canadá (ID 83; 26; 28), mostra eficiência para melhorar o acesso ao atendimento especializado,

sendo bem aceita por pacientes e profissionais. Ajudaria a reduzir tempos de espera, assim como o uso do telefone para marcação de consultas e organização de listas de espera (ID 03), encaminhamentos (ID 86), triagem (ID 41) e alerta eletrônico para reduzir faltas (ID 02).

Discussão

Indicadores por condições sensíveis à APS, programas institucionais de avaliação, ênfase na APS como política estruturante, força de trabalho quantitativa (número de médicos) e qualitativamente adequada (equipes multiprofissionais, enfermagem, ACS), medidas organizacionais para aumento da disponibilidade das Unidades e uso de tecnologias digitais foram as contribuições predominantes para melhoria da resolubilidade na APS.

É importante considerar aspectos acerca da validade do panorama apresentado. O primeiro se refere às escolhas de termos de busca e perfil das publicações que podem ter minimizado temáticas relevantes. É o caso da coordenação e integração da APS com os demais níveis do sistema, em que acesso a especialidades e tempo de espera dificultam a resolubilidade, constituindo o mais importante nó crítico de sistemas universais orientados pela APS²⁰. Embora contemplada nas tecnologias digitais, resultados do PMAQ e do CFIHPS, esta questão é pouco expressiva nos artigos selecionados. Nota-se a ausência de informações sobre reformas de cuidados primários realizadas em países como Portugal²¹, principalmente no que se refere a incentivos para melhoria do desempenho, que podem ter sido divulgados em relatórios ou livros.

O segundo foi a opção por apresentar os resultados mais frequentes em cada categoria, o que pode ter impedido destaque de temas menos frequentes e igualmente importantes. É o caso de “satisfação do usuário” em trabalhos no Irã, Omã e Equador (ID 07; 13; 76), “acreditação” na Austrália, Holanda e Reino Unido (ID 27; 49; 08), modelos orientados pela “atenção/cuidado centrado na pessoa” e “no relacionamento” (ID 35; 25), e tecnologias não virtuais para “apoio ao cuidado” (ID 81). Buscou-se minimizar essa limitação por meios dos Quadros 1 e 2, permitindo o acesso ao conjunto dos estudos analisados.

Um número expressivo de trabalhos brasileiros destacou indicadores de admissão em emergência/hospitalizações para condições sensíveis à APS, alertando para o fato de que outros

fatores intervêm em sua efetividade. Recomendam a adoção deste indicador para a rede de atenção, uma vez que indica possíveis problemas no acesso e na qualidade em todos os níveis (ID 71; 74; 47). Para a avaliação do desempenho da APS seria necessário um marco abrangente, articulando os níveis macro (políticas), meso (gestão) e micros social (cuidado)²⁰.

Além desses desafios conceituais, os instrumentos ou mecanismos que pretendam aplicá-los precisariam ser operacionais e sustentáveis. Isso inclui a questão dos subregistros de dados, da inclusão ou não do setor privado, e da variação em metodologias e contextos que dificultam comparações. Muitos países não aplicam a noção de resolubilidade como desfecho desejável para a APS em sistemas integrais e universais, predominando a medida de efetividade de um conjunto restrito de ações e serviços, delimitável por linhas de cuidado ou custo financeiro⁷.

Propostas de remuneração por desempenho se expandiram nas últimas décadas no âmbito de reformas dos serviços da APS²², mas seus efeitos devem ser melhor discutidos. Enquanto estudos no Brasil (ID 73; 82; 59) e na Holanda (ID 68; 24; 31) sugerem resultados positivos, a experiência no Reino Unido com o *Quality and Outcomes Framework* (ID 29) recomendou sua interrupção, avaliando não ser custo-efetivo (ID 68), pois recompensas no pagamento não estavam alinhadas a impactos na saúde, neste caso com foco nos efeitos na mortalidade, e não nos atributos da APS. Trabalho recente acerca do PMAQ brasileiro reafirma sua capacidade de indução de melhorias no acesso e qualidade, mesmo diante do modelo avaliativo e de remuneração indireta aos profissionais, dependente de um complexo processo de certificação¹⁰.

Um aporte deste estudo foi confirmar a polissemia da palavra resolubilidade. O termo se difunde no Brasil associado à concepção de que a maior parte das demandas poderia ser resolvida na APS sem encaminhamentos para outros serviços^{4,23}. Todavia, esse conceito não é encontrado como tal na literatura de língua inglesa (*effectiveness* ou *responsiveness*), nem na literatura em espanhol (*modelo resolutivo ou capacidad resolutiva*). A efetividade avalia o grau com que os serviços atingem os resultados esperados nas condições usuais da prática, ou a relação entre seu impacto potencial e real, o que tem estreita relação com os resultados das ações e os atributos clássicos que caracterizam a APS (ID17)^{24,25}. A responsividade consiste na capacidade de resposta e objetivo

fundamental dos sistemas, que devem antecipar e se adaptar às necessidades existentes e futuras para melhores resultados de saúde. Centra-se na experiência das pessoas, em como os sistemas de saúde atendem às suas expectativas, no que tange a: dignidade, autonomia, confidencialidade, pronto atendimento, qualidade das amenidades, acesso a redes de apoio social e escolha do prestador de serviço²⁶. Esses conceitos se aproximam do modo como a resolubilidade tem sido entendida, situando-se todos no campo da avaliação. Porém, necessita-se de uma diferenciação mais clara entre esses conceitos para seu uso em nosso meio.

A resolubilidade corresponde ao ato de estabelecer solução efetiva a problemas de saúde, de modo a provocar resultados benéficos que alterem a problemática individual ou coletiva identificada²⁷⁻²⁹. Numa perspectiva coletiva, atributo que caracteriza a APS, implica na possibilidade de identificar necessidades comunitárias, que nem sempre aparecerão como demanda. Aí reside o desafio em torno desse conceito: identificar desfechos que possam ser esperados neste âmbito da atenção, levando em consideração condicionantes do sistema e determinantes socioeconômicos e culturais que influenciam na saúde.

Considerações finais

O expressivo número de publicações brasileiras demonstra a importante difusão da APS no país na última década, bem como a preocupação com o seu desempenho. O panorama reforça aspectos já reconhecidos: indução positiva da avaliação institucional, arranjos de organização para aprimorar a capacidade institucional e disponibilidade de ações e serviços, força de trabalho quantitativa e qualitativamente adequada, APS como política estruturante e o uso de recursos digitais. Permanecem controvérsias sobre os efeitos da remuneração por desempenho. Sugere-se estudos complementares que superem limitações temáticas ou vieses deste trabalho.

A polissemia da resolubilidade evidencia a necessidade de maior clareza no uso desse conceito, identificando o que se pretende resolver neste âmbito da atenção. Por essa razão, um modelo lógico com parâmetros contemplando determinantes e condicionantes em saúde que influenciam a APS deve ser considerado. Outra possibilidade seria, no Brasil, esse conceito ser substituído pelo de efetividade para facilitar o diálogo internacional em avaliação.

Colaboradores

ACC Chaves e MDA Scherer contribuíram substancialmente para a concepção e delineamento do artigo. Todas as autoras, ACC Chaves, MDA Scherer e EM Conill, contribuíram substancialmente para a análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final a ser publicada.

Financiamento

A produção deste artigo recebeu apoio financeiro por parte da Pós-Graduação da Universidade de Brasília, por meio do Edital DPG número 0001/2022.

Referências

1. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):711-724.
2. Tyrovolas S, Polychronopoulos E, Tountas Y, Panagiotakos D. The role of health care systems on populations' health status and longevity: A comprehensive analysis. *Health Sci J* 2010; 4(3):149-156.
3. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RF. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica* 2019; 35(3):e00012219.
4. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/MS; 2002.
5. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 29(2):84-95.
6. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, Secci F, Wong E, Basu L, Taylor C, Bayona J, Wang H, Lagomarsino G, Hirschhorn LR. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med* 2017; 32(5):566-571.
7. Brandão JRM. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Cad Saude Publica* 2019; 35(J):e00178217.
8. Brasil. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Anexo XXII. *Diário Oficial da União* 2017; 28 set.
9. Conill EM. *Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. Intercambio III 2-1-2007. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz; 2007.
10. Facchini L, Tomasi E, Thumé E. *Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018*. São Leopoldo: Oikos; 2021.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*. Brasília: MS; 2020.
12. D'Aguiar JMM. *O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)* [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP-Fiocruz; 2001.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidência na saúde e na enfermagem. *Texto Context Enferm* 2008; 17(4):758-764.
14. Page MJ, Mckenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71.

15. Pires DEP, Vandresen L, Machado F, Machado RR, Amadigi FR. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. *Texto Contexto Enferm* 2019; 28:e20160426.
16. Silva FS, Catelli F. Os modelos na ciência: traços da evolução histórico-epistemológica. *Rev Bras Ensino Fis* 2019; 41:4.
17. Souza MF. *Conceitos básicos em monitoramento e avaliação* [aula]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2013.
18. Pereira IB. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
19. Freitas MA. *Arranjos organizativos da atenção primária nas regiões de saúde de um Departamento Regional de Saúde* [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2017.
20. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2010; 10(Supl. 1):15-27.
21. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):701-712.
22. Poli Neto P, Faoro NT, Prado Júnior JC, Pisco LAC. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1377-1388.
23. Chioro A, Scaff A. *Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde*. Santos: Faculdade de Ciências Médicas de Santos; 1999.
24. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1115-1118.
25. Poças KC. *Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2017.
26. Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health* 2017; 2:e000486.
27. Rezende VA. *A resolutividade na Atenção Básica: uma revisão de literatura* [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
28. Oliveira IPRM. *Resolubilidade do cuidado oftalmológico em centro de atendimento secundário sob a ótica dos pacientes diabéticos e não diabéticos* [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2017.
29. Degani VC. *A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
30. Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Rev Salud Publica* 2010; 12(1):8-27.
31. Perron NJ, Dao MD, Kossovsky MP, Miserez V, Chuard C, Calmy A, Gaspoz JM. Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. *BMC Fam Pract* 2010; 11:79.
32. Vieira-da-Silva LM, Chaves SC, Esperidião MA, Lopes-Martinho RM. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64(12):1100-1105.
33. Miller WL, Crabtree BF, Nutting PA, Stange KC, Jaén CR. Primary care practice development: a relationship-centered approach. *Ann Fam Med* 2010; 8(Supl. 1):S68-S79.
34. Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Publica Mex* 2010; 52(1):39-45.
35. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martín-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1145-1154.
36. Sohrabi MR, Albalushi RM. Clients' satisfaction with primary health care in Tehran: A cross-sectional study on Iranian Health Centers. *J Res Med Sci* 2011; 16(6):756-762.
37. Wilson T. Improving primary health care delivery: still waiting for the magic bullet. *CMAJ* 2011; 183(18):E1280-E1281.
38. Szecsenyi J, Campbell S, Broge B, Laux G, Willms S, Wensing M, Goetz K. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ* 2011; 183(18):E1326-E1333.
39. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(3):535-542.
40. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(5):1260-1267.
41. Grills NJ, Robinson P, Phillip M. Networking between community health programs: a case study outlining the effectiveness, barriers and enablers. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:206.
42. Albalushi RM, Sohrabi MR, Kolahi AA. Clients' satisfaction with primary health care in muscat. *Int J Prev Med* 2012; 3(10):713-717.
43. Ortiz J, Wan TH. Performance of rural health clinics: an examination of efficiency and Medicare beneficiary outcomes. *Rural Remote Health* 2012; 12:1925.
44. Alkmim MB, Figueira RM, Marcolino MS, Cardoso CS, Pena de Abreu M, Cunha LR, et al. Improving patient access to specialized health care: the Telehealth Network of Minas Gerais, Brazil. *Bull World Health Organ* 2012; 90(5):373-378.
45. Oliveira ESBE, Oliveira VB, Caldeira AP. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, entre 1999 e 2007. *Rev Baiana de Saude Publica* 2017; 41(1):144-157.
46. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):921-934.

47. Greaves F, Millett C, Pape UJ, Soljak M, Majeed A. Association between primary care organisation population size and quality of commissioning in England: an observational study. *Br J Gen Pract* 2012; 62(594):e46-e54.
48. Mold JW, Lawler F, Schauf KJ, Aspy CB. Does patient assessment of the quality of the primary care they receive predict subsequent outcomes?: An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study. *J Am Board Fam Med* 2012; 25(4):e1-e12.
49. Lima RN, Medeiros Junior ME, Martins JS, Santos EP, Bourget MMM. Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado de São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2012; 7(24):164-170.
50. Campo CB. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave* 2012; 12(11):e5571.
51. Sanabria T, Orta M. The MANIAPURE Program-Lessons Learned from a Rural Experience: Two Decades Delivering Primary Healthcare Through Telemedicine. *Telemed J E Health* 2012; 18:544-548.
52. Dookie S, Singh S. Primary health services at district level in South Africa: a critique of the primary health care approach. *BMC Fam Pract* 2012; 13:67.
53. Kirschner K, Braspenning J, Jacobs JE, Grol R. Design choices made by target users for a pay-for-performance program in primary care: an action research approach. *BMC Fam Pract* 2012; 13:25.
54. Lavoie JG, Wong ST, Chongo M, Browne AJ, MacLeod MLP, Ulrich C. Group medical visits can deliver on patient-centred care objectives: results from a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:155.
55. Liddy C, Rowan MS, Afkham A, Maranger J, Keely E. Building access to specialist care through e-consultation. *Open Med* 2013; 7(1):e1-e8.
56. Hinchcliff R, Greenfield D, Westbrook JI, Pawsey M, Mumford V, Braithwaite J. Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: a qualitative study of enabling factors. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:437.
57. Keely E, Liddy C, Afkham A. Utilization, benefits, and impact of an e-consultation service across diverse specialties and primary care providers. *Telemed J E Health* 2013; 19(10):733-738.
58. Ashworth M, Schofield P, Doran T, Cookson R, Sutton M, Seed PT, Howe A, Fleetcroft R. The Public Health Impact score: a new measure of public health effectiveness for general practices in England. *Br J Gen Pract* 2013; 63(609):e291-e299.
59. Heard A, Nath DK, Loevinsohn B. Contracting urban primary healthcare services in Bangladesh - effect on use, efficiency, equity and quality of care. *Trop Med Int Health* 2013; 18(7):861-870.
60. Kirschner K, Braspenning J, Akkermans RP, Jacobs JE, Grol R. Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users. *Fam Pract* 2013; 30(2):161-171.
61. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29):294-303.
62. Zhao Y, Wright J, Guthridge S, Lawton P. The relationship between number of primary health care visits and hospitalisations: evidence from linked clinic and hospital data for remote Indigenous Australians. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:466.
63. Violán C, Plana-Ripoll O, Foguet-Boreu Q, Bolibar B, Aguado A, Navarro-Artieda R, Velasco-Velasco S, Sicras-Mainar A. Relationship between efficiency and clinical effectiveness indicators in an adjusted model of resource consumption: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:421.
64. Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision to Improve Value By Organizing Around Patients' Needs. *Health Affairs* 2013; 32(3):516-525.
65. Maini R, Van Den Bergh R, Van Griensven J, Tayler-Smith K, Ousley J, Carter D, Mhatre S, Ho L, Zachariah R. Picking up the bill - improving health-care utilisation in the Democratic Republic of Congo through user fee subsidisation: a before and after study. *BMC Health Serv Res* 2014; 14:504.
66. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, De Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saude Debate* 2014; 38(103):733-743.
67. Roots A, Macdonald M. Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Hum Resour Health* 2014; 12:69.
68. Rao M, Pilot E. The missing link - the role of primary care in global health. *Glob Health Action* 2014; 7:23693.
69. Piropo TGN, Amaral HOS. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. *Saude Debate* 2015; 39(104):279-287.
70. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt T, Lattimer V, Richards DA, Richards SH, Salisbury C, Taylor RS, Calitri R, Bowyer V, Chaplin K, Kandiya-li R, Murdoch J, Price L, Roscoe J, Varley A, Warren FC. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage for managing same-day consultation requests in general practice: a cluster randomised controlled trial comparing general practitioner-led and nurse-led management systems with usual care (the ESTEEM trial). *Health Technol Assess* 2015; 19(13):1-212, vii-viii.
71. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(11):2353-2366.
72. Goetz K, Hess S, Jossen M, Huber F, Rosemann T, Brodowski M, Künzi B, Szecsenyi J. Does a quality management system improve quality in primary care practices in Switzerland? A longitudinal study. *BMJ Open* 2015; 5(4):e007443.
73. Farias DC, Celino SDM, Peixoto JBS, Barbosa ML, Costa GMC. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Educ Med* 2015; 39(1):79-87.
74. Ford JA, Jones AP, Wong G, Steel N. Weekend opening in primary care: analysis of the General Practice Patient Survey. *Br J Gen Pract* 2015; 65(641):e792-e798.

75. Mobula LM, Okoye MT, Boulware LE, Carson KA, Marsteller JA, Cooper LA. Cultural Competence and Perceptions of Community Health Workers' Effectiveness for Reducing Health Care Disparities. *J Prim Care Community Health* 2015; 6(1):10-15.
76. Fung CS, Wong CK, Fong DY, Lee A, Lam CLK. Having a family doctor was associated with lower utilization of hospital-based health services. *BMC Health Serv Res* 2015; 15:42.
77. Lemak CH, Nahra TA, Cohen GR, Erb ND, Paustian ML, Share D, Hirth RA. Michigan's Fee-For-Value Physician Incentive Program Reduces Spending and Improves Quality in Primary Care. *Health Aff* 2015; 34(4):645-652.
78. Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2015; 16:78.
79. Markwick L, McConnochie K, Wood N. Expanding Telemedicine to Include Primary Care for the Urban Adult. *J Health Care Poor Underserved* 2015; 26(3):771-776.
80. Brugués A, Peris Grao A, Pavón Rodríguez F, Mateo Viladomat E, Gascón Ferret J, Flores Mateo G. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. *Aten Primaria* 2016; 48(3):159-165.
81. Whittaker W, Anselmi L, Kristensen SR, Lau YS, Bailey S, Bower P, Checkland K, Elvey R, Rothwell K, Stokes J, Hodgson D. Associations between Extending Access to Primary Care and Emergency Department Visits: A Difference-In-Differences Analysis. *PLoS Med* 2016; 13(9):e1002113.
82. Leite RS, Santos APM, Lima CA, Ribeiro CDAL, Brito MFSF. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. *Cad Saude Colet* 2016; 24(3):323-329.
83. Penm J, Mackinnon NJ, Strakowski SM, Ying J, Doty MM. Minding the Gap: Factors Associated With Primary Care Coordination of Adults in 11 Countries. *Ann Fam Med* 2017; 15(2):113-119.
84. 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; 36(1):149-158.
85. Ebert ST, Pittet V, Cornuz J, Senn N. Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1):789.
86. Murante AM, Seghieri C, Vainieri M, Schäfer WLA. Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and the relationship with the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors. *Soc Sci Med* 2017; 186:139-147.
87. Zarlotti C, Scudese E, Sena GW, Tonini T, Lopes T, Pestana C. Internações por condições sensíveis à atenção primária após a implantação da estratégia saúde da família no município de Petrópolis/RJ. *R Pesq Cuid Fundam Online* 2017; 9(3):811-817.
88. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. *Rev Saude Publica* 2017; 51:86.
89. Mendonça CS, Leotti VB, Dias-da-Costa JS, Harzheim E. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Plan* 2017; 32(10):1368-1374.
90. Molina J, Tasca R, Suárez J, Kemper ES. More Doctors Programme and the strengthening of Primary Health Care in Brazil: Reflections from the monitoring and evaluation of the More Doctors Cooperation Project. *Qual Prim Care* 2017; 25(2):50-54.
91. Chang CH, O'Malley AJ, Goodman DC. Association between Temporal Changes in Primary Care Workforce and Patient Outcomes. *Health Serv Res* 2017; 52(2):634-655.
92. Wagner EH, Flinter M, Hsu C, Crompton DA, Austin BT, Etz R, Crabtree BF, Ladden MD. Effective team-based primary care: observations from innovative practices. *BMC Fam Pract* 2017; 18:13.
93. Segalini AM, Weisbrot M, Vietto V, Rezzónico M, Peña FV, Kopitowski K, Terrasa SA. Valoración de la atención primaria de la salud en el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón desde la perspectiva de los profesionales de la salud: estudio de corte transversal. *Rev Hosp Ital B Aires* 2017; 37(1):4-9.
94. Wan S, Teichman PG, Latifa D, Boydc J, Gupta R. Healthcare provider perceptions of the role of inter-professional care in access to and outcomes of primary care in an underserved area. *J Interprof Care* 2018; 32(2):220-223.
95. Zhou Y, Bai G, Lou L. Development of a hexagonal, mesh-based distribution method for community health centres. *Geospat Health* 2018;13:2.
96. Mukiapini S, Bresick G, Sayed A-R, Le Grange C. Baseline measures of primary health care team functioning and overall primary health care performance at Du Noon Community Health Centre. *Afr J Prm Health Care Fam Med* 2018; 10(1):a1458.
97. Pandya A, Doran T, Zhu J, Walker S, Arntson E, Ryan AM. Modelling the cost-effectiveness of pay-for-performance in primary care in the UK. *BMC Med* 2018; 16:135.
98. Lin Y, Wan N, Sheets S, Gong X, Davies A. A multimodal relative spatial access assessment approach to measure spatial accessibility to primary care providers. *Int J Health Geogr* 2018; 17:33.
99. Tintorer DL, Domínguez JMM, Pujol-Rivera E, Beneyto SF, Tuduri XM, Saigó-Rubió F. Keys to success of a community of clinical practice in primary care: a qualitative evaluation of the ECOPIH project. *BMC Fam Pract* 2018; 19(1):56.
100. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Ambulatory care sensitive hospitalizations after implementation of the master plan in Minas Gerais. *Rev Saude Publica* 2018; 52:78.
101. Balasubramanian BA, Marino M, Cohen DJ, Ward RL, Preston A, Springer RJ, Lindner SR, Edwards S, McConnell KJ, Crabtree BF, Miller WL, Stange KC, Solberg LI. Use of Quality Improvement Strategies Among Small to Medium-Size US Primary Care Practices. *Ann Fam Med* 2018; 16(Suppl. 1):S35-S43.

102. Lima JG, Giovannella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):52-66.
103. Santos LPR, Castro ALB, Dutra CGP, Guimarães RM. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saude Colet* 2018; 26(2):178-183.
104. Hayhoe B, Cowling TE, Pillutla V, Garg P, Majeed A, Harris M. Integrating a nationally scaled workforce of community health workers in primary care: a modelling study. *J R Soc Med* 2018; 111(12):453-461.
105. Fariño Cortez JE, Vera Lorenti FE, Cercado Mancero AG, Velasco Donoso AP, Millaico Noriega MJ, Saldarriaga Jiménez DG. Satisfacción de usuarios y calidad de atención en unidades primarias de Salud de Milagro. *INSPILIP* 2018; 2(2):2-25.
106. Lima-Toivanen M, Pereira RM. The contribution of eHealth in closing gaps in primary health care in selected countries of Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:188.
107. Wensing M, Kolle PK, Szecsenyi J, Stock C, Laux G. Effects of a program to strengthen general practice care on hospitalisation rates: a comparative observational study. *Scand J Prim Health Care* 2018; 36(2):109-114.
108. Cole ES. Direct Primary Care: Applying Theory to Potential Changes in Delivery and Outcomes. *J Am Board Fam Med* 2018; 31(4):605-611.
109. Abel J, Kingston H, Scally A, Hartnoll J, Hannam G, Thomson-Moore A, Kellehear A. Reducing emergency hospital admissions: a population health complex intervention of an enhanced model of primary care and compassionate communities. *Br J Gen Pract* 2018; 68(676):e803-e810.
110. Fairall L, Cornick R, Bateman E. Empowering frontline providers to deliver universal primary healthcare using the Practical Approach to Care Kit. *BMJ* 2018; 363:k4451.
111. Ferreira LR, Silva Júnior JA, Arrigotti T, Neves VR, Silva RA. Influences of the program for access and quality improvement in work processes in primary care. *Rev Esc Enferm USP* 2018; 52:e03407.
112. Nabelsi V, Lévasque-Chouinard A, Liddy C, Pilon MD. Improving the Referral Process, Timeliness, Effectiveness, and Equity of Access to Specialist Medical Services Through Electronic Consultation: Pilot Study. *JMIR Med Inform* 2019; 7(3):e13354.
113. Navathe AS, Emanuel EJ, Bond A, Linn K, Caldarella K, Troxel A, Zhu J, Yang L, Matloubieh SE, Drye E, Bernheim S, Lee EO, Mugiishi M, Endo KT, Yoshimoto J, Yuen I, Okamura S, Stollar M, Tom J, Gold M, Volpp KG. Association Between the Implementation of a Population-Based Primary Care Payment System and Achievement on Quality Measures in Hawaii. *JAMA* 2019; 322(1):57-68.
114. Lenzi H, Ben AJ, Stein AT. Development and validation of a patient no-show predictive model at a primary care setting in Southern Brazil. *PLoS ONE* 2019; 14(4):e0214869.
115. Azogil-López LM, Pérez-Lázaro JJ, Ávila-Pecci P, Medrano-Sánchez EM, Coronado-Vázquez MV. Efectividad de un nuevo modelo de derivación telefónica compartida entre atención primaria y atención hospitalaria. *Aten Primaria* 2019; 51(5):278-284.
116. Ballart X, Galais C. ¿Gestión pública, privada o por el tercer sector? Diferencias en los resultados en atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria* 2019; 51(10):610-616.
117. Sibbald SL, Selkirk K, Cherla A, Misra V. An Opportunity for Quality: The Need for Better Evaluation of Family Health Teams in Ontario. *Healthc Q* 2019; 21:4.
118. Harzheim E, Chueiri PS, Umpierre RN, Gonçalves MR, Siqueira ACS, D'ávila OP, Molina Bastos CG, Katz N, Dal Moro RG, Telles LF, Schmitz CAA. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2019; 14(41):1881.
119. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44:e4.

Artigo apresentado em 25/09/2022

Aprovado em 11/01/2023

Versão final apresentada em 13/01/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

