

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Ana Cláudia Cardozo Chaves

**MECANISMOS QUE INFLUENCIAM NA RESOLUBILIDADE  
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Brasília/DF

2023

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Ana Cláudia Cardozo Chaves

**MECANISMOS QUE INFLUENCIAM NA RESOLUBILIDADE**  
**DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva, no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, área de concentração em Política, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer.

Coorientadora: Profa. Dra. Katia Crestine Poças.

Brasília/DF

2023



Dedico este trabalho aos profissionais de saúde, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro que, aguerridos e sonhadores, batalham diariamente pelo direito à saúde. Entre esses, me incluo e sigo ao lado.

## AGRADECIMENTOS

Os últimos 4 (quase 5) anos da minha vida foram radicalmente complexos, no sentido da quantidade e profundidade dos processos intra e interpessoais que se fizeram presentes. De um lado, eu, mulher nordestina, vivendo no cerrado, enfermeira, trabalhadora do SUS, filha, irmã, companheira, madrasta, mãe, amiga e tantas outras coisas que me tornei nesse tempo. Do outro lado, atravessando meu “eu”, acontecimentos de todos os tipos e tamanhos: arranjos familiares desafiadores, conciliação da vida doméstica com trabalho e pós-graduação, problemas de saúde diversos, crise política e econômica no país, governos nefastos e duas eleições excepcionalmente tensas, além da maior pandemia do século – sendo meu objeto de pesquisa, trabalho e engajamento social a política pública de saúde. Diante de tudo isso, o doutorado, além de ser obrigação, foi também de algum modo a sobrevivência intelectual de que eu precisava. Foram anos de muito isolamento social ou, olhando por outra perspectiva, de refinamento social, em que ficou muito claro quem estava ao meu lado. É a essas pessoas a quem dedico meus agradecimentos.

À Profa. Dra. Magda, agradeço por todo o conhecimento e experiência ensinados durante anos, assim como sua ética, versatilidade, pensamento estratégico e generosidade ao me apresentar parcerias e oportunidades fantásticas. Agradeço, sobretudo, pelo que não aparece no lattes: a experiência de vida e a presença. Os limites que me ajudou a superar, desde o convite para intensificar os trabalhos iniciados no grupo de pesquisa, mesmo estando eu com um bebê de 5 meses no colo e muitas ideias na mente, só uma mulher e mãe poderia acolher e incentivar. Além de outros limites, como a proteção necessária e natural, visto que fazem parte da sua prática de vida. Foram aprendizados indispensáveis para que eu sobrevivesse a todas as adversidades e me posicionasse melhor no mundo. Levarei para a vida!

À Profa. Dra. Kátia, uma grata surpresa dentre as parcerias que a professora Magda viabilizou, pelo conhecimento, experiência, ética, sabedoria e generosidade na relação de coorientação, pelos debates sempre muito ricos que ampliaram meus horizontes e foram fundamentais para que eu concretizasse esse trabalho. Agradeço e desejo que possamos seguir trabalhando juntas!

À Profa. Dra. Eleonor, outra grata surpresa que me fez acreditar ter sorte, pois entre os tantos compromissos de alguém com tão vasto conhecimento e experiência – que não precisava dedicar seu tempo às minhas ideias – me presenteou com discussões riquíssimas em manhãs e noites de domingo que ecoavam nos áudios que eu reproduzia na madrugada. Foi essencial ouvir dela que o que eu propunha não era devaneio, fazia sentido e era relevante. Muito obrigada!

Aos meus amores mais profundos, com quem divido a vida, as dores e as delícias do dia a dia. De perto, são meu companheiro Américo, meu filho Martim Akira e minha filha do coração Lia Harumi. De longe, minha mainha Nazaré, meu irmão Dico, minha cunhada Beca, meu pai Neto e a família Mori. Foi a existência de vocês em mim o que mais me motivou em toda essa jornada. Era lembrar de todos os sacrifícios que minha mãe já fez na vida, da mulher excepcionalmente forte que sempre foi e tanto admiro. Dos ensinamentos do meu pai que não encontro nos livros, mas sim nas músicas que preciso ouvir enquanto estudo. Do sonho acadêmico partilhado junto com meu irmão desde os lanches em frente ao anatômico da UFRN, ainda na infância, até as reflexões sobre as grandes perguntas do mundo e nossa missão nele. Das indagações filosóficas que seguiram no cerrado, regadas a bons vinhos, aproveitando as maravilhosas e raras folgas na rotina, graças ao meu amor que, não à toa, é também companheiro de vida, de enfermagem, de APS, de SUS e da luta por um mundo mais justo. Da disciplina e curiosidade partilhadas com minha "filha do coração", com quem tenho tanta identidade e companheirismo. Da alegria e determinação que meu filho desde tão pequeno já demonstrava, que me guiou, ao mesmo tempo em que me fez crer que tudo ficaria bem porque estávamos juntos. Vocês são tudo pra mim! Fazem-me querer ser a melhor versão de mim todos os dias, aprendendo a "dançar na chuva", mostrando que nosso amor é de raízes sólidas e voos altos. Agora há de ser mais leve e mal posso esperar para viver mais essa fase da vida com vocês!

Às minhas amigas e amigos de sempre e de tanto, muito do que consegui nesse processo devo também a vocês. Do Ministério da Saúde, movimento estudantil, Muchalla, RMSFC-UFPB, NaFita, Mulheres Livres, Cumadjes. Agradeço a todas e todos, destacando as amigas femininas às quais preciso mencionar. De longe: Luli, Quel, Jana, Bia, Helô e Nati. Talvez nem saibam como foram importantes nessa jornada, mas eu não teria conseguido sem os áudios intermináveis que

aliviavam um pouco da loucura daqui, lembravam minha essência e traziam notícias alvissareiras de seus novos projetos, cada hora uma coisa mais extraordinária, e me faziam questionar, “como elas conseguem?!”, para logo em seguida ouvir delas, “você também consegue!”. De perto: Ray, Pri, Oli, Erika, Andréa, Etel e Simone (com participação de Celmário, Osvaldo e Pedro). Além do efeito “válvula de escape” das pressões da rotina, fizeram de tudo: cuidaram do meu filho na saúde e na doença, quando o pai não estava e/ou tínhamos aulas/prazos, inventavam momentos descontraídos dos mais improváveis para animar a vida e levantar minha autoestima. Nos empurraram pra frente e, quando um(a) avançou, todos(as) avançaram.

A todos os meus colegas da turma de doutorado 2018.2 e do grupo de pesquisa, com destaque especial para Mary Anne, uma cearense arretada, cheia de energia e experiência, que mesmo tão diferente de mim e passando por suas próprias lutas de doutoranda, soube me acolher incondicionalmente, fosse para ouvir desabafo, dar carona, esclarecer dúvidas, salvar nas habilidades do Atlas.ti® , ou ajudar a juntar “as pontas” quando tudo pareceu fora de controle. Muito obrigada!

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, bem como ao corpo de professores do PPGSC-UnB pelas valiosas contribuições a este trabalho.

Ao Decanato de Pós-Graduação UnB pelo incentivo fundamental na longa travessia até a publicação em periódico, mediante a aprovação no Edital 001/2022.

Ao Ministério da Saúde e ao povo brasileiro, que me financiaram por 1 ano e 3 meses em licença remunerada do trabalho para que eu pudesse focar exclusivamente os estudos pelo menos numa parte dessa jornada.

*In memoriam:* à Profa. Dra. Vera Amaral, minha orientadora da residência, até hoje tão presente nas reflexões e posturas que aprendi; a Moacir Rodrigues, meu psicólogo, que no momento mais difícil da minha vida, entre 2020 e 2022, conseguiu transformar sombra em luz; a Davi Rodrigues de Almeida Castro Brandão, peixinho que voltou para o mar, transformando a perspectiva de vida da titia aqui. De onde estiverem, recebam minha gratidão!

*“Com paixão, força e dedicação, elas incendiam o mundo!”*

Autor(a) desconhecido(a)

## RESUMO

Na Atenção Primária à Saúde (APS), proposta para reorientar os serviços tornando-os mais efetivos, concretizar a resolubilidade é um desafio. Em muitas realidades, existem lacunas entre o que indivíduos e comunidades precisam e a qualidade que os serviços oferecem, restando muitos usuários sem acesso ou excluídos de ações padronizadas para condições específicas, com a baixa resolubilidade levando até mesmo à cronificação de eventos agudos. O presente trabalho tem o objetivo de compreender os mecanismos que influenciam na resolubilidade da APS, a partir das concepções existentes, elementos críticos e agentes com potencial influência para o seu desenvolvimento. Trata-se de um estudo de caso único integrado, de caráter exploratório e analítico, abordagem qualitativa, cuja unidade de análise é a resolubilidade da APS no Distrito Federal (DF), a partir das atividades avaliativas do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualisAPS). Utilizou-se triangulação de técnicas de pesquisa documental e grupos focais para coleta de dados, nos quais participaram gerentes e supervisores da APS e profissionais de saúde dos níveis superior e médio que atuam na Estratégia Saúde da Família do DF, totalizando 245 participantes. Os resultados foram obtidos a partir de 10 documentos da pesquisa documental na APS-DF e 22 grupos focais realizados em 2020 e 2022. O *software* Atlas.ti® versão 9.0 foi utilizado para sistematização e análise de dados segundo os referenciais da resolubilidade, APS, governança multinível e da Ergologia. Constatou-se que a resolubilidade na APS tem diversas abordagens, mais ou menos abrangentes, incorrendo em riscos de relativismo e reducionismo. Há confusão entre os conceitos de resolubilidade e qualidade em saúde, bem como de resolubilidade e capacidade de resposta. Foram considerados como elementos críticos vários atributos, capacidades e resultados esperados, bem como a natureza complexa dos problemas de saúde e condições estruturantes para o bom funcionamento da APS, aspectos já reconhecidos na literatura. Chama atenção que nenhum desses é exclusivo da resolubilidade e questiona-se a sua utilização como categoria analítica ou avaliativa da APS. Ademais, a resolubilidade na APS recai massivamente como cobrança sobre profissionais de saúde e gerentes da linha de frente, agentes do nível micro, quando deveria ser compreendida como responsabilidade partilhada por uma rede de governança multinível, envolvendo

diversos agentes implicados no SUS, direta ou indiretamente. Quanto mais macro é o nível do agente nessa rede, menor é o nível de clareza sobre suas responsabilidades para uma APS resolutive, mas sua influência de todo modo está presente, seja em omissões ou piora dos fluxos, prejudicando a resolubilidade. Ao não reconhecer essa rede, distanciamos-nos da implementação de uma APS efetiva na resolução de problemas de saúde. No DF, predomina a percepção de que a APS tem baixa resolubilidade. Para mitigar as limitações conceituais identificadas e melhor instrumentalizar a busca por resultados, recomenda-se rever nos documentos técnicos a utilização da palavra “resolubilidade”, de modo que, quando for necessário, orientar diretrizes mais claras e estratégicas, pelos conceitos de efetividade e capacidade de resposta.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; resolubilidade; efetividade; capacidade de resposta.

## ABSTRACT

At Primary Health Care (PHC), a proposal to reorient services making them more effective, achieving effectiveness is a challenge. In many realities, there are gaps between what individuals and communities need, and services quality, leaving many users without access or excluded from standardized actions for specific conditions, with low effectiveness leading even to the chronification of acute events. The present work aims to understand the mechanisms that influence PHC effectiveness, from conceptions, critical elements and agents with potential influence for its development. This is a single integrated case study, with exploratory and analytical character, qualitative approach, whose unit of analysis is PHC effectiveness in Brazil's Federal District (FD), based on the evaluative activities of the Qualification Program of Primary Health Care (QualisAPS). A triangulation of documentary research and focus groups techniques were used for data collection, in which participants were PHC managers and supervisors, and health professionals of the higher and middle levels from FD Family Health Strategy, totaling 245 participants. The results came from 10 documents and 22 focus groups conducted in 2020 and 2022. The software Atlas.ti® version 9.0 was used for systematization and data analysis according to effectiveness, PHC and multilevel governance theoretical frameworks, and Ergology theoretical-methodological framework. It is possible to conceive effectiveness in PHC from several approaches, more or less comprehensive, incurring risks of relativism and reductionism. There is confusion between the concepts of effectiveness and quality in health, as well as effectiveness and response capacity. Several attributes, capacities and expected results were considered critical elements, as well as the complex nature of health problems and structuring conditions for PHC proper functioning, aspects already recognized in the literature. None of these critical elements are exclusive to effectiveness and its use as an analytical or evaluative category of PHC is questionable. In addition, effectiveness in PHC falls massively as a charge on health professionals and frontline managers, agents of the micro level, when it should be understood as a shared responsibility by a multilevel governance network, involving several agents from Brazilian Unified Health System, directly or indirectly. The more macro is the level of the agent in this network, lower is the clarity about their responsibilities for an effective PHC, but their influence is present anyway,

either in omissions or worsening flows, impairing resolvability. By not recognizing this network, we distance ourselves from implementing an effective PHC in solving health problems. In the FD, predominates the perception of PHC low effectiveness. To mitigate the conceptual limitations identified and better instrumentalize the search for results, it is recommended to review the use of the word resolvability in technical documents, which can be used as jargon, but should be replaced to guide clearer and more strategic guidelines by the concepts of effectiveness and response capacity.

**Key words:** Primary Health Care; effectiveness; response capacity.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 (Artigo 1) – Processo metodológico do levantamento de estudos na revisão integrativa.....	33
Figura 2 (Artigo 1) – Rede de categorias e códigos. ....	34
Figura 1 – Modelo lógico para avaliação de sistemas orientados pela Atenção Primária à Saúde.....	76
Figura 2 – Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P) .....	80
Figura 3 – Esquema tripolar adaptado por Schwartz e Durrive (2003). ....	81
Figura 4 – Mapa das Regiões de Saúde do DF, contendo as Regiões Administrativas.....	87
Figura 5 – DD3P adaptado para a pesquisa.....	101
Figura 1 (Artigo 2) – Cronologia de narrativas sobre a função da APS na resolução de problemas de saúde.....	110
Figura 2 (Artigo 2) – Modelo explicativo para a efetividade na resolução de... problemas de saúde na APS.....	113
Figura 1 (Artigo 3) – Rede de significados atribuídos à resolubilidade.....	149
Figura 2 (Artigo 3) – Esquema tripolar dos elementos críticos para a resolubilidade na APS.....	150
Figura 1 (Artigo 4) – Rede de governança multinível para a resolubilidade da APS-DF.....	169
Figura 6 – Canvas do projeto de pesquisa.....	195

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 (Artigo 1) – Estudos selecionados para a revisão.....	35
Quadro 1 – Abordagens e definições de APS.....	53
Quadro 2 – Atributos da APS, segundo Starfiled (2002) .....	54
Quadro 3 – Princípios e diretrizes da APS definidos pela PNAB (BRASIL, 2017) .....	57
Quadro 4 – Evolução da APS no Brasil segundo a Política Nacional de Atenção Básica.....	58
Quadro 5 – Recomendações para uma APS forte no SUS.....	63
Quadro 6 – Distribuição das Regiões Administrativas nas sete Regiões de Saúde conforme Decretos no 37.057/2016 e 38.982/2018.....	86
Quadro 7 – Destaques das Portarias nº 77/2017 e nº 78/2017.....	89
Quadro 8 – Síntese dos objetivos específicos, técnicas para coleta e referencial para a análise de dados.....	102
Quadro 1 (Artigo 3) – Citações sobre a resolubilidade da APS no DF nos documentos pesquisados.....	144
Quadro 1 (Artigo 4) – Documentos para a análise da resolubilidade na APS do DF.....	168
Quadro 1 (Apêndice V) – Esquema geral da análise de dados.....	217
Quadro 2 (Apêndice V) – Sistematização dos códigos gerados no Atlas.ti® para a análise documental (Grupos Focais do Quais APS) .....	219

## LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1 – Distribuição dos estudos selecionados por categorias temáticas e subtemas</u> .....	38
Tabela 1 (Artigo 3) – Documentos para a análise da resolubilidade na APS do DF segundo ano de publicação, objeto e frequência de ocorrência das palavras-chave. Brasília/DF, 2022.....	142
Tabela 2 – Grupos focais para a análise da resolubilidade na APS do DF, segundo ano de realização, quantidade de grupos focais e participantes, e frequência de ocorrência das palavras-chave. Brasília/DF, 2022.....	147

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACE – Agentes Comunitário de Endemias

Adaps – Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

ADMC-SES – Administração Central da Secretaria de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CEO – Centros Especializados em Odontologia

CER – Centros Especializados em Reabilitação

CEP FS UnB – Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

CFIHPS – Commonwealth Fund International Health Policy Survey

COAPS – Coordenação de Atenção Primária à Saúde

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

Converte APS-DF – Conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

DF – Distrito Federal

DD3P – Dispositivo Dinâmico de Três Polos

DIRAPS – Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde

eMulti – Equipes multiprofissionais

eSB – Equipes de Saúde Bucal

eSF – Equipes da Estratégia Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

GDF – Governo do Distrito Federal

GSAP – Gerências de Saúde da Atenção Primária

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGES-DF – Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MS – Ministério da Saúde

Nasf – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Nasf-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NGT – Nominal Group Technique

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAHO – Pan American Health Organization

PcatOOL – Primary Care Assessment Tool

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PROADESS – Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde

PSC – Programa Saúde em Casa

PSF – Programa Saúde da Família

QualisAPS – Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde

RA – Regiões Administrativas

RAS – Redes de Atenção à Saúde

REMA – Reformulação do Modelo Assistencial

SAIS – Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

SSA – Serviço Social Autônomo

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel às Urgências

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SES-DF – Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>2 PROBLEMAS E PRESSUPOSTOS DE PESQUISA</b> .....	<b>26</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27
3.2.1 Identificar as concepções existentes sobre resolubilidade na APS;.....	27
3.2.2 Identificar os elementos críticos para o desenvolvimento de uma APS resolutiva; .....	27
3.2.3 Mapear os agentes com potencial de influência no desenvolvimento da resolubilidade na APS.....	27
<b>4 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL</b> .....	<b>28</b>
4.1 RESOLUBILIDADE NA APS: REVISÃO DA LITERATURA.....	29
4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO	51
4.3 GOVERNANÇA MULTINÍVEL NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS .	67
4.4 ABORDAGEM ERGOLÓGICA PARA A ANÁLISE DA RESOLUBILIDADE NA APS...	77
<b>5 CONTEXTO DO ESTUDO</b> .....	<b>83</b>
5.1 O DISTRITO FEDERAL .....	83
5.2 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (QUALISAPS).....	94
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	<b>96</b>
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	96
6.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	96
6.3 Processo de coleta de dados.....	97
6.3.1 Pesquisa bibliográfica.....	97
6.3.2 Grupos focais .....	98
6.3.3 Pesquisa documental.....	100
6.4 TRATAMENTO DE DADOS .....	100
6.5 ANÁLISE DE DADOS .....	101
6.6 Procedimentos éticos da pesquisa.....	104
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>105</b>

7.1 ARTIGO 2 – Ensaio teórico – Resolubilidade e efetividade na resolução de problemas na Atenção Primária à Saúde.....	107
7.2 ARTIGO 3 – Resolubilidade na APS: concepções e elementos críticos para a efetividade na resolução de problemas.....	136
7.3 ARTIGO 4 – Quem faz uma Atenção Primária à Saúde resolutiva? Governança multinível para a efetividade na resolução de problemas. ....	162
<b>8 CONCLUSÕES.....</b>	<b>189</b>
8.1 CANVAS DO PROJETO DE PESQUISA .....	194
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>196</b>
<b>APÊNDICE I – PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA. ....</b>	<b>209</b>
<b>APÊNDICE II – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS REALIZADOS PELO QUALISAPS. ....</b>	<b>210</b>
<b>APÊNDICE IV – ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DA SEGUNDA ETAPA DE GRUPOS FOCAIS. ....</b>	<b>214</b>
<b>APÊNDICE V – PROTOCOLO DE ANÁLISE DE DADOS. ....</b>	<b>216</b>
<b>APÊNDICE VI – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES. ....</b>	<b>219</b>
<b>APÊNDICE VII – TERMO DE CESSÃO DE USO DE VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS.....</b>	<b>221</b>
<b>ANEXO 1 – ROTEIRO PARA GRUPOS FOCAIS (QUALISAPS).....</b>	<b>222</b>
<b>ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP FS UnB No 3.937.242 .....</b>	<b>222</b>
<b>ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP FS UnB No 5.164.745 .....</b>	<b>231</b>

## APRESENTAÇÃO

Em 2023, o Sistema Único de Saúde (SUS) completa 35 anos de existência desde a Constituição Federal de 1988 e a instituição do direito à saúde universal, integral e equânime à população brasileira. Nesse sistema, a Atenção Primária à Saúde (APS) funciona como porta de entrada preferencial, que se capilarizou ao longo dos anos por todo o país principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 49.859 equipes em funcionamento (Brasil, 2023).

Foi nesse cenário de expansão da APS em que tive contato pela primeira vez com uma Unidade Básica de Saúde, durante os primeiros anos da Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2004-2008). Meu interesse foi imediato e crescente, porque enxerguei ali profissionais que atuavam em equipe, com intervenções muito qualificadas sobre as doenças das pessoas, mas também sobre sua saúde, utilizando-a como instrumento para promover verdadeiras transformações dentro das comunidades em que atuavam.

Partindo desse interesse, busquei inserção no mercado de trabalho como enfermeira na ESF, o que se deu inicialmente no município de São Miguel do Gostoso, Rio Grande do Norte (2008-2009), e depois em João Pessoa, Paraíba (2011-2012). Como profissional e ao assumir a responsabilidade sanitária por uma comunidade, pude me deparar com um outro lado da ESF, que envolvia enfrentar inúmeras dificuldades diárias de todas as ordens buscando oferecer resposta aos problemas de saúde das pessoas, muitas vezes sem sucesso. A complexidade, que diziam ser baixa neste nível de atenção à saúde, era na verdade altíssima e as frequentes sensações de frustração e incapacidade me motivaram a buscar aprimorar competências para melhor enfrentar as dificuldades.

Os dois processos de formação mais significativos pelos quais passei até o momento nessa intenção foram a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, na Universidade Federal da Paraíba (2009-2011), e o Mestrado Acadêmico pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2012-2013). Em ambos, busquei investigar o (e no caso da Residência também intervir no) processo de trabalho na ESF, em torno das potencialidades e fragilidades, particularmente na atuação de enfermeiros.

Após essas experiências, adentrei no universo da gestão pública de saúde. No Ministério da Saúde, desenvolvi funções de apoio a estados e municípios para a gestão em saúde, primeiro na implementação das Redes de Atenção à Saúde (2012-2015) e depois na implementação da Política Nacional de Atenção Básica (2015- em andamento). Na Secretaria Municipal de Saúde de Natal, por um breve período (2015), tive ainda a oportunidade de dirigir o Departamento de Atenção Básica. Nessas posições, pude constatar que a gestão é também terreno de desafios e que não basta “apenas querer”, não é simples garantir condições para que as equipes da ESF consigam resolver os problemas de saúde das populações no contexto político, econômico, cultural e sanitário em que vivemos.

Em contato com o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho, Gestão e Educação em Saúde da Universidade de Brasília (2015- em andamento), liderado pela Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer, encontrei impulso para estudar finalmente o que permeia essa capacidade de resolver problemas de saúde que se atribui à APS, o que cabe nessa responsabilidade, tão ampla e irrestrita nos discursos institucionais, mas muitas vezes tão distante do que pude vivenciar em minha prática profissional na assistência e na gestão, bem como em minhas experiências de formação e pesquisa acadêmica. E, principalmente, na perspectiva do que primeiro me interessou na APS, seu protagonismo na consolidação do SUS e do direito à saúde no Brasil, quais os caminhos possíveis para enfrentar os desafios que se interpõem à resolução de problemas de saúde nesse âmbito da atenção.

Meus estudos apontaram que a temática em questão, embora frequente na literatura, carece de profundidade em muitos aspectos. Assim, a presente Tese tomou como objeto a *resolubilidade na APS*, segundo um recorte que atende às exigências em nível de doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

A trajetória aqui descrita vai além de uma simples migração geográfica e entre postos de trabalho. Trata da minha transformação enquanto sujeito no mundo e de como a necessidade de fundamentação do que vivencio na prática, a curiosidade investigativa e a vontade de aprimorar o SUS brasileiro me fizeram transitar entre os espaços de assistência, gestão e academia, culminando nesta Tese como produto de um processo e uma contribuição ao conhecimento científico desse campo.

A Tese encontra-se organizada em seções. A seção **1 Introdução** apresenta o delineamento do objeto de pesquisa e a justificativa teórica para a realização do presente estudo. Na seção **2 Problemas e pressupostos** foi descrita a problemática em torno da resolubilidade da APS, bem como as alegações iniciais a esse respeito. Em **3 Objetivos**, foram descritos os objetivos geral e específicos que nortearam a investigação. A seção **4 Marco teórico conceitual** contém a fundamentação teórica adotada na pesquisa, pautada em quatro pilares: Resolubilidade na APS; Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro; Governança multinível na implementação de políticas públicas; Abordagem ergológica para a análise da resolubilidade na APS. Na seção **5 Contexto do estudo**, são analisados o Distrito Federal e o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualisAPS). Na seção **6 Metodologia**, constam os procedimentos metodológicos adotados no estudo para viabilizar os objetivos, com descrição do tipo de estudo, o local e população em que foi desenvolvido e as etapas da pesquisa – o processo de coleta de dados, o processo de análise de dados e os procedimentos éticos da pesquisa. A seção **7 Resultados e discussão** apresenta os principais achados e a discussão correlata, organizados em três artigos. A seção **8 Conclusões** retoma as questões, pressupostos e objetivos de pesquisa, estabelecendo correlações analíticas com os principais resultados, considerando também as limitações do estudo. Constam, ainda, as seções: **Referências** utilizadas; **Apêndices** e **Anexos**, disponíveis na íntegra para consulta.

## 1 INTRODUÇÃO

Há uma estreita relação entre a configuração dos Sistemas de Saúde e os modos de viver e adoecer das populações, motivo pelo qual é imperioso analisar o seu desempenho para fundamentar a adequada tomada de decisão na implantação, consolidação e reformulação de políticas e práticas em saúde (Tyrovolas *et al.*, 2010).

Nesse sentido, um dos debates emergentes nos discursos institucionais e nas políticas para a Atenção Primária à Saúde (APS) nos países da América Latina, sobretudo no Brasil, diz respeito à resolubilidade<sup>1</sup> em saúde, sob dois enfoques: das ações e serviços; e dos sistemas.

Considerando as ações e serviços de saúde, a resolubilidade corresponde ao ato de dar solução efetiva a algo que constitui um problema de saúde, de modo que o conjunto de ações de saúde que o usuário irá experienciar nos serviços deverá provocar efeitos benéficos que alterem a problemática individual ou coletiva identificada. É a resposta satisfatória que se dá ao indivíduo ou grupo populacional que procura determinado serviço (Rezende, 2010; Degani, 2002; Oliveira, 2017).

Envolve também a aptidão dos sistemas de saúde em resolver os problemas de saúde de seus usuários, buscando-se a plena utilização de capacidades e recursos para a redução de iniquidades em saúde, mantendo-se a sustentabilidade do sistema econômico (Banco Mundial, 2018; Paho, 2019).

Os debates sobre a resolubilidade surgem principalmente no que diz respeito ao nível da APS, pensada para ser o primeiro ponto de contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema de saúde, definindo as bases do próprio modelo de atenção à saúde (Paho, 2019).

A APS é preconizada como o nível que deve lidar com a maior parte dos problemas de saúde da população, possibilitando acesso, integralidade, coordenação do cuidado e longitudinalidade, com o uso de densidade tecnológica

---

<sup>1</sup> A resolubilidade, apesar de comumente intercambiada no Brasil por "resolutividade", é a palavra que consta nos dicionários de língua portuguesa, por isso é a mais adequada a se utilizar, ainda que possua uma definição genérica de qualidade em relação ao que é passível de resolução (dicionário Michaelis *on line*, 2022).

adequada para evitar intervenções desnecessárias e encaminhamentos para outros serviços (Starfield, 2002; Giovanella *et al.*, 2019a; Almeida; Fausto; Giovanella, 2011; Chioro; Scaff, 1999).

Para que se desenvolva uma APS de qualidade, com mais chances de produzir resultados desejáveis e atender às necessidades das populações, denominam-se alguns eixos estruturantes como atributos, a saber: atributos essenciais – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; atributos derivados – orientação familiar e comunitária, e competência cultural (Starfield, 2012).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2017a) – reforça, entre princípios e diretrizes como a universalidade, a integralidade e a equidade, a importância de uma APS resolutiva, que deve ser capaz de identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, coordenar o cuidado do usuário em outros pontos da rede de atenção, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos, intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

A resolubilidade aparece, no Brasil, como uma das três funções essenciais da APS nas Redes de Atenção à Saúde (RAS): a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários (Mendes, 2002).

Atingir a resolubilidade é desfecho desejável e geralmente explícito entre as diretrizes dos sistemas de saúde. Sua execução, porém, mostra-se complexa, especialmente em sistemas públicos. Em muitas realidades, a APS praticada é apontada como pouco resolutiva, apresentando uma lacuna entre o que indivíduos e comunidades precisam e a qualidade que os serviços oferecem. Restam muitos usuários sem acesso, o que prejudica a consolidação desses serviços como de primeiro contato nos sistemas de saúde e dificulta o reconhecimento da APS como fonte regular de atenção à saúde. Há também muitos usuários excluídos de ações em grande parte padronizadas para uma parcela da população com condições muito

específicas e, ainda, evidências de que a baixa resolubilidade venha interferindo no curso dos adoecimentos, sendo responsável pela cronificação de eventos agudos (Almeida, 2010; Almeida *et al.*, 2011; Bitton *et al.*, 2017; Petean *et al.*, 2013).

Mesmo em países mais desenvolvidos economicamente e com sistemas universais de saúde baseados na APS, a resolubilidade pode estar relacionada à cobertura de um conjunto mais restrito de ações, que pode não abranger, por exemplo, o acesso a medicamentos extra-hospitalares, a ações de saúde bucal e a equipes multiprofissionais de suporte (fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros), permanecendo desafiador expandir o acesso universal para a satisfação das necessidades integrais de saúde da população (Brandão, 2019).

A complexidade em concretizar a resolubilidade na APS decorre, antes de tudo, do quadro de tendências do Estado na dinâmica do capitalismo contemporâneo, que direciona a ação do Estado a produzir políticas públicas segundo a lógica de acumulação do capital e de interesses privados. Isso se traduz em fenômenos como subfinanciamento e focalização, que limitam as possibilidades de sucesso em prover políticas que atendam às necessidades de saúde da população (Mendes; Carnut, 2018).

Por outro lado, está também relacionada à amplitude que o conceito de saúde assumiu ao longo dos tempos. Anteriormente, considerava-se que a condição de saúde dos indivíduos estava relacionada de forma mais restrita a fatores biológicos e individuais, ao passo que hoje se reconhece também a determinação de fatores psicológicos, comunitários, socioeconômicos culturais e ambientais, impondo aos serviços que respondam a uma ampla gama de necessidades (Turrini; Lebrão, César, 2008).

Nessa perspectiva, a melhoria da capacidade resolutiva dos serviços de saúde deveria ser compreendida como um produto intermediário no caminho para o objetivo de melhorar a saúde e as limitações resolutivas dos sistemas de saúde que apontaram para a necessidade política de gerar iniciativas intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida. Delimitar o campo de ação do sistema de saúde seria o primeiro passo para analisar sua capacidade de resolução. A meta ambiciosa de saúde universal só poderia ser medida, então, como um resultado de políticas gerais, de saúde e sociais, limitando a medição da capacidade de resolução de problemas por parte dos serviços de saúde às atividades que lhes são próprias,

evitando a confusão de atribuir tudo que se refere a aspectos relacionados à saúde (Homar *et al.*, 2005).

Existe, ainda, a dificuldade para mensurar objetivamente os problemas de saúde que se pretendem resolver, sejam expressos na demanda por serviços, ou mesmo nas necessidades em saúde. Por isso, frequentemente, a resolubilidade é caracterizada de forma reducionista por variáveis biológicas e subjetivas, ou relativista, a depender de quem a avalia ou de que variável avalia. Entre a subjetividade do portador da necessidade e a legitimação dessa necessidade por quem a atende, a realidade tal como identificada pelo profissional de saúde pode não corresponder à realidade de quem sofre dela (Santos; Penna, 2013).

Ademais, são múltiplos os aspectos que podem exercer influência sobre a resolubilidade em serviços de saúde, facilitando ou dificultando o seu desenvolvimento, segundo a ação de diferentes agentes dos vários níveis de governo, envolvidos desde a ação direta de prestação de serviços, às bases e condições para que esses serviços sejam executados, bem como agentes externos à estrutura estatal, beneficiários diretos ou indiretos das ações políticas ou que são por elas afetados (Santos; Penna, 2013; Castro, 2014). Trata-se de uma lógica de governança multinível, que expressa o sistema de negociação contínua e as formas de interação entre esses agentes (Lotta, 2015; Monteiro; Horta, 2018). Estabelecer instrumentos de monitoramento e avaliação com este enfoque da resolubilidade é, igualmente, um desafio. É comum a utilização de dados sobre encaminhamentos ou satisfação de usuários (Chaves; Scherer; Conill, 2023), mas à rigor avaliar a resolubilidade demandaria medir problemas resolvidos, considerando-se toda a amplitude que isso envolve. Ao mesmo tempo em que é necessário caminhar na direção de instrumentos abrangentes e operativos nesse sentido, é comum uma proliferação exagerada de conceitos, atributos e metodologias que facilitam confusões e dificultam sínteses (Conill; Fausto; Giovanella, 2010).

Investigar a resolubilidade da APS mostra-se, portanto, relevante. É relevante socialmente, por favorecer o fortalecimento deste nível de atenção, afirmando sua centralidade para uma saúde pública de qualidade. É também relevante por contribuir para o amparo teórico necessário ao desenvolvimento técnico e científico desse objeto, fornecendo subsídios para metas e compromissos sanitários mais concretos. Isso porque, embora a resolubilidade conste em diversas diretrizes

nacionais e internacionais como essencial à APS, carece de aprofundamento conceitual e operacional suficiente para responder aos desafios complexos que envolvem este fenômeno: como equilibrar necessidades em saúde e capacidades de satisfação; como aproximar a resolubilidade da qualidade em saúde; como medir a resolubilidade; entre outros.

O Distrito Federal (DF) foi escolhido para o estudo em questão por ser onde se localiza a capital do país, que recebe aporte financeiro diferenciado para a execução das ações de saúde, correspondentes às ações de ente federado estadual e municipal, além de apresentar boa parte da força de trabalho concursada, com estabilidade assegurada pela Lei n. 8112/90, e de mencionar a resolubilidade como um desfecho desejável expresso na política local de APS (Distrito Federal, 2017a).

A escolha foi também oportuna em função do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualisAPS). Com início em 2019 e duração prevista de 36 meses, fruto de um convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde do DF (SES-DF) e a Escola Fiocruz de Governo, com participação da Universidade de Brasília (UnB), o QualisAPS tem como objetivo qualificar a APS no DF, visando à melhoria dos serviços prestados num momento em que se consolida o processo de mudança do modelo de atenção tradicional para a Estratégia Saúde da Família (ESF). O Programa tem como eixos de atuação: elaboração e desenvolvimento de uma sistemática de avaliação participativa, envolvendo gestores, trabalhadores assistenciais e entidades da sociedade civil desde o processo de diagnóstico e elaboração dos instrumentos avaliativos, até a implementação de planos de ação e desenvolvimentos de ciclos de avaliação; a ofertas de cursos de aperfeiçoamento e especialização para profissionais da APS; e a divulgação científica de conhecimentos sobre o DF (Distrito Federal, 2019). Vincular a análise da resolubilidade a este processo em curso, numa abordagem qualitativa e multidimensional, trouxe contribuições complementares e convergentes, fortalecendo os objetivos do Programa.

## 2 PROBLEMAS E PRESSUPOSTOS DE PESQUISA

Diante dos desafios supramencionados e do potencial prejuízo que representam para o acesso, a integralidade, a equidade e o direito à saúde de qualidade para todos os cidadãos brasileiros, o presente estudo pretende responder aos seguintes questionamentos:

- 1) No que consiste a resolubilidade na APS? Quais as teorias e concepções que a fundamentam? O que abrange a resolubilidade no âmbito da APS?
- 2) Que elementos são críticos para o desenvolvimento da resolubilidade na APS?
- 3) Que agentes podem influenciar e de que forma influenciam no desenvolvimento de uma APS resolutiva?

A seguir são apresentados os pressupostos que ancoram esta pesquisa:

- 1) A resolubilidade na APS é definida a partir de diferentes concepções, mais restritivas ou abrangentes, com efeitos diversos nas práticas de gestão e assistência à saúde desenvolvidas nesse âmbito da atenção.
- 2) Em meio aos muitos desafios já reconhecidos para se atingir a qualidade na APS, há aqueles que dificultam o desenvolvimento especificamente da resolubilidade, justificando sua utilização como categoria analítica e avaliativa. Esses obstáculos precisam estar claros para apontar em que sentido se deve intervir para ampliar a resolubilidade na APS.
- 3) A responsabilidade sobre a resolubilidade na APS recai em grande parte sobre os profissionais de saúde que atuam nas equipes em contato direto com os usuários, desconsiderando condições e ações sob responsabilidade de outros agentes, com efeitos importantes sobre a resolubilidade e sobre as práticas desses profissionais.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os mecanismos que influenciam na Resolubilidade da Atenção Primária à Saúde.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.2.1 Identificar as concepções existentes sobre resolubilidade na APS;

3.2.2 Identificar os elementos críticos para o desenvolvimento de uma APS resolutiva;

3.2.3 Mapear os agentes com potencial de influência no desenvolvimento da resolubilidade na APS.

#### **4 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL**

Neste capítulo são apresentadas as bases teóricas adotadas no âmbito do presente estudo para a compreensão dos mecanismos que influenciam na resolubilidade da APS, buscando elucidar questões ontológicas e epistemológicas que sustentam os métodos de coleta e análise de dados aqui aplicados.

Utilizou-se a triangulação teórica para essa fundamentação, buscando dar maior robustez aos pressupostos deste estudo. Esse tipo de triangulação se refere à possibilidade de o investigador recorrer a múltiplas teorias para abordar um mesmo problema de pesquisa e interpretar um mesmo conjunto de dados (Minayo; Assis; Souza, 2005).

Seguindo esse raciocínio, o item 4.1 apresenta uma revisão da literatura sobre a resolubilidade na APS, a partir do Artigo 1, elaborado no âmbito desta Tese, com o título: “O que contribui para a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde? Revisão Integrativa da Literatura, 2010-2020”.

O item 4.2 resgata conceitos essenciais e aspectos históricos sobre a APS, com ênfase no contexto brasileiro e as intensas transformações vivenciadas nas últimas décadas, fornecendo subsídios principalmente para a análise das concepções e dos elementos críticos que influenciam na resolubilidade.

O item 4.3 discorre sobre a Governança Multinível no contexto da implementação de políticas públicas, discutindo a importância de mapear os diferentes agentes e poderes que exercem influência sobre a resolubilidade das ações e serviços na APS.

O item 4.4 fundamenta a utilização da abordagem ergológica para a análise dos mecanismos que influenciam na resolubilidade da APS, considerando a importância de refletir sobre o trabalho com aqueles que são os protagonistas da atividade.

#### 4.1 RESOLUBILIDADE NA APS: REVISÃO DA LITERATURA

Como fruto das reflexões sobre a problemática em questão, no intuito de investigar o estado do conhecimento sobre a resolubilidade na APS e reunir subsídios para discussão, foi realizada uma revisão da literatura – Artigo 1: O que contribui para a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde? Revisão Integrativa da Literatura, 2010-2020. Este manuscrito foi aceito para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva (disponível no prelo) e foi reproduzido na íntegra a seguir.

4.1.1 Artigo 1 – 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**

Universidade de Brasília

[anaccardoza@hotmail.com](mailto:anaccardoza@hotmail.com)

ORCID 0000-0003-3711-3829

**Magda Duarte dos Anjos Scherer**

Universidade de Brasília

[magscherer@hotmail.com](mailto:magscherer@hotmail.com)

ORCID 0000-0002-1465-7949

**Eleonor Minho Conill**

Universidade Federal de Santa Catarina

[eleonorconill@gmail.com](mailto:eleonorconill@gmail.com)

ORCID 0000-0003-4395-0594

#### **RESUMO**

A concretização da resolubilidade constitui-se como um desafio na Atenção Primária à Saúde (APS), proposta para reorientar os serviços tornando-os mais efetivos. Este trabalho apresenta um panorama de estudos acerca da melhoria da resolubilidade na APS entre 2010 e 2020. Dos 8369 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, de modo a facilitar o diálogo internacional em avaliação.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; efetividade.

## INTRODUÇÃO

A configuração dos sistemas de saúde é uma 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 (Viacava *et al.*, 2004; Tyrovolas *et al.*, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido proposta como política para reorientar os sistemas de serviços tornando-os mais efetivos (Giovanella *et al.*, 2019). 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 (Starfield, 2002; Almeida; Fausto; Giovanella, 2011).

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 população (Bitton *et al.*, 2017; Brandão, 2019; Brasil, 2017). No Brasil, embora exista um sistema de base

universal que tem a APS como eixo estruturante (Brasil, 2017), coexistem características de modelos focalizados e seletivos, com fragmentação e segmentação de cuidados (Conill, 2007; Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

Um foco desse debate tem sido o desafio de melhorar a resolubilidade desses serviços. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 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 indicadores (Brasil, 2017; Brasil, 2020).

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 serviços (D’Águiar, 2001). Sendo assim, esse trabalho tem por objetivo apresentar um panorama das contribuições encontradas na literatura sobre esta problemática, pois mapeá-la é o passo preliminar para seu enfrentamento.

## MÉTODOS

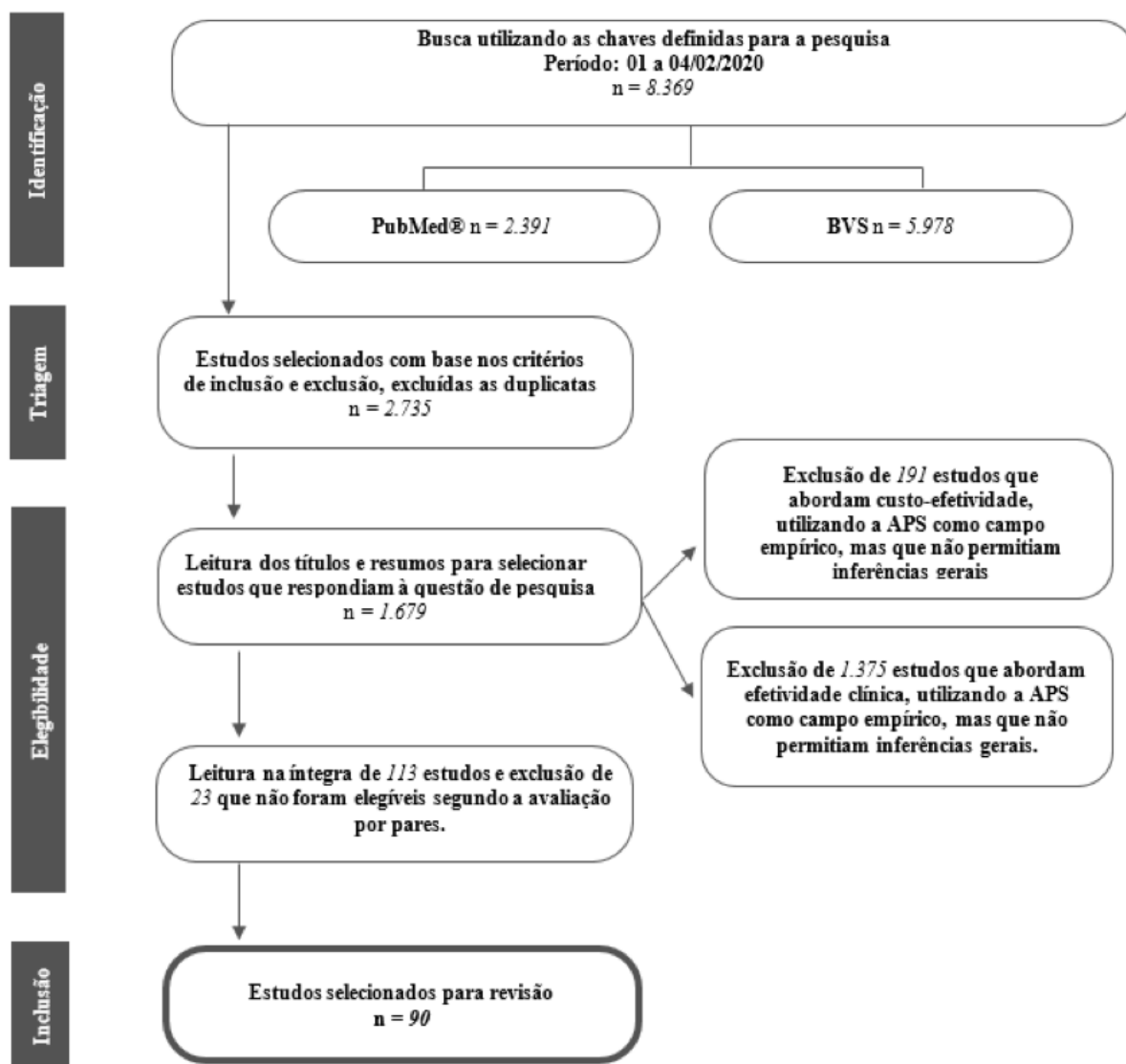
Utilizou-se o método de revisão integrativa (Mendes; Silveira; Galvão, 2008) baseado na metodologia PRISMA (Page *et al.*, 2021). Partindo da pergunta norteadora: “quais as contribuições teórico-metodológicas na literatura científica sobre a melhoria da resolubilidade na APS?”, definiram-se critérios 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-chave 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 practionner*’ (Europa, América do Norte), “*community/local/rural health*” (Ásia, África) e “atenção básica” – AB (Brasil) foram consideradas.

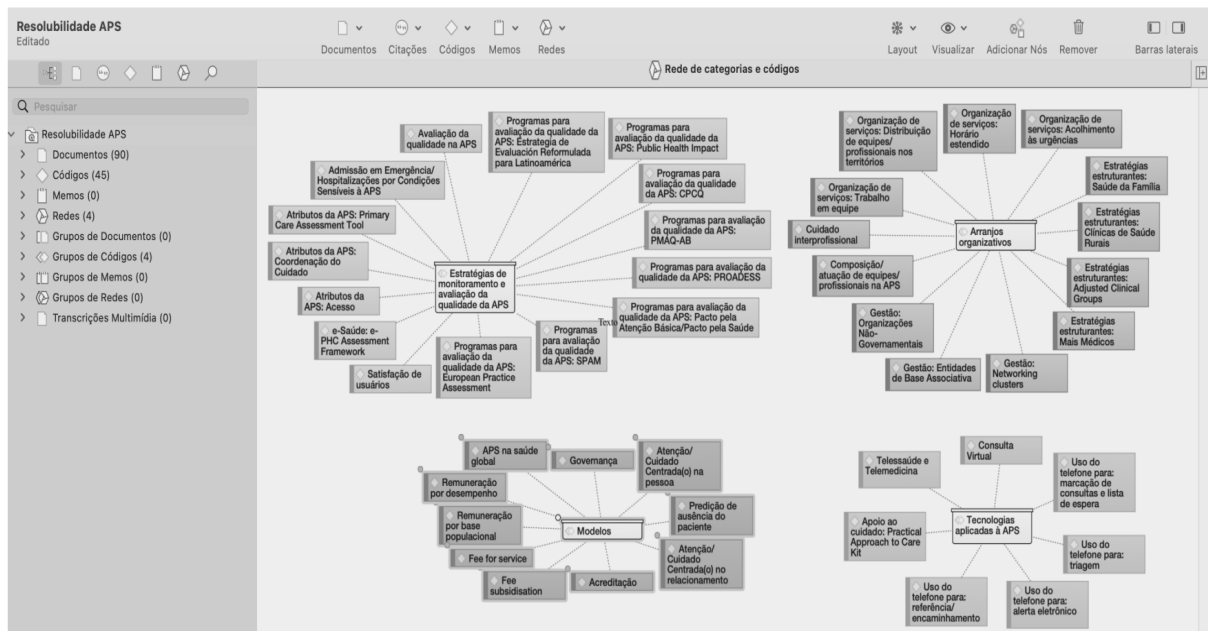
As buscas ocorreram de 01 a 04 de fevereiro de 2020 na PubMed® e no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases LILACS, MEDLINE, BDEF, IBECs. Três revisores fizeram a triagem de 8.369 estudos. Os critérios de inclusão/exclusão, retirada de duplicatas, leitura de títulos e resumos reduziram esses trabalhos para 1679. Destes, foram retirados 191 estudos que abordavam custo-efetividade e 1375, 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). O protocolo de revisão integrativa pode ser verificado no Apêndice I.

Figura 1 (artigo 1) – Processo metodológico do levantamento de estudos na revisão integrativa.



Fonte: Diagrama adaptado do modelo Prisma (PIRES *et al.*, 2019).

Figura 2 (artigo 1) – Rede de categorias e códigos.



Fonte: elaborado pelas autoras no software Atlas.ti® versão 9.0.

Para estabelecimento das categorias analíticas considerou-se que modelos são simplificações ou idealizações da realidade para explicar ou sistematizar fenômenos de forma hipotética ou paradigmática (Silva; Catelli, 2019). Estratégias de monitoramento e avaliação são atividades de produção, registro, acompanhamento e análise de informações sobre efeitos de ações e serviços para tomada de decisão (Souza, 2013). Tecnologias são meios com os quais é possível intervir e transformar determinado objeto no contexto de um processo de trabalho (Pereira, 2008). Arranjos de organização são formas de imprimir mudanças aos serviços ou dividi-los em níveis de atenção/gestão que delimitam a oferta (Freitas, 2017).

## 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.

#### **Quadro 1 – Estudos selecionados para a revisão.**

ID	Estudo	Local de realização
1	Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. <i>Rev Salud Publica</i> . 2010; 12(1).	Argentina
2	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. <i>BMC Fam Pract</i> . 2010;11:79.	Suíça
3	Vieira-da-Silva LM, Chaves SCL, 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. <i>J Epidemiol Community Health</i> . 2010; 64:1100-5.	Brasil
4	Miller WL, Crabtree BF, Nutting PA, Stange KC, Jaén CR. Primary care practice development: a relationship-centered approach. <i>Ann Fam Med</i> . 2010; 8 Suppl 1(Suppl 1):S68-79; S92.	EUA
5	Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. <i>Salud publica Mex</i> . 2010; 52(1): 39-45.	Argentina
6	Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martin-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. <i>Cienc saude colet</i> . 2011, 16 (suppl.1), 1145-54.	Brasil
7	Sohrabi MR, Albalushi RM. Clients' satisfaction with primary health care in Tehran: A cross-sectional study on Iranian Health Centers. <i>J Res Med Sci</i> . 2011;16(6):756-62.	Irã
8	Mphil TW. Improving primary health care delivery: still waiting for the magic bullet. <i>CMAJ</i> . 2011; 183(18):E1280-1.	Reino Unido
9	Szecsényi 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. <i>CMAJ</i> . 2011;183(18):E1326-33.	Alemanha
10	Rehem TCM SB, Ciosak SI, Egy EY. Interações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. <i>Texto Contexto Enferm</i> . 2012; 21(3):535-42.	Brasil
11	Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. <i>Rev esc enferm USP</i> . 2012; 46(5), 1260-7.	Brasil
12	Grills NJ, Robinson P, Phillip M. Networking between community health programs: a case study outlining the effectiveness, barriers and enablers. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2012; 12(206).	Índia
13	Albalushi RM, Sohrabi MR, Kolahi AA. Clients' satisfaction with primary health care in muscat. <i>Int J Prev Med</i> . 2012; 3(10):713-7.	Omã
14	Ortiz J, Wan TH. Performance of rural health clinics: an examination of efficiency and Medicare beneficiary outcomes. <i>Rural Remote Health</i> . 2012; 12:1925.	EUA
15	Alkmim MB, Figueira RM, Marcolino MS, Cardoso CS, Pena de Abreu M, Cunha LR, <i>et al</i> . Improving patient access to specialized health care: the Telehealth Network of Minas Gerais, Brazil. <i>Bull World Health Organ</i> . 2012; 90(5):373-8.	Brasil
16	Oliveira ESBE, Oliveira VB, Caldeira AP. Interações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, entre 1999 e 2007. <i>Rev Baiana de Saude Publica</i> . 2017; 41(1):144-57.	Brasil
17	Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. <i>Cienc saude coletiva</i> . 2012; 17(4): 921-34.	Brasil
18	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. <i>Br J Gen Pract</i> . 2012 Jan;62(594):e46-54.	Inglaterra
19	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. <i>J Am Board Fam Med</i> . 2012; 25(4):e1-e12.	EUA
20	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. <i>Rev Bras Med Fam Comunidade</i> . 2012; 7 (24): 164-70.	Brasil
21	Campo CB. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? <i>Medwave</i> . 2012; 12(11):e5571.	Chile
22	Sanabria T, Orta M. The MANIAPURE Program-Lessons Learned from a Rural Experience: Two Decades Delivering Primary Healthcare Through Telemedicine. <i>Telemed J E Health</i> . 2012; 18: 544-8.	Venezuela
23	Dookie S, Singh S. Primary health services at district level in South Africa: a critique of the primary health care approach. <i>BMC family practice</i> . 2012; 13:67.	África do Sul
24	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. <i>BMC Fam Pract</i> . 2012;13:25.	Holanda
25	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. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2013;13:155.	Canadá
26	Liddy C, Rowan MS, Afkham A, Maranger J, Keely E. Building access to specialist care through e-consultation. <i>Open Med</i> . 2013; 7(1):e1-8.	Canadá
27	Hinchcliff R, Greenfield D, Westbrook JI, Pawsey M, Mumford V, Braithwaite J. Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: a qualitative study of enabling factors. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2013; 13: 437.	Austrália
28	Keely E, Liddy C, Afkham A. Utilization, benefits, and impact of an e-consultation service across diverse specialties and primary care providers. <i>Telemed J E Health</i> . 2013; 19(10):733-8.	Canadá
29	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. <i>British Journal of General Practice</i> . 2013; 63(609): e291-9.	Inglaterra
30	Heard A, Nath DK, Loevinsohn B. Contracting urban primary healthcare services in Bangladesh - effect on use, efficiency, equity and quality of care. <i>Trop Med Int Health</i> . 2013; 18(7):861-70.	Bangladesh

31	Kirschner K, Braspenning J, Akkermans RP, Jacobs JE, Grol R. Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users. <i>Fam Pract</i> . 2013; 30(2):161-71.	Holanda
32	Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. <i>Rev Bras Med Fam Comunidade</i> . 2013; 8(29), 294-303.	Brasil
33	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. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2013; 13:466.	Australia
34	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. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2013; 13:421.	Espanha
35	Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs. <i>Health Affairs</i> . 2013; 32:3, 516-25.	EUA
36	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. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2014; 504.	República D. do Congo
37	Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, De Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. <i>Saude debate</i> . 2014; 38(103):733-43.	Brasil
38	Roots A, Macdonald M. Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. <i>Hum Resour Health</i> . 2014; 12(69).	Canadá
39	Rao M, Pilot E. The missing link - the role of primary care in global health. <i>Glob Health Action</i> . 2014; 7:23693.	Reino Unido e Holanda
40	Piropo TGN, Amaral HOS. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. <i>Saude debate</i> . 2015; 39(104):279-87.	Brasil
41	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, Kandiyali 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). <i>Health Technol Assess</i> . 2015; 19(13):1-212, vii-viii.	Inglaterra
42	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. <i>Cad Saude Publica</i> . 2015; 31(11):2353-66.	Brasil
43	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. <i>BMJ Open</i> . 2015; 5(4):e007443.	Suíça
44	Farias DC, Celino SDM, Peixoto JBS, Barbosa ML, Costa GMC. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. <i>Rev bras educ med</i> . 2015; 39(1):79-87.	Brasil
45	Ford JA, Jones AP, Wong G, Steel N. Weekend opening in primary care: analysis of the General Practice Patient Survey. <i>Br J Gen Pract</i> . 2015; 65 (641): e792-8.	Inglaterra
46	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. <i>J Prim Care Community Health</i> . 2015; 10-5.	EUA
47	Fung CS, Wong CK, Fong DY, Lee A, Lam CLK. Having a family doctor was associated with lower utilization of hospital-based health services. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2015; 15(42).	China
48	Lemak CH, Nagra 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. <i>Health Aff</i> . 2015; 34:4, 645-52.	EUA
49	Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. <i>BMC Fam Pract</i> . 2015; 16(78).	Holanda
50	Markwick L, Mcconnochie K, Wood N. Expanding Telemedicine to Include Primary Care for the Urban Adult. <i>J Health Care Poor Underserved</i> . 2015; 26(3), 771-6.	EUA
51	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. <i>Aten Primaria</i> . 2016; 48(3):159-65.	Espanha
52	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. <i>PLoS Med</i> . 2016; 13(9):e1002113.	Inglaterra
53	Leite RS, Santos APM, Lima CA, Ribeiro CDAL, Brito MFSF. Estratégia Saúde da Família <i>versus</i> centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. <i>Cad saude colet</i> . 2016; 24(3):323-9.	Brasil
54	Penm J, Mackinnon NJ, Strakowski SM, Ying J, Doty MM. Minding the Gap: Factors Associated With Primary Care Coordination of Adults in 11 Countries. <i>Ann Fam Med</i> . 2017; 15(2):113-9.	Australia, Canada, França, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido e EUA.
55	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. <i>Health Aff (Millwood)</i> . 2017; 36(1):149-58.	Brasil
56	Ebert ST, Pittet V, Cornuz J, Senn N. Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2017;17(1):789.	Suíça
57	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. <i>Soc Sci Med</i> . 2017; 186:139-47.	Europa
58	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. <i>R pesq cuid fundam online</i> . 2017; 9(3):811-7.	Brasil
59	Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. <i>Rev Saude Publica</i> . 2017; 51:86.	Brasil
60	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. <i>Health Policy and Plan</i> . 2017; 32(10):1368-74.	Brasil
61	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. <i>Qual Prim Care</i> . 2017; 25(2):50-4.	Brasil
62	Chang CH, O'Malley AJ, Goodman DC. Association between Temporal Changes in Primary Care Workforce and Patient Outcomes. <i>Health Serv Res</i> . 2017; 52(2):634-55.	EUA
63	Wagner EH, Flinter M, Hsu C, Cromp DA, Austin BT, Etz R, Crabtree BF, Ladden MD. Effective team-based primary care: observations from innovative practices. <i>BMC Fam Pract</i> . 2017; 18(13).	EUA
64	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. <i>Rev Hosp Ital B Aires</i> . 2017; 37(1):4-9.	Argentina

65	Wan S, Teichman PG, Latifa D, Boyde J, Gupta R. Healthcare provider perceptions of the role of interprofessional care in access to and outcomes of primary care in an underserved area. <i>J Interprof Care</i> . 2018; 32(2): 220–3.	EUA
66	Zhou Y, Bai G, Lou L. Development of a hexagonal, mesh-based distribution method for community health centres. <i>Geospat Health</i> . 2018;13(2).	China
67	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. <i>Afr J Prim Health Care Fam Med</i> . 2018; 10(1), a1458.	África do Sul
68	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. <i>BMC Med</i> . 2018; 16:135.	Reino Unido
69	Lin Y, Wan N, Sheets S, Gong X, Davies A. A multi-modal relative spatial access assessment approach to measure spatial accessibility to primary care providers. <i>Int J Health Geogr</i> . 2018; 17:33.	EUA
70	Tintorer DL, Dominguez JMM, Pujol-Rivera E, Beneyto SF, Tuduri XM, Saigi-Rubió F. Keys to success of a community of clinical practice in primary care: a qualitative evaluation of the ECOPIH project. <i>BMC Fam Pract</i> . 2018;19(1):56.	Espanha
71	Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Ambulatory care sensitive hospitalizations after implementation of the master plan in Minas Gerais. <i>Rev Saude Publica</i> . 2018; 52:78.	Brasil
72	Balalubramanian 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. <i>Ann Fam Med</i> . 2018; 16(Suppl 1):S35-43.	EUA
73	Lima JG, Giovannella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. <i>Saude debate</i> . 2018; 42(sp.e1):52-66.	Brasil
74	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. <i>Cad saude colet</i> . 2018;26(2):178-83.	Brasil
75	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. <i>J R Soc Med</i> . 2018; 111(12):453-61.	Inglaterra
76	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. <i>INSPILIP</i> . 2018; 2(2):2-25.	Espanha
77	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. <i>Rev Panam Salud Publica</i> . 2018; 42(188).	Argentina, Brasil, Costa Rica e República Dominicana
78	Wensing M, Kollé PK, Szecsenyi J, Stock C, Laux G. Effects of a program to strengthen general practice care on hospitalisation rates: a comparative observational study. <i>Scand J Prim Health Care</i> . 2018; 36(2):109-14.	Alemanha
79	Cole ES. Direct Primary Care: Applying Theory to Potential Changes in Delivery and Outcomes. <i>J Am Board Fam Med</i> . 2018; 31(4):605-11.	EUA
80	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. <i>Br J Gen Pract</i> . 2018;68(676):e803-10.	Reino Unido
81	Fairall L, Cornick R, Bateman E. Empowering frontline providers to deliver universal primary healthcare using the Practical Approach to Care Kit. <i>BMJ</i> . 2018; 363:k4451.	África do Sul
82	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. <i>Rev esc enferm USP</i> . 2018; 52:e03407.	Brasil
83	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. <i>JMIR Med Inform</i> . 2019; 7(3):e13354.	Canadá
84	Navathe AS, Emanuel EJ, Bond A, Linn K, Caldarella K, Troxel A, Zhu J, Yang L, Matloubieh SE, Drye E, Berneim S, Lee EO, Mugishi 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. <i>JAMA</i> . 2019; 322(1):57-68.	Havai
85	Lenzi H, Ben AJ, Stein AT. Development and validation of a patient no-show predictive model at a primary care setting in Southern Brazil. <i>PLoS ONE</i> . 2019; 14(4): e0214869.	Brasil
86	Azogl-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. <i>Aten Primaria</i> . 2019;51(5):278-84.	Espanha
87	Ballart X, Galais C. ¿Gestión pública, privada o por el tercer sector? Diferencias en los resultados en atención primaria de Cataluña. <i>Aten Primaria</i> . 2019; 51(10):610-16.	Espanha
88	Sibbald SL, Selkirk K, Chelra A, Misra V. An Opportunity for Quality: The Need for Better Evaluation of Family Health Teams in Ontario. <i>Healthc Q</i> . 2019; 21(4).	Canadá
89	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. <i>Rev Bras Med Fam Comunidade</i> . 2019;14(41):1881.	Brasil
90	Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. <i>Rev Panam Salud Publica</i> . 2020; 44:e4.	Brasil

Fonte: produção das autoras.

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 Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos estudos selecionados por categorias temáticas e subtemas.

<b>Categorias temáticas</b>	<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Número absoluto</b>	<b>Percentual</b>
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; ID06; ID 42; ID80; 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	5,6%
	Programas institucionais	CPCQ (ID 72), SPAM (ID 56), <i>European Practice Assessment</i> (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), <i>Public Health Impact</i> (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%
<b>Subtotal</b>			<b>34</b>	<b>37,8%</b>
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%
		<i>Fee-for-service</i> (ID 48; ID 79), <i>fee subsidization</i> (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), <i>Adjusted Clinical Groups</i> (ID 34)	7	7,8%
	Gestão	Organizações Não-Governamentais (ID 30); Entidades de Base Associativa (ID 87); e <i>Networking clusters</i> (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: produção das autoras.

### **Estratégias de monitoramento e avaliação da qualidade da APS**

O indicador de “Admissão em emergência/hospitalizações por Condições Sensíveis à APS”, em estudos predominantemente brasileiros, é apontado como adequado para avaliar qualidade, com limitações. Constatou-se que as admissões em emergência/hospitalizações variam de forma inversamente proporcional à

disponibilidade de equipes de APS (ID 71; 74; 42; 80; 78; 16; 58; 47; 33), mas esse indicador isolado não é suficiente, sendo necessárias medidas adicionais de efetividade do cuidado (ID 10; 60). Uma alternativa promissora seria escolher condições/doenças baseadas na sensibilidade e especificidade, ao invés da frequência, considerando características geográficas, sociodemográficas, modelo de cuidado, estrutura e organização dos processos de trabalho e gestão nas unidades (ID 06).

Os “Atributos da APS” foram escolhidos como padrão para medir qualidade no Brasil e Argentina com o *Primary Care Assessment Tool* – PCATool (ID 32; 64), e na África do Sul com uma combinação do *Nominal Group Technique* – NGT e PCATool (ID 67). Em 11 países, utilizou-se o *Commonwealth Fund International Health Policy Survey (CFIHPS)* para análise do atributo da coordenação (ID 54), associando melhor desempenho ao vínculo entre usuário e médico de APS, e o pior ao cuidado de usuários jovens ou com doenças crônicas.

“Programas institucionais de avaliação” contribuem na melhoria da resolubilidade. O *Swiss Primary Health Care Active Monitoring Program* na Suíça selecionou 56 indicadores (ID 56) e o *Public Health Impact*, na Inglaterra, 20 indicadores do programa de pagamento por desempenho com evidências de redução na mortalidade, criando um *score* da efetividade da APS (ID 29). O *European Practice Assessment* evidenciou melhorias nos domínios qualidade e segurança, informação e finanças na Suíça (ID 43), qualidade e segurança na Alemanha (ID 09). A *Estratégia de Evaluación Reformulada para Latinoamérica* foi adequada para avaliar desempenho em todos os subsistemas de serviços da Argentina (ID 05). O *Change Process Capability Questionnaire Strategies Score* nos EUA revelou heterogeneidade nas estratégias de melhoria da qualidade utilizadas nas Unidades de APS, dificultando a padronização da avaliação de desempenho (ID 72). No Brasil, o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde – PROADESS encontrou heterogeneidade nas subdimensões efetividade, acesso, eficiência e adequação, com melhorias acentuadas em áreas geográficas de atuação da APS (ID 17). Os Pactos pela Atenção Básica e pela Saúde proporcionaram melhoria nos indicadores de processo e resultado (ID 20). O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na AB – PMAQ-AB encontrou melhores resultados no acesso de primeiro contato e integralidade, e piores na

longitudinalidade e coordenação (ID 73). Identificou melhorias no trabalho das 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 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 subsidization*”) 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 APS (Conill; Fausto; Giovanella, 2010). 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 Portugal (Biscaia; Heleno, 2017), 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 do Quadro 1 e da Tabela 1, 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 microsociais (cuidado) (Conill; Fausto; Giovanella, 2010).

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 financeiro (Brandão, 2019).

Propostas de remuneração por desempenho se expandiram nas últimas décadas no âmbito de reformas dos serviços da APS (Poli Neto *et al.*, 2016), 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 certificação (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

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 (Starfield, 2002; Chioro; Scaff, 1999). 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). (Donabedian, 1990; Poças, 2017). 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 serviço (Mirzoev; Kane, 2017). 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 identificada (Rezende, 2010; Oliveira, 2017; Degani, 2002). 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.

## REFERÊNCIAS

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.

BISCAIA AR, HELENO LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Cienc saude colet*. 2017; 22(3).

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): 566–71.

BRANDÃO JRM. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Cad Saude Publica*. 2019; 35(J):e00178217.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2017; 28 set.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Ministério da Saúde: Brasília, 2020.

CHIORO A, SCAFF A. Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde. Santos: Faculdade de Ciências Médicas de Santos, 1999.

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, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

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 Saúde Matern Infant*. 2010; 10(Supl 1):15-27.

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.

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.

DONABEDIAN A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; (114):1115-8.

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.

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.

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.

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(758-64).

MIRZOEV T, KANE S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. BMJ Glob Health. 2017; 2:e000486.

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.

PAGE MJ, MCKENZIE JE, BOSSUYT PM, BOUTRON I, TC, MULROW CD, SHAMSEER L, TETZLAFF JM, AKI 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(71).

PEREIRA IB. Dicionário da educação profissional em saúde. 2nd ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

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.

POÇAS KC. Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília, 2017.

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. Cienc saude coletiva. 2016; 21(5):1377-88.

REZENDE VA. A resolutividade na Atenção Básica: uma revisão de literatura [TCC]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SILVA FS, CATELLI F. Os modelos na ciência: traços da evolução histórico-epistemológica. Rev Bras Ensino Fis. 2019; 41(4).

SOUZA MF. Conceitos básicos em monitoramento e avaliação [aula]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013.

STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TYROVOLAS S, POLYCHRONOPOULOS E, TOUNTAS Y, PANAGIOTAKOS D. The role of health care systems on populations' health status and longevity: A comprehensive analysis. Health Science Journal. 2010; 4(i3).

VIACAVAL F, ALMEIDA C, CAETANO R, FAUSTO M, MACINKO J, MARTINS M, *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Cienc saude colet. 2004; 9(3):711-24.

## 4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

As políticas públicas de saúde no Brasil sofreram uma importante transformação desde a Constituição de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), com avanços concretos em direção à ampliação do acesso aos serviços em saúde, à redução da mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis, e reduzindo a carga de doenças evitáveis com a expansão das coberturas vacinais, para chamar atenção de alguns dos resultados mais expressivos entre tantos. O maior avanço, todavia, foi reconhecer a saúde como um direito fundamental do ser humano e que o Estado seria responsável por prover as condições necessárias para a sua garantia (OPAS, 2020; Brasil, 1988).

Antes disso, as políticas públicas de saúde no Brasil tinham como principal meta a manutenção e recuperação da força de trabalho necessárias à reprodução social do capital, sendo o setor sanitário brasileiro marcado por forte cunho assistencialista e curativo, de caráter crescentemente privatista, sem prioridade para políticas públicas de saúde no sentido da universalidade, integralidade e equidade (CUNHA, 2017).

Considera-se que o modelo de APS surgiu no mundo por meio do relatório Dawson, escrito na Inglaterra em 1920. A Grã-Bretanha havia instituído seu seguro nacional de saúde, quando o país lançou um texto oficial que propunha a organização do sistema a partir de três níveis de atenção à saúde, sendo o primeiro deles a Atenção Primária. O Relatório Dawson era, de alguma forma, uma resposta a um relatório anterior escrito por Abraham Flexner sobre as escolas médicas estadunidenses. Na contramão dos princípios da Atenção Primária que surgiram mais tarde, o modelo flexneriano privilegiava a medicina curativa e biologicista e a atenção individual (Guimarães, 2009).

Já em 1978, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, um verdadeiro marco histórico internacional para a discussão sobre APS, uma vez que estabeleceu compromissos claros a serem assumidos pelos países do mundo, tendo a ideia de APS promovida naquele momento influenciado as reformas sanitárias que aconteceram em diversos países do mundo nas décadas de 1980 e 1990 – inclusive no Brasil (Guimarães, 2009).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, a APS, no documento referido como “cuidados primários”, “têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, (...) para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade” (Who, 1978, p. 04).

Incluem, pelo menos, educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (Who, 1978, p. 04).

Ainda segundo esta Declaração, a determinação era que os governos, organizações internacionais e toda a comunidade mundial, deveriam obter um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva para todos os povos do mundo até o ano de 2000, sendo a APS a chave para atingir esta meta como parte do desenvolvimento no espírito da justiça social (Who, 1978).

O SUS emergiu uma década após Alma-Ata, num momento em que o Brasil passava pelo processo de redemocratização política e em que convergiram diversos movimentos de contestação da ordem vigente, contribuindo para a origem do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (Paiva; Teixeira, 2014).

Essa Reforma proposta era mais do que setorial, almejava servir à consolidação da cidadania no país e à própria retomada da democracia. Entre os movimentos convergentes, os principais foram: sociedade civil organizada pressionando pelo reconhecimento da saúde como um direito social; técnicos e acadêmicos do setor saúde pautando a ampliação da concepção de saúde, com forte inclinação preventivista, justificando a necessidade de transformação dos serviços e do próprio sistema de saúde; e iniciativas de transformação das práticas em saúde que ocorreram em diversos pontos do país e culminaram no acúmulo de experiências exitosas (CUNHA, 2017; Paiva; Teixeira, 2014).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi onde eclodiram todas essas pressões. Para além de um processo democrático constituinte, o movimento sanitário tinha proposições concretas: a saúde como direito de todo cidadão; a garantia de acesso da população às ações de cunho preventivo e curativo que, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema; a

descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira; e o controle social das ações de saúde. Foram essas proposições que inspiraram a fundamentação legal do SUS na Constituição Federal de 1988, bem como a sua regulamentação nas leis federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde – e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular (CUNHA, 2017).

Vale salientar que os contextos políticos nacional e internacional se mostravam desfavoráveis à implantação do SUS. A configuração conservadora dos governos que se sucederam no período de transição democrática, em sintonia com o ambiente internacional, levava a uma rediscussão do papel do Estado e reformulação de políticas sociais questionando a universalidade e substituindo as políticas de investimento do gasto público em setores mais pobres da população, deixando ao mercado a produção de serviços sociais aos setores mais favorecidos. Além disso, reformas de ajuste, estabilização econômica e estruturais ganhavam espaço, na contramão da ampliação das atribuições governamentais e dos direitos sociais recém-conquistados na Constituição de 1988 (Menicucci, 2007).

Mesmo nesse contexto, a APS assumiu um lugar central em diversos sistemas de saúde no mundo e recebeu também diversas definições, numa polissemia de abordagens e definições sobre a APS que refletem, talvez, a disparidade de experiências de implementação em cada local. Essas definições envolviam desde o entendimento da APS como nível de atenção, passando pela ideia de que caracteriza um tipo de serviço ou uma filosofia de atendimento, até a perspectiva de que configura uma estratégia de organização dos sistemas de saúde. Essas percepções sobre o papel da APS no desenvolvimento do sistema social e de saúde foram sistematizadas em quatro categorias principais: APS seletiva; Atenção primária; APS abrangente de Alma-Ata; e Abordagem de saúde e direitos humanos (OPAS, 2008; Poças, 2017).

Essas abordagens e definições podem ser apreciadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Abordagens e definições de APS.

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

Fonte: Adaptado de OPAS (2008).

Indo além dessas definições e avançando na caracterização da APS, uma das principais contribuições se deu por meio da produção de Starfield (2002), que também define os atributos essenciais e derivados que deveriam ser observados

nesses serviços, contribuindo substancialmente para o fortalecimento da APS em âmbito internacional (Poças, 2017).

A presença e extensão desses atributos determinam o grau de orientação de um serviço de saúde para o que se considera APS (Starfield, 2002). O Quadro 2 contém as definições dos atributos da APS na íntegra.

Quadro 2 – Atributos da APS, segundo Starfield (2002).

<b>Atributo da APS</b>	<b>Definição</b>
<b>Acesso de primeiro contato</b>	Acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
<b>Longitudinalidade</b>	Existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
<b>Integralidade</b>	Leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
<b>Coordenação da atenção</b>	Pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.
<b>Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar)</b>	Na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
<b>Orientação comunitária</b>	Reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
<b>Competência cultural</b>	Adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Fonte: adaptado de Starfield (2002).

Afirma-se que a APS é capaz de resolver a maioria das necessidades de saúde das pessoas, com uso de densidade tecnológica adequada e evitando intervenções desnecessárias, garantindo maior segurança ao paciente. A APS, quando organizada sob a lógica de seus atributos, proporciona um impacto positivo na saúde da população, como, por exemplo, maior e melhor acesso aos serviços; maior qualidade do atendimento; maior enfoque preventivo; diagnóstico e tratamento precoces de problemas de saúde; redução de cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais, em tempo oportuno e com garantia de continuidade (Sellera *et al.*, 2020; Who, 2018a; Starfield; Shi; Macinko, 2005; Almeida; Fausto; Giovanella, 2011).

No Brasil, a APS foi se construindo e se fortalecendo sobre uma forte expectativa de que pudesse alavancar a reorientação do próprio modelo de atenção e das práticas profissionais em saúde no âmbito do SUS, especialmente por meio da ESF, instituída em 1994 ainda como um programa governamental (Brasil, 2006).

Ao invés do termo APS, utilizou-se a denominação Atenção Básica (AB) para conceituar este nível de atenção no país, o que vários autores (Gusso, 2012; Cecílio; Reis, 2018; MORETTI-PIRES, 2009) consideram que se afasta do conceito de cuidados primários em saúde, tal como defendido em Alma-Ata, que não tem a radicalidade do pensamento crítico em seus conceitos fundamentais, constituindo-se numa criação totalmente brasileira que resulta da síntese de cinco grandes elementos:

a) apresenta-se como um “catálogo de serviços” a serem oferecidos (alguns cuidados primários de saúde, mas também outros); b) baseia-se na inter-relação entre os conceitos “restritos” de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; c) tem como finalidade ser de atenção primária, em termos de seus princípios fundamentais; d) configura-se por meio de diferentes experiências pioneiras no Brasil (agentes sanitários e profissionais de nível superior); e) baseia-se em baixa incorporação tecnológica do tipo dura e alta incorporação tecnológica leve (Mendes; Carnut; Guerra, 2018, p. 230).

A ESF se caracteriza como um arranjo organizacional da APS que segue os princípios do SUS e funciona como estratégia para reorientação do modelo vigente, propondo um modelo alternativo ao modelo biomédico hegemônico e orientando a sua expansão, qualificação e consolidação, contribuindo para a ampliação da resolubilidade e impactando na situação de saúde dos indivíduos e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade para o sistema (Poças, 2017; Fertoni *et al.*, 2015).

Essa Estratégia baseia-se no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, na gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis, em situação de injustiças sociais (Poças, 2017).

A ESF teve como antecessor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, isoladamente, como uma proposta inicial de atenção primária seletiva que seria incompatível com os princípios do SUS, mas necessária para fomentar a descentralização dos serviços. Gradativamente, o PACS foi dando lugar à ESF, com equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 2000, o odontólogo foi inserido na equipe e, em 2008, foram estabelecidos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família (Poças, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é um dos documentos mais relevantes para se compreender a evolução da APS no país, pois desde a sua instituição em 2006 esteve vigente durante vários governos em três diferentes versões, que apresentam, em linhas e entrelinhas, as intencionalidades e os nós críticos em jogo neste nível de atenção em cada contexto. Abaixo, no Quadro 3, constam os princípios e diretrizes da APS no Brasil segundo a PNAB vigente (Brasil, 2017). Já o Quadro 4 apresenta uma síntese da evolução da APS no Brasil a partir do conteúdo da PNAB em todas as versões já elaboradas até o presente momento (Brasil, 2006; Brasil, 2011; Brasil, 2017).

Quadro 3 – Princípios e diretrizes da APS definidos pela PNAB (Brasil, 2017).

<b>Princípios</b>	Universalidade
	Equidade
	Integralidade
<b>Diretrizes</b>	Regionalização e hierarquização
	Territorialização e adstrição

População adscrita
Cuidado Centrado na Pessoa
<p>Resolutividade</p> <p>Reforça a importância da APS ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. <b><i>Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.</i></b></p>
Longitudinalidade do cuidado
Coordenação do cuidado
Ordenação da rede
Participação da comunidade

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

#### Quadro 4 – Evolução da APS no Brasil segundo a Política Nacional de Atenção Básica

2006	<p>Lançada no contexto do Pacto pela Saúde, a primeira edição da PNAB ampliou o escopo e a concepção da AB, ao incorporar os atributos da APS abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da APS. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem ESE.</p>
------	---

2011	<p>Termo AB como intercambiável em relação ao termo APS. Buscou resolver esses nós críticos, sem que para isso fossem necessárias grandes rupturas no modelo de APS adotado no país e em relação à PNAB 2006. Acrescentou conteúdos relacionados a programas Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização) e Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Nesse período também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram criadas diferentes modalidades de equipes para atuar na APS, como Consultórios na Rua e Ribeirinhas, e a possibilidade de atuação em UBS Fluvial. Foi implantado também o Programa Mais Médicos (2013). Houve incremento no orçamento federal destinado à APS, notadamente no Piso da Atenção Básica Variável e em recursos de investimento, mas que ainda era insuficientes e perpetuavam o problema do subfinanciamento federal. Isso elevou a carga de responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS e, no caso da APS, ainda foi acentuado pela baixa participação do ente estadual nesse financiamento. Perduravam a precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da integração da APS com os demais componentes das redes de atenção à saúde, entre outros problemas.</p>
2017	<p>Trouxe rupturas em relação às outras duas versões. À despeito de haver agregações positivas na PNAB 2011, tais elementos aparecem, sobretudo, no plano conceitual e discursivo (ou como recomendação), sem dispositivos concretos que busquem a sua efetivação. A integração entre vigilância em saúde e AB proposta ignora suas especificidades, bem como as noções de padrão essencial e ampliado, que podem ter algum sentido em termos de desempenho (no quadro do PMAQ), mas na portaria são apresentados de modo genérico e com risco de apropriações que favoreçam à APS seletiva. Mudança nas modalidades e composição das equipes que atuam na APS, com a definição de que as equipes de ESF devem ter no mínimo um, e não mais quatro ACS. Previsão de novos incentivos financeiros para modalidades de APS mais flexíveis, não necessariamente baseadas em atributos e diretrizes tal qual adotados na ESF. Afirma-se, portanto uma prioridade para a ESF que, concretamente, não existe. A carga horária de 10h permitida aos profissionais é outro exemplo de flexibilização que admite equipes estruturalmente muito diferentes de equipes com profissionais de 30 ou 40h em atuação necessariamente multiprofissional. Concentração de poder nos gestores formais do SUS e a gestão governamental tripartite do SUS não tem tido seu poder contrabalanceado pela sociedade civil e trabalhadores, produzindo mais uma cisão nas bases de sustentação do SUS, em um cenário em que esta grande política pública tem sua existência gravemente ameaçada.</p>

Fonte: Adaptado de Melo *et al.* (2018).

Sobre a versão atual da PNAB (Brasil, 2017), cabe notar que a resolubilidade aparece entre as diretrizes citadas, tanto em um tópico específico, quanto em trechos das demais diretrizes e em outras inserções ao longo de todo o texto da política. Aparecem também referências às responsabilidades das equipes quanto ao atendimento às necessidades em saúde. A definição aborda a resolubilidade no sentido de *ser capaz de resolver* a grande maioria dos problemas de saúde da população, dando a entender que a própria equipe que atua na APS deve possuir as ferramentas para fornecer essa solução efetiva aos problemas, o que é diferente de resolvê-los de fato. Se fôssemos avaliar segundo essas duas concepções, por exemplo, no primeiro caso o enfoque seria nas ferramentas disponíveis para a resolução e nas competências dos sujeitos que as operam, enquanto no segundo, o foco seria em quantos problemas foram resolvidos. Já os casos que não sejam

possíveis de serem resolvidos, admitindo-se que haverá problemas de saúde que não serão passíveis de resolução na APS, a equipe deve coordenar o cuidado do usuário em outros pontos da RAS. Nessa perspectiva, o conteúdo da PNAB no que diz respeito à resolubilidade da APS se aproxima muito mais do conceito de capacidade de resposta, que envolve a resolução (cura, contenção, cuidado, ajuda, conforto) como desfecho possível, mas admite também ações e serviços que tenham como desfechos a promoção da saúde e de doenças, o encaminhamento (filtro para outros níveis de atenção) e a coordenação (continuidade do cuidado pela rede de atenção) (Gérvas; Mena; Mainar, 2007). Além disso, a PNAB não avança, nem no texto da política, nem nos documentos correlatos publicados posteriormente, no sentido de explicitar como se pode pôr em prática a resolubilidade na APS, ou como desenvolver especificamente a efetividade na resolução de problemas, em diferencial ao que se faz para desenvolver outros aspectos do desempenho da APS.

Cabe contextualizar que o processo de evolução da APS e definição da política para este âmbito da atenção à saúde no Brasil foi marcado por divergências e disputas. Segundo Souza (2020), ao longo da década de 2010, ocorreu um importante processo de inflexão no funcionamento da APS no Brasil, com aumento do acesso e qualificação da oferta de serviços básicos de saúde em todos os contextos estudados pelo autor, tendo como norte a busca por mais e melhor acesso, integralidade e coordenação do cuidado. Aponta também que os contextos regional e demográfico explicavam muitos dos limites e possibilidades da implementação dos padrões de qualidade esperados da APS, confirmando o papel central da esfera local para a implementação da APS no Brasil e explicando, possivelmente, porque na reformulação da PNAB ocorrida em 2017 a influência dos gestores municipais foi tão expressiva.

Já Mori (2019) acrescenta que os elementos constitutivos da formação da agenda de mudança nas diretrizes da PNAB em 2017 estavam relacionados, principalmente, a conflitos oriundos da gestão do trabalho e do financiamento para a manutenção dos ACS e Agentes Comunitários de Endemias (ACE), e às mudanças econômicas e políticas ocorridas no Brasil a partir de 2015, sendo esses fatores determinantes na janela de oportunidades para a formação da agenda de reformulação da política. Demonstra também a acomodação de diferentes interesses com esta reformulação e destaca que, embora tenha sido consumada, parte do

esforço para o bloqueio da agenda obteve sucesso, haja vista que a ESF seguiria enquanto modelo prioritário na APS.

Almeida *et al.* (2018) ressaltam sobre a reformulação da PNAB em 2017 que, apesar de pouco aparentes, tímidas ou superficiais, foram significativas as conquistas no campo das disputas entre a fundamentação técnica e os interesses político-corporativos, sendo que ao final do processo publicou-se uma política que refletia a arena de disputas travadas no campo da gestão interfederativa à época. Apontam, ainda, o cenário político-econômico brasileiro como o verdadeiro desafio à operacionalização da PNAB, uma vez que depende de importante indução financeira federal, na contramão da limitação do investimento público em saúde experimentado a partir de 2016, vide a emenda constitucional 95/2016 que congela o teto de gastos em saúde por vinte anos, a reformulação do financiamento do SUS e a elevação dos custos com APS.

Nesse cenário complexo de instabilidade política e econômica, e de contingenciamento de recursos federais para a saúde, em 2019 houve uma transformação incremental que impactou de forma substancial na APS brasileira. Esta não se deu no texto da PNAB, mas sim por meio do Programa Previne Brasil (Brasil, 2019), que modificou o financiamento da APS para os municípios do país, antes calculado a partir do número de habitantes e de equipes de ESF, e a partir de então pautado em três eixos distintos: o componente *per capita*, referente às pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família; o componente de pagamento por desempenho, ligado a resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores; e o componente de incentivo para ações estratégicas, que aponta para as atividades que precisam ser estimuladas no país.

Vários estudiosos do campo da APS brasileira consideram que o Programa Previne Brasil possa ter objetivo restritivo, limitando a universalidade, aumentando as distorções no financiamento e induzindo a focalização de ações da APS no SUS, contribuindo para a reversão de conquistas históricas na redução das desigualdades em saúde no Brasil (Massuda, 2020; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Mendes; Carnut, 2019; Melo *et al.*, 2019).

Além disso, os municípios demonstraram baixa efetividade em relação aos compromissos de desempenho propostos e os resultados de cobertura pactuados no Programa Previne Brasil são excepcionalmente baixos. As decisões de implantação do pagamento por desempenho foram reiteradamente postergadas pelo Ministério da

Saúde (MS), favorecendo a desmobilização dos governos municipais no desenvolvimento das ações de APS (Costa; Silva; Jatobá, 2022).

Por outro lado, relata-se a perspectiva governamental de que o conjunto de estratégias planejadas e oficializadas ao longo de 2019, entre as quais o Previne Brasil seria a mais importante, caminhavam em direção oposta a essas alegações, propondo a radicalização dos atributos da APS numa reforma estruturante e necessária para o fortalecimento da APS (Harzheim, 2020; SBMFC, 2019).

A este respeito, o fato é que as normativas do MS entre 2019 e 2022 que orientam a reorganização da APS – além do Programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019), a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) e o Programa Médicos pelo Brasil (Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019), o Programa Saúde na Hora (atualizado pela Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020), a Carteira de Serviços, entre outras – pautam mudanças significativas e potencialmente desestruturantes para a APS e o SUS, e recolocam a atenção primária no foco das disputas pelo direito à saúde no Brasil (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Melo *et al.*, 2019; Giovanella *et al.*, 2019b).

Em paralelo a esta movimentação governamental brasileira, realizou-se em 2018 a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, em Astana, com o propósito de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde e dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (Who, 2018b)

Giovanella *et al.* (2019a) sintetizam a essência da Declaração de Astana:

Afirma o compromisso com o direito fundamental de todo ser humano à saúde, reconhecendo como inaceitável a persistência de iniquidades em saúde. Indica a APS como fundamento de sistemas de saúde sustentáveis, primeiro ponto de contato efetivo e eficiente e marco conceitual do que deve ser feito para avançar na saúde e no bem-estar. Aspira governos e sociedades que priorizem a saúde e o bem-estar e promovam e protejam a saúde mediante sistemas de saúde sólidos. Reitera, a APS de qualidade com cuidados centrados na pessoa e serviços de saúde integrais e integrados, como o enfoque mais inclusivo, eficaz, efetivo, para melhorar a saúde. Afirma a APS como pedra angular de sistemas de saúde sustentáveis para a cobertura universal. Reconhece que o sucesso da APS será dependente de: financiamento adequado e sustentável, recursos humanos bem capacitados organizados em equipes multidisciplinares com trabalho decente e valorizado, atenção integrada para todas as pessoas, de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos e com sistema de referência para outros níveis, enfrentando a fragmentação. Para tal, a APS e os serviços de saúde devem ser de alta qualidade, seguros, integrais, integrados, acessíveis, disponíveis e alcançáveis para todos e em todos os lugares, prestados com compaixão, respeito e dignidade, por profissionais de saúde bem formados, competentes, motivados e comprometidos. Aspira-se ainda garantir ambientes que propiciem a boa saúde, nos quais indivíduos e comunidades estejam engajados em manter e

aprimorar sua saúde e o bem-estar (Giovanella *et al.*, 2019a, p. 03, grifo meu).

Após a Conferência de Astana, a OMS publicou uma série de documentos (*Technical Series for Primary Health Care*), em que reforça a APS como fundamental para que se possa cumprir a promessa de cobertura universal em saúde de alta qualidade e detalha ponto a ponto sobre: a visão defendida para os cuidados primários em saúde no século 21 rumo à cobertura universal de saúde e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; a qualidade na APS; e o modelo operacional que deve ser adotado na APS (Who, 2018a; Who, 2018c; Who, 2020).

Cabe destacar que a Conferência de Astana ocorreu em um contexto internacional distinto daquele de Alma-Ata, estando em curso políticas de austeridade, crise migratória e ameaças à democracia. Nessa perspectiva, considera-se que o seu produto restringiu o sentido da APS integral de Alma-Ata e o alcance do direito à saúde, ao subsumi-la à cobertura universal em saúde, perspectiva moldada na última década com forte influência da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial, congregando diretrizes das reformas pró-mercado como a redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde (Giovanella *et al.*, 2019a).

Além disso, a APS aparece nesses documentos como estratégia para enfrentar os desafios do novo tempo, sem que se faça uma necessária defesa dos sistemas nacionais e públicos de saúde, ou do direito universal à saúde, abrindo margem para outras concepções de APS, contraditórias até mesmo em relação a outras premissas sugeridas nesses documentos. A declaração de Alma-Ata fazia essa defesa e seria crucial resgatar esse reconhecimento da saúde como direito social, afirmando o dever dos Estados Nacionais, a universalidade do acesso, a orientação e regulação da dinâmica econômica com base nas necessidades públicas e sociais, envolvendo uma governança descentralizada e coordenada em âmbito nacional e global, com forte participação social (Giovanella *et al.*, 2019a).

No Brasil, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) produziu também diretrizes alinhadas às premissas da Declaração de Astana e aos documentos da OMS, entretanto, adotando um diálogo com os princípios do SUS que incluiu a universalidade e a equidade. Em 2018, foi publicado o “Relatório 30 anos de SUS – Que SUS para 2030?”, considerando o país uma referência obrigatória de nação comprometida com a universalidade em saúde e de gestão pública participativa,

fonte de conhecimentos para outros países, destacando a estruturação e os resultados do SUS como internacionalmente conhecidos e valorados positivamente (OPAS, 2018).

Uma das seções desse Relatório (OPAS, 2018), com contribuições de diversos especialistas brasileiros, enfatiza a necessidade de expansão e consolidação do que denominou “APS Forte”, que seja capaz de ordenar as redes de atenção à saúde e as integrar aos sistemas de vigilância em saúde, que reforce o enfoque na Saúde da Família, assim como em ações concretas sobre os determinantes da saúde, buscando melhorar a equidade e a resolubilidade dos serviços de saúde do SUS. Entre os desafios e fragilidades da APS apontados no Relatório, destaca-se a insuficiente resolubilidade da APS no Brasil, mas também menciona a resolubilidade em outras duas ocasiões, uma ligada à clínica e outra ligada a iniciativas de suporte assistencial, sem aprofundar esse conteúdo. Descreve, por outro lado, 20 recomendações para uma APS forte no SUS, que podem ser verificadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Recomendações para uma APS forte no SUS.

1. Ampliar e consolidar a Estratégia Saúde da Família com ênfase nos atributos essenciais da APS.
2. Ampliar formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos).
3. Qualificar a adscrição de pessoas às equipes de APS, utilizando quantitativo populacional e critérios de adscrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilidade social, como o uso de lista de pacientes.
4. Ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, formulando uma carteira de serviços com garantia dos recursos – insumos, equipamentos etc – e das competências profissionais que garantam a plena execução da carteira.
5. Ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível.
6. Qualificar habilidades dos profissionais de APS em relação à comunicação e tecnologia do cuidado (por exemplo, entrevista motivacional, plano de cuidados e autocuidados).
7. Promover adensamento tecnológico orientado pela prevenção quaternária na APS, utilizando tecnologias de informação e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (por exemplo: ultrassonografia, eletrocardiograma) de forma presencial ou à distância.
8. Informatizar as Unidades Básicas de Saúde, a rede assistencial e os complexos reguladores, disponibilizando registro eletrônico em saúde com informações tanto do sistema público como privado, de forma unívoca, permitindo às pessoas o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais.

9. Desenvolver sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em tecnologias da informação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de referência e contra-referência.
10. Aumentar o financiamento da APS até atingir níveis adequados e suficientes.
11. Garantir estrutura física e tecnológica adequadas, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.
12. Planejar a oferta de recursos humanos para a APS e elaborar plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da mesma (por exemplo, médico de família e comunidade, enfermeiro de família e comunidade).
13. Manter estratégias permanentes e sustentáveis de provimento de médicos para a APS em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos.
14. Promover apoio assistencial às equipes de APS (por exemplo: cuidado compartilhado, interconsultas, telemonitoramento, NASF, matriciamento), de forma presencial ou a distância.
15. Promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de APS, quanto a princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados, com estabelecimento de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho.
16. Estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão.
17. Promover estratégias de defesa e fortalecimento da APS, incluindo produção de conhecimento científico e divulgação de experiências inovadoras e exitosas.
18. Reforçar a transparência das informações sobre saúde, facilitando o acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde (por exemplo: listas de espera, horários, serviços ofertados), com uso de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação.
19. Favorecer a participação das pessoas, o controle social e a avaliação dos serviços pela incorporação de novos canais de escuta por meio de tecnologias de comunicação não-presenciais, ouvidoria, entre outros.
20. Incentivar o papel mediador da APS frente a ações intersetoriais e à participação das pessoas para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades.

Fonte: OPAS (2018).

Analisando essa trajetória do SUS, diversos autores reconhecem avanços, aprofundam e complementam o panorama de desafios traçados pela OPAS que perduram no contexto nacional e se interpõem à resolubilidade da APS e do sistema. Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) afirmam que persistem problemas de estrutura, com destaque para a disponibilidade de insumos essenciais e de tecnologias de informação e comunicação; organização e gestão dos serviços, bem como a prática profissional das equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e de cuidados, apesar dos padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos amplamente adotados.

Mendes e Carnut (2018) apontam a fragilidade financeira no financiamento do SUS, a destinação insuficiente de recursos e o baixo volume de gastos com recursos públicos, além de existirem problemas, como:

Indefinição de fontes próprias para a saúde; ausência de maior comprometimento do Estado brasileiro com alocação de recursos e com melhor distribuição de recursos no Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social); elevadas transferências de recursos para o setor privado, com recursos direcionados às modalidades privatizantes de gestão e ao aumento significativo das renúncias fiscais; e um gasto público financiado por uma estrutura tributária defasada em relação à dinâmica do capitalismo financeirizado, sustentada por tributos que incidem com maior significância na dimensão produtiva (MENDES; CARNUT, 2018, p.1112).

A focalização das políticas públicas, assim como a privatização, são consequências desses problemas, que tanto limitam as possibilidades de sucesso em atender às necessidades em saúde da população, pela limitação e a regulação sistemáticas da oferta de serviços de saúde pública (MENDES; CARNUT, 2018).

Santos (2018) e Paim (2018) consideram o SUS um processo inacabado e com desvios, que precisa ser, de um lado, consolidado em suas melhores conquistas; e, de outro, permanentemente reinventado para dar conta de cumprir sua missão. Reconhecem a falta de prioridade pelos governos, o inegável subfinanciamento federal, gerando distorções e desvios na sua implementação, desestruturando os eixos estratégicos e constitucionais, e sustentando recursos humanos e materiais insuficientes. Essa fragilidade do público incrementa a participação dos serviços privados no sistema, quando esses deveriam ser apenas complementares ou assumir os riscos próprios do mercado, demonstrando que as insuficiências do sistema são resultado de sistemáticos ataques perpetrados pelas políticas do capital, sendo a financeirização da saúde vinculada à dominância financeira uma das maiores ameaças ao SUS. Acrescentam, ainda, que a estratégia de subfinanciamento do SUS não é isolada e está atrelada à construção subliminar de outro modelo de atenção à saúde.

Castro *et al.* (2019) corroboram com essas análises e sugerem outras necessidades urgentes, com a de enfrentamento das persistentes desigualdades geográficas no país e às políticas de austeridade fiscal implementadas em 2016, juntamente com as novas políticas ambientais e educacionais do governo brasileiro, que arriscam reverter as ousadas conquistas do SUS, ameaçando sua sustentabilidade e capacidade de cumprir seu dever constitucional de prover saúde para todos os cidadãos.

A crise sanitária relacionada à emergência em saúde pública da Covid-19, entre 2020 e 2023, ao mesmo tempo em que amplificou as debilidades existentes no

SUS, também evidenciou a importância da atuação de mais de 40 mil equipes de ESF em todo país, ainda que por vezes incompletas, 260 mil ACS, 26 mil equipes de saúde bucal e cerca de 5 mil Nasf. Sinalizou, ainda, a importância do fortalecimento da APS, com necessidade de investimentos e reformas para melhorar a efetividade e a qualidade dos serviços (Medina *et al.*, 2020).

A história recente até aqui resgatada contém eventos que oscilam na defesa de uma política pública de saúde, ora mais alinhada, ora menos alinhada com a noção de direito social universal, e são processos em curso, em que qualquer conclusão não deve ser tomada como definitiva. Ainda assim, à guisa de contextualização, coube essa tentativa de sistematizar as principais transformações vivenciadas na APS do SUS em âmbito nacional e o debate crítico correspondente, como pano de fundo sobre o qual o presente estudo pretende compreender os mecanismos que influenciam na resolubilidade da APS.

Compreender a APS como uma política de implementação complexa, dependente de múltiplos aspectos, fruto de relações de disputa entre diversos agentes, num processo que envolve avanços, desvios e recuos, ajuda a compreender também o que conforma a resolubilidade nesse âmbito da atenção, o que se pretende e o que é de fato possível resolver. Essa discussão é essencial, pois muito se fala sobre resolubilidade na APS, mas pouco se define, aprofunda e orienta sobre como atingi-la concretamente, configurando um discurso abstrato, acriticamente repetido e, nesses moldes, contraproducente.

#### 4.3 GOVERNANÇA MULTINÍVEL NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A quem cabe a responsabilidade de fazer uma APS resolutiva? A resolubilidade na APS compõe, com frequência, uma narrativa que culpabiliza isoladamente alguns agentes envolvidos na implementação da política pública de saúde com menos influência na hierarquia do SUS. Nesta seção, serão abordados os agentes de implementação, seus múltiplos papéis e formas de influência na implementação de uma APS resolutiva.

Muitos estudos sobre políticas públicas tratam das interações e das complementaridades entre Estado e sociedade, via de regra, a partir de um tratamento neutro e objetivo das políticas públicas como “Estado em ação”, o que fortalece a coesão social própria do sistema capitalista e dificulta sua apreensão como produto histórico e expressão do modo de organização do Estado capitalista, que visa legitimar a ordem existente (Costa; Neto, 2016).

Necessário se faz destacar que o referencial adotado no âmbito desta pesquisa contraria essa compreensão. Entende-se que o Estado no contexto do modo de produção capitalista desempenha duas funções básicas e muitas vezes contraditórias: acumulação e legitimação. Isso implica dizer que deve tentar manter ou criar as condições em que se faça possível uma lucrativa acumulação de capital, enquanto também deve manter ou criar condições de harmonia social dentro da lógica vigente, buscando minimização dos efeitos de sua função de acumulação (O’CONNOR, 1977; Santos *et al.*, 2007).

Essas funções contraditórias coexistem porque o Estado, mesmo tendo como objetivo maior assegurar a dinâmica capitalista, não pode agir abertamente a favor de uma classe e em detrimento do resto da sociedade, sob risco de convulsão social. Então, mesmo quando lança mão de políticas de cunho social, que beneficiam de alguma forma as frações de classe menos abastadas, elas existem para a legitimação do aparato estatal e estão à serviço do desenvolvimento capitalista (Santos *et al.*, 2007).

O Estado funciona, então, como um campo de poder, uma arena, onde se misturam as lutas e conflitos entre as diversas classes sociais e também frações dessas classes, aonde se organiza estrategicamente a classe dominante e se desorganizam as classes dominadas (Poulantzas, 2019).

Este campo organizaria as classes dominantes em torno dos interesses de curto prazo das frações hegemônicas no bloco de poder, e da classe burguesa no longo prazo. Isto seria possível pela autonomia relativa do Estado aos interesses particulares dos grupos e frações de classe. Da mesma forma, o Estado desorganizaria as classes dominadas por concentrar em si a relação de força entre dominados e dominadores. Como o Estado não seria o depositário de um poder externo ou uma fonte do poder em si, mas um campo de lutas, suas diversas agências apresentariam caráter contraditório, defendendo posições divergentes com relação às classes, às frações de classe, e mesmo aos diversos componentes do bloco no poder. De toda a forma, no entanto, o Estado capitalista apresentaria irreversível caráter de classe, sendo impossível às classes dominadas assumir o seu controle ou de agências centrais na condução das políticas estatais (Marques, 1997, p. 70).

Essa teoria do Estado ao mesmo tempo que admite um grau elevado de contingência das lutas políticas, afirma o determinismo dos interesses da burguesia quando o coloca em ação (Poulantzas, 2019).

Nessa perspectiva, as políticas sociais podem ser compreendidas como paliativas, refreando a ação inconveniente da população excluída e até mesmo favorecendo financeiramente a classe dominante, já que frequentemente a execução das políticas envolve, em alguma medida, empresas privadas e seus benefícios não são distribuídos de forma socialmente justa. Esse efeito é ainda mais grave na periferia capitalista, uma vez que o Estado atua no sentido da funcionalização da pobreza por meio de políticas compensatórias e assistencialistas, e, por outro lado, por meio do seu orçamento, assegurando o processo de acumulação, sobretudo na priorização em relação à dívida pública e nos procedimentos rentistas (Santos *et al.*, 2007; Mendes; Carnut, 2018).

Ademais, as políticas sociais não podem ser compreendidas como simples “vontade política” do governante, mas sim como fruto da correlação de forças entre as classes, conformada no interior da estrutura do Estado e para a manutenção do modo de produção capitalista. São mais resultantes “(...) de uma coordenação conflitual de micropolíticas e táticas explícitas e divergentes, do que como formulações racionais de um projeto global e coerente”. Da mesma forma como o Estado não pode ser compreendido como “neutro” ou “imparcial”, ele também não pode ser compreendido como um bloco único de poder, muito menos que possa estar a serviço de todos (Poulantzas, 1990, p. 157; Coutinho, 2017).

Neste processo contraditório entre disputa de interesses pela apropriação de recursos públicos, viabilização do projeto do capitalismo global e lutas pelo reconhecimento das singularidades, diferenças e identidades, convém ressaltar que a luta de classes e a (re)organização política das massas populares é que têm conseguido historicamente fazer avançar as suas reivindicações perante o Estado. Esses avanços não são suficientes para romper com a lógica capitalista como um todo, mas são condições necessárias para a sua transformação histórica. Assim, considera-se necessário fortalecer a luta de classes no interior do Estados, pela própria manutenção da vida da classe trabalhadora, no caso da política de saúde como uma condição fundamental à vida humana, num desafio que hoje trata-se, não

de expansão das políticas, mas de garantir até mesmo o que gerações anteriores já conquistaram, impedindo os ataques brutais da classe dominante a esses direitos (Coutinho, 2017).

Faz sentido que as instituições também devam ser encaradas de forma central nas análises relativas aos processos políticos e sociais. Segundo o enfoque da corrente neoinstitucionalista histórica, as instituições moldam as estratégias políticas e influenciam os resultados políticos, não apenas por meio das estratégias dos atores, mas de suas metas também e mediando suas relações de cooperação e conflito. Destarte, o centro da análise deve ser na correlação entre os recursos e as posições dos atores estatais e não estatais (Marques, 1997).

O presente estudo parte então dessas premissas, de que a disputa por políticas públicas de cunho social é válida e pode materializar transformações necessárias ao sistema para a redução dos desequilíbrios sociais. Resta entender bem os meandros e descobrir como enfrentar os efeitos danosos das funções de acumulação e legitimação desempenhadas pelo Estado para fazer pender a balança para o lado das políticas públicas cada vez mais compatíveis com as necessidades da população.

É nessa lógica também que a contextualização sobre políticas públicas faz sentido para o estudo em questão, visto que a resolubilidade em saúde na esfera pública está diretamente relacionada à satisfação de necessidades em saúde e é desfecho desejável no contexto da implementação das políticas públicas de saúde, como são o SUS e a APS. Para a compreensão da resolubilidade em saúde pública como fenômeno, pois, não bastaria explorar dimensões individuais, seja dos sujeitos ou instituições, desconsiderando todas as questões coletivas e do âmbito político que a cercam.

Nessa perspectiva, entende-se que a instituição de políticas públicas se dá por meio de um processo dinâmico denominado *ciclo de políticas públicas*. Trata-se de um processo contínuo, que metodologicamente divide-se em quatro fases centrais, a saber: *agenda, formulação, implementação e avaliação* (Andrade, 2012).

No presente estudo, optou-se por resgatar elementos da fase da *implementação* da política pública de APS no caso do Distrito Federal, como contexto para entender os aspectos que influenciam na resolubilidade neste nível de atenção.

A fase de implementação consiste na política pública já formulada, em ação, posta em prática. Esse enfoque analítico contribui para explicar a dinâmica de execução de uma política pública e as razões que levam a implementação a se desenvolver de determinada forma (Barrett, 2004).

A resolubilidade na APS, objeto deste estudo, mesmo sendo um desfecho desejável já expresso na PNAB (Brasil, 2017) e em diversas diretrizes internacionais (Who, 2018a; Banco Mundial, 2018; Paho, 2019) e locais (Distrito Federal, 2017a), apresenta inúmeros desafios para se efetivar. Assim, considera-se que seja parte de uma política posta em prática e analisar elementos críticos que influenciam na sua implementação pode revelar pistas sobre limites e possibilidades relevantes para esse desfecho.

A preocupação sobre a efetividade das políticas públicas ganhou notoriedade a partir de 1970, com estudos que analisavam processos de tomada de decisão na implementação de políticas públicas numa lógica hierárquica, vertical, em que a formulação era desempenhada por superiores (tomadores de decisão), que planejavam também o processo de implementação e posteriormente a execução era desempenhada pelo nível administrativo (burocratas), subordinados e portanto responsáveis por qualquer falha de execução. Essa perspectiva, denominada *implementação como controle*, não considerava que o processo pudesse ter contingências e necessidades de adaptação em seu curso de execução, assim como não admitia que o nível administrativo pudesse ser criativo e desconsiderava a inserção de outros atores neste processo (Barrett, 2004).

Posteriormente, as investigações passaram a admitir e identificar fragilidades no processo de implementação, com o olhar voltado à política pública em ação, desafiando a tradicional visão hierárquica. A partir desses estudos, passou-se a sugerir a implementação como parte contínua e integral do processo político, envolvendo negociação entre os que querem colocar a política em ação e os de quem as ações dependem, por isso denominada *implementação como negociação* (Barrett, 2004).

Considerando a importância das mudanças e das contingências nos processos de implementação, focou-se então na criação de dois modelos básicos de análise da implementação: *top-down* e *bottom-up*. O modelo *top-down* se baseia nas estruturas tradicionais de governança, enfatizando a separação entre política e

administração, o controle e a hierarquia, tratando os problemas na implementação como subversão dos objetivos originais. Nesse sentido, o papel dos estudos de implementação nessa linha é de identificar as causas dos problemas e sugerir formas de obter acordo entre as ações implementadas e os objetivos da política, por exemplo a partir do aumento da coordenação, do aprimoramento das formas comunicacionais e do controle dos agentes (Barrett, 2004).

Já segundo o modelo *bottom-up*, o processo de criação de política é contínuo e envolve modificações em todo o processo de traduzir as intenções em ações, partindo do pressuposto de que o processo de implementação transforma e adapta as políticas originais. Assim, busca-se compreender a implementação como um processo de interação entre diferentes atores. Observa-se a implementação não somente em termos de efetuar a política, mas também analisando o que realmente acontece, como e por quê (Barrett, 2004).

Tendo em vista as perspectivas e modelos de análise descritas até aqui e para fins de realização do presente estudo, considera-se ser necessário seguir uma terceira via que combina ambas as perspectivas e modelos para promover um olhar factual das experiências de implementação. Deve-se valorizar a ênfase da visão *top-down* à política oficial, como a que molda a implementação ao definir a arena onde os processos se dão, as identidades e papéis dos principais atores, e as ferramentas permitidas para adquirir e oferecer recursos. Deve-se olhar também, de forma complementar, para os ajustes realizados nos programas, considerando o ambiente político, os processos de negociação e barganha e as formas de compromisso, típicos da visão *bottom-up* (Majone; Wildavsky, 1978; Barret; Fudje, 1981).

O sucesso no processo de implementação está associado também à capacidade de obtenção de convergência entre os *agentes implementadores* em torno dos objetivos da política e do suporte político daqueles por ela afetados. Por isso, é preciso entender como os agentes implementadores constroem suas ações e como os diversos atores envolvidos influenciam nessa construção (MENICUCCI, 2007).

Além dessa discussão sobre as perspectivas e modelos de análise em relação à implementação de políticas, é importante também a análise da existência e da natureza da *discricionariedade* nos ambientes organizacionais, caracterizada como o poder da Administração Pública de agir livremente, sem estar vinculada a

determinada conduta normatizada, desde que a ação se dê dentro dos limites legais e em defesa da ordem pública. Por essa relativa autonomia que os agentes públicos possuem no momento da implementação, é possível afirmar que é grande a influência deste agente sobre as políticas públicas implementadas. Mesmo com a existência das normas e regras que determinam as práticas, e da administração que controla seu exercício, num esforço das instituições para moldar a ação dos indivíduos, reconhece-se que elas não são determinantes e a diversidade de contextos de implementação pode fazer com que uma mesma regulamentação produza resultados inteiramente diversos em realidades diferentes (Arretche, 2001). Ou seja, as instituições influenciam nas práticas desenvolvidas, mas as ações, valores, referências e contextos dos indivíduos também influenciam nas instituições (Lotta, 2015).

Assim, a discricionariedade pode ser vista como negativa, se considerado o ponto de vista do controle, pois há muito do trabalho do agente público que escapa à administração e pode dificultar o cumprimento de metas. Por outro lado, pode ser encarada como positiva, do ponto de vista da flexibilidade, que possibilitaria criatividade e poderia aprimorar os resultados das políticas. Parte da literatura sugere, todavia, encará-la sem o julgamento sobre ser negativa ou positiva, mas sim pelo fato de ser inevitável e controversa, merecendo foco de análise para compreensão em cada situação e contexto, além de sugerir a busca por um equilíbrio entre controle e discricionariedade, a partir de modelos de coordenação associados à autonomia desses agentes (Lotta, 2015).

Diferencia-se, ainda, o *espaço* para discricionariedade, notadamente influenciado pelo contexto organizacional e contratual do burocrata e sua relação com seus superiores, da *ação* da discricionariedade, entendida como um comportamento dos burocratas, influenciada pela maneira como interpretam normas, políticas e regras (LOTTA; SANTIAGO, 2018).

Outro importante ponto a se destacar quanto à implementação de políticas públicas diz respeito aos *agentes* que a implementam. Quem primeiro descreveu esse agente foi Weber (1947), para quem a racionalidade-legal se somava ao carisma e à tradição para legitimação do poder do Estado a partir da sociedade industrial moderna. Essa autoridade a partir da racionalidade-legal amparou-se na crença na legalidade de padrões de regras normativas e na manutenção de um

sistema de burocracias baseado em leis e regras. A burocratização, portanto, era vista como consequência do desenvolvimento de uma economia complexa e do sistema político, e o burocrata, agente que atua na burocracia, era um fiel executor de serviços sem paixões ou julgamentos, que deveria aplicar fielmente as regras, os procedimentos e garantindo cumprimento das hierarquias e de suas atribuições. Deveria também fidelidade e obediência aos políticos, e em nome disso renunciava valores e vontades pessoais (Lotta, 2015).

Com a modernização da atuação e do papel do Estado, a dicotomia entre burocratas e políticos já não se fazia mais tão clara e o modelo weberiano foi dando lugar a outros arranjos, funções e divisão de atribuições, demonstrando uma complexificação do papel dos burocratas e uma dificuldade de separação entre questões de ordem técnica ou política. Passava a ocorrer a burocratização da política, com decisões que envolvem escolhas e negociação, mas que também levam os políticos a compreender e considerar aspectos técnicos em suas decisões, bem como a politização da burocracia, com decisões que não são técnicas e que, portanto, permitem margem para negociação, acordos, busca de consensos e articulação de interesses difusos por parte da burocracia. Assim, os burocratas, nas democracias contemporâneas, não apenas administram, mas participam com os políticos do processo de tomada de decisão em diferentes níveis (Lotta, 2015).

Nesse contexto, uma denominação mais específica na literatura sobre implementação de políticas foi dada aos agentes públicos que trabalham diretamente no contato com os usuários dos serviços, como, por exemplo, policiais, professores, profissionais de saúde, entre outros. São os *burocratas de nível de rua*, os agentes implementadores de políticas públicas (Lipsky, 2010).

Esses agentes da linha de frente são pressionados pela administração e pelas demandas de serviços para aumentarem a efetividade e a responsividade, ao mesmo tempo que são pressionados pelos cidadãos para aumentarem eficiência e eficácia, determinando o acesso do público a direitos e benefícios governamentais, sendo por meio deles que a população consegue acessar a administração pública, numa interação direta e contínua. Seu trabalho é marcado, portanto, por excesso de atividades e escassez de recursos, no complexo e contraditório contexto do Estado no modo de produção capitalista, havendo razões substanciais para que esses agentes dominem a controvérsia política nos serviços públicos (Lotta, 2015).

Outra denominação semelhante foi dada aos agentes públicos situados no meio da estrutura hierárquica da organização, seja por eliminação em relação aos cargos e funções associados aos extratos superiores e inferiores, ou pelo foco nos cargos de gerência intermediária na estrutura administrativa (como diretores, coordenadores, gerentes, supervisores etc.). São os *burocratas de médio escalão* (Cavalcante; Lotta, 2015).

Essas camadas intermediárias de organizações públicas têm passado por diversas transformações, acarretando por um lado instabilidade nos papéis, funções e identidades dos atores que ocupam esses espaços organizacionais, a partir de movimentos como de reengenharia, *downsizing*, desburocratização e gerencialismo, e por outro lado a intensidade dessas transformações tem criado também oportunidades para o reposicionamento desses agentes (Thiel; Steijn; Allix, 2007).

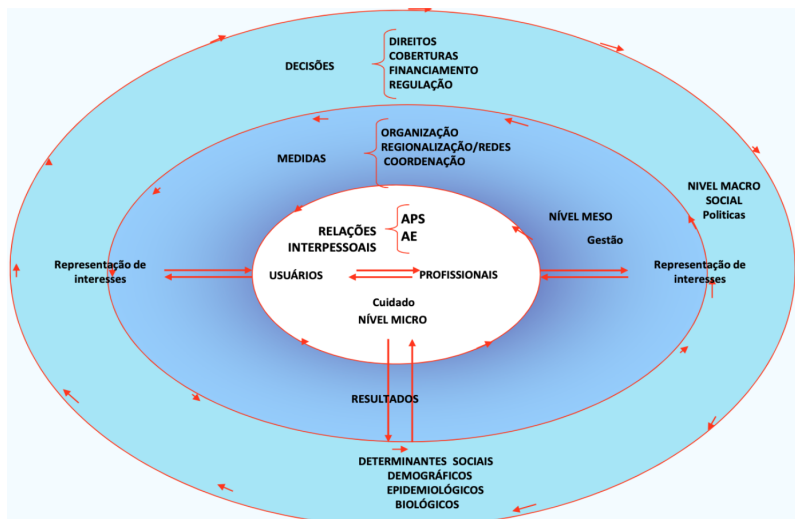
Esses agentes públicos desempenham dois papéis centrais: um papel técnico-gerencial, sobre como esses burocratas traduzem as determinações estratégicas em ações cotidianas nas organizações, construindo padrões de procedimentos e gerenciando os serviços e, portanto, os agentes da linha de frente da implementação; e outro papel técnico-político, sobre como esses atores constroem negociações e barganhas relacionadas aos processos em que estão envolvidos e sua relação com o alto escalão. Nessa perspectiva, vale ressaltar que o papel técnico-político e sua relevância nas decisões estratégicas das organizações dependem diretamente da posição desses burocratas no desenho institucional das políticas e, portanto, na cadeia de atores entre a formulação e a implementação (Cavalcante; Lotta, 2015).

Ainda em relação aos agentes públicos que implementam políticas, cabe acrescentar que muitas pesquisas a este respeito consideram apenas um tipo de agente como foco das análises, especialmente aquele responsável por colocar as políticas em prática. Porém, há evidências de que é importante ampliar essas análises, considerando os diversos atores e organizações que se envolvem na implementação de políticas públicas, uma verdadeira cadeia de agentes que influem de diferentes formas no processo, compondo uma estrutura de governança multinível e valendo-se de suas interações, relações, negociações e conflitos (Lotta, 2015, p. 52). Para a análise da resolubilidade na APS esse recorte é fundamental,

tendo em vista que é frequente a delegação dessa responsabilidade aos profissionais de saúde da linha de frente exclusivamente.

Se há diferentes níveis de governança, é importante reconhecer que há também diferentes níveis hierárquicos de análise que devem ser considerados inter-relacionados na avaliação de desempenho dos serviços orientados pela APS. A este respeito, Conill, Fausto e Giovanella (2010) propõem que, no nível macrossocial, é onde ocorrem decisões políticas acerca dos direitos de acesso, coberturas, financiamento e macrorregulação. Em nível intermediário (meso ou de gestão) estão as atividades de suporte necessárias ao desempenho adequado das práticas de saúde, em que importam não apenas as decisões, mas principalmente a implementação de mecanismos operativos, como fluxos, suporte tecnológico, formação, comunicação e informação, e regulação profissional. Já no nível microssocial, ocorrem o cuidado, as relações interpessoais, com predomínio dos atributos relacionados a acesso, comunicação, informação e efetividade da atenção. A Figura 1 analisa esses níveis de processos e atributos, a partir de um modelo lógico para avaliação de sistemas orientados pela Atenção Primária à Saúde.

Figura 1 – Modelo lógico para avaliação de sistemas orientados pela Atenção Primária à Saúde.



Fonte: Conill, Fausto e Giovanella (2010), adaptado de Conill e Fausto (2007).

Sob esse contexto da governança multinível na implementação de políticas públicas no Estado capitalista, pretende-se analisar o fenômeno da resolubilidade na APS, considerando que diversos agentes estão envolvidos no processo de implementação dessa política, nos diversos níveis hierárquicos de análise, com efeitos também sobre o quão as ações e serviços nesse âmbito da atenção à saúde conseguem ser resolutivas.

#### 4.4 ABORDAGEM ERGOLÓGICA PARA A ANÁLISE DA RESOLUBILIDADE NA APS

Entende-se, neste estudo, que a investigação dos mecanismos que influenciam na resolubilidade da APS perpassa o debate sobre atividade de trabalho. Isso porque a APS e o SUS como políticas públicas não acontecem alheias às formas e aos processos de produção e reprodução da vida pelo trabalho, que são elementos da própria formação humana (Cunha, 2013).

Nessa perspectiva, considera-se trabalho como uma atividade vital humana consciente, em que o ser humano se apropria da natureza para transformá-la e para reunir as condições necessárias à sua existência, ao passo que transforma também a si mesmo. O trabalho é instrumento de mediação entre o ser humano e a natureza, e é nessa relação que o ser social se constrói. Assim, adquire uma posição de centralidade na vida humana, como atividade indispensável à realização do indivíduo (Marx, 2004).

Ao longo da história da humanidade, diversas transformações ocorreram e influenciaram na forma como os seres humanos desempenham o trabalho, com forte determinação econômica (Scherer; Pires; Schwartz, 2009).

Considerando o quão são heterogêneas e complexas as transformações do trabalho nesse contexto, mostra-se promissor compreendê-lo como atividade. Trabalho e atividade estão atrelados um ao outro, assim como valores são engajados no trabalho, em diferentes níveis, atravessando o micro da atividade e a sociedade em sentido mais amplo (DURAFFOURG, 2010). Na atividade de trabalho, está presente um entre-cruzamento de normas antecedentes e tentativas de renormalização na relação com o meio, em que ocorre um debate permanente de valores. Isso implica dizer que os grupos e indivíduos sempre realizam algum tipo de negociação e de gestão da relação entre contraintes (constrangimentos de dimensão subjetiva e objetiva) e valores (Scherer; Pires; Schwartz, 2009).

A atividade faz infiltrar a análise na intimidade do trabalho, na atividade interior ao trabalhador, que configura uma experiência muito pessoal. Isso quer dizer que, espontaneamente, esse trabalhador fala de sua tarefa, de seu posto de trabalho, do resultado (material ou intelectual) esperado, dos procedimentos que deve seguir e colocar em prática, dos materiais que utiliza etc. Isso não lhe traz nenhum problema, já que ele não está pessoalmente implicado, sendo uma situação geral e válida para todos (Trinquet, 2010, p. 96).

Essa concepção advém da abordagem ergológica sobre trabalho, que tem como objeto de estudo a atividade humana e considera “toda atividade, inclusive a atividade de trabalho, matriz de variabilidade”, uma vez que “é atravessada pelo inédito, pelo evento, pela complexidade” (ATHAYDE; BRITO, 2010, p. 7).

Ao invés de buscar respostas gerais sobre o que ocorre com o trabalho, por meio de fórmulas, a Ergologia propõe uma análise situada, apostando na potência humana de compreender-transformar o trabalho e a condição humana. Assim, a abordagem ergológica constitui-se como um “projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las” (SCHWARTZ, 2010b, p. 37).

Há de se considerar, no entanto, que o trabalho está em permanente modificação, e talvez aí esteja o grande desafio: compreendê-lo na mudança,

entendendo que o conhecimento das atividades humanas é um processo a ser acionado, e não um estado a ser alcançado (Souza-e-Silva; Faïta, 2002).

Esse dinamismo pode causar desconforto intelectual em quem investiga a atividade de trabalho, pois não há um modelo de interpretação que sirva a todas as variabilidades. “É preciso estar atento à atividade das pessoas que trabalham”, bem como esforçar-se para saber de perto como cada trabalhador, não apenas se submete, mas vive e tenta recriar sua situação de trabalho. Do contrário, realizar interpretações, julgamentos e diagnósticos no lugar das próprias pessoas que trabalham pode resultar em vieses. A inquietação do pesquisador faz-se, então, necessária diante da atividade de trabalho, já que há um permanente debate de normas, que põe em jogo a dialética entre as normas antecedentes e as renormalizações, e a dialética entre o uso de si por si e o uso de si pelos outros (Schwartz, 2010b).

São pressupostos fundamentais da Ergologia: 1) a existência de uma distância inevitável entre o trabalho prescrito e o trabalho real; 2) que essa distância está sempre a ser introduzida na história, impossível de ser totalmente prevista, ou seja, o conteúdo da distância é sempre parcialmente ressingularizado e impossível de ser previsto; 3) não existe uma única racionalidade no trabalho; há a norma antecedente e há a entidade que raciocina e executa o trabalho, que é o corpo-si, produto biológico, histórico e singular; 4) essa distância remete a um debate sobre os valores e normas, pois se o ser humano nunca realiza exatamente o prescrito, é porque existem outras razões que entram em jogo, além das razões pensadas anteriormente para aquele trabalho, que envolvem escolhas, sejam elas conscientes ou inconscientes (Schwartz, 2010c).

O sujeito ergológico sempre reconfigura o trabalho, as normas antecedentes, de acordo com as necessidades impressas no momento em que o trabalho é realizado. Investigar segundo a abordagem ergológica significa trabalhar e refletir sobre o trabalho com aqueles que são os protagonistas da atividade. Considera que todo ato de trabalho é arbitrado por um si: “o corpo-si”. O corpo do sujeito que trabalha como unidade indivisível é um lugar de experiência e de manifestação da subjetividade, influenciando diretamente a maneira como ele se envolve no trabalho e se relaciona com o mundo ao seu redor, moldado pelas suas experiências de vida,

pelas relações sociais no trabalho e pela interação com o ambiente laboral (Schwartz, 2000).

O corpo-si é educado e, após o nascimento, inserido num universo de cultura diferente do seu meio, ele é atravessado por valores, histórias, conflitos e normas antagônicas. E, finalmente, ele é também psíquico, porque fica sujeito a normas, regras e leis que podem afrontar o seu desejo, logo é uma história psíquica também (Schwartz; Durrive, 2003). Isso significa que todo pequeno ato de trabalho, por menor que seja, é marcado por essas dimensões do si.

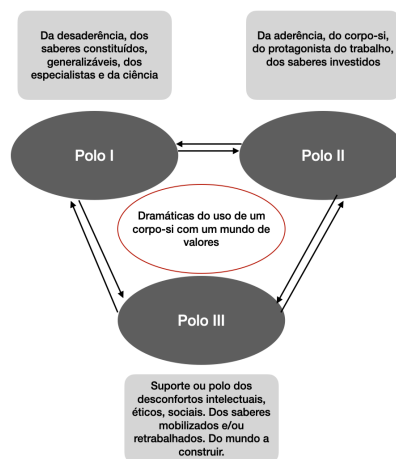
O espaço integrado dos debates de normas na atividade de trabalho, na ergologia, é representado por um esquema tripolar, denominado Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P). Em geral, o polo 1 envolve os conceitos, competências e conhecimentos elaborados pelas disciplinas científicas, organizados e generalizáveis, denominados saberes constituídos. O polo 2 envolve a experiência prática e permanente de criar e recriar saberes, os saberes adquiridos pelos protagonistas do trabalho, denominados saberes investidos na atividade. Pressupõe que toda gestão envolve escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, portanto, de valores em nome dos quais estas decisões se elaboram. O polo 3 é onde são colocados em dialética os outros dois polos, onde ocorrem os desconfortos intelectuais, éticos e sociais, o polo da pactuação do caminho a seguir (Trinquet, 2010). A Figura 2 apresenta graficamente o DD3P.

Reconhecer que esse esquema tripolar é instável e, principalmente, que essa instabilidade se dá pela presença do polo do "mundo a construir", por meio do confronto dialético e gerando tensões importantes, possibilita reintegrar a atividade lhe dando o seu lugar (Schwartz; Durrive, 2003). O esquema tripolar, portanto, em 2D é representado por um triângulo e muitas setas indicando dinâmica, mas em 3D, se aproxima mais de uma espiral, em que todos os lados se inter-relacionam.

Os polos desse esquema representam o movimento constante de confrontação dos saberes acumulados em desaderência, ou seja, construídos distantes do momento de realização do trabalho, com os saberes em devir na atividade, visando seu retrabalho e sua contextualização, ou renormalização, alimentando indefinidamente o triângulo saberes/valores/atividade. Esse aspecto dinâmico se aplica à relação micro e macro-social que toda a abordagem da atividade comporta, e ao exercício do questionamento em duplo sentido, entre os

saberes constituídos e os saberes investidos, que possibilita a renovação do conhecimento (Schwartz; Durrive, 2010).

Figura 2 – Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P).



Fonte: Adaptado de Schwartz e Durrive, 2010.

O DD3P contribui como um prisma, para organizar os resultados em pólos e eixos, permitindo nesta pesquisa melhor visualizar as concepções sobre a resolubilidade da APS, os elementos críticos mencionados pelos participantes e as relações que se estabelecem entre eles.

Salienta-se que não há uma técnica ou maneira única pré-estabelecida para realização do DD3P, que toma forma diversificada a depender da situação de trabalho em questão (Schwartz; Durrive, 2003).

A Figura 3 apresenta um esquema de representação do DD3P adaptado por Schwartz e Durrive (2003), para uma situação analítica específica para facilitar a compreensão dessa ferramenta. Neste caso, no Polo I – da gestão, são descritas as dramáticas do uso de si nas situações de trabalho, as dramáticas da atividade e do debate de normas; no Polo II – do mercado, ordenado pelos valores quantitativos, mensuráveis e mercadológicos; os valores sem dimensão subordinados aos valores mercadológicos; Polo III – da politeia, do direito, das instituições, ordenado pelos valores “sem dimensão”; do campo da política, dos ideais de democracia sobre o “bem comum”; os valores mercadológicos teoricamente subordinados aos valores sem dimensão.

Figura 3 – Esquema tripolar adaptado por Schwartz e Durrive (2003).



Fonte: Schwartz e Durrive, 2003, p. 248.

Além dos polos, os eixos que ligam um polo a outro fornecem insumos analíticos. Do polo II com o III, das entidades coletivas com o intermédio das leis de venda e uso da força de trabalho, por exemplo; do polo I e II, do prescrito, antecipado, e do real, inventivo; também do I com o III, sou trabalhador, mas também sou cidadão, inserido numa sociedade de direito e sou perpassado por valores. Por isso, cada polo é individualizado, mas, ao mesmo tempo, dois deles juntos podem se opor a um terceiro; por exemplo, os polos II e III unidos por meio das normas antecedentes constituídas confrontando-se com o polo I da atividade, das dramáticas do uso de si, das singularidades (Schwartz; Durrive, 2003).

A análise da efetividade na resolução de problemas de saúde na APS a partir da atividade de trabalho mostra-se potente porque, dessa intimidade do trabalho, são revelados microprocessos que podem influenciar na reserva de alternativas dos sujeitos, considerando-se que sempre se pode trabalhar de outra maneira, agir de outra maneira. As reservas de alternativa, quando conscientes, permitem reposicionamentos que favoreçam a qualidade dos serviços.

## 5 CONTEXTO DO ESTUDO

### 5.1 O DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal (DF) é uma das 27 unidades federativas do Brasil e é também o território que abriga, desde 1960, a capital do país, Brasília, com o comando dos três poderes federais: executivo, legislativo e judiciário. Abriga também a sede do Governo do DF (GDF), que comanda 33 Regiões Administrativas (RA). Ao DF são atribuídas as mesmas competências legislativas reservadas a estados e municípios, numa configuração indivisível e indistinta em relação à capital federal Brasília e suas RA (Distrito Federal, 2019; Poças, 2017).

A população do DF, segundo o último censo populacional fechado, é de 2.817.068 habitantes, com densidade demográfica de 489,01 habitantes por quilômetro quadrado e com quase a totalidade da população em situação domiciliar urbana (Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística, 2023).

O DF foi criado para ser um exemplo de estrutura arquitetônica e urbanística planejada, assim como um modelo na oferta de serviços públicos no seu território em relação às demais regiões do país. Essa expectativa existia quando a projeção populacional para o ano 2000 era de 200.000 habitantes, mas já no final da década de 1960 ela foi alcançada. O rápido crescimento em decorrência da busca populacional por centros urbanos, bem como a conseqüente segregação espacial e socioeconômica, se deram de forma análoga ao processo ocorrido em outros centros urbanos do país. Brasília se apresenta como uma aglomeração polinucleada, ou um mosaico de núcleos urbanos eminentemente residenciais e territorialmente individuais com pequenos centros administrativos e de serviços de abrangência local, muito pouco especializados (CATALÃO, 2008; Distrito Federal, 2019).

Distante da perspectiva sonhada por seus fundadores em relação à integração social dos seus moradores, Brasília apresenta os piores índices de concentração de renda do país. A especulação imobiliária forçou as classes menos abastadas a ocuparem as cidades-satélites ou o entorno, conjunto de cidades goianas paupérrimas que cercam o DF, a partir de invasões e loteamentos clandestinos consentidos pelas autoridades. Já nas superquadras reside a classe média brasiliense e até mesmo uma pequena parte da burguesia, cuja maior parte

vive em mansões nos Lagos Sul e Norte. “A divisão de classes de Brasília encontrou na distribuição do espaço urbano a sua mais completa tradução” (Aguiar, 2003, p. 403).

Na oferta de serviços públicos de saúde, a expectativa de que o DF servisse como modelo também não se confirmou. A trajetória de implementação do sistema de saúde pública no DF foi marcada por tantos desafios como em qualquer outro lugar do país e as primeiras diretrizes gerais foram sumarizadas nos seguintes documentos oficiais: Plano Bandeira de Mello (1960-1979); Plano Jofran Frejat (1980-1994); plano de Reformulação do Modelo Assistencial (Rema, 1995-1998); e o Plano de Saúde de 1999. A partir de 2000, o sistema de saúde do DF é regido pelo Plano Distrital de Saúde, instrumento de gestão exigido de todos os estados da federação, com recorte temporal quadrienal, que explicita a situação de saúde da população, a estrutura e organização das Redes de Atenção à Saúde, além dos objetivos institucionais que se pretende alcançar, visando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados (Gottems, 2010; Distrito Federal, 2019).

Guardadas as particularidades de cada momento histórico, que são muitas e seria inviável abordar nesse estudo, todos esses documentos oficiais contribuíram para a estruturação de uma rede pública de serviços de saúde no DF composta de diferentes níveis de atenção, gradativamente incorporando a APS e a Saúde da Família como prioritárias para a porta de entrada neste sistema, buscando consolidar ações e serviços de saúde universais, até mesmo antes dessa premissa permear as diretrizes nacionais e internacionais. A estrutura de serviços existente se tornaria insuficiente e inadequada para atender à população em vários momentos, tendo em vista o acelerado e progressivo crescimento populacional, e a conseqüente deterioração das condições de vida e de saúde da população do DF, demonstrando a necessidade de aprimoramento constante desses arranjos assistenciais em cada tempo, ainda que em meio a inúmeras dificuldades (Gottems, 2010). Olhar para esta trajetória revela lições para o cenário contemporâneo.

Em relação ao modelo de atenção à saúde implementado no DF, pode-se dizer que esteve sempre, em maior ou menor grau, alinhado com a perspectiva da universalidade, mas que envolveu disputas, inicialmente entre o modelo curativo, marcado pela hegemonia hospitalar e especializada, em detrimento da APS, que por sua vez estava mais ligada inicialmente a uma noção reducionista, de "atenção

primeira", de primarismo, para pobre. Esse modelo se tornou insustentável pelo alto custo e baixa cobertura populacional, levando à priorização da APS num momento subsequente, ainda que numa perspectiva que contemplasse a lógica de pronto-atendimento, para desafogar as estruturas hospitalares. Levou tempo, enfrentamento (entre partidos, com a categoria médica, com o controle social) e investimento (distrital, federal e até mesmo do terceiro setor) para que se pudesse construir um modelo de APS pautado na abordagem integral da saúde, na participação da comunidade, na assistência em redes de cuidados de complexidade crescente e na ampliação do acesso (Gottens, 2010).

Outra disputa relacionada ao modelo de atenção se deu no processo de implantação do Programa Saúde em Casa (PSC – 1997), precursor do Programa Saúde da Família (PSF – a partir de 1999) no DF, como estratégia de reformulação da atenção à saúde, ampliação do acesso, racionalização da oferta e melhoria dos resultados sociais. O PSC propunha a implantação de equipes de saúde da família que fariam a atenção a mil famílias em cada área, sendo compostas por médico e enfermeiro generalista, além de 3 auxiliares de enfermagem e 4 ACS. Uma grande mudança se deu no fluxo da rede de atenção, pois essas equipes deveriam ser o primeiro ponto de contato dos usuários com o sistema de saúde, em uma unidade mais próxima de onde residem e encaminhariam situações mais complexas para um Centro de Saúde caso não conseguissem resolver. Os Centros de Saúde, por sua vez, teriam seu papel revisto na rede, incorporando especialidades e o sistema de referência e contra-referência, para encaminhamento a hospitais ou ao atendimento secundário, se necessário. Ao final de 1998, depois de aproximadamente dois anos de implantação, haviam sido contratados 1.286 ACS e 278 equipes para o PSC, alcançando-se uma cobertura de 78% da população do DF, à época de 1.480.291 habitantes. Os avanços do PSC nesse primeiro período só não foram maiores pela ampla oposição de ideias com a defesa da APS tradicional, desenvolvida nos Centros de Saúde. As disputas político-partidárias também pesavam, havendo oposição entre o governo do DF e o governo federal, bem como com os setores mais conservadores da política local, fragilizando as relações de apoio técnico e financeiro ao DF. Também por isso neste período foram introduzidas as parcerias entre o DF e o terceiro setor para a contratação de profissionais (Gottens, 2010).

Em 1999, com a troca de governador no GDF e a hegemonia de um partido oposto ao anterior, houve interrupção do PSC para adesão ao PSF, segundo as normas do Ministério da Saúde, o que gerou sérios prejuízos, tanto com a estrutura das unidades, equipamentos e insumos, quanto com a demissão de profissionais de saúde. Isso gerou severas críticas ao governo e descrédito por parte dos profissionais de saúde e pela população em relação a esses Programas, até porque persistia a defesa do modelo tradicional de APS (Gottems, 2010).

Quanto aos agentes envolvidos na construção da saúde no DF ao longo do tempo, destacam-se aqueles governamentais, particularmente o GDF como protagonista, que foi aos poucos se fortalecendo enquanto ente federado, acumulando experiência e recursos, tornando-se mais participativo no financiamento e na gestão das ações de saúde. O governo federal foi outro agente governamental importante, massivo financiador no início da construção do sistema de saúde do DF que, ao contrário do primeiro, foi reduzindo esse apoio, especialmente por disputas político-partidárias. Ainda assim, o GDF sempre conduziu a saúde de modo tecnicamente alinhado ao que o Ministério da Saúde promovia no cenário nacional. Outras experiências governamentais também influenciaram o sistema de saúde do DF, notadamente o sistema de saúde inglês e, de forma mais pontual no período de implantação da Saúde de Família, as experiências de Cuba e da Espanha (Gottems, 2010).

Outros agentes que participaram de forma constante no processo de construção do sistema de saúde do DF ao longo dos anos foram: profissionais de saúde, especialmente a categoria médica, que acumulou maior poder em relação às demais e foi responsável por grandes resistências às mudanças propostas pelo GDF, principalmente no modelo de atenção e à APS, por exemplo no período de 1984 a 1988; a sociedade civil organizada, por meio do controle social ou de entidades partidárias que, principalmente depois da autonomia política do DF, foram ganhando voz e poder para interferir nas decisões sobre as transformações do sistema de saúde; e o terceiro setor, chamado à parceria com o GDF para viabilizar a expansão da rede, e principalmente da Saúde da Família, embora a princípio por relações muito precárias, seguindo uma tendência nacional (Gottems, 2010).

Entre os principais desafios que perduram desde esse processo de implantação do sistema de saúde no DF, além dos já citados, destacam-se: o

subfinanciamento crônico, mesmo com as peculiaridades financeiras do DF, que gerava dependência de parcerias para que fosse possível desenvolver qualquer melhoria, principalmente com órgãos do governo federal; problemas na infraestrutura dos serviços e na garantia de insumos; falta de profissionais em quantidade suficiente para suprir a rede de atenção, principalmente na APS, e limitações na sua qualificação; a demanda reprimida nos serviços, que gera insatisfação nos usuários; além da existência de indicadores epidemiológicos e sociais bastante desfavoráveis (Gottems, 2010).

Nesse contexto histórico foi erguido o sistema de saúde do DF. A atual organização territorial sanitária das áreas da saúde pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) passou por reestruturação em 2016, a partir do Decreto no 37.057/2016 (GDF, 2016). Em 2018, o Decreto 38.982 (GDF, 2018) alterou novamente essa estrutura administrativa, resultando nas Regiões de Saúde Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste. O Quadro 6, abaixo, relaciona as regiões administrativas do DF às respectivas regiões sanitárias conforme os decretos vigentes. Já a Figura 4 situa geograficamente essas regiões sanitárias no território do DF.

Quadro 6 – Distribuição das Regiões Administrativas nas sete Regiões de Saúde conforme Decretos no 37.057/2016 e 38.982/2018.

Região de Saúde	Região Administrativa	
CENTRAL	RA1 - Brasília (Asa Norte)	RA18 - Lago Norte
	RA1 - Brasília (Asa Sul)	RA 22 - Sudoeste/Octogonal
	RA11 - Cruzeiro	RA 23 - Varjão
	RA16 - Lago Sul	
CENTRO-SUL	RA8 - N. Bandeirante	RA 21- R. Fundo II
	RA10 - Guará	RA 24 -Park Way
	RA17 - R. Fundo I	RA 25 - SCIA (Estrut.)
	RA19 - Candangolândia	RA 29 - S.I.A
NORTE	RA5 - Sobradinho I	RA 26 - Sobradinho II
	RA 6 - Planaltina	RA 31 - Fercal
SUL	RA2 - Gama	RA13 - Santa Maria
LESTE	RA7 - Paranoá	RA 27- Jd. Botânico
	RA14 - São Sebastião	RA 28 - Itapoã
OESTE	RA4 - Brazlândia	RA9 - Ceilândia
	RA 32 – Sol Nascente/ Pôr do Sol (*)	
SUDOESTE	RA3 - Taguatinga	RA 20 - Águas Claras
	RA12 - Samambaia	RA 30 - Vicente Pires
	RA15 - Recanto das Emas	RA 33 - Arniqueira (**)



sistema de saúde desde a criação do sistema de saúde no DF; centralizou a gestão financeira e de recursos humanos; utilizou massivamente força de trabalho por meio de concurso público; utilizou tecnologia de ponta; reforçou as residências médicas centradas nas especialidades em detrimento dos demais profissionais; desenvolveu políticas descontínuas para a APS; e abriu mão de organizar a redes de cuidados como um todo. Esse conjunto de aspectos tornou o sistema pouco eficiente e oneroso (KASHIWAKURA; GONÇALVES; SILVA, 2016; Poças, 2017).

Diferentemente da tendência nacional à expansão da cobertura de ESF, no DF a cobertura era, em 2016, de apenas 28,17% (SCNES, 2016). De um total de 172 unidades, 63 eram organizadas no modelo tradicional, composto por profissionais que, apesar de comporem formalmente a APS, não estavam organizados no modelo ESF ou até mesmo prestavam serviços não considerados primários. Eram unidades com grande variedade de arranjos organizacionais e de funcionamento, influenciadas pelo perfil de seus profissionais, sem programação ou planejamento direcionados às necessidades específicas de cada comunidade, com baixa inserção das práticas clínicas de enfermagem e outras profissões da área da saúde, gerando um cuidado fragmentado, distante das reais necessidades da população e dos atributos estabelecidos para a APS (Corrêa *et al.*, 2019).

Outra dificuldade era a falta de parametrização do modelo tradicional em relação à população atendida e à composição de equipes, que tinham uma grande variedade de arranjos, com números de profissionais das diferentes especialidades em saúde bastante diversificados entre as unidades (Corrêa *et al.*, 2019).

A política de incentivo à APS do DF ainda concedia gratificações financeiras não atreladas a desempenho na ordem de até 35% de acréscimo nos salários dos profissionais lotados em UBS, independente de trabalharem com ESF ou não. Esse incentivo, dividido em duas gratificações, sendo uma estabelecida pela Lei Distrital 318 de 1992 e a outra pela Lei Distrital 2.339 de 1999, não foi suficiente para equiparar as coberturas do DF às nacionais ao longo dos anos, podendo ainda ter atraído profissionais fora do perfil ou conhecimento técnico desejáveis para atuar nesse nível de atenção (Distrito Federal, 1992; Distrito Federal, 1999).

A equipe gestora da SES-DF decidiu, então, reorganizar o sistema de saúde a partir da APS, por meio do processo de Conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família, que ficou conhecido

como "Converte APS-DF", em complemento ao Projeto Brasília Saudável (Distrito Federal, 2016a). Foram elaboradas duas portarias que continham as novas regras de funcionamento e implantação da APS. A portaria nº 77/2017 (Distrito Federal, 2017a), que define a Política de Atenção Primária à Saúde do DF, princípios e diretrizes, formula uma nova organização administrativa, passando a ter como base as eSF como elemento de organização da APS, assim como equipes de Saúde Bucal (eSB) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família Atenção Básica (Nasf-AB), além de outras composições voltadas a populações específicas. Já a portaria nº 78/2017 (Distrito Federal, 2017b) trouxe o regramento para que os profissionais que já trabalhavam na APS, mas não em eSF, pudessem optar por compor equipes, caso assim o desejassem e cumprissem os requisitos para a conversão de modelo. O Quadro 7 contém o conteúdo principal das Portarias 77 e 78/2017.

Quadro 7 – Destaques das Portarias nº 77/2017 e nº 78/2017.

<b>Portaria nº 77/2017</b>
Delimitação das categorias profissionais e respectivas cargas horárias para composição de equipes na APS.
Acolhimento, em todas as UBS, de todos os usuários com indicação de atendimento imediato, independentemente de pertencerem ao território da UBS.
Encaminhamento responsável à UBS de referência para os pacientes de outros territórios, nas condições com possibilidade de atendimento programado.
Agenda organizada com marcação de horários para atendimento e reserva de 50% das vagas à demanda espontânea.
Horário expandido de funcionamento das UBS maiores com abertura também aos sábados pela manhã.
Vacinação e coleta de exames laboratoriais em todas as UBS.
<b>Portaria nº 78/2017</b>
Adesão dos profissionais aptos e composição de equipes de Transição para a ESF eTESF, com indicação de conversão para eSF ao final do processo.
Movimentação dos profissionais que não fizeram a adesão ou não cumpriam os requisitos para compor as eTESF para unidades de outros níveis de atenção.-
Capacitação teórica e prática em ESF aos profissionais de nível superior das eTESF com matriciamento pelos profissionais das próprias equipes e UBS.
Avaliação de aproveitamento com desempenho mínimo obrigatório aos médicos que desejassem realizar mudança de especialidade.
Impedimento de lotação de novos profissionais na APS do DF quando não houver conformidade com a Portaria nº 77/2017.

Fonte: CORRÊA *et al.*, 2019.

Como resultado desta mudança, em poucos meses, houve expansão da cobertura da ESF, impulsionada pela reorganização de profissionais, principalmente os de enfermagem, e pelo chamamento de médicos aprovados em concurso público, com a composição de um total de 441 eSF com ou sem ACS. Isso representou 164

equipes a mais que as 227 verificadas antes do início da mudança. Tomou-se como parâmetro médio o número de 3.750 pessoas por equipe, inferior ao preconizado pela PNAB à época para garantir proporções menores em áreas mais vulneráveis, chegando-se a uma cobertura populacional de 55,5%. Mais adiante, com o fim do processo de capacitação e mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade (MFC) dos médicos, foi possível compor mais 108 eSF em fevereiro de 2018, totalizando 549 equipes, consideradas aquelas ainda sem ACS, com aumento de cobertura para 69,1%. A população total assistida pela ESF no DF passou de estimados 1.038.750 para 2.058.750 habitantes após um ano do processo de conversão (Corrêa *et al.*, 2019).

Outro achado foi que, das 549 equipes, apenas 327 estavam cadastradas em fevereiro de 2018 no SCNES do Ministério da Saúde, sendo a composição com ACS o principal desafio para promover o cadastramento dessas equipes. Outro importante aspecto é a dificuldade em promover a fixação dos profissionais nessas equipes, principalmente médicos, pois desligamentos e afastamentos são causas frequentes de oscilação da cobertura (Corrêa *et al.*, 2019).

Embora a ESF esteja ancorada em amplo respaldo científico, surgiram resistências a esse processo de conversão, algumas delas previstas em literatura, ocorreram durante o processo de implementação. Além da já estudada insatisfação da população diante de modelos em que há uma regulação de acesso a níveis mais especializados de saúde, observou-se importante desconhecimento por parte dos profissionais e da população sobre o modelo de ESF, até então minoritário no DF, demandando longos e frequentes debates nos Conselhos de Saúde, na Câmara Legislativa, com os sindicatos e diversos outros fóruns da sociedade civil organizada, principalmente nas próprias Regiões de Saúde. Além do desconhecimento, os prazos para conversão também foram curtos, gerando muitas mudanças em pouco tempo, o que em vários locais foi acompanhado por desconfortos e alguma desordem em relação à realidade que tinham anteriormente, com a partida e chegada de profissionais remanejados, e a necessidade de readequação de territórios de atuação. O forte embasamento em evidências científicas, o estreito alinhamento com a PNAB e o grande envolvimento de todos os níveis de gestão foi fundamental para dar força e legitimidade ao processo, levando-o adiante apesar das dificuldades encontradas (Corrêa, *et al.*, 2019).

Outro ponto crítico no processo de conversão foi em relação à redução na quantidade de ACS por equipe de Saúde da Família. Inicialmente essa redução não fazia parte dos planos, mas após a publicação da PNAB 2017 (Brasil, 2017a), flexibilizando a composição para pelo menos um ACS por equipe e, diante da quantidade de agentes disponíveis no DF à época, admitiu-se um período de transição entre modelos, em que poderiam existir equipes completas com inserção de pelo menos um ACS, e também incompletas, sem ACS, até que fosse possível adequá-las (Corrêa *et al.*, 2019). Isso pode ter fragilizado em alguma medida o processo de conversão à ESF, tendo em vista que os ACS são essenciais e obrigatórios à caracterização e efetivação desse modelo (Brasil, 2018).

Uma pesquisa realizada após a conversão no DF (CODEPLAN, 2019) identificou que poucos usuários tinham recebido visita da ESF após a conversão, mas quem havia recebido avaliava aquela ação como muito positiva. A maioria, que não tinha recebido, avaliava o sistema de saúde do DF negativamente, embora de 2017 para 2018 esse percentual de opiniões negativas tenha caído. A pesquisa indicou, ainda, que mais de 60% da população entrevistada utilizou serviços de APS em 2017, principalmente para acesso a ações de imunização e medicamentos, e em 2018 esse número cresceu, inclusive para participação em atividades em grupo (assistenciais ou de educação em saúde). Verificou-se, entretanto, que mesmo após quase dois anos da conversão estar em vigor, um percentual pequeno da população afirmou ter recebido visita em domicílio ou conhecer as mudanças implementadas nas UBS, o que essa pesquisa aponta como desafio para a conversão da cobertura em acesso e qualidade da atenção.

Estudo de Castro (2022) identificou que o Converte APS-DF é percebido como política tipo *top-down*, implantada por meio de uma agenda pragmática e intempestiva, que enfrenta divergências em função das disputas históricas em torno da adequação de perfis profissionais e da reorientação a uma APS que supere o modelo ambulatorial médico hegemônico, com vistas a uma APS ampliada. As críticas ao componente formativo se devem à baixa articulação com instituições formadoras e o caráter pontual, introdutório e não-instrumental às práticas do cotidiano. Quanto à força de trabalho, deslocou profissionais para outros níveis de atenção e levou a perda de gratificações aos não aderentes à política, enquanto os aderentes ampliaram seu escopo de atuação e tiveram suas práticas de trabalho

modificadas. Os gestores e parte dos profissionais de assistência aderentes à política indicaram que foi uma aposta acertada, apesar dos sofrimentos produzidos.

Vale a pena destacar nessa contextualização acerca da APS no DF sobre a instituição da Carta de Serviços em 2014 (primeira versão) e sua revisão em 2016 (segunda versão). A Carta de Serviços pretende ser um importante instrumento de gestão do cuidado, que descreve para população, demais níveis do sistema, gestores e profissionais que atuam na APS, a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS. Visa nortear as ações de saúde neste âmbito da atenção, com forte reconhecimento da clínica multiprofissional (Distrito Federal, 2016b).

Alguns autores apontam o risco que reside em listar/definir o que são serviços básicos na APS como se fosse uma classificação taxonômica preliminar padronizada, principalmente num momento em que o financiamento da APS acontece por capitação, que corresponde ao financiamento segundo o número de pessoas cadastradas pelas equipes de saúde. Acredita-se que essa lista com rol de serviços e procedimentos, juntamente com o financiamento por capitação, pode servir para o estabelecimento de contratos com qualquer prestador, seja público ou privado. Seriam medidas que se alinham à concepção mercantilizada do SUS que vem sendo preconizada pelos governos e que pode, a qualquer momento, transformar a APS pública em objeto de compra e venda (Mendes; Carnut, 2019; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Um segundo risco é a focalização e a confusão entre oferta pautada em demanda ou oferta pautada em necessidade de saúde. A oferta deve ser estruturada para produzir acesso e resolubilidade e, para tal, precisa conter ações essenciais, mas também ações amplas e diversas, permitindo flexibilidade para que as equipes definam, a partir da avaliação de necessidades da sua população de referência, quais serviços precisam ser desempenhados para atender a essas necessidades. Não basta, pois, apenas disponibilizar a lista de ofertas programáticas fechadas, que só atendem a demandas padronizadas e restringem acesso (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Resta saber como tem sido aplicado este instrumento na realidade, para verificar se os efeitos esperados e os riscos se cumpriram, e qual o real impacto deste instrumento para uma APS resolutiva.

Ademais, sobre a análise que se pretende realizar na presente pesquisa em relação à APS no DF, considera-se que são muitos os motivos para que este caso seja peculiar e potente para a análise da resolubilidade na APS, principalmente pelo tamanho do desafio que é executar políticas públicas de qualidade frente às características de desigualdade social apontadas e o caráter político-administrativo que apresenta configuração singular (Poças, 2017). É a capital do país que recebe aporte financeiro diferenciado para a execução das ações de saúde, correspondentes às ações de ente federado estadual e municipal, além de apresentar boa parte da força trabalho concursada, com estabilidade assegurada pela Lei n. 8112/90, e de mencionar a resolubilidade como um desfecho desejável expresso na política local de APS (Distrito Federal, 2017a).

## 5.2 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (QUALISAPS)

A decisão especificamente pelo caso do DF para a análise em questão se deu principalmente em função da circunstância peculiar proporcionada pelo Programa QualisAPS. Com início em 2019 e duração prevista de 36 meses, fruto de um convênio entre a SES-DF e a Escola Fiocruz de Governo, com participação da Universidade de Brasília (UnB), o QualisAPS tem como objetivo qualificar a gestão e a APS no DF, visando à melhoria dos serviços prestados num momento em que se consolida o processo de mudança do modelo de atenção tradicional para a ESF. O Programa tem como eixos de atuação: elaboração e desenvolvimento de uma sistemática de avaliação participativa, envolvendo gestores, trabalhadores de saúde e entidades da sociedade civil desde o processo de diagnóstico e elaboração dos instrumentos avaliativos, até a implementação de planos de ação e desenvolvimentos de ciclos de avaliação; a ofertas de cursos de aperfeiçoamento e especialização para profissionais da APS; e a divulgação científica de conhecimentos sobre o DF (Distrito Federal, 2019).

Particularmente para este estudo de caso, destacam-se as seguintes peculiaridades do Programa QualisAPS:

- a) Emprego de métodos inovadores no desenvolvimento da sistemática de avaliação da qualidade da APS, envolvendo gestores, profissionais assistenciais e entidades da sociedade civil desde o processo de diagnóstico de problemas e construção de padrões de qualidade para a elaboração dos instrumentos avaliativos, até a implementação de planos de ação e desenvolvimentos dos ciclos de avaliação, processo em sua natureza participativo, que contribui para que o conteúdo desta avaliação faça sentido para os trabalhadores e possa ser utilizado por eles;
- b) O Programa QualisAPS e a temática da qualidade, no momento em que se espera no DF a consolidação do processo de mudança do modelo de APS tradicional para o da ESF em virtude do Converte APS-DF (Distrito Federal, 2017), emergem como questões da maior importância. Nessa perspectiva, mostrou-se coerente vincular a análise da resolubilidade a este processo em curso, numa abordagem qualitativa e multidimensional, que pode revelar contribuições complementares e convergentes, fortalecendo os objetivos do Programa.

O QualisAPS consiste em um sistema de avaliação e certificação da qualidade por meio da análise dos cuidados de saúde prestados à população, que devem estar de acordo com padrões previamente definidos para promover a melhoria contínua da qualidade e aproximar-se de níveis de excelência organizacional. A qualidade em saúde está correlacionada à adequação e aperfeiçoamento das ações no âmbito da assistência e da gestão e da estrutura dos serviços, de forma a garantir uma APS resolutiva, com base no compromisso com a valorização da vida, a promoção da saúde, a universalização do acesso e a adequação das ações. Assim, organizou-se o programa em ciclos avaliativos compostos pelas fases: Plano de Ação para a Qualidade, avaliação e certificação. Os ciclos são contínuos e as fases se repetem a cada novo ciclo, promovendo melhorias crescentes (Distrito Federal, 2021).

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso único, cuja unidade de análise é a resolubilidade da APS no DF. O estudo tem, ainda, caráter exploratório, explicativo e analítico, com abordagem qualitativa, desenvolvido no DF, no âmbito do QualisAPS (Distrito Federal, 2019).

O estudo de caso se propõe a investigar um fenômeno contemporâneo em seu contexto no mundo real, especialmente em situações em que os limites entre fenômeno e contexto podem não estar evidentes. O caso único pode representar uma contribuição significativa para a formação do conhecimento e da teoria relacionada ao fenômeno em questão, confirmando, desafiando, aprofundando ou ampliando essa teoria. A lógica de caso único integrado é aplicável quando o estudo envolve mais de uma subunidade dentro de uma mesma realidade (Yin, 2015).

A abordagem qualitativa é aquela que se determina à compreensão do nível subjetivo e relacional da realidade social, por intermédio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos mais diversos atores sociais. Aplica-se para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis mais pelo seu grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa (Minayo, 2013).

### 6.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

São locais de realização deste estudo as UBS com equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e gestores, das sete Regiões Administrativa do DF.

A população do estudo são gestores das Gerências de Saúde da Atenção Primária (GSAP), que contempla as categorias de gerentes e supervisores, e profissionais de saúde que atuam na eSF, tanto de nível superior – enfermeiros, cirurgiões dentista, médicos, quanto de nível médio – técnicos de enfermagem e de saúde bucal, e ACS.

Foram critérios de inclusão dos participantes: ter no mínimo um ano de experiência na APS; e ser indicado pelas Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS), respeitados os critérios de contemplar todas as regiões de saúde e a diversidade das profissões.

Foram excluídos do estudo gestores e profissionais de saúde afastados legalmente de suas funções no período da produção de dados em campo.

### 6.3 Processo de coleta de dados

Optou-se neste estudo pela utilização da triangulação de técnicas para coleta de dados em consonância com os objetivos específicos propostos, favorecendo a revelação e minimização de vieses que poderiam advir da utilização de um único meio de coleta ou uma única população para estudo (Flick, 2009; Minayo; Assis; Souza, 2005). Abaixo encontra-se uma breve descrição de cada técnica adotada.

#### 6.3.1 Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica corresponde ao estudo e análise de documentos de domínio científico, como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos, que não precisam recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica. Tem a finalidade de proporcionar o contato direto com obras, artigos ou documentos que tratem do tema em estudo com domínio científico previamente reconhecido (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

Essa técnica de coleta foi adotada para contemplar a necessidade de desenvolver o conceito de resolubilidade num formato ensaístico, que é uma produção opinativa, desenvolvida a partir de uma dificuldade para encontrar aportes consistentes que fundamentassem as opiniões emitidas, bem como para facilitar a construção do estado do conhecimento sobre o conceito, seu desenvolvimento histórico e como foi aplicado no Brasil.

Na pesquisa bibliográfica em questão, foram selecionados e explorados 60 trabalhos científicos, envolvendo artigos, livros, teses e dissertações que abordam aspectos relevantes para a análise dos mecanismos que influenciam na

resolubilidade da APS. Numa seleção intencional, buscou-se a literatura que primeiro embasou a utilização da palavra resolubilidade no âmbito das ações e serviços da APS, no Brasil e no mundo, nesse caminho reconhecendo quais seriam as dimensões-chave deste conceito.

### 6.3.2 Grupos focais

A técnica do grupo focal para coleta de dados consiste em mobilizar grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate. O grupo focal permite que o processo de interação grupal se desenvolva, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas, além de proporcionar descontração para os participantes respondam as questões em grupo, em vez de individualmente (Ressel *et al.*, 2008).

É indicada para estudos que buscam compreender atitudes, preferências, necessidades, sentimentos, representações, ou seja, pontos de vista sobre uma temática, ou mesmo quando se quer entender em profundidade um comportamento dentro de um grupo determinado. É apropriada, ainda, quando se pretende investigar questões complexas no desenvolvimento e implementação de programas, como aspectos relacionados a dificuldades ou conflitos não claros ou pouco explicitados (Barbosa, 2012).

O Programa QualisAPS realizou 22 grupos focais, totalizando 245 participantes em 2020 e 2022. Todos os grupos focais contaram com até 14 participantes, com duração aproximada de duas horas.

No ano de 2020, foram realizados 20 grupos focais, organizados e coordenados por pesquisadores da UnB, com participação de 77 GSAP e 147 profissionais da eSF de nível superior (médico, enfermeiro, dentista) e profissionais de nível médio (técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde), totalizando 224 participantes. Foram divididos em três tipos de grupos por categoria profissional (GSAP, profissional eSF nível superior, profissional eSF nível médio) em cada região administrativa. Não houve participação minha na coordenação e organização dos grupos de 2020, tendo sido trabalhados na presente pesquisa os relatórios de transcrições que continham o conteúdo na íntegra, dados primários, sem identificação dos participantes. A temática central foi a qualidade em saúde. Os

encontros convocavam a experiência pessoal de cada participante sobre sua atividade de trabalho, utilizando as questões norteadoras: "para mim, uma oferta de serviço de qualidade na APS é..."; e "Pensando nesse serviço de qualidade, como deve ser o trabalho da equipe, o trabalho dos gestores na sua unidade e a atenção aos usuários". O roteiro para realização dos grupos focais de 2020 está inserido como anexo na Plataforma Brasil e, neste estudo, apresenta-se no Anexo 1 – Roteiro para grupos focais. O roteiro para a análise de dados dos grupos focais encontra-se disponível no Apêndice II.

No ano de 2022, foram realizados dois grupos focais sob minha organização e coordenação, com apoio das professoras orientadoras, totalizando 21 participantes, sendo 8 GSAP e 13 profissionais das eSF de nível superior (médico, enfermeiro, dentista) e nível médio (técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde), de todas as regiões administrativas do DF. Foram divididos dois grupos mistos, integrados por participantes de diferentes categorias e regiões administrativas, buscando o entrecruzamento das diversas experiências. A temática central foi a resolubilidade na APS, abordada segundo os achados da análise dos grupos focais de 2020. A moderadora do grupo apresentou um esquema contendo as diversas concepções de resolubilidade encontradas nos grupos de 2020 e incentivou o debate a respeito, lançando as seguintes questões: "o que é uma APS resolutiva?"; "Você acrescentaria algo ao que está descrito?", "Você deseja comentar/desenvolver/contestar algo?" Na sequência, foram discutidos casos concretos inspirados em situações vivenciadas no cotidiano da APS, sobre atenção a doenças respiratórias, atenção a doenças crônicas e saúde mental e violência, a partir das seguintes questões norteadoras: "Qual(is) pode(m) ser o(s) problema(s) evidenciado(s) no caso e como seria possível resolvê-lo(s)? De quem é a responsabilidade por resolver esse(s) problema(s)?"; "Que recursos poderiam ser acionados neste caso para que o(s) problema(s) seja(m) resolvido(s)?"; e "Esses recursos estão disponíveis no seu cotidiano de trabalho?". O roteiro para realização dos grupos focais de 2022 consta no Apêndice IV. O roteiro para a análise de dados dos grupos focais consta no Apêndice II.

Durante a realização dos grupos focais houve gravação de som e imagem, mediante assinatura do termo de cessão de uso de voz, que consta no Apêndice VII. Todo o material produzido foi degravado de forma sequencial, integral e fidedigna.

Salienta-se, em relação à pandemia por Covid-19, que os grupos de 2020 foram realizados em período imediatamente anterior à pandemia (janeiro e fevereiro) e os grupos de 2022 foram realizados durante a pandemia, mas quando já existia vacina e o contágio estava controlado. Ainda assim, foram tomados todos os cuidados relacionados a distanciamento, uso de máscaras e higienização das mãos, recomendados à época, e não houve prejuízos a nenhum dos participantes.

### 6.3.3 Pesquisa documental

A pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos, que permite melhor delinear e compreender o problema, a população e o contexto em estudo (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

O conceito de documento ultrapassa a ideia de textos escritos ou impressos. São registros que contêm recortes de realidades pretéritas, que exprimem e demonstram presença e atividade humana, tais como objetos, signos, paisagens, etc. Esses documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009)

Na pesquisa documental, foram explorados 10 documentos de uso público, de âmbito distrital, tais como normativas legais e diretrizes operacionais da APS do DF. A seleção desses documentos levou em consideração o grau de relevância da norma ou diretriz para a organização da APS no DF, bem como aqueles que foram mais citados pelos participantes dos grupos focais. O roteiro que guiou a pesquisa documental pode ser verificado no Apêndice III.

## 6.4 TRATAMENTO DE DADOS

Para o tratamento e análise qualitativa dos dados foi utilizado o *software* Atlas.ti® versão 9.0, que permite a inserção dos documentos de múltiplas fontes

para organização de um banco de dados integrado. Além disso, auxilia na análise qualitativa dos dados, visto que permite a apreciação e disponibiliza recursos para grifo de citações, codificações, comentários, notas e correlações entre os diferentes arquivos, com a possibilidade de construção de redes de correlações, contribuindo sobremaneira para a representação das análises propostas, tanto para quem analisa o banco de dados, como para a tradução dessas análises em relatos mais claros e completos (Pires *et al.*, 2019).

O material dos grupos focais foi transcrito de forma sequencial, integral e fidedigna, identificado com um número correspondente à ordem e ao ano de realização: GF1\_2020 a GF20-2020, GF1\_2022 e GF2\_2022. O material da pesquisa documental foi identificado com um número correspondente à ordem e ao ano de realização: documentos ID1 a ID10. O material da pesquisa bibliográfica foi identificado segundo sua própria referência bibliográfica.

Foi realizada a transcrição integral dos grupos focais, posteriormente inseridos no Atlas.ti® como *primary documents* em formato de pdf. Também foram inseridos no Atlas.ti® o material da pesquisa bibliográfica e os documentos.

## 6.5 ANÁLISE DE DADOS

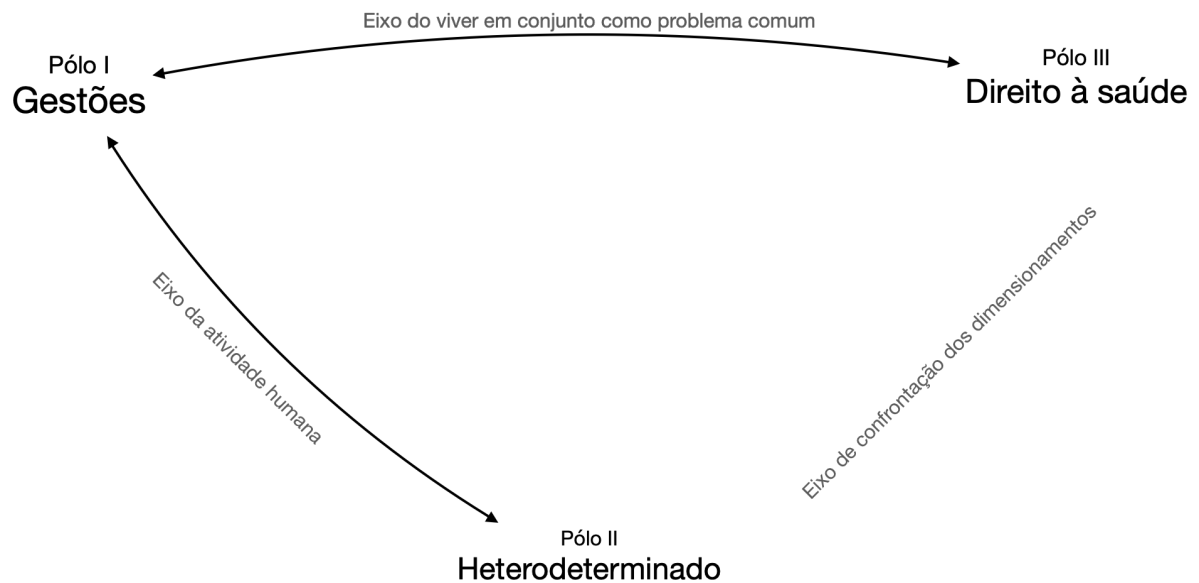
Após a leitura na íntegra dos documentos públicos selecionados e registros dos grupos focais, para a análise de dados, utilizou-se triangulação. O ensaio teórico teve como base os referenciais teóricos da resolubilidade e da APS. A análise das concepções e dos elementos teve como base os referenciais da resolubilidade, da APS e da ergologia. A análise dos agentes com influência na resolubilidade teve como base o referencial da governança multinível.

Foram definidas palavras-chave que guiaram a busca nos *primary documents*, a partir de diferentes aportes da literatura – resolubilidade: *resolubilidade, resolutividade, resolutivo(a), resolver, resposta e efetividade* (Degani, 2002; Rezende, 2010; Oliveira, 2017; Chaves; Scherer; Conill, 2023) e APS (OMS, 1978; Starfield, 2002; Brasil, 2017; Paho, 2019).

Sobre o referencial da ergologia, importante apresentar o DD3P adaptado a ser utilizado nessa análise dos elementos. Com ele, coloca-se em diálogo a

pluridisciplinaridade dialética dos saberes eruditos e dos saberes de experiência, respectivamente os saberes constituídos e os saberes investidos, organizados com o auxílio de um DD3P (Trinquet, 2010). Essa análise se materializa em uma sistematização do DD3P que assume as seguintes dimensões, conforme a Figura 5.

Figura 5 – DD3P adaptado para a pesquisa.



Fonte: Adaptado de Schwartz e Durrive (2003).

O DD3P contribui como um prisma, para organizar os resultados em pólos e eixos, permitindo melhor visualizar os elementos críticos mencionados pelos participantes e as relações que se estabelecem entre eles.

No DD3P construído para esse estudo, o polo I representa as gestões, os saberes investidos, as dramáticas do uso de si nas situações de trabalho, em aderência com a atividade e no debate de normas, o agir em competência que exige a experiência de quem trabalha. O polo II, heterodeterminado, ordenado pelos saberes e valores constituídos, acadêmicos, produzidos em desaderência com a atividade de trabalho, que podem ser dimensionados e são suficientes para explicar o trabalho prescrito antes de sua realização, mas não como é exercido na situação real. O polo III, do direito à saúde, das instituições, do campo da política, dos ideais de democracia sobre o “bem comum”, é o lugar onde todos os interlocutores podem definir e elaborar as disposições e os meios para que a busca de soluções seja possível.

Os eixos representam o encontro dos polos, sinalizando relações. O eixo da atividade humana, em que se encontram os polos I e II, representa o espaço de confrontação entre as gestões do trabalho e os indicadores desse trabalho, bem como a subordinação jurídica e/ou relações hierárquicas. No eixo da confrontação dos dimensionamentos se encontram os polos II e III, e representa o espaço de confrontação entre as normas antecedentes, produto da disputa entre forças sociais e do exercício de poderes, e os interesses do bem público. O eixo do viver em conjunto como problema comum é onde se encontram os polos I e III, representando o espaço de confrontação entre os diferentes lugares de exercício da cidadania, exercício problemático da delegação e da representação dos diversos organismos da democracia.

Nesse estudo, em que o objetivo de pesquisa envolve a análise dos mecanismos que influenciam na efetividade da resolução de problemas de saúde na APS, a associação entre os pólos segundo a abordagem ergológica contribui para identificar na atividade de trabalho as concepções e os elementos críticos.

O Quadro 8 apresenta uma síntese dos objetivos específicos, técnicas para coleta e respectivo referencial adotado para a análise de dados.

Quadro 08 – Síntese dos objetivos específicos, técnicas para coleta e referencial para a análise de dados.

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica de coleta</b>	<b>Referencial para a análise</b>
3.2.1 Identificar as concepções existentes sobre resolubilidade na APS;	Pesquisa bibliográfica Pesquisa documental Grupos focais	Resolubilidade <sup>1</sup> e APS <sup>2</sup> e Ergologia <sup>3</sup>
3.2.2 Identificar os elementos críticos para o desenvolvimento de uma APS resolutiva;	Pesquisa documental Grupos focais	Resolubilidade <sup>1</sup> e APS <sup>2</sup> e Ergologia <sup>3</sup>
3.2.3 Mapear os agentes com potencial influência no desenvolvimento da resolubilidade na APS.	Pesquisa documental Grupos focais	G o v e r n a n ç a multinível <sup>4</sup>

Fonte: produção própria da autora.

<sup>1</sup> DEGANI, 2002; REZENDE, 2010; OLIVEIRA, 2017; CHAVES; SCHERER; CONILL, 2023.

<sup>2</sup> OMS, 1978; STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017; PAHO, 2019.

<sup>3</sup> SCHWARTZ; DURRIVE, 2003; 2010; TRINQUET, 2010.

<sup>4</sup> LOTTA, 2015;CAVALCANTE; LOTTA, 2015; MONTEIRO; HORTA, 2018; CASTRO, 2014; Conill; Fausto; Giovanella, 2010.

## 6.6 Procedimentos éticos da pesquisa

Todos os preceitos éticos e legais para realização da pesquisa envolvendo seres humanos foram resguardados segundo o disposto nas Resoluções CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, nº 510, de 07 de abril de 2016 e nº 674, de 06 de maio de 2022. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP FS UnB) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) por meio dos Pareceres Consubstanciados nº 3.937.242, emitido em 26 de março de 2020 (Anexo 2), e nº 5.164.745, emitido em 14 de dezembro de 2021 (Anexo 3).

Todos os participantes receberam informações a respeito do estudo. A participação se deu de forma voluntária, assegurando-se o sigilo e anonimato de sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Cessão de Uso de Voz, disponíveis nos Apêndices VI e VII, respectivamente. Os termos foram lidos em conjunto com os participantes, a forma de participação e informações sobre o estudo foram explicadas, e então, os termos foram assinados em duas vias. Os participantes tiveram o direito à recusa de resposta ou desistência em qualquer momento, ou seja, o respeito à autonomia foi assegurado a todos os participantes da pesquisa. Os dados coletados serão mantidos sob a guarda exclusiva da autora deste projeto e utilizados segundo os preceitos éticos, apenas para os fins previstos neste estudo.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em formato de artigos, conforme a seguinte divisão:

- Artigo 2 – Ensaio teórico – Resolubilidade e efetividade na resolução de problemas na Atenção Primária à Saúde;
- Artigo 3 – Resolubilidade na APS: concepções e elementos críticos para a efetividade na resolução de problemas.
- Artigo 4 – Quem faz uma Atenção Primária à Saúde resolutive? Governança multinível para a efetividade na resolução de problemas.

Convém esclarecer que o Artigo 1 – "O que contribui para a resolubilidade na atenção primária à saúde? Revisão integrativa da literatura, 2010-2020", presente no primeiro item do marco teórico conceitual, teve caráter exploratório e investigou o que contribui para a resolubilidade na APS, revelando aspectos inesperados. A polissemia do conceito de resolubilidade e a possibilidade de substituí-lo pelo de efetividade confrontaram com a ideia de que era suficiente desenvolver o conceito e entender como ampliá-la na APS. Restavam dúvidas se era de fato oportuno utilizar a resolubilidade como categoria analítica e avaliativa, diante das fragilidades conceituais identificadas.

Essa análise, ao mesmo tempo em que corroborou com o Pressuposto 1 da pesquisa, de que há concepções diversas sobre a resolubilidade na APS, me fez rever o Pressuposto 2, conforme descrito abaixo:

2) Em meio aos muitos desafios já reconhecidos para se atingir a qualidade na APS, há aqueles que dificultam o desenvolvimento da resolubilidade. Esses obstáculos precisam estar claros para apontar em que sentido se deve intervir para ampliar a resolubilidade na APS. (Pressuposto 2, redação inicial).

2) Em meio aos muitos desafios já reconhecidos para se atingir a qualidade na APS, há aqueles que dificultam o desenvolvimento **especificamente da resolubilidade, justificando sua utilização como categoria analítica e avaliativa** capaz de apontar em que sentido se deve intervir para ampliar a resolução de problemas de saúde na APS." (Pressuposto 2, redação com ajustes, grifo meu).

O aprofundamento conceitual proposto por meio de um segundo artigo, um ensaio teórico, a princípio constante no marco teórico conceitual, junto ao Artigo 1, passou a compor os resultados da pesquisa, por não se tratar mais de uma parte do embasamento teórico conceitual, e sim uma construção necessária para testar esse aspecto do Pressuposto 2 da pesquisa, portanto um resultado.

Ressalta-se, como possíveis limitações do estudo em questão, vieses de seleção e de subjetividade da pesquisadora na coleta, análise e interpretação dos dados, tendo em vista os recortes metodológicos adotados. Entretanto, são limitações esperadas para estudos qualitativos, que não reduzem a relevância dos achados. Ao contrário, reforçam a importância da escolha por recortes variados e complementares, que permitam explorar em profundidade um objeto teórico e prático para a compreensão da complexidade humana e social envolvida.

## 7.1 ARTIGO 2 – Ensaio teórico – Resolubilidade e efetividade na resolução de problemas na Atenção Primária à Saúde

### INTRODUÇÃO

A temática da resolubilidade ganhou força nos discursos institucionais e nas políticas de saúde na atenção primária à saúde (APS) nos países da América Latina, sobretudo no Brasil, diante de evidências de que a disponibilidade e a qualidade dos serviços estão aquém das necessidades em saúde de indivíduos e comunidades (Almeida; Fausto; Giovanella, 2011; Petean *et al.*, 2013; Brandão, 2019; Facchini; Tomasi; Thumé, 2021; Bitton *et al.*, 2017). São necessárias estratégias para a melhoria nos padrões de acesso e qualidade, assim como dos resultados (Turrini; Lebrão; César, 2008) almejados pelos países para os sistemas de saúde, buscando a plena utilização de capacidades e recursos para a redução de iniquidades, mantendo-se a sustentabilidade do sistema econômico (Banco Mundial, 2019; Paho, 2019).

No Brasil, a resolubilidade tem sido utilizada de diversas formas em documentos estratégicos que orientam as ações em saúde, seja como diretriz da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017; Brasil, 2020), como objetivo, no Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2020) e como capacidade de resolver, no Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025: Equidade, o coração da saúde (OPAS, 2020).

Na literatura internacional sobre avaliação em saúde, a palavra resolubilidade, em espanhol semelhante ao português, denomina-se *modelo resolutivo*, *capacidad resolutiva*, *capacidad de resolución* e em inglês, *problem-solving*; *responsive*; *response capacity*; e *resolution capacity* (Paho, 2019). As diferentes terminologias dificultam que dados da literatura brasileira e latino-americana sejam comparáveis com a literatura internacional (Hamann; Tauil; Costa, 2000).

Nesse contexto, mostrou-se oportuno investigar a resolubilidade da APS para uma contribuição fundamentada à sua ampliação, com base na avaliação da

atividade de trabalho que se desenvolve na APS. Todavia, diante de evidências de que esse conceito é polissêmico e poderia ser substituído pelo de efetividade na resolução de problemas (Chaves; Scherer; Conill, 2023), tornou-se um caminho inevitável realizar este ensaio, partindo do campo da avaliação em saúde e na APS. Por meio de pesquisa bibliográfica, buscou-se aprofundamento conceitual e clareza sobre: no que consiste a efetividade na resolução de problemas de saúde? Responder a essa questão, situada no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro, é o objetivo do presente ensaio.

### **Avaliação da qualidade da APS**

Incorporar uma cultura de qualidade nos cuidados de saúde está no cerne da melhoria sustentável dos resultados em saúde (Who, 2018a, p. 01). Entende-se por qualidade em saúde o grau no qual os serviços incrementam a chance de resultados desejáveis para os indivíduos e as populações. Em outra definição complementar, a qualidade é entendida como o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, as expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes (Lohr, 1990; Donabedian, 1990).

Há diferentes vertentes de avaliação da qualidade em saúde. Donabedian (1990) descreveu duas vertentes principais para análise da qualidade: a primeira baseada no modelo sistêmico, que observa a relação dos cuidados em saúde entre os componentes de estrutura, processo e resultado; e a segunda baseada em dimensões ou atributos que definem a qualidade. Esses atributos são conhecidos como os pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acesso, adequação/cobertura, aceitação, legitimidade, otimização e qualidade técnico-científica. Acrescenta, ainda, que a seleção de um único atributo não é suficiente para exprimir qualidade de forma global, considerando-se que um serviço pode ser eficiente mas ter baixa aceitabilidade na população, ou pode ser eficaz mas não ser efetivo, tornando sua implementação inviável.

Ainda na mesma vertente, Vuori (1982) propõe uma subdivisão em oito componentes, seis coincidentes com os previamente abordados por Donabedian, adicionando-se outros três: adequação, cobertura e qualidade técnico-científica. A qualidade técnico-científica representa a incorporação do conhecimento científico no

processo de trabalho dos profissionais de saúde. A cobertura se refere à proporção da população alvo que utiliza um programa e a adequação, à relação entre necessidade e oferta de serviços (Vuori, 1982).

Outra vertente da avaliação da qualidade em saúde é focada no cuidado centrado no paciente e na experiência do paciente. Esse modelo enfatiza a importância de envolver o paciente como um participante ativo em seu próprio cuidado, compreendendo suas necessidades e preferências individuais, fornecendo cuidados respeitosos e compassivos. São descritos quatro componentes principais: 1) ouvir e compreender; 2) informar e envolver; 3) formar parcerias; 4) colaborar e garantir a continuidade e coordenação dos cuidados (Champaigne, 2003; Institute of Medicine, 2001).

Defende-se neste estudo que a resolubilidade em saúde, como resultado desejável na atenção à saúde, está relacionada a todos os quesitos da qualidade em quaisquer das abordagens, todavia, destaca-se a *efetividade* como um atributo essencial na sua definição, visto que a resolubilidade pode ser entendida como a própria efetividade na resolução de problemas de saúde, sem a qual é impossível que o resultado ideal – a resolução de problemas de saúde – seja atingido na realidade prática.

A efetividade corresponde justamente à capacidade de produzir um efeito que se deseja quando “em uso rotineiro”, ou a relação entre o impacto potencial e o real das ações e serviços, que demonstra se esses funcionam de fato (Donabedian, 1990). É o grau com que assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados (Viacava *et al.*, 2012). Pode ainda ser entendida como a melhoria na saúde alcançável nas condições usuais da prática cotidiana, mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado real encontra o nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia estabelecem como ideais (Bitencourt *et al.*, 2016).

Múltiplas abordagens e bases teóricas subsidiam a avaliação da efetividade de políticas e programas de saúde (Hartz e Silva, 2005; Anglemyer *et al.*, 2014; Nedel *et al.*, 2011), perpassando desde a percepção da necessidade em saúde, da decisão de buscar o atendimento, da organização do acesso e utilização do serviço, da solução possível e adequada à necessidade, até mesmo, distalmente, pela

situação socioeconômica e seu efeito sobre a estrutura social e demográfica que influencia essas necessidades (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

No que diz respeito à APS, a alta qualidade envolve o fornecimento de serviços de qualidade, confiáveis e valiosos aos usuários e que pode melhorar os resultados de saúde para todos. Resulta da prestação de serviços bem organizados e geridos, apoiados por financiamento suficiente para fornecer insumos, recursos humanos, infraestrutura e medicamentos adequados (Facchini *et al.*, 2015; 2018; 2021).

Os atributos essenciais e derivados definidos para a APS (Starfield, 2002) na prestação de cuidados primários de alta qualidade incluem acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, e competência cultural.

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017) define como princípios para uma APS de qualidade a universalidade, a equidade e a integralidade. Como diretrizes, inclui ainda regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade (SIC), longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação na rede de atenção à saúde e participação da comunidade.

Nesse contexto, a resolubilidade na APS, ou a qualidade de resolver, no âmbito dos sistemas de saúde, diz respeito à aptidão em operar sobre os problemas de saúde, dentro dos limites de complexidade e capacidade tecnológica disponíveis, e do nível de acolhimento, vínculo e responsabilidade que assumem pela vida dos cidadãos (Degani, 2002). Nessa perspectiva, a resolubilidade é apontada como fundamental para a redução de iniquidades em saúde, bem como para a sustentabilidade do sistema econômico global (Banco Mundial, 2018; Paho, 2019).

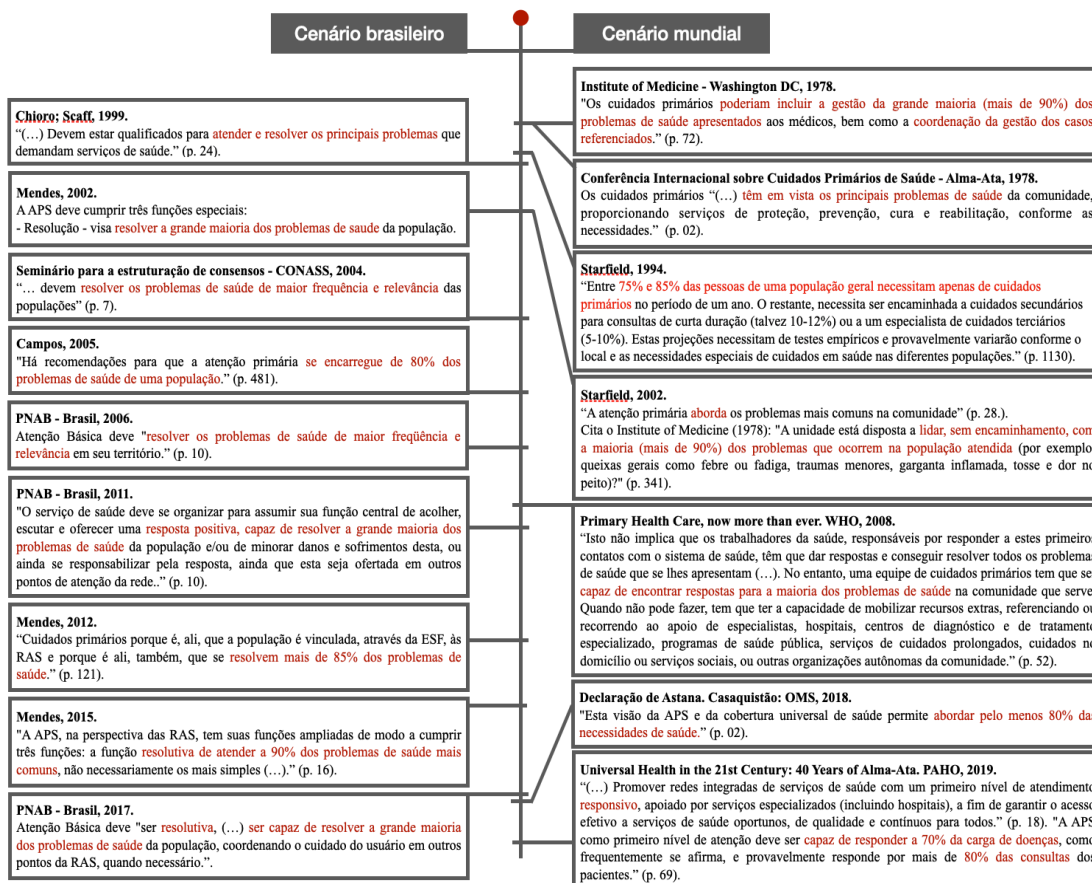
No âmbito das ações e serviços de saúde, a resolubilidade corresponde ao ato de dar solução efetiva a algo que constitui um problema de saúde, de modo que, o conjunto de ações que o usuário irá experienciar nos serviços deverá provocar efeitos benéficos que alterem a problemática individual ou coletiva identificada. É a plena utilização de capacidades e recursos para atingir o melhor desfecho possível, a resposta satisfatória ao indivíduo ou grupo populacional que procura determinado serviço (Rezende, 2010; Degani, 2002; Oliveira, 2017). Assim, considera-se neste

ensaio que a resolubilidade constitui a própria medida da efetividade na resolução de problemas de saúde.

A este respeito, cabe destacar que os níveis de atenção à saúde assumem diferentes funções na rede de atenção à saúde (RAS), uma divisão fundamental para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança, estruturada por meio de arranjos produtivos que variam do nível de menor densidade tecnológica - a APS, ao de densidade tecnológica intermediária – atenção secundária, até o de maior densidade tecnológica – atenção terciária (Brasil, 2010).

Nesse sentido, enquanto no mundo a função da APS na RAS no que diz respeito à resolução de problemas de saúde se refere em grande parte a "ser capaz de dar resposta", no Brasil essa função se consolida atrelada à noção de resolução, modificando sua interpretação (Brasil, 2020). A Figura 1 resgata a cronologia de narrativas sobre a função da APS no que tange à resolução de problemas e que sustentam a atual utilização do conceito de resolubilidade.

Figura 1 (Artigo 2) – Cronologia de narrativas sobre a função da APS na resolução de problemas de saúde.



Fonte: Produção das autoras.

Chama atenção o percentual atribuído como meta a essa função da APS, que torna as variações verificadas no conceito de resolubilidade no mundo e no Brasil ainda maiores. Entre ser capaz de responder a 70% da carga de doenças (Paho, 2019), se encarregar de 80% dos problemas de saúde de uma população (Campos, 2005), resolver mais de 85% dos problemas de saúde (Mendes, 2012) e lidar com mais de 90% dos problemas que ocorrem na população atendida por determinada equipe de saúde (Institute of Medicine, 1978; Starfield, 2002), há diferenças em tese sutis e na prática substanciais. Fica a impressão de que as narrativas se transformaram ao longo do tempo para justificar caminhos e escolhas adotados para a APS no Brasil, mais do que para acompanhar o que se mostra nas evidências sobre a APS e que o mundo aplica.

Outra fragilidade que se verifica no conceito de resolubilidade na APS é sua polissemia. A depender de quem avalia e de qual conjunto de dimensões do conceito considera, é possível concebê-lo a partir de diversas abordagens, mais ou menos abrangentes, sem que uma predomine sobre as outras, incorrendo no risco de relativismo. Inconsistências terminológicas e potenciais confusões conceituais levam também ao risco de reducionismo, por permitir a difusão de abordagens restritivas que considerem dimensões isoladas, uma vez que não há critérios mínimos estabelecidos para que um serviço/sistema seja considerado resolutivo (Turrini; Lebrão; César, 2008). Esses riscos podem comprometer a utilização do conceito de resolubilidade na APS na fundamentação de políticas e práticas, bem como na avaliação em saúde.

Ao adentrarmos esses conceitos, entendendo a resolubilidade como a efetividade na resolução de problemas de saúde e considerando a fragilidade conceitual que se verifica em torno da resolubilidade, buscou-se desenvolver uma explicação do conceito de efetividade na resolução de problemas, que fosse abrangente mas ao mesmo tempo passível de operatividade, a partir de um conjunto de dimensões-chave, reunidas numa proposta de modelo explicativo (Figura 2).

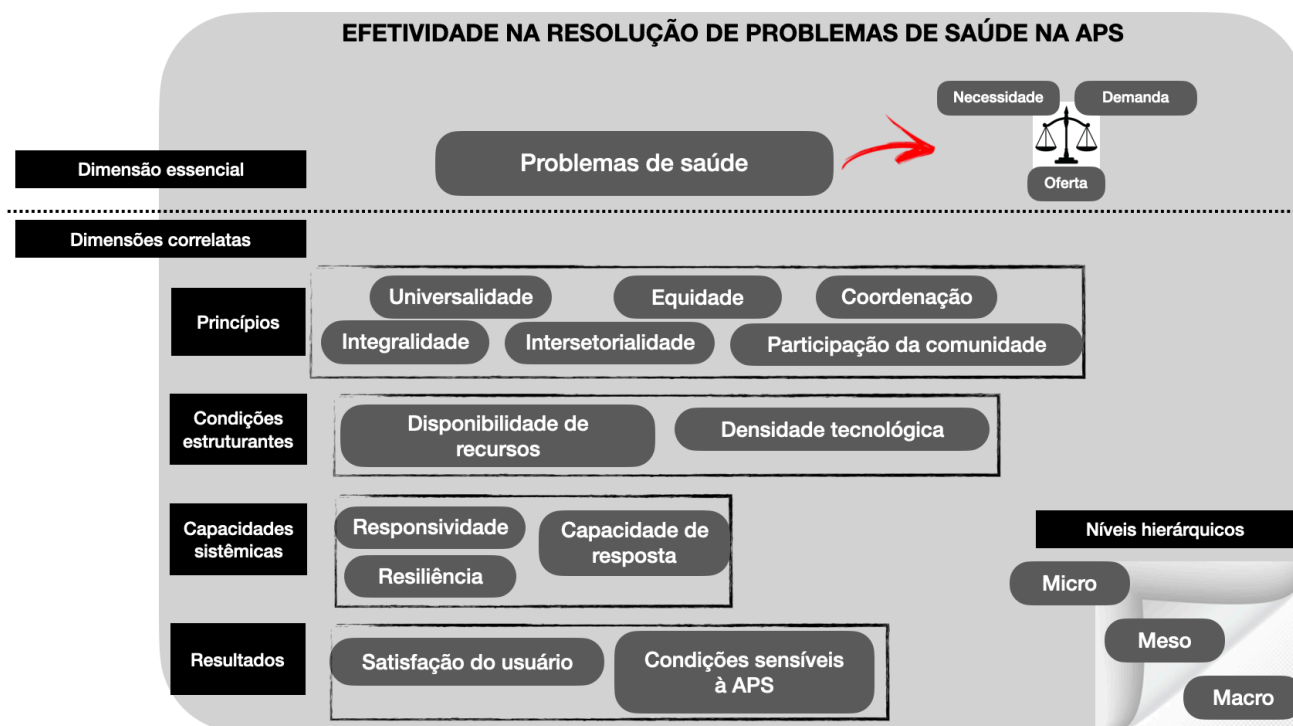
Salienta-se que cada dimensão-chave é definida a partir de diversos conceitos, neste ensaio abordados sinteticamente, sem detalhamentos e no que se relacionam especificamente com a efetividade na resolução de problemas.

A *dimensão essencial* foi assim denominada, porque sem ela é impossível entender o que se pretende atingir com a efetividade na resolução de problemas. Já as *dimensões correlatas* podem ajudar na diferenciação entre possíveis níveis de efetividade na resolução de problemas na APS, pois não são indispensáveis ao conceito estrito, mas estão presentes em maior ou menor grau, conjuntamente ou isoladamente, nos diversos sistemas e serviços de saúde, configurando características de uma APS resolutiva. Foi considerada *dimensão essencial* os problemas de saúde; e *dimensões correlatas*, os princípios, condições estruturantes, capacidades sistêmicas e resultados, aprofundando nuances diferenciais e a abrangência da efetividade na resolução de problemas.

Importante, ainda, reconhecer níveis hierárquicos de análise inter-relacionados na avaliação do desempenho dos serviços orientados pela APS, que acrescentam camadas de análise ao conceito que se deseja aprofundar, diferenciando como cada dimensão se expressa em diferentes níveis. O nível macrossocial envolve decisões políticas acerca dos direitos de acesso, coberturas, financiamento e a macrorregulação. O nível intermediário (meso ou de gestão), as atividades de suporte necessárias ao desempenho adequado das práticas de saúde, em que importam não apenas as decisões, mas principalmente a implementação de mecanismos operativos, como fluxos, suporte tecnológico, formação, comunicação e informação, e regulação profissional. Já no nível microssocial, ocorrem o cuidado, as relações interpessoais, com predomínio dos atributos relacionados a acesso, comunicação, informação e a efetividade da atenção (Conill; Fausto; Giovanella, 2010). É, portanto, no nível micro que boa parte das explicações sobre a efetividade na resolução de problemas pretende se centrar, embora reconhecendo as influências dos demais níveis.

A seguir serão descritas as dimensões-chave, com as respectivas relações e questionamentos para com a efetividade na resolução de problemas, conforme o modelo explicativo proposto.

Figura 2 (Artigo 2) – Modelo explicativo para a efetividade na resolução de



problemas de saúde na APS.

Fonte: produção das autoras.

## DIMENSÃO ESSENCIAL

### *Os problemas de saúde*

Os conceitos de saúde, doença e problemas de saúde, ao longo da história da humanidade, ganharam diferentes contornos. Numa concepção contemporânea, admite-se uma noção ampliada de processo saúde-doença, a partir das proposições de Canguilhem (2009) e das premissas defendidas em ocasiões de relevância para a saúde coletiva internacional e brasileira, a partir: das Declarações das Conferências Globais sobre Atenção Primária à Saúde, realizadas em 1978 em Alma-Ata e em 2018 em Astana, República do Cazaquistão; e na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 no Brasil.

Para Canguilhem (2009), a vida humana consiste num intenso debate dos indivíduos com o seu meio existencial, em que são convocados a enfrentar novas situações a todo momento e reagir a elas por meio de fugas, vazios, esquivamentos,

resistências, conflitos, conforme a margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as chamadas "infidelidades" do meio. Nessa perspectiva, os conceitos de normalidade e anormalidade, saúde e doença, oscilam dialeticamente ao longo das trajetórias de vida, num exercício permanente de modulação humana para a adaptação, em que a saúde envolve muito mais que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, envolve a capacidade de instituir novas normas sobre ele cotidianamente (Canguilhem, 2009).

Aliada a esta noção, acrescenta-se que a saúde resulta também de inúmeras condições, além daquelas fisiológicas, a que os seres humanos estão expostos e que influenciam nesse processo de modulação e adaptação dos indivíduos ao meio, determinadas principalmente pelo modo de produção da vida em sociedade. São elas as condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (Matta; Morosini, 2009; Degani, 2002).

Se é deste conjunto de variáveis complexas e da singularidade da resposta humana que surge a saúde, a doença está também diretamente relacionada a ele, como parte do mesmo processo, sendo considerada como a incapacidade do ser humano de ser normativo, ou seja, de reagir transformando o meio com novas normas, restando sua prisão a uma única norma, que é a da doença e seus desfechos naturais (Canguilhem, 2009).

As doenças, por sua vez, compõem os problemas de saúde, verdadeiras contingências inerentes à vida humana, carregadas de significação social, uma vez que as condições de vida e de trabalho em cada contexto histórico e social diferenciam a maneira pela qual os indivíduos e coletivos pensam, sentem e agem a respeito da sua saúde. São esses problemas de saúde as categorias passíveis de identificação por parte da atenção à saúde para nortear a organização dos serviços e das práticas profissionais (Degani, 2002).

Os problemas de saúde são contingências inerentes à vida humana que ocorrem conforme um conjunto de condições a que os indivíduos e coletivos estão expostos, determinadas principalmente pelo modo de produção da vida em sociedade, que influenciam em seus processos de modulação e adaptação ao meio, promovendo saúde ou doença. Essas condições diferenciam como as pessoas pensam, sentem e agem a respeito da sua saúde. Quanto maior a capacidade

explicativa das condições que interferem no estado de saúde, maior será a capacidade de formular alternativas de solução para necessidades e problemas em saúde (Canguilhem, 2009; Matta; Morosini, 2009; Degani, 2002; Silva; Batistella; Gomes, 2007).

O que é definido como problema varia em função da posição dos distintos sujeitos na estrutura das relações sociais, fazendo parte de sua visão de mundo, cultura, projetos políticos e utopias. As diversas metodologias existentes para a resolução de problemas, que seguem essa mesma lógica da intencionalidade, reúnem estratégias orientadas para que se atinja o melhor desfecho possível frente a esses problemas segundo as diferentes visões (Castellanos, 1997; Teixeira, 2002).

Há ainda que se diferenciar problemas de saúde, categoria genérica, de problemas de saúde pública, que envolvem critérios como: natureza, extensão, severidade e significância; carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causados pela condição; prevalência e impacto no nível individual e social; possibilidade de prevenção ou tratamento efetivo disponível; potencial epidêmico; entre outros. (Costa; Victora, 2006).

Adjacente aos problemas de saúde, seja em maior ou menor grau, reside a preocupação com a sua resolução. Historicamente, cada sociedade buscou de diferentes formas resolver seus problemas de saúde. Nas civilizações mais antigas, religiosos, místicos e filósofos supriam alguns dos problemas de saúde individuais, e os códigos sociais enumeravam medidas coletivas para minorar os efeitos dos problemas de saúde nas comunidades, bem como para tornar o ambiente menos hostil. O crescente aumento e diversificação dos problemas de saúde resultou no aparecimento e aperfeiçoamento das ciências da saúde, que assumiram um caráter profissional a partir do processo global de industrialização vivenciado a partir do século XVIII. Estreitamente ligado à lógica capitalista e à sua dinâmica histórica, emerge um verdadeiro mercado de bens e serviços de saúde, que funciona essencialmente segundo as leis da oferta e da procura pela resolução de problemas de saúde (Campos, 1969; Lanza; Campanucci; Baldow, 2012).

Na lógica de mercado da saúde, importante compreender que demanda é o que pode ser dimensionado a partir do volume de bens e serviços que a comunidade está disposta a adquirir a determinados preços, que pode ser espontânea, sentida a partir da manifestação direta de quem a gera, ou induzida, a partir de antecipações e

programações prévias à manifestação. Já a oferta corresponde à quantidade e variedade de bens e serviços que os ofertantes disponibilizam para consumo pela comunidade, mediante retribuição financeira. Demanda e oferta prescindem de uma relação de compra e venda, que depende da quantidade de renda que a comunidade dispõe para comprar e da "importância relativa" que atribui aos bens e serviços em questão, que pode estar de acordo com o que realmente necessita, ou representar apenas o que deseja esse grupo que pode pagar pelos bens e serviços (Campos, 1969).

Reconhecendo a importância cada vez maior da saúde como componente do bem-estar e fator de desenvolvimento, o Estado interfere de forma crescente ao longo dos tempos no processo de aquisição, manutenção e melhoria da saúde, bem como na oferta de um mínimo de serviços a que todos os indivíduos têm direito independentemente de sua capacidade aquisitiva própria. Essa intervenção estatal não é despretensiosa e tem relação com o seu papel na dinâmica do capitalismo global, mas é fato que não se dá por meio de relações usuais de compra e venda, e sim de direitos sociais, pautados em necessidades em saúde. Essas, por sua vez, são inerentes ao indivíduo e sua satisfação é imperativa, tanto para a sobrevivência da espécie, quanto para o perfeito funcionamento da sociedade. Manifestam-se em tipos e graus diferentes, conforme o modelo de organização social, e as formas de atendê-las variam conforme a intensidade da manifestação, o estágio de desenvolvimento da comunidade, o nível de percepção da necessidade pela população e a importância que assume para o bem-estar (Campos, 1969).

Essa ação do Estado como produtor de bens e serviços de saúde que não podem ser vendidos e comprados, coexistente ao mercado da saúde no sistema capitalista, enfrenta uma grande e essencial limitação: os recursos públicos destinados à satisfação das necessidades em saúde são sempre limitados, concorrem ainda com outros setores da administração pública e são insuficientes para que se consiga prover uma atenção à saúde comprometida com a resolução integral das necessidades em saúde das populações. O objetivo do Estado nesse contexto, então, é que o desenvolvimento e o bem-estar sejam alcançados por meio de ações e serviços de saúde pública com a maior qualidade possível e ao menor custo (Campos, 1969), limitando as possibilidades de incorporação de políticas

universais para a reversão de desequilíbrios sociais (Santos *et al.*, 2007; Mendes; Carnut, 2018).

A racionalização na aplicação de recursos públicos é condição indispensável para que este objetivo seja alcançado e a atenção à saúde pública deve, não apenas satisfazer os aparentes desejos da comunidade, mas também contribuir de forma incisiva para a obtenção do máximo de bem-estar, sabendo que existem necessidades conscientes por parte de quem as tem e outras inconscientes, fruto dos modos de viver e adoecer socialmente determinados, e ambas podem ou não ser técnica e socialmente justificadas. Cabe, então, ao profissional de saúde:

Identificar, quantificar e valorizar a soma total de necessidades, a parcela já satisfeita e o “déficit” existente. Além disso, é de sua responsabilidade programar ações que, além de atender ao “déficit” presente e futuro, aumentem a eficiência do sistema e eliminem progressivamente as necessidades não justificadas (Campos, 1969, p. 80).

A demanda não pode ser aceita como indicador de necessidades, uma vez que ela é afetada por inúmeros fatores, entre os quais o desejo de lucro por parte do empresário privado, a percepção deficiente por parte do usuário e as decisões nem sempre racionais por parte dos demais ofertantes de serviços de saúde. A alternativa é estabelecer mecanismos adequados para identificar, tanto os níveis de saúde, como as suas causas reais, para então definir as verdadeiras necessidades em saúde e priorizar as que podem ser satisfeitas pela atenção à saúde por parte do Estado (Campos, 1969).

A oferta, por sua vez, pode estar vinculada em maior ou em menor grau com as necessidades em saúde, dependendo de aspectos como: a parcela da renda nacional destinada à saúde em um mecanismo de confrontação intersetorial; a qualidade operacional das instituições; as pressões da comunidade; a importância que a saúde adquire como “insumo crítico” em determinadas fases do processo de desenvolvimento; o progresso técnico-médico e a difusão da inovação em saúde (Campos, 1969; Zucchi; Nero; Malik, 2000).

Ante ao exposto, evidencia-se o quão complexa é a relação entre necessidade, demanda e oferta quando se pretende atingir a efetividade na resolução de problemas de saúde como produto de um sistema integrado. Além da limitação de recursos públicos, outro desafio é relacionado à concepção ampliada de saúde e como os serviços precisam responder a uma ampla gama de necessidades.

Torna-se imprescindível a atuação de equipes multiprofissionais suficientes em número, variedade de categorias e distribuição no território, bem como a suficiência de recursos estruturais, materiais, diagnósticos e terapêuticos envolvidos na prestação dos serviços de atenção à saúde, todos esses de difícil garantia no contexto do Estado capitalista (Turrini; Lebrão, César, 2008).

Existem, ainda, diferenças para captar necessidades em saúde, que podem ser identificadas por meio de análises e procedimentos objetivos, e problemas de saúde, definidos a partir da subjetividade individual e coletiva dos atores sociais em seus espaços cotidianos, envolvendo intencionalidade e escolha de prioridades sanitárias, demandando abordagens mais complexas para identificação. Também é difícil para mensurar objetivamente a demanda por serviços de saúde, sendo a procura por serviços frequentemente caracterizada de forma reducionista por variáveis biológicas e subjetivas. Entre a subjetividade do portador da necessidade e a legitimação dessa necessidade por quem a atende, a realidade biológica da doença tal como identificada pelo profissional de saúde pode não corresponder à realidade e necessidade de quem sofre da doença (Santos; Penna, 2013).

## **DIMENSÕES CORRELATAS**

### ***Princípios***

A APS brasileira tem como princípio básico a universalidade do acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção à saúde, que deve acolher as pessoas, promovendo vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (Brasil, 2017).

O acesso está relacionado à capacidade de um grupo social para buscar e obter atenção, e pode ser caracterizado a partir de cinco aspectos. O primeiro diz respeito à disponibilidade, que tem a ver com a relação física/geográfica entre os serviços e o indivíduo que deles necessita, como distância e opções de transporte, bem como tipo, abrangência, qualidade e quantidade de serviços disponíveis. O segundo a capacidade financeira, é a relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos usuários ou de seguros de saúde. O

terceiro faz referência à informação, ou o grau de assimetria entre o conhecimento do usuário e do profissional de saúde. O quarto é a aceitabilidade e está relacionada à natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais. O quinto é a adequação funcional, entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar usuários e a capacidade/habilidade destes em acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos (Giovannella; Fleury, 1996; Sanchez; Ciconelli, 2012; Assis; Jesus, 2012).

Já a integralidade, outro princípio da APS, pode ser entendida por três acepções. A primeira, como característica de boas práticas em saúde, resposta ao sofrimento de quem procura o serviço de saúde e um compromisso para que essa resposta não seja reduzida à dimensão biológica, que considere o ser humano como um todo complexo e seu processo saúde-doença de forma ampliada. Envolve utilizar promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, redução de danos, entre outras possibilidades de ação para atender a uma ampla gama de necessidades em saúde. A segunda acepção está ligada ao modo de organização das práticas em saúde e à extensão com que os serviços de saúde abordam as necessidades da população, superando a fragmentação e a hierarquização dos conhecimentos, das práticas profissionais e do próprio sistema de saúde. A terceira acepção, relativa à definição de políticas, diz respeito à forma como os governos respondem a problemas de saúde específicos, considerando também a concepção ampliada de saúde (Starfield, 2002; Pinho *et al.*, 2007).

A respeito da equidade, considera-se que as diferenças na ocorrência de doenças e eventos relativos à saúde são mediadas social e simbolicamente, refletindo interações entre diferenças biológicas e distinções sociais, por um lado, e diferenças na distribuição de recursos e iniquidades sociais por outro, expressando-se em desigualdades desnecessárias, evitáveis, incorretas e injustas em saúde. Equidade é, então, a justiça em oportunizar a distribuição da atenção à saúde e seus benefícios entre a população, reconhecendo-se o direito e também as necessidades em saúde de cada um (Vieira-da-Silva; Almeida Filho, 2009; Albrecht; Rosa; Bordin, 2017).

A participação da comunidade é outro princípio que pretende estimular uma lógica centradas nas pessoas e no exercício do controle social, na orientação

comunitária das ações de saúde na APS e na competência cultural no cuidado, como forma de ampliar autonomia e capacidade na construção do cuidado à própria saúde por parte das pessoas e coletividades (Brasil, 2017).

A intersectorialidade envolve ações intencionais por meio das quais atores sociais estratégicos esperam alcançar determinados efeitos em situação de cooperação e/ou conflito uns com os outros. Parte do princípio de que o setor saúde sozinho é incapaz de solucionar todas as necessidades e demandas de saúde das populações, especialmente considerando-se o conceito ampliado de saúde atualmente adotado. Assim, para a resolubilidade da atenção à saúde, é necessária a articulação deste com outros setores, principalmente no âmbito da APS, nível que se espera ser mais próximo de onde as pessoas vivem e adoecem, e das potenciais parcerias para a resolução de problemas (Ferreira; Silva, 2005; D'Águiar, 2001; Canguilhem, 2009; Matta; Morosini, 2009; Degani, 2002).

A coordenação do cuidado é outro princípio que caracteriza a continuidade assistencial e tem, pelo menos, três níveis possíveis de aceitação: a relação profissional/usuário (vínculo longitudinal); o uso de informação; e a gestão por diferentes profissionais das respostas às necessidades dos pacientes (gestão da clínica) (Conill; Fausto; Giovanella, 2010).

Todos esses princípios têm relação com a abrangência da efetividade na resolução de problemas, como orientadores do que se deseja atingir e que dependem dos compromissos estabelecidos pelos sistemas com a saúde da população: princípios mais abrangentes impõem mais quesitos a serem atingidos e, portanto, padrões mais elevados e maior dificuldade para que se possa caracterizar uma APS como resolutiva; por outro lado, favorecem a garantia da saúde como um direito social.

### ***Condições estruturantes***

Essa correlação envolve, além de princípios, as condições para a adequada prestação dos serviços e a resolubilidade na APS, entre as quais se incluem a disponibilidade de recursos – materiais, humanos, diagnósticos, terapêuticos e organizativos, e a densidade tecnológica (Turrini; Lebrão; César, 2008).

Destacam-se alguns desses recursos como fundamentais, sendo o mais importante deles o humano, a força de trabalho. Na APS, as tecnologias empregadas são de menor densidade e maior complexidade, uma vez que se utilizam de recursos de baixo custo no que diz respeito a equipamentos diagnósticos e de apoio terapêutico, e incorporam instrumentos tecnológicos advindos das ciências da saúde, sociais e humanas na compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e individual. Esses conhecimentos complexos fundamentam o trabalho de equipes multiprofissionais, que têm a responsabilidade de operar mudanças significativas nas práticas de saúde para que ocorra a efetiva implementação de um modelo de atenção à saúde orientado pela APS. Por isso, consta entre os maiores desafios do SUS o planejamento da oferta de recursos humanos para a APS e da formação profissional com ênfase nas especificidades da APS como condições para uma APS resolutiva (Souza; Hamann, 2009; Tasca *et al.*, 2020).

Dentre as tecnologias de menor densidade e maior complexidade, é bastante popular o Acolhimento, presente no ato de realizar a escuta qualificada e comprometida das demandas apresentadas pelos usuários (Brasil, 2013), e fundamentado na Humanização, que busca valorizar e aprimorar as ações desenvolvidas no processo de produção da saúde por profissionais, gestores e usuários, estimulando novos modos de fazer e organizar as práticas (Brasil, 2006).

Com crescente relevância na última década, as tecnologias virtuais para teleeducação, teleassistência (teleconsultas, telediagnóstico, teleconsultoria, segunda opinião formativa), entre outras, despontam como meios para viabilizar uma APS resolutiva, a partir da expansão de ações e serviços para localidades mais remotas, que antes não tinham acesso ou tinham acesso precário por diversas barreiras (culturais, socioeconômicas, geográficas, organizativas, etc). Parte do sistema de apoio da Rede de Atenção à Saúde, essas tecnologias são capazes de produzir ajustamento entre pares e de racionalizar a demanda por meio da melhoria do acesso, além do potencial para reformar, transformar e organizar o sistema de saúde, com redução dos custos e ganhos na qualidade, ampliação do acesso e aumento na satisfação do usuário, integrando a tomada de decisão clínica e gerencial, e os fluxos de informações, promovendo aumento da resolubilidade na APS (Herzheim *et al.*, 2019).

Já a regulação em saúde, parte da função essencial do Estado, é uma tecnologia que envolve regras e padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação de serviços de alta relevância e qualidade para a sociedade, mantendo-se suas diversas funções operativas dentro de balizas ou limites predeterminados para garantir que o sistema atinja seus objetivos essenciais. A microrregulação implica na articulação e prática de mecanismos estratégicos de gestão que podem se estabelecer em bases sociais públicas, como as defendidas no processo da Reforma Sanitária Brasileira, ou em bases políticas corporativas, tecnocráticas, ou ainda sintonizadas com os interesses privados do mercado. Já a microrregulação refere-se a um olhar diretamente para a assistência, com recorte operacional e instrumental. A regulação é importante no processo de organização das referências e contra-referências no sistema e, portanto, no equilíbrio entre o que deve ser resolvido na APS ou nos demais níveis de atenção (Farias *et al.*, 2011).

Não à toa, alguns aspectos da regulação são frequentemente utilizados para avaliar a resolubilidade, embora isoladamente não sejam suficientes para conclusões relacionadas à APS, pois consideram dados de outros pontos de atenção e refletem, na verdade, a resolubilidade da rede de atenção à saúde (Rehem *et al.*, 2012; Mendonça *et al.*, 2017).

As condições estruturantes, assim como os princípios, têm relação com a abrangência da efetividade na resolução de problemas na APS, mas também e principalmente com a capacidade para atingi-la: situações em que essas condições são garantidas possibilitam e/ou catalisam a efetividade.

### **Capacidades sistêmicas**

Para a efetividade na resolução de problemas de saúde na APS, importante mencionar algumas capacidades que são desejáveis aos sistemas de saúde, a saber: a capacidade de resposta, a responsividade e a resiliência. Diferenciá-las é preciso, pois em muitas situações esses conceitos são aplicados de forma confusa, intercambiável, quando não o são.

A resolução de problemas configura apenas um desfecho dentre vários possíveis na atenção à saúde. Na perspectiva da capacidade de resposta, que envolve selecionar e recomendar os melhores percursos diagnósticos e terapêuticos

de ação para determinado indivíduo ou coletivo, fica claro que responder nem sempre significa resolver, mas propor as melhores opções levando em conta que uma boa capacidade de resposta é favorável para melhorar a valorização dos serviços de saúde pela população (Gérvas; Mena; Mainar, 2007).

A título de exemplo, tomando-se o recorte da Atenção Primária à Saúde, são quatro os desfechos que devem ser considerados na análise da capacidade de resposta: promoção da saúde e prevenção de doenças; resolução (cura, contenção, cuidado, ajuda, conforto); encaminhamento (filtro para outros níveis de atenção); e coordenação (continuidade do cuidado pela rede de atenção). Para isso, o apoio de uma gestão adequada é central para modular a capacidade de resposta dos serviços (Buss, 2000; Gérvas; Mena; Mainar, 2007).

Nesse sentido, a narrativa de que a APS deve "ser capaz de resolver" a maior parte dos problemas de saúde de uma população pode ganhar muito mais coerência na perspectiva da capacidade de resposta - de "ser capaz de responder", entendendo que pode ou não envolver a dimensão da resolução de problemas. Pois é fácil se comprometer em resolver problemas ao lidar com um conjunto de demandas e necessidades bem definidas, como é possível, por exemplo, na iniciativa privada. Já no contexto da política pública de saúde, particularmente em sistemas universais, esse conjunto é definido a partir de princípios e diretrizes muito abrangentes e inclusivos, na lógica da proteção social e do direito universal à saúde, com financiamento público, restrito e aquém do necessário para o funcionamento dos serviços. Nesse contexto, como definir um conjunto de ações e serviços que não exclui grupos populacionais ou certas necessidades em saúde? Por outro lado, sem um conjunto definido, como se comprometer em resolver problemas e atingir os princípios e diretrizes tão amplos?

Na perspectiva da responsividade, a avaliação da qualidade de serviços de saúde deve se pautar na ótica do usuário, fundamentando-se nos pilares da aceitabilidade, ou a adaptação dos cuidados em saúde aos desejos, expectativas e valores do paciente e sua família (Donabedian, 1990). Consiste na capacidade de resposta e objetivo fundamental dos sistemas em antecipar e se adaptar às necessidades existentes e futuras para melhores resultados de saúde. Está centrada na experiência das pessoas com o sistema, a partir dos elementos: dignidade, autonomia, confidencialidade, pronto atendimento, qualidade das amenidades,

acesso a redes de apoio social e escolha do prestador de serviço (Mirzoev; Kane, 2017). É nesse ponto que esse conceito se diferencia da resolubilidade, que considera, além da experiência das pessoas, outras dimensões de avaliação da qualidade relacionadas aos serviços e ao sistema.

A perspectiva da resiliência diz respeito ao quanto sistemas, agentes e instituições de saúde, bem como populações, são capazes de se preparar para responder a choques, motivados pela redução abrupta de recursos financeiros para a área em contextos de crises econômicas, medidas de austeridade fiscal e/ou pelo rápido aumento da demanda assistencial, por exemplo diante de eventos catastróficos. Essa capacidade envolve a manutenção das funções essenciais do sistema sem alterar resultados em saúde, bem como a capacidade de se reorganizar em função de lições apreendidas (Massuda *et al.*, 2021). Quanto maior a resiliência, maior será a possibilidade de que esses choques não interfiram nos resultados em saúde e que novas necessidades e demandas sejam incorporadas de forma adequada, portanto maior será a resolubilidade, mas são conceitos distintos.

## **Resultados**

Para a avaliação de resultados relacionados à efetividade na resolução de problemas na APS, alguns dos indicadores mais tradicionais são a satisfação do usuário e os atendimentos ou internações por condições sensíveis à APS.

A satisfação do usuário, assim como a responsividade, contribui para a avaliação da qualidade de serviços de saúde na perspectiva do usuário, porém com enfoque no resultado, e não na capacidade do sistema. Pode ser definida como uma situação psicológica, resultado de expectativas e sentimentos prévios e posteriores à utilização do serviço sobre sua qualidade, ou a percepção do usuário sobre os serviços de saúde. É importante para a melhoria dos resultados do cuidado, com base em relacionamentos consistentes entre profissional e usuário, na identificação de pontos críticos do processo saúde-doença, em melhor adesão e continuidade do cuidado. Por isso, constitui um indicador da qualidade da APS e do desempenho dos cuidados de saúde (Albalushi *et al.*, 2012; Fariño *et al.*, 2018).

Na década de 80, algumas vertentes mais tradicionais definiam a resolubilidade a partir da resolução de problemas aliada à satisfação do usuário,

mas atualmente esse entendimento extrapola essas dimensões, considerando principalmente o viés de subjetividade, pois são desconhecidos os critérios que a pessoa utiliza para definir a qualidade do serviço e inúmeros aspectos podem influenciar sua percepção (Turrini *et al.*, 2008). Essa limitação pode ser atenuada a partir da utilização de instrumentos multidimensionais de avaliação da satisfação do usuário, bem como da compreensão da satisfação como um quesito de avaliação da qualidade de serviços de saúde na perspectiva do usuário, que deve ser considerada em conjunto com outras dimensões.

Indicadores que monitoram atendimentos ou internações por condições sensíveis à APS são também amplamente utilizados para avaliar a resolubilidade deste nível de atenção, embora haja evidências de que esse indicador isolado não é suficiente para avaliar a efetividade do cuidado na APS, sendo necessárias medidas adicionais (Rehem *et al.*, 2012; Mendonça *et al.*, 2017). Uma recomendação para aprimorar sua utilização seria escolher condições/doenças baseadas na sensibilidade e especificidade, ao invés da frequência, considerando características geográficas, sociodemográficas, modelo de cuidado, estrutura e organização dos processos de trabalho e gestão nas unidades (Nedel *et al.*, 2011).

O mesmo se pode considerar quanto à medição da resolubilidade na APS. À título de exemplo, o Plano Nacional de Saúde (Brasil, 2020) considerou entre os objetivos estratégicos para o período de 2020 a 2023, “*promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada*”, a partir do desempenho de um conjunto de 24 indicadores. Entre eles, estão indicadores que medem desde a ampliação da cobertura da APS e ocupação de vagas em programas de provimento médico federal, até as medidas de mulheres com exame citopatológico de rastreamento realizado no ano, pessoas com diabetes com exame de hemoglobina glicada avaliado na APS, e medidas de mortalidade materna e neonatal.

Assim, em consonância com a multiplicidade de dimensões a serem consideradas no conceito de efetividade na resolução de problemas de saúde na APS, até o momento não se pode considerar um indicador único, muito menos com o enfoque específico de resultado, capaz de medi-la. É preciso reunir indicadores de diversas naturezas (estruturas, processos e resultados).

## Considerações finais

O presente ensaio buscou aprofundar sobre o conceito de resolubilidade, cada vez mais utilizado no Brasil e no contexto da APS, particularmente, considerando-o como uma medida da efetividade na resolução de problemas de saúde.

A multiplicidade de conceitos relacionados à efetividade na resolução de problemas de saúde na APS pode levar a confusões teóricas, sendo provável que hajam dificuldades para operacionalizar instrumentos de avaliação estratégicos e que atendam às necessidades dos sistemas. Além disso, a complexidade e abrangência do conceito eleva os padrões a níveis quiçá inatingíveis, que podem servir como horizonte teórico, mas dificilmente como metas concretas.

Interroga-se, a partir dessa discussão, se o enfoque conforme o modelo explicativo proposto neste ensaio é suficiente ou sequer possível de ser adotado para embasar uma avaliação mais coerente dos compromissos estabelecidos em relação à qualidade do desempenho da APS.

De todo modo, defende-se que a resolubilidade, no campo da avaliação em saúde, seja substituída por conceitos mais consolidados e precisos, no âmbito dos sistemas de saúde, como capacidade de resposta e, no âmbito do cuidado, como efetividade na resolução de problemas, para melhor instrumentalizar a busca por resultados na APS e possibilitar comparações internacionais.

## REFERÊNCIAS

ALBALUSHI RM, MOHAMMAD-REZA S, ALI-ASGHAR K. Clients' satisfaction with primary health care in muscat. *Int J Prev Med*. 2012; 3(10):713-17. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3482999/> Acesso em: 23 jun 2022

ALBRECHT CAM, ROSA RS, BORDIN R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde Soc*. São Paulo, 26(1):115-28, 2017.

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. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt>

ANGLEMYER A, HORVATH HT, BERO L. Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, 2014.

ASSIS MMA, JESUS WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2865-75, 2012. <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?format=pdf&lang=pt>

BANCO MUNDIAL. 2019. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf> Acesso em: 13/12/2021.

BITTON A, RATCLIFFE HL, VEILLARD JH, KRESS DH, BARKLEY S, KIMBALL M, et al. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med*. 2017; 32(5):566–71. DOI: 10.1007/s11606-016-3898-5

BITENCOURT GR, SANTANA RF, MENEZES AK, CIMADOR F, DELVALLE R. Fundamentos filosóficos e conceitos da classificação de resultados: contribuições na avaliação de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 10(Supl. 5):4336-42, 2016.

BRANDÃO JRM. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(J):e00178217. DOI: 10.1590/0102-311X00178217

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. Material de apoio. 3. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed. 1. reimp. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)

BRASIL. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

BRASIL. Portaria de Consolidação no 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)

BRASIL. Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasfuncoesab>. Acesso em: 6 out 2020.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília, 2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_2020\\_2023.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf) Acesso em: 23 jun 2022.

CAMPOS GWS. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2005; 8(4):477-83. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000400018>

CAMPOS O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. Rev. Saúde Pública, 3(1), 1969. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VrMyT8fB37kW8Xw5LxF4y7N/?lang=pt> Acesso em: 23 jun 2022.

CANGUILHEM G. O normal e o patológico. 6. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CASTELLANOS PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB. (Org.) Saúde e Movimento: condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

CHAMPAIGNE, FA. (2003). Patient-centered healthcare: From theory to practice. *Journal of Healthcare Management*, 48(6):365-78.

CHAVES ACC, SCHERER MDA, CONILL EM. O que contribui para a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde? Revisão integrativa da literatura, 2010-2020. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2023/Jan). [Citado em 12/06/2023]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-que-contribui-para-a-resolubilidade-na-atencao-primaria-saude-revisao-integrativa-da-literatura-20102020/18645>

CHIORO A, SCAFF A. Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3\\_ChioroA.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf) Acesso em: 07 set 1999.

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 Mater. Infant.* 10 (suppl 1), 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/4YCBx5b7CHGzTFDxzH3qhTb/?lang=pt#> Acesso em: 23 jun 2022.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. Caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília: CONASS, 2004 (CONASS documenta, 2).

COSTA JSD, CG Victora. O que é “um problema de saúde pública”? *Rev Bras Epidemiol*, 9(1): 144-51, 2006.

D’AGUIAR JMM. O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ). 2001. 147p. Dissertação (mestrado em saúde pública). ENSP-Fiocruz: Rio de Janeiro, 2001.

DEGANI VC. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

DONABEDIAN A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114:1115-8, 1990.

FACCHINI L, THUMÉ E, NUNES BP, et al. Governance and health system performance: national and municipal challenges to the Brazilian Family Health Strategy. *Governing health systems: for nations and communities around the world*. Brookline: Lamprey & Lee; 2015.

FACCHINI LA, TOMASI E, DILÉLIO AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 208-23, 2018.

FACCHINI LA, TOMASI E, THUMÉ E (Org). Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. Organizadores: – São Leopoldo: Oikos, 2021.

FARIAS SF, GURGEL Júnior GD, COSTA AM, Brito RL, BUARQUE RR. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1043-53, 2011.

FARIÑO CJE, ELSA VLF, MANCERO AGC, DONOSO APV, NORIEGA MJL, JIMÉNEZ DGS. Satisfacción de usuarios y calidad de atención en unidades primarias de Salud de Milagro. *Revista científica INSPILIP*, 2(2):2-25, 2018. Guayaquil, Ecuador.

FERREIRA VSC, SILVA LMV. Intersectorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ ZMA, SILVA LMV (orgs). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 103-50.

GÉRVAS J, MENA OP, MAINAR AS. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputaci[on professional, algo más que buen trabajo clínico. Med Clin (Barc). 128(14):540-4, 2007. Disponível em: <http://www.doyma.es> Acesso em: 03/12/2021.

GIOVANELLA L, FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: Eibenschutz C (org). Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 312 p.

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, BUSS PM, FLEURY S, GADELHA CAG, GALVÃO LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cad Saúde Pública. 2019; 35(3):e00012219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>

HARTZ ZMA, Silva LMV. da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, 2005. 275 p.

HARZHEIM E, CHUEIRI PS, UMPIERRE RN, GONÇALVES MR, SIQUEIRA ACS, D'AVILA OP, et al. Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. Rev Bras Med Fam Comunidade. 14(41):1881, 2019. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1881](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1881) Acesso em: 23 jun 2022.

Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study. Washington, DC: The National Academies Press, 1978. <https://doi.org/10.17226/9932>. Acesso em: 23 mai 2023.

Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US), 2001.

LANZA LMB, CAMPANUCCI FS, BALDOW LO. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. Rev. katálysis, 15 (2), 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/NjmGnP3tTDkwFgT7KX9cm5x/?lang=pt> Acesso em: 13/05/2021.

LOHR KN. Qualith of Care. In: Medicare: a Strategy for Quality Assurance, Volume II: sources and methods. Washington (DC): National Academies Press (US), 1990. Disponível em: <https://www.nap.edu/read/1548/chapter/6> Acesso em: 12/05/2021.

MASSUDA A, MALIK AM, VECINA Neto G, TASCAR R, Ferreira Junior WC. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. Cad. EBAPE.BR, 19(Ed. Especial), Rio de Janeiro, 2021. Matta GC, Morosini MVG. Atenção à saúde. disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html> Acesso em: 05 jun 2022.

MENDES EV. Atenção Primária à Saúde. Mimeo, 2002.

MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)

MENDES EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015. <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>

MENDES A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. Saúde Soc. São Paulo, 27(4):1105-19, 2018. 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 Plan, 1;32(10):1368-74, 2017. doi: 10.1093/heapol/czx103.

MERCHÁN-HAMANN E, TAUJIL PL, COSTA MP. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. Inf. Epidemiol. Sus [Internet], 9(4):276-84, 2000. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16732000000400006&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000400006&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732000000400006>.

MIRZOEV T, KANE S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. BMJ Glob Health, 2:e000486, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000486> Acesso em: 23 jun 2022.

NEDEL FB, FACCHINI LA, BASTOS JL, MARTÍN-MATEO M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1145-54, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700046>

OLIVEIRA IPRM. Resolubilidade do cuidado oftalmológico em centro de atendimento secundário sob a ótica dos pacientes diabéticos e não diabéticos. Dissertação

(mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2017.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata. 6-12 de setembro de 1978. URSS. < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em: 10/01/2023.

Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025: Equidade, o coração da saúde. Washington, 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52968/9789275722756\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52968/9789275722756_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y) Acesso em: 23 jun 2022.

Pan American Health Organization (PAHO). Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata. Report of the High-Level Commission, Pan American Health Organization. Washington, 2019.

PETEAN E, ARAÚJO LFS, BELLATO R, WUNSCH CG. Trajetória de busca por cuidado na vivência do evento traumático e sua cronificação. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1257-1268, 2013.

PINHO LB, KANTORSKI LP, SAEKI T, DUARTE MLC, SOUSA J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Rev Eletron Enferm. 2007; 9(3):835-46.

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. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1377-1388, 2016.

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 [Internet], 21(3):535-42, 2012. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300007>

REZENDE VA. A resolutividade na Atenção Básica: uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso, Programa de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

SANCHEZ RM, CICONELLI RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260-8. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>

SANTOS TVC, PENNA CMM. Demandas cotidianas na Atenção Primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. Texto Contexto Enferm, 22(1):149-56, 2013.

SILVA JPV, BATISTELLA C, GOMES ML. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F. (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SOUSA MF, HAMANN EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl.1):1325-35, 2009.

STARFIELD B. Is primary care essential? *The Lancet*, 344(8930):1129-33, 1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)

STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4> Acesso em: 23 jun 2022.

TEIXEIRA CF. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: Teixeira CF, Paim JS, Villasbôas AL. (Orgs.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2002.

TURRINI RNT, LEBRÃO ML, CESAR CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública*, 24(3):663-674, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/L5hWNRbQx6g7DYGM8NHgKBb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 23 jun 2022.

VIEIRA-DA-SILVA LM, ALMEIDA Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, 25 (suppl 2), 2009.

VIACAVA F, UGÁ MAD, PORTO S, LAGUARDIA J, MOREIRA RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):921-934, 2012.

VUORI HV. *Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology*. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 1982.

World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever*. Geneva: WHO; 2008. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>

World Health Organization (WHO). Global Conference on Primary Health Care. Kazakhstan: WHO, 2018.

ZUCCI P, NERO CD, MALIK AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. Saude soc. 9(1-2), 2000.

## 7.2 ARTIGO 3 – Resolubilidade na APS: concepções e elementos críticos para a efetividade na resolução de problemas.

### INTRODUÇÃO

Primeiro ponto de contato dos usuários com o sistema de saúde, à Atenção Primária à Saúde (APS) cabe lidar com a maior parte dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade, possibilitando acesso, integralidade, coordenação do cuidado e longitudinalidade, com o uso de densidade tecnológica adequada para evitar intervenções desnecessárias e encaminhamentos para outros níveis de atenção (Starfield, 2002; Giovanella *et al.*, 2019; Almeida; Fausto; Giovanella, 2011).

A disponibilidade e a qualidade desses serviços, porém, muitas vezes, mostram-se insuficientes para atender às necessidades em saúde de indivíduos e comunidades (Almeida; Fausto; Giovanella, 2011), tendo surgido nos discursos institucionais e nas políticas de saúde contemporâneas a busca pela resolubilidade na APS.

Esse conceito, adotado principalmente em países da América Latina, sobretudo no Brasil, faz referência ao quanto a APS consegue ser efetiva na resolução de problemas de saúde, ou seja, que o conjunto de ações de saúde vivenciados pelos usuários nos serviços provoque efeitos benéficos que alterem a problemática individual ou coletiva identificada (Degani, 2002; Rezende, 2010; Oliveira, 2017). Implica também na plena utilização de capacidades e recursos para a redução de iniquidades, a partir da implementação de estratégias para a melhoria nos padrões de acesso e qualidade almejados, assim como nos resultados (Turrini; Lebrão; César, 2008), mantendo-se a sustentabilidade do sistema econômico (Banco Mundial, 2019; Paho, 2019).

Atingir a resolubilidade na APS, particularmente em sistemas públicos e universais, é um desafio, por diversas razões: subfinanciamento e a focalização de políticas que limitam a capacidade do Estado em prover políticas para atender às necessidades em saúde das populações; a ampla gama de necessidades em saúde a serem abordadas pelas equipes para que as populações atinjam um patamar de

saúde integral; a dificuldade para mensurar objetivamente os problemas de saúde que se almeja resolver; os múltiplos fatores que exercem influência sobre a resolubilidade. Nesse sentido, no que consiste e o que abrange uma APS resolutiva? Como favorecer a efetividade na resolução de problemas na APS? O presente artigo tem como objetivo identificar as concepções existentes sobre a resolubilidade na APS, bem como identificar os elementos críticos para o seu desenvolvimento, a partir de estudo qualitativo realizado no Distrito Federal (DF), Brasil.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, explicativo e analítico, desenvolvido no DF, no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – QualisAPS (Distrito Federal, 2019).

A abordagem qualitativa potencializa essa investigação para a compreensão do nível subjetivo e relacional da realidade social, por meio da história, do universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes dos mais diversos atores sociais (Minayo, 2013).

O QualisAPS, fruto de um convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde do DF (SES-DF) e a Escola Fiocruz de Governo, com participação da Universidade de Brasília (UnB), é um programa que objetiva aprimorar a gestão e os serviços oferecidos pela APS no DF, buscando contribuir para a consolidação da mudança do modelo de atenção tradicional para a Estratégia Saúde da Família (ESF). O Programa, fundamentado no método participativo, envolve usuários, profissionais de saúde e gestores, articulando ações de avaliação, qualificação profissional e comunicação, tanto científica como para o público em geral (Distrito Federal, 2019; Distrito Federal, 2023).

Participaram desta pesquisa 245 profissionais de saúde que atuavam nas equipes de saúde da família, sendo enfermeiros, cirurgiões dentista, médicos, técnicos de enfermagem e de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, assim como gestores das Gerências de Saúde da Atenção Primária (GSAP), gerentes e supervisores. Foram incluídos trabalhadores com no mínimo um ano de experiência

na APS, indicados pelas Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS), respeitados os critérios de contemplar todas as regiões de saúde e a diversidade das profissões.

A coleta de dados se deu por meio da triangulação das técnicas de pesquisa documental e grupos focais, favorecendo a revelação e minimização de vieses que poderiam advir da utilização de um único meio de coleta ou uma única população para estudo (Flick, 2009; Minayo; Assis; Souza, 2005).

A técnica do grupo focal consiste em mobilizar grupos de discussão sobre um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados, permitindo que o processo de interação favoreça descontração, trocas, descobertas e participações comprometidas (Ressel *et al.*, 2008). Indicada para compreender atitudes, preferências, necessidades, sentimentos, representações, ou pontos de vista sobre uma temática, ou mesmo quando se quer entender em profundidade um comportamento dentro de determinado grupo. Apropriada para investigar questões complexas no desenvolvimento e implementação de programas, como aspectos relacionados a dificuldades ou conflitos não claros ou pouco explicitados (Barbosa, 2012).

Foram realizados 20 grupos focais no ano de 2020, com 77 gestores e 147 profissionais da assistência, totalizando 224 participantes, divididos em três tipos: gestores, profissionais das eSF de nível superior e nível médio. Os grupos contaram com até 14 participantes, duração aproximada de duas horas e gravação de som. Os encontros convocavam a experiência pessoal de cada participante sobre sua atividade de trabalho, utilizando as questões norteadoras: "para mim, uma oferta de serviço de qualidade na APS é..."; e "Pensando nesse serviço de qualidade, como deve ser o trabalho da equipe, o trabalho dos gestores na sua unidade e a atenção aos usuários".

No ano de 2022, foram realizados dois grupos focais, com 21 participantes, com as mesmas categorias profissionais dos anteriores, sendo 8 gestores e 13 profissionais das eSF de nível superior e nível médio. Os grupos eram mistos, buscando o entrecruzamento das experiências das diversas profissões, e a temática central foi a resolubilidade, abordada segundo os achados encontrados na análise dos dados dos GF de 2020. A moderadora do grupo apresentou um esquema contendo as diversas concepções de resolubilidade encontradas e incentivou o

debate a respeito, lançando as seguintes questões: “o que é uma APS resolutive?”; “Você acrescentaria algo ao que está descrito?”, “Você deseja comentar/desenvolver/contestar algo?”. Na sequência, foram discutidos casos com situações vivenciadas no cotidiano da APS, com as seguintes questões norteadoras: “Qual(is) pode(m) ser o(s) problema(s) evidenciado(s) no caso e como seria possível resolvê-lo(s)? De quem é a responsabilidade por resolver esse(s) problema(s)?”; “Que recursos poderiam ser acionados neste caso para que o(s) problema(s) seja(m) resolvido(s)?”; e “Esses recursos estão disponíveis no seu cotidiano de trabalho?”.

Todos os grupos focais foram organizados e coordenados por pesquisadores da UnB.

A pesquisa documental utiliza métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos, registros que contêm recortes de realidades pretéritas, exprimem e demonstram presença e atividade humana, que utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos, trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

Na pesquisa documental, foram explorados 10 documentos de uso público, de âmbito local, tais como normativas legais e diretrizes operacionais da APS do DF. A seleção desses documentos levou em consideração o grau de relevância da norma ou diretriz para a organização da APS no DF, bem como aqueles que foram mais citados pelos participantes dos grupos focais.

Para o tratamento e análise qualitativa dos dados foi utilizado o *software* Atlas.ti® versão 9.0, que permite a inserção dos documentos de múltiplas fontes para organização de um banco de dados integrado. O software disponibiliza recursos para grifo de citações, codificações, comentários, notas e para a construção de redes de correlações (Pires *et al.*, 2019). O material foi identificado com um número correspondente à ordem e ao ano de realização: grupos focais GF1\_2020 a GF20-2020, GF1\_2022 e GF2\_2022; e documentos ID1 a ID10. Foi realizada a transcrição integral dos grupos focais e dos 10 documentos da pesquisa documental, posteriormente inseridos no Atlas.ti® como *primary documents* em formato de pdf.

Após a leitura na íntegra dos documentos públicos selecionados e registros dos grupos focais, para a análise de dados, utilizou-se triangulação. A análise das

concepções e dos elementos teve como base os referenciais da resolubilidade, da APS e da ergologia. Foram definidas palavras-chave que guiaram a busca nos *primary documents*, a partir de diferentes aportes da literatura - resolubilidade: *resolubilidade, resolatividade, resolutivo(a), resolver, resposta e efetividade* (Degani, 2002; Rezende, 2010; Oliveira, 2017; Chaves; Scherer; Conill, 2023) e APS (OMS, 1978; Starfield, 2002; Brasil, 2017; Paho, 2019).

Foram definidas palavras-chave que guiaram a busca nos *primary documents* a partir de diferentes aportes da literatura sobre resolubilidade: *resolubilidade, resolatividade, resolutivo(a), resolver, resposta e efetividade* (Degani, 2002; Rezende, 2010; Oliveira, 2017; Chaves; Scherer; Conill, 2023) e APS (OMS, 1978; Starfield, 2002; Brasil, 2017; Paho, 2019).

O referencial da ergologia aplicado aos documentos públicos selecionados e registros dos grupos focais possibilitou uma aproximação com a atividade de trabalho nesse contexto, buscando identificar o que fortalece e o que fragiliza a resolubilidade.

A abordagem ergológica mobiliza diferentes disciplinas do saber para conhecer e transformar as situações de trabalho, a partir da experiência dos protagonistas da atividade de trabalho (Schwartz; Durrive, 2010). A atividade nessa perspectiva é tomada no sentido de atividade interior, ou o que se passa na mente e no corpo da pessoa no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os outros. Embora essa seja uma ideia abstrata, é muito fecunda e eficaz para identificar o que faz com que o trabalho possa se realizar e, de fato, se realiza (Trinquet, 2010).

A abordagem ergológica parte do princípio de que há sempre uma diferença inevitável entre o trabalho prescrito e o trabalho como realmente é feito, tendo em vista que o meio sofre variabilidades e que cada ser humano tenta recompor seu meio de trabalho de acordo com o que ele próprio é e deseja que seja o universo que o circunda, num constante debate de normas e valores, uma recriação permanente. Nesse processo, dialeticamente, questões e debates de escala macro aparecem no mais simples ato de trabalho, bem como o mais simples dos atos de trabalho pesará nas mudanças de maior amplitude (Schwartz; Durrive, 2010).

O espaço integrado dos debates de normas na atividade de trabalho, na ergologia, é representado por um esquema tripolar, denominado Dispositivo

Dinâmico de Três Polos (DD3P). Em geral, o polo 1 envolve os conceitos, competências e conhecimentos elaborados pelas disciplinas científicas, organizados e generalizáveis, denominados saberes constituídos. O polo 2 envolve a experiência prática e permanente de criar e recriar saberes, os saberes adquiridos pelos protagonistas do trabalho, denominados saberes investidos na atividade. Pressupõe que toda gestão envolve escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, portanto, de valores em nome dos quais estas decisões se elaboram. O polo 3 é onde são colocados em dialética esses outros dois polos, onde ocorrem os desconfortos intelectuais, éticos e sociais, o polo do mundo a construir (Trinquet, 2010). Os polos desse esquema representam o movimento constante de confrontação dos saberes acumulados em desaderência, ou seja, os constituídos distantes do momento de realização do trabalho, com os saberes em devir na atividade, visando seu retrabalho e sua contextualização, ou renormalização, alimentando indefinidamente o triângulo saberes/valores/atividade. Esse aspecto dinâmico se aplica à relação micro e macro-social que toda a abordagem da atividade comporta, e ao exercício do questionamento em duplo sentido, entre os saberes constituídos e os saberes investidos, que possibilita a renovação do conhecimento (Schwartz; Durrive, 2010). Salienta-se que não há uma técnica ou maneira única pré-estabelecida para realização do DD3P, que toma forma diversificada a depender da situação de trabalho em questão (Schwartz; Durrive, 2003).

O DD3P contribuiu como um prisma, para organizar os resultados em pólos e eixos, permitindo melhor visualizar as concepções sobre a resolubilidade da APS, os elementos críticos mencionados pelos participantes e as relações que se estabelecem entre eles. Neste estudo, o polo I representa as gestões, os saberes investidos, as dramáticas do uso de si nas situações de trabalho, em aderência com a atividade e no debate de normas, o agir em competência que exige a experiência de quem trabalha. O polo II, heterodeterminado, ordenado pelos saberes e valores constituídos, acadêmicos, produzidos em desaderência com a atividade de trabalho, que podem ser dimensionados e são suficientes para explicar o trabalho prescrito antes de sua realização, mas não como é exercido na situação real. O polo III, do direito à saúde, das instituições, do campo da política, dos ideais de democracia sobre o “bem comum”, é o lugar onde todos os interlocutores podem definir e

elaborar as disposições e os meios para que a busca de soluções seja possível. Os eixos representam o encontro dos polos, sinalizando relações. O eixo da atividade humana, em que se encontram os polos I e II, representa o espaço de confrontação entre as gestões do trabalho e os indicadores desse trabalho, bem como a subordinação jurídica e/ou relações hierárquicas. No eixo da confrontação dos dimensionamentos se encontram os polos II e III, e representa o espaço de confrontação entre as normas antecedentes, produto da disputa entre forças sociais e do exercício de poderes, e os interesses do bem público. O eixo do viver em conjunto como problema comum é onde se encontram os polos I e III, representando o espaço de confrontação entre os diferentes lugares de exercício da cidadania, exercício problemático da delegação e da representação dos diversos organismos da democracia.

Ao final da análise, os resultados foram agrupados em duas categorias: resolubilidade na APS – o que dizem os documentos; resolubilidade na APS – o que dizem os profissionais das eSF e GSAP.

Todos os preceitos éticos e legais para realização da pesquisa envolvendo seres humanos foram resguardados segundo o disposto nas Resoluções CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, nº 510, de 07 de abril de 2016 e nº 674, de 06 de maio de 2022. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP FS UnB) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) por meio dos Pareceres Consubstanciados nº 3.937.242, emitido em 26 de março de 2020, e nº 5.164.745, emitido em 14 de dezembro de 2021.

## **RESULTADOS**

### **Resolubilidade na APS - O que dizem os documentos**

Os 10 documentos analisados (Tabela 1) são recentes, tendo sido produzidos há menos de uma década, demonstrando a contemporaneidade do tema. A maior parte foi produzida pela SES-DF, com ou sem parceria de outras instituições, e

apenas um documento foi elaborado pelo Controle Social. Fundamentam-se principalmente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que remete à resolubilidade como diretriz para a APS (Brasil, 2017), mas também em outros documentos oficiais, como a política que institui as Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Brasil, 2010), que anuncia a resolubilidade entre as missões da APS na hierarquia do SUS, e em Mendes (2002; 2012), pesquisador do campo das ciências da saúde brasileira e um dos pioneiros na abordagem da resolubilidade como uma das funções essenciais e inerentes à APS. Apenas 02 documentos citam as palavras-chave uma única vez. Os demais apresentam citações mais frequentes, algumas delas acompanhadas da definição do conceito de resolubilidade.

Tabela 1 – Documentos para a análise da resolubilidade na APS do DF segundo ano de publicação, objeto e frequência de ocorrência das palavras-chave. Brasília/DF, 2022.

ID *	Documento	Ano de publicação	Objeto	Frequência de ocorrência das palavras-chave**
1	Resolução n. 465, de 04 de outubro de 2016	2016	Resoluções do Conselho de Saúde do DF sobre a APS.	1
2	Guia de Referência da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde da Atenção Primária à Saúde/DF, versão profissional - gestor	2016	Uniformidade conceitual e perceptibilidade das ações e serviços que deverão ser disponibilizados aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde do DF.	16
3	Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017	2017	Política de APS do DF	17
4	Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017	2017	Regulamentação do art. 51 da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, para disciplinar o processo de conversão da APS do DF ao modelo da ESF.	1
5	Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018	2018	Regulamentação da estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no âmbito da APS do DF.	7
6	Portaria nº 1.274, de 22 de Novembro de 2018	2018	Instituição do Protocolo de Acesso na APS do DF.	19

7	Plano Distrital de Saúde 2020-2023	2019	Explicita a situação de saúde da população do DF, a estrutura e organização das Redes de Atenção à Saúde, bem como os objetivos que se pretende alcançar no quadriênio.	16
8	Reorganização do processo de trabalho dos Nasf no contexto da pandemia (Covid-19) e o cuidado em saúde a partir do território	2020	Orientações aos profissionais dos Nasf-AB a desenvolver estratégias de apoio às ESF e de atendimento à população no enfrentamento da Covid-19, bem como no seguimento dos usuários pós-pandemia.	8
9	Manual de Gerenciamento Local da APS do DF: manual GSAP	2021	Subsídio para consulta dos gerentes visando à melhoria e à organização de seu processo de trabalho diário à frente da GSAP e do CSAPP.	23
10	Nota Técnica nº 9/2022 - SES/SAIS/COAPS, de 15 de junho de 2022	2022	Organiza os serviços de APS do DF no contexto da Covid-19, com a definição de níveis de resposta para manutenção da capacidade de oferta eficiente de serviços.	23
<b>Total</b>				<b>131</b>

\*ID é abreviação para "identificação", que vem acompanhada do número cardinal para designar cada documento selecionado para análise.

\*\*Palavras-chave: resolubilidade, resolutividade, resolutivo(a), resolver, resposta e efetividade.

Fonte: Produção das autoras.

Esses documentos norteiam o delineamento da função, dos princípios e diretrizes da APS no DF, situando a resolubilidade como um desafio a ser atingido. Nota-se, todavia, diferenças na forma como a expressam (Quadro 1). Enquanto alguns documentos só citam a resolubilidade sem uma definição conceitual, outros apresentam o conceito de resolubilidade com múltiplos sentidos: alguns documentos utilizam percentuais variados, outras não utilizam percentual; algumas são ligadas à noção de resolução, outras de resposta; presença de abordagens difusas sobre o que se deseja resolver na APS (problemas, demandas ou necessidades em saúde). Essa polissemia certamente prejudica um comando claro e preciso para os profissionais da APS quanto à resolubilidade, tornando a sua execução mais desafiadora.

Quadro 1 – Citações sobre a resolubilidade da APS no DF nos documentos pesquisados.

Citações				ID
Com percentual		<i>Atender a mais de 90% dos problemas</i>		2
		<i>Resolver 85% ou mais das demandas de saúde</i>		3; 5
		<i>Capaz de resolver 85% das demandas</i>		6
Sem percentual	Resolver	Problemas	<i>Resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns</i>	2
		Demandas	<i>Resolutividade das demandas de saúde</i>	2
		Necessidades	<i>Resolver a maior parte das necessidades em saúde</i>	6; 9
		Outras	<i>Alta resolutividade, direcionando a outros níveis de atenção à saúde somente quando estritamente necessário</i>	3
	Responder	Demandas	<i>Respostas às demandas</i>	6
		Outras	<i>Resposta adequada</i>	6
			<i>Capaz de dar respostas “positivas”</i>	10

Fonte: Produção das autoras.

Além das citações mais diretamente relacionadas à definição de resolubilidade, outra abordagem presente nesses documentos diz respeito à correlação entre resolubilidade e os atributos da APS (Starfield, 2002): acesso de primeiro contato e coordenação do cuidado em rede.

Sobre o acesso de primeiro contato, afirmam que o objetivo com a implantação de diretrizes para acesso, acolhimento, classificação de riscos e avaliação de vulnerabilidades é para que a APS se torne capaz de aumentar sua resolubilidade clínica e a capacidade de cuidado, com opções diversificadas de ofertas. Apontam que as competências dos profissionais encarregados da escuta da demanda espontânea devem incluir a capacidade de avaliar riscos e vulnerabilidade,

clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS; possibilidade de diálogo com outros colegas; ser resolutivo; e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários (ID 6). Além disso, citam a importância de realizar o mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território e os fatores de risco à saúde relacionados ao trabalho como aspectos no estudo de necessidades em saúde da população, para levar atenção à saúde de qualidade e resolutiva “o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham” (ID 2).

A coordenação do cuidado em rede foi abordada no sentido de que as UBS deverão assegurar acolhimento e escuta ativa e qualificada dos usuários, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas. A Coordenação de APS deverá monitorar e avaliar os encaminhamentos às especialidades, utilizando as informações obtidas para subsidiar ações de educação em saúde e matriciamento para aumentar a resolubilidade (ID 3). Sobre as redes de Atenção Materno Infantil – Rede Cegonha e de Urgência e Emergência – RUE, a resolubilidade é apontada como resultado esperado e parâmetro, respectivamente (ID 7). Cita a resolubilidade também no contexto das equipes de Consultório na Rua (ID 7) e das que funcionam em estabelecimentos penais, apontando o acolhimento como uma ferramenta assistencial que proporciona acesso e resolutividade (ID 9).

Foi abordada também a correlação entre resolubilidade e trabalho em equipe interdisciplinar. Sobre as ações interdisciplinares, de matriciamento, a assistência farmacêutica e a atuação de núcleos que vão além da equipe mínima hoje preconizada na APS, a ampliação da resolubilidade aparece como um resultado esperado dessas ações (ID 2). Aparece também nas definições do modelo de Nasf-AB, relacionando a existência dessas equipes ao aumento da resolubilidade da ESF (ID 3; 9) em termos clínicos e sanitários, por permitir a ampliação da oferta de saúde na rede de serviços, a abrangência e o alvo das ações das equipes, por meio de medidas de educação permanente, cooperação horizontal, corresponsabilização do cuidado e suporte. Cabe a elas, por exemplo, analisar junto às equipes as principais causas de encaminhamento para outros níveis de atenção, com ações de

qualificação do cuidado para ampliação da resolubilidade na APS (ID 5). Sobre o apoio matricial, deverá ser realizado de forma horizontal dentro do mesmo nível de atenção ou entre níveis de atenção distintos, a fim de aprimorar o conhecimento técnico, a resolubilidade das equipes e a qualificação do cuidado à população (ID 3), com o adendo de que, durante o Converte APS-DF, os profissionais da equipe de transição teriam a responsabilidade de matriciar uns aos outros (ID 4).

Abordou-se a resolubilidade também na perspectiva da sustentabilidade do sistema. Sobre protocolos, fruto de análises extenuantes das melhores práticas clínicas baseadas em evidência, que visam a promover resolubilidade e o menor custo pelo serviço, apontou-se que a sua adoção é fundamental para tornar o sistema de saúde sustentável ao longo dos próximos anos (ID 9).

Possibilidades de medição do desempenho da APS a partir da resolubilidade também foram verificadas, seja com base na avaliação da demanda do território e da oferta de serviços (ID 3; 6), ou partir da resolubilidade de solicitações, reclamações e manifestações realizadas por meio de ouvidoria (ID 7).

Durante a pandemia por Covid-19, evidenciou ainda mais a necessidade de uma APS resolutiva no DF, com o aumento do número de pessoas com sintomas respiratórios levando os casos mais leves a serem atendidos pela APS, demandando resolubilidade para evitar encaminhamentos desnecessários aos hospitais num contexto de superlotação (ID 8). Preconizou-se que 50% da agenda dos profissionais fosse reservada para o atendimento à demanda espontânea, ao mesmo tempo, deixando em aberto a necessidade de mudanças frente às dinâmicas impostas por esse desafio de saúde pública, exigindo resiliência dos profissionais para avaliar a capacidade de atendimento da UBS, seu risco de colapso e de impacto sobre a prestação dos serviços ofertados, no que tange a atendimentos de síndrome gripal, absenteísmo de profissionais da APS, a Carteira de Serviços da APS e o horário de funcionamento dos serviços (ID 10).

Importante registrar que parâmetros de qualidade aparecem em alguns trechos dos documentos em aplicação muito similar à da palavra resolubilidade. Ao fazerem referência à rede de atenção à saúde, que têm a APS como ordenadora do cuidado, referem como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão, bem como aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS para assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessitam com

efetividade e eficiência. Sobre os sistemas de informação, diz-se que a ampliação e a modernização do parque tecnológico da SES permitirão que dados do Sistema Integrado de Saúde sejam efetivamente interrelacionados com os demais sistemas relevantes para a gestão das políticas de atenção à saúde no DF, aprimorando a gestão das informações, a captação e gestão de recursos e agilizando a tomada de decisões. Sobre a integração entre APS e atenção especializada, afirma como resultados programas de saúde mais efetivos, usuários mais satisfeitos, identificação de pessoas com alto risco de hospitalização e redução do uso de serviços especializados (ID 7). A intersectorialidade se constitui como uma possibilidade de integração das políticas públicas para que sejam formuladas respostas efetivas para os problemas e as vulnerabilidades que se apresentam no território (ID 9).

### **Resolubilidade na APS – O que dizem profissionais das eSF e GSAP**

Nos 22 grupos focais realizados, "resolubilidade/resolutividade" e "resolver" foram as palavras-chaves mais abordadas (Tabela 2), tanto naqueles cujo tema central foi a qualidade da APS, realizados em 2020, como naqueles cujo tema central foi a resolubilidade da APS, realizados em 2022.

Tabela 2 – Grupos focais para a análise da resolubilidade na APS do DF, segundo ano de realização, quantidade de grupos focais e participantes, e frequência de ocorrência das palavras-chave. Brasília/DF, 2022.

<b>Ano de realização dos grupos focais</b>	<b>Quantidade de grupos focais</b>	<b>Quantidade de participantes</b>	<b>Palavras-chave</b>	<b>Frequência</b>
2020	20	224	Resolubilidade	1
			Resolutividade	58
			Resolutivo(a)	59
			Resolver	200
			Resposta	85
			Efetividade	24
			<b>Subtotal</b>	<b>427</b>
2022	2	21	Resolubilidade	32

	Resolutividade	0
	Resolutivo(a)	5
	Resolver	40
	Resposta	3
	Efetividade	1
	<b>Subtotal</b>	<b>81</b>
<b>Total</b>		<b>508</b>

Fonte: produção das autoras.

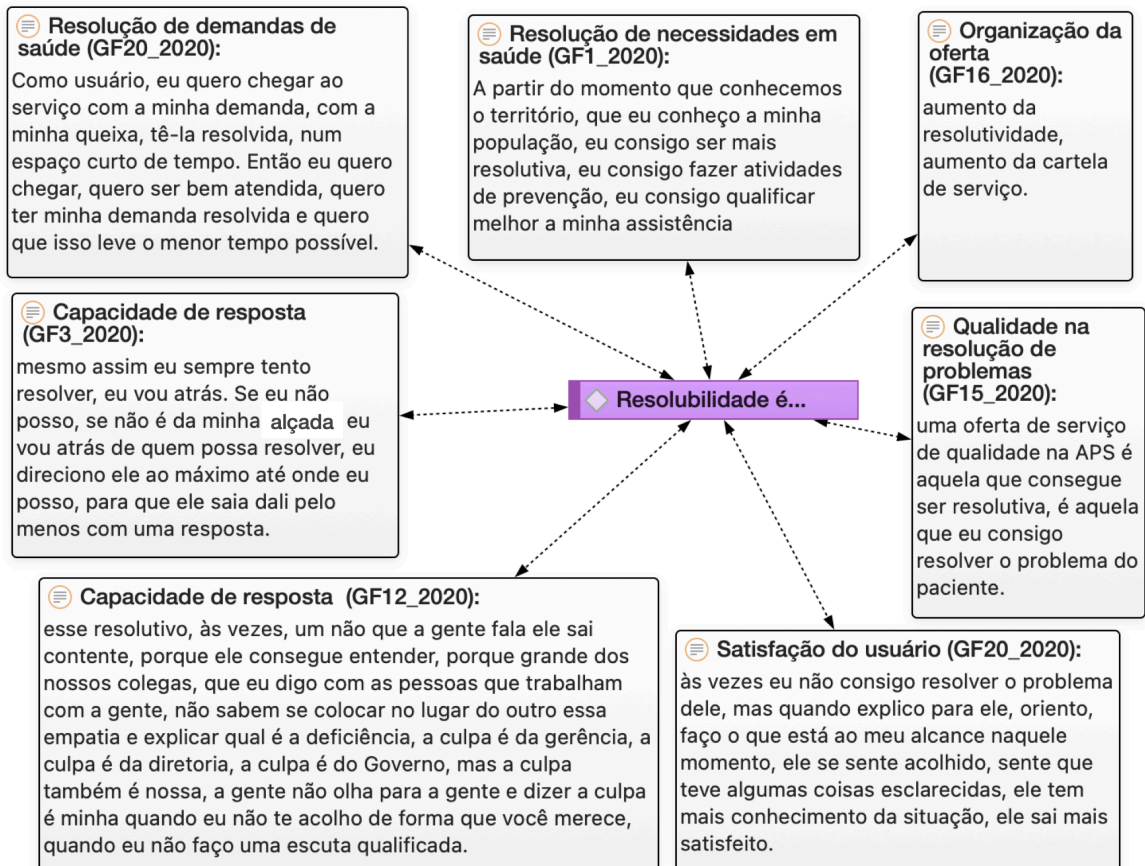
Evidencia-se que os profissionais das eSF e GSAP participantes dos grupos focais reconhecem a resolubilidade como uma função da APS, contudo, atribuem múltiplos sentidos ao que consideram problemas de saúde e até mesmo ao que significa resolver.

Para alguns, ser resolutivo é dar solução às demandas de saúde que se apresentam por meio da procura direta de usuários nas UBS. Outros relacionam resolubilidade a necessidades em saúde, ou seja, à resolução de problemas de saúde que não se expressam como demanda direta dos usuários e são identificados por meio de análises e procedimentos objetivos. Outras falas relacionam resolubilidade à organização da oferta, sugerindo que ser resolutivo tem a ver com a forma como são disponibilizadas as ações e serviços à população.

Em outra acepção, a APS resolutiva foi abordada como aquela capaz de dar resposta satisfatória ao usuário, que pode não envolver um desfecho favorável à resolução das suas demandas ou necessidades, com a cura, contenção, cuidado, ajuda ou conforto, mas necessariamente alguma resposta do serviço, que além da resolução pode ser a prevenção de doenças, o encaminhamento para outros níveis de atenção ou a coordenação do cuidado pela rede de atenção (Gérvias; Mena; Mainar, 2007).

Outra abordagem utilizada foi de resolubilidade como um sinônimo de qualidade na resolução de problemas. A Figura 1 apresenta a rede de significados atribuídos à resolubilidade pelos participantes dos grupos focais.

Figura 1 (Artigo 3) – Rede de significados atribuídos à resolubilidade.



Fonte: produzido pelas autoras no *software* Atlas.ti® versão 9.0.

Os participantes reconhecem haver diferentes níveis possíveis de resolubilidade, e entendem que, no DF, a APS apresenta baixa resolubilidade em função da presença de determinados aspectos, aqui denominados de elementos críticos. São esses, características ou condições que estariam influenciando no desenvolvimento da resolubilidade na APS.

De forma geral, os elementos críticos fazem referência à natureza complexa dos problemas de saúde abordados e às condições estruturantes para o bom funcionamento da APS, particularmente sobre disponibilidade de recursos e densidade tecnológica. Foram apontados ora como elementos que dificultam a resolubilidade na APS, ora como elementos que favorecem a resolubilidade na APS, por isso são, de todo modo, apontados como críticos. A Figura 2 apresenta a

distribuição dos elementos críticos mencionados pelos participantes para a resolubilidade na APS, sistematizados no DD3P.

Figura 2 (Artigo 3) – Esquema tripolar dos elementos críticos para a resolubilidade na APS.



Fonte: adaptado de Schwartz e Durrive (2003, p. 248).

Os elementos situados no eixo da atividade humana, que interliga os polos I – gestões e II – heterodeterminado, tiveram responsabilidade atribuída aos profissionais de saúde, muito embora sejam também heterodeterminados, revelando que essa influência pode não ser consciente para os participantes dos grupos focais. Esses elementos são: experiência em serviço – tempo e aprendizado a partir das vivências pode favorecer uma postura mais resolutiva ou, por outro lado, gerar acúmulo de frustrações e resistências; formação – favorece o desenvolvimento de profissionais mais resolutivos; habilidades individuais – postura acolhedora, empática, comprometida, dedicada, resiliente favorece à resolubilidade e postura fechada, insensível, resistente a adaptações dificulta a resolubilidade; atuação diante de conflitos – agentes podem facilitar a resolução de conflitos, favorecendo à resolubilidade; envolvimento no trabalho coletivo – disponibilidade para atuar de forma interprofissional favorece a resolubilidade e atuação isolada/fragmentada dificulta a resolubilidade; capacidade de comunicação interpessoal – agente que

facilita a fluidez de informações favorece a resolubilidade; carga de trabalho, muito relacionada à tolerância para lidar com sobrecargas – agente que consegue assumir maior quantidade e variedade de tarefas é mais resolutivo; e relações hierárquicas entre níveis de gestão, entre profissional e usuário etc. – quando verticais, dificultam a resolubilidade e quando horizontais facilitam a resolubilidade.

O eixo de confrontação dos dimensionamentos, que liga os polos II – heterodeterminado e III – direito à saúde, envolveu dois tipos de elementos. O primeiro, diz respeito à natureza complexa dos problemas de saúde que chegam à APS, que abrange: a tripla carga de doenças – agudas, crônicas e causas externas, complexificando o cuidado e a resolubilidade, e dificultando a efetivação do direito à saúde; assim como as raízes em determinantes sociais, sobre os quais há baixa governabilidade do setor saúde isoladamente e dificulta a resolubilidade. O segundo tipo, diz respeito à gestão da APS, no que se refere a: provimento quantitativo e qualitativo de profissionais para a APS – geralmente insuficiente para uma APS resolutiva; carga horária de funcionamento dos serviços – aumento de carga-horária não foi acompanhado do aumento de servidores, gerando sobrecarga e prejudicando a resolubilidade; territorialização das equipes – número de usuários por equipe sempre além da capacidade, dificultando a resolubilidade; gestão do trabalho – gestores e profissionais das eSF com perfil adequado a esse nível de atenção ampliam a resolubilidade, ao passo que o absenteísmo dificulta a resolubilidade; e educação permanente - desenvolvimento de competências por meio de estratégias variadas, privilegiando formação em serviço e a cooperação horizontal favorecem a resolubilidade na APS, e treinamentos muito específicos, desconectados do cotidiano das eSF dificultam a resolubilidade.

No eixo do viver em conjunto como problema comum, que liga os polos III – direito à saúde e I – gestões, os elementos relacionam-se a: burocracia – aquela que institui etapas para o bom uso do bem público favorece à resolubilidade, mas muitas vezes existe para fins privados, constituindo barreiras de acesso aos serviços e dificultando a resolubilidade; padronização de condutas – é importante para a qualidade da assistência e a resolubilidade, porém estar sensível à singularidade de cada caso também favorece a resolubilidade na APS, portanto importa um equilíbrio entre padronização e singularização; rede de atenção à saúde – o cuidado compartilhado com os níveis secundário e terciário, bem como o apoio terapêutico e

logístico disponíveis favorece a resolubilidade, mas frequentemente a APS não conta com essa rede e isso dificulta a resolubilidade; organização de fluxos, filas e agendas – quando transparentes favorecem a resolubilidade, inclusive na medida entre demanda programada e espontânea que se estabelece, por sua vez também elementos críticos que quando em equilíbrio favorecem a resolubilidade.

## **DISCUSSÃO**

A alta frequência de ocorrência da resolubilidade nos documentos e falas sobre a APS no DF ilustra a difusão dessa noção no campo da saúde e confirma a importância de explorar as concepções e elementos críticos a ela relacionados, enfoque adotado no presente estudo.

Verificou-se que a resolubilidade é um conceito polissêmico, que mesmo no caso específico da APS do DF, em que teoricamente seria mais fácil alinhar concepções, é abordado de diversas formas, mais ou menos abrangentes, sem que uma predomine sobre as outras, incorrendo no risco de relativismo; ou ainda no risco de reducionismo, a partir de abordagens restritivas que considerem dimensões isoladas por não haver critérios mínimos estabelecidos para que um serviço/sistema seja considerado resolutivo (Turrini; Lebrão; César, 2008).

Na atual versão da Política Nacional da Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2017), a resolubilidade é utilizada no sentido de ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, dando a entender que a equipe que atuam na APS devem possuir as ferramentas para solucionar problemas, o que é diferente de resolvê-los de fato. Admite-se, nesse caso, problemas de saúde que não serão passíveis de resolução na APS, em que a APS é responsável por coordenar o cuidado do usuário na rede de atenção à saúde.

Essa narrativa ganha muito mais coerência na perspectiva da capacidade de resposta – de "ser capaz de responder", pois envolve a resolução (cura, contenção, cuidado, ajuda, conforto) como desfecho possível e desejável, mas admite também como respostas a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o encaminhamento (filtro para outros níveis de atenção) e a coordenação (continuidade do cuidado pela rede de atenção) (Gérvias; Mena; Mainar, 2007). O

grau de resolução de problemas dentro da capacidade de resposta, nessa concepção sistêmica, é influenciado pelos recursos disponíveis, a forma como são organizados e distribuídos, bem como os compromissos sanitários em cada realidade (Homar *et al.*, 2005).

Além disso, o texto da PNAB não quantifica parâmetro percentual para essa capacidade de resposta, nem aborda como pôr em prática especificamente a resolubilidade, enfocando diretrizes para aprimorar o desempenho e a qualidade geral da APS (Brasil, 2017). Esse parâmetro percentual aparece em estudos nacionais vinculados à noção de resolver mais de 85% dos problemas de saúde da população (Mendes, 2012) e resolver 90% dos problemas de Mendes, 2015). Em estudos internacionais anteriores, aparecerem mas não vinculados somente à resolução de problemas, e sim a lidar, sem encaminhamento, com a maioria (mais de 90%) dos problemas que ocorrem na população atendida (Institute of Medicine, 1978; Starfield, 2002), concepção que também se aproxima mais do conceito de capacidade de resposta.

Em complemento a essa concepção sistêmica da resolubilidade como capacidade de resposta, no âmbito das ações e serviços ao nível hierárquico das microrrelações na APS (Conill; Fausto; Giovanella, 2010), este estudo considera oportuno conceber a resolubilidade como efetividade na resolução de problemas, direcionando o debate para uma dimensão mais consolidada e específica da qualidade em saúde – a efetividade: relação entre o impacto potencial e o real das ações e serviços, que demonstra se estes funcionam de fato (Donabedian, 1990); grau com que assistência, ações e serviços atingem os resultados esperados (Viacava *et al.*, 2012); melhoria na saúde alcançável nas condições usuais da prática cotidiana, o grau em que o cuidado real encontra o nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia estabelecem como ideais (Bitencourt *et al.*, 2016).

Para a análise da efetividade na resolução de problemas em saúde, é importante esclarecer que a configuração de problemas de saúde considera a subjetividade individual e coletiva dos atores sociais em seus espaços cotidianos, envolvendo a escolha de prioridades sanitárias, portanto intencionalidade, demandando abordagens complexas para identificação. O que é definido como problema varia em função da posição dos distintos sujeitos na estrutura das relações sociais, fazendo parte de sua visão de mundo, cultura, projetos políticos e utopias

(Castellanos, 1997; Teixeira, 2002). Há que se diferenciar também problemas de saúde, categoria genérica, de problemas de saúde pública, que envolvem critérios como: natureza, extensão, severidade e significância; carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causados pela condição; prevalência e impacto no nível individual e social; possibilidade de prevenção ou tratamento efetivo disponível; potencial epidêmico; entre outros. (Costa; Victora, 2006).

Ainda, problemas de saúde podem tomar como base as necessidades em saúde, identificadas por meio de análises e procedimentos objetivos, ou as demandas que, por sua vez, podem ser dimensionadas a partir do volume de bens e serviços que uma sociedade está disposta a adquirir a determinado custo. Pode ser espontânea, sentida a partir da manifestação direta de quem a gera, ou induzida, a partir de antecipações e programações prévias à manifestação (Campos, 1969).

Como consequência das múltiplas concepções sobre a resolubilidade da APS, evidencia-se uma carência de diretrizes objetivas sobre o que se deve fazer para ampliar a resolubilidade da APS no DF, assim como há para outros resultados esperados, como os atributos da APS (ID2, ID3, ID6, ID7, ID9) ou o escopo de práticas profissionais a serem desenvolvidas (ID2).

Esses problemas conceituais da resolubilidade produzem efeitos também na relação entre trabalho prescrito e trabalho realizado na APS. Se existe uma diferença inevitável entre esses quando há um campo de saberes constituídos bem estabelecido, havendo uma norma antecedente polissêmica que não consegue direcionar a operacionalização, a resolubilidade se torna ainda mais dependente da ação dos profissionais de saúde e dos seus saberes investidos. Se os profissionais não são direcionados pelas normas antecedentes sobre como resolver problemas de saúde, serão direcionados pela pressão da demanda contínua dos usuários e convocados a criar suas próprias normas, interpretando, adaptando e decidindo como intervir, em permanente recriação, por outro lado, incorrendo em variabilidades difíceis de se controlar (Schwartz; Durrive, 2010).

Mesmo com lacunas nas normas antecedentes, há sempre uma parte da atividade de trabalho que é heterodeterminada e outro efeito que se verificou a partir da polissemia da resolubilidade foi a falta de clareza por parte de quem desempenha essa atividade sobre o que é autodeterminado e o que é heterodeterminado. Muitos elementos críticos foram apontados como de responsabilidade do profissional da

eSF, desconsiderando que são ao mesmo tempo e dialeticamente influenciados pelos conjunto de condições (biológicas, sociais, culturais, entre outras) que se interpõem ao agir individual, mesmo no uso de si por si, que é a capacidade de um indivíduo agir e transformar sua própria realidade por meio do seu engajamento ativo e consciente (Schwartz, 2000).

Exemplo disso se deu com a citação à sobrecarga, relacionada nas falas à tolerância para lidar com a elevada carga de trabalho, referida como uma capacidade individual positiva atribuída ao profissional que consegue assumir maior quantidade e variedade de tarefas, como se fosse consequentemente mais resolutivo. Nesse caso, desconsiderou-se que a tolerância à sobrecarga pode ter relação com a elevada quantidade de usuários sob responsabilidade das equipes, com a má divisão de tarefas e relações hierárquicas verticais no trabalho coletivo, entre outras condições exteriores ao profissional. O conceito de “corpo si” reforça o corpo do trabalhador como uma unidade indivisível, um lugar de experiência e de manifestação da sua subjetividade, influenciando diretamente a maneira como ele se envolve no trabalho e se relaciona com o mundo ao seu redor, mas moldado pelas suas experiências de vida, pelas relações sociais no trabalho e pela interação com o ambiente laboral (Schwartz, 2000).

Outro ponto é que, embora os profissionais das eSF e GSAP refiram uma baixa resolubilidade da APS do DF, segundo os padrões que identificam nas diretrizes locais e nacionais para o trabalho, referem a todo momento, por meio dos elementos críticos, o que podem fazer e o que fazem de fato com vistas à resolubilidade da APS. Mesmo que sintam frustração por não conseguir resolver os problemas de saúde dos usuários como imaginam ser ideal – um ideal talvez pautado em expectativas irreais pelas lacunas das normas antecedentes, desenvolvem saídas criativas, decisões e valores em nome dos quais essas decisões se elaboram em busca de uma APS resolutiva. Exemplo disso é quando dizem que, se um profissional não consegue ser resolutivo, vai atrás de quem possa resolver, ou conhecendo a necessidade do território é possível ser mais resolutivo, ou o quando indicam o acolhimento como atitude fundamental para a resolubilidade. São pistas para aprimorar a efetividade na resolução de problemas por parte da APS, encontradas nas avaliações do "mundo real", apontadas por quem executa as ações que se espera resolutivas.

Ademais, importante mencionar que nenhum dos elementos críticos abordados pelos profissionais das eSF e GSAP se mostrou exclusivo da resolubilidade, e possivelmente seriam igualmente abordados numa análise da capacidade de resposta ou da qualidade da APS. Esse fato pode levar a confusões teóricas, aplicações difusas, além da complexidade e abrangência do conceito elevarem os padrões a níveis quiçá inatingíveis, que podem servir como horizonte teórico, mas dificilmente como meta concreta a ser incorporada na APS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com este estudo, buscou-se identificar as concepções existentes sobre a resolubilidade na APS do DF e identificar os elementos críticos para o seu desenvolvimento.

A utilização do conceito de resolubilidade na APS do DF demonstra polissemia, múltiplos sentidos que ensejam diferentes concepções, e uma conseqüente carência de diretrizes operacionais específicas para nortear a execução de uma APS resolutiva. A utilização difusa de parâmetros percentuais nos documentos locais é reflexo da variação normativa que se verifica nacionalmente. Um possível caminho para solucionar o problema da polissemia da resolubilidade, no que tange aos sistemas de saúde, é a adoção do conceito de capacidade de resposta, em detrimento da resolubilidade. No que diz respeito às ações e serviços da APS, aposta-se no conceito de efetividade na resolução de problemas.

São reconhecidos elementos críticos para se atingir a resolubilidade na APS, à princípio compreendidos como obstáculos e causas da baixa resolubilidade na APS do DF. Por outro lado, esses elementos revelam em que sentido se deve intervir para ampliar a efetividade na resolução de problemas e, principalmente sob a ótica da atividade de trabalho, sinalizam como o fazem. Destaca-se que os elementos críticos identificados não são exclusivos da resolubilidade, compõem o panorama geral de análise desempenho da APS e estariam presentes na análise da capacidade de resposta ou da qualidade, sinalizando possíveis sobreposições com outros conceitos do campo da avaliação em saúde.

Uma recomendação importante para mitigar as limitações conceituais identificadas nessa realidade específica e melhor instrumentalizar a busca por resultados na APS do DF é rever nos documentos técnicos a utilização da palavra resolubilidade, mas deve ser substituída quando for necessário orientar diretrizes mais claras e estratégicas. Recomenda-se também que outras realidades sejam estudadas para pôr à prova as considerações em questão.

Como possíveis limitações do estudo de caso em questão, identificam-se vieses de seleção e de subjetividade da pesquisadora na coleta, análise e interpretação dos dados, tendo em vista os recortes metodológicos adotados. Entretanto, são limitações esperadas para estudos qualitativos, que de todo modo não reduzem a relevância dos achados, permitindo explorar em profundidade um objeto teórico e prático como a resolubilidade na APS, para a compreensão da complexidade humana e social envolvida.

## REFERÊNCIAS

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.

BANCO MUNDIAL. 2019. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf> Acesso em: 13/12/2021.

BARBOSA JAG. A utilização do Grupo Focal como método de coleta dados em pesquisa qualitativa na saúde e na enfermagem. *Periódico Científico do Núcleo de Biociências, Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix, Belo Horizonte/MG*, 02(03) ago/set, 2012.

BITENCOURT GR, SANTANA RF, MENEZES AK, CIMADOR F, DELVALLE R. Fundamentos filosóficos e conceitos da classificação de resultados: contribuições na avaliação de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line, Recife*, 10(Supl. 5):4336-42, 2016.

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

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html) Acesso em: 01/06/2021.

CAMPOS O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. Rev. Saúde públ, S. Paulo, 3(1):79-81, jun. 1969.

CASTELLANOS PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB (Org.) Saúde e Movimento: condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

CHAVES ACC, SCHERER MDA, CONILL EM. O que contribui para a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde? Revisão integrativa da literatura, 2010-2020. Cien Saude Colet, (2023/Jan). [Citado em 12/06/2023]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-que-contribui-para-a-resolubilidade-na-atencao-primaria-saude-revisao-integrativa-da-literatura-20102020/18645>

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 Mater Infant, 10:s14–27, 2010.

COSTA JSD, VICTORA CG. O que é “um problema de saúde pública”? Rev Bras Epidemiol, 9(1):144-51, 2006.

DEGANI VC. A resolatividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2019.

DISTRITO FEDERAL. Manual instrutivo do Qualis APS - 2023. Disponível em: [https://qualisaps.unb.br/files/Manual\\_instrutivo\\_Qualis\\_2023.pdf](https://qualisaps.unb.br/files/Manual_instrutivo_Qualis_2023.pdf) Acesso em: 01/06/2023.

DISTRITO FEDERAL. Resolução n. 465, de 04 de outubro de 2016. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2016.

DISTRITO FEDERAL. Guia de Referência da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde da Atenção Primária à Saúde/DF, versão profissional - gestor. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2016.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2018.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 1.274, de 22 de Novembro de 2018. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2018.

DISTRITO FEDERAL. Plano Distrital de Saúde 2020-2023. Brasília, 2019.

DISTRITO FEDERAL. Reorganização do processo de trabalho dos Nasf no contexto da pandemia (Covid-19) e o cuidado em saúde a partir do território. Brasília, 2020.

DISTRITO FEDERAL. Manual de Gerenciamento Local da APS do DF: manual GSAP. Brasília, 2021.

DISTRITO FEDERAL. Nota Técnica nº 9/2022 - SES/SAIS/COAPS, de 15 de junho de 2022. Brasília, 2022.

DONABEDIAN A. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med, v.114, p. 1115-8, 1990.

FLICK U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Trad.: Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GÉRVAS J, MENA OP, MAINAR AS. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. Med Clin (Barc), 128(14):540-4, 2007.

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. Saúde Pública, 2019; 35(3):e00012219.

HOMAR JC, ZURRO AM, Grupo do acordo de Belaterra. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutive del sistema de salud y su medición. Aten Primaria, 36(8):456-61, 2005. doi: [10.1157/13081061](https://doi.org/10.1157/13081061)

Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study. Washington, DC: The National Academies Press, 1978. <https://doi.org/10.17226/9932>. Acesso em: 23 mai 2023.

MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)

MENDES EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO MCS, ASSIS SG, SOUZA ER. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA IPRM. Resolubilidade do cuidado oftalmológico em centro de atendimento secundário sob a ótica dos pacientes diabéticos e não diabéticos. Dissertação (mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2017.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata. 6-12 de setembro de 1978. URSS. < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em: 10/01/2023.

Pan American Health Organization (PAHO). Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata. Report of the High-Level Commission, Pan American Health Organization. Washington, 2019.

RESSEL LB, BECK CLC, GUALDA DMR, HOFFMANN IC, SILVA RM, SEHNEM GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Texto contexto - enferm, 17(4), 2008.

REZENDE VA. A resolutividade na Atenção Básica: uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso, Programa de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

SÁ-SILVA JR, ALMEIDA CD, GUINDANI JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Ano I - Número I - Julho de 2009.

SCHWARTZ Y. Trabalho e uso de si. Pro-Posições, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 34-50, jul. 2000.

SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Org.). Travail & Ergologie: entretiens sur l'activité humaine. Toulouse: Octarès, 2003. (Collection Travail & Activité Humaine).

SCHWARTZ, Y; DURRIVE L. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Coord. da tradução e revisão técnica: Jussara Brito e Milton Athayde. 2.ed. Niterói: Ed. da UFF, 2010

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, M. O ato enunciativo e a instauração da experiência de trabalho de profissionais de enfermagem. Moara, (38):37-53, 2012.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. Revista HISTEDBR Online, Campinas/SP, (n.esp):93-113, 2010.

TURRINI, RNT, LEBRÃO, ML, CESAR, CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):663-674, 2008.

VIACAVA, F; UGÁ MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):921-934, 2012.

### **7.3 ARTIGO 4 – Quem faz uma Atenção Primária à Saúde resolutiva? Governança multinível para a efetividade na resolução de problemas.**

#### **INTRODUÇÃO**

O conceito de resolubilidade na Atenção Primária à Saúde (APS) emerge nos discursos institucionais e nas políticas de saúde contemporâneas, principalmente em países da América Latina, sobretudo no Brasil, em função do comprometimento da disponibilidade e da qualidade desses serviços, muitas vezes insuficientes para atender às necessidades em saúde de indivíduos e comunidades (Almeida; Fausto; Giovanella, 2011).

Diz respeito ao quanto a APS consegue ser efetiva na resolução de problemas de saúde, considerando que as ações de saúde vivenciadas pelos usuários nos serviços devem provocar efeitos benéficos que alterem a problemática individual ou coletiva identificada (Degani, 2002; Rezende, 2010; Oliveira, 2017). Envolve a plena utilização de capacidades e recursos para a redução de iniquidades, com manutenção da sustentabilidade do sistema econômico (Banco Mundial, 2019; Paho, 2019), a partir da implementação de estratégias para a melhoria nos padrões de acesso e qualidade almeçados, assim como nos resultados (Turrini; Lebrão; César, 2008).

Atingir a resolubilidade na APS é um desafio, especialmente em sistemas públicos e universais, por razões diversas. O subfinanciamento crônico e a focalização de políticas limitam a capacidade do Estado em prover políticas para atender às necessidades em saúde das populações. As equipes multiprofissionais precisam abordar uma ampla gama de necessidades em saúde para prover uma atenção integral. Os problemas de saúde que se almeja resolver são de difícil mensuração objetiva. Há também múltiplos elementos que influenciam no desenvolvimento de uma APS resolutiva.

A resolubilidade na APS ocorre segundo a ação de diferentes agentes, envolvidos desde a ação direta de prestação de serviços, até aqueles que determinam as bases para que esses serviços sejam executados e aqueles que não têm relação direta com a prestação de serviços, cada um exercendo diferentes influências (Santos; Penna, 2013). É comum considerar apenas um tipo de agente como foco das análises, especialmente aquele responsável por colocar as políticas em prática, que compõem a linha de frente dos serviços.

Os agentes da linha de frente, que correspondem na APS aos profissionais que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF), são pressionados pela administração e pelas demandas dos serviços para aumentarem sua efetividade, ao mesmo tempo que são pressionados pelos cidadãos, numa interação direta e contínua, para aumentarem eficiência e eficácia, visto que determinam o acesso a direitos e benefícios governamentais. Assim, seu trabalho é marcado por excesso de atividades e escassez de recursos, no complexo e contraditório contexto do Estado no modo de produção capitalista, havendo razões substanciais para que esses agentes dominem a controvérsia política nos serviços públicos (Lotta, 2015).

Denominação semelhante é dada aos agentes públicos situados no meio da estrutura hierárquica da organização, seja por eliminação em relação aos cargos e funções associados ao nível estratégico superior e ao nível operacional inferior, ou pelo foco nos cargos de gerência intermediária na estrutura administrativa. São os agentes de médio escalão (Cavalcante; Lotta, 2015), que desempenham dois papéis centrais: técnico-gerencial, traduzindo as determinações estratégicas em ações cotidianas nas organizações, construindo padrões de procedimentos e gerenciando serviços e agentes da linha de frente da implementação; e outro técnico-político, responsável por negociações e barganhas relacionadas aos processos em que estão envolvidos, em relação com o alto escalão, que dependem diretamente da posição desses agentes na cadeia entre a formulação e a implementação. As camadas intermediárias de organizações públicas têm passado por diversas transformações, acarretando por um lado instabilidade nos papéis, funções e identidades dos atores que ocupam esses espaços organizacionais, e por outro lado oportunidades para o reposicionamento desses agentes (Cavalcante; Lotta, 2015).

Se há diferentes níveis de governança, é importante reconhecer que há também diferentes níveis hierárquicos de análise que devem ser considerados

interrelacionados na avaliação do desempenho dos serviços orientados pela APS. No nível macrossocial é onde ocorrem decisões políticas acerca dos direitos de acesso, coberturas, financiamento e macrorregulação. Em nível intermediário (meso ou de gestão) estão as atividades de suporte necessárias ao desempenho adequado das práticas de saúde, em que importam não apenas as decisões, mas principalmente a implementação de mecanismos operativos, como fluxos, suporte tecnológico, formação, comunicação e informação, e regulação profissional. No nível microssocial, ocorrem o cuidado e as relações interpessoais (Conill; Fausto, 2007).

Há evidências de que é importante considerar os diversos agentes e organizações que se envolvem na implementação de políticas públicas, uma cadeia que influencia de diferentes formas no processo, compondo uma estrutura de governança multinível e valendo-se de suas interações, relações, negociações e conflitos (Lotta, 2015).

A governança multinível é um referencial teórico que busca compreender o sistema de negociação contínua e a interação entre os níveis de governos, bem como entre agentes externos à estrutura estatal, beneficiários diretos ou indiretos das ações políticas ou que são por elas afetados, com diferentes esferas de influência (Monteiro; Horta, 2018; Castro, 2014).

Analisar a governança multinível se torna indispensável para a implementação de políticas públicas, revelando fatores que favorecem ou condicionam a articulação entre agentes que necessitam atuar de forma colaborativa (Brasil, 2021), considerando que a fragmentação no compartilhamento de competências e responsabilidades gera indefinições de responsabilidades e provoca conflitos entre agentes (OCDE, 2020). Ante ao exposto, o presente artigo tem como objetivo mapear os agentes com potencial influência no desenvolvimento de uma APS resolutive, identificando seus papéis, a partir de estudo qualitativo sobre o Distrito Federal (DF), Brasil.

## MÉTODO

Estudo qualitativo, exploratório, explicativo e analítico, desenvolvido no DF, no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – QualisAPS (Distrito Federal, 2019).

A abordagem qualitativa enriquece este tipo de investigação para compreender no nível subjetivo e relacional da realidade social, por meio da história, universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes dos mais diversos agentes sociais (Minayo, 2013).

Fruto de um convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde do DF (SES-DF) e a Escola Fiocruz de Governo, com participação da Universidade de Brasília (UnB), o QualisAPS é um programa que objetiva aprimorar a gestão e os serviços oferecidos pela APS no DF, para contribuir na consolidação da mudança do modelo de atenção tradicional para a Estratégia Saúde da Família. Fundamentado no método participativo, envolve usuários, profissionais de saúde e gestores, articulando ações de avaliação, qualificação profissional e comunicação, científica e também para o público em geral (Distrito Federal, 2019; Distrito Federal, 2023).

Foram participantes desta pesquisa 245 profissionais de saúde que atuavam nas equipes de saúde da família, sendo enfermeiros, cirurgiões dentista, médicos, técnicos de enfermagem e de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, assim como gestores das Gerências de Saúde da Atenção Primária (GSAP), gerentes e supervisores. Foram incluídos trabalhadores com no mínimo um ano de experiência na APS, indicados pelas Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS), respeitados os critérios de contemplar todas as regiões de saúde e a diversidade das profissões.

A coleta de dados se deu por meio da triangulação das técnicas de pesquisa documental e grupos focais, favorecendo a revelação e minimização de vieses que poderiam advir da utilização de um único meio de coleta ou uma única população para estudo (Flick, 2009; Minayo; Assis; Souza, 2005).

A técnica de grupo focal envolve a mobilização de grupos para discussão de determinado tema, a partir de estímulos adequados à discussão, permitindo um processo interativo que promove descontração, trocas, descobertas e participações comprometidas (Ressel *et al.*, 2008). Adequada para compreender atitudes,

interesses, necessidades, sentimentos, representações ou pontos de vista sobre um tema, ou mesmo quando se deseja conhecer um comportamento em determinado grupo em profundidade. Indicada para investigar questões complexas durante o desenvolvimento e implementação de programas, como aspectos relacionados a dificuldades ou conflitos que não estão esclarecidos, ou que são pouco explicitados (Barbosa, 2012).

Foram realizados 20 grupos focais no ano de 2020, com 77 gestores e 147 profissionais da assistência, totalizando 224 participantes, divididos em três tipos: gestores, profissionais das eSF de nível superior e nível médio. Os grupos contaram com até 14 participantes, duração aproximada de duas horas e gravação de som. Os encontros convocavam a experiência pessoal de cada participante sobre sua atividade de trabalho, utilizando as questões norteadoras: “para mim, uma oferta de serviço de qualidade na APS é...”; e "Pensando nesse serviço de qualidade, como deve ser o trabalho da equipe, o trabalho dos gestores na sua unidade e a atenção aos usuários".

No ano de 2022, foram realizados dois grupos focais, com 21 participantes, com as mesmas categorias profissionais dos anteriores, sendo 8 gestores e 13 profissionais das eSF de nível superior e nível médio. Os grupos eram mistos, buscando o entrecruzamento das experiências das diversas profissões, e a temática central foi a resolubilidade, abordada segundo os achados encontrados na análise dos dados dos GF de 2020. A moderadora do grupo apresentou um esquema contendo as diversas concepções de resolubilidade encontradas e incentivou o debate a respeito, lançando as seguintes questões: “o que é uma APS resolutive?”; “Você acrescentaria algo ao que está descrito?”, “Você deseja comentar/ desenvolver/contestar algo?”. Na sequência, foram discutidos casos com situações vivenciadas no cotidiano da APS, com as seguintes questões norteadoras: “Qual(is) pode(m) ser o(s) problema(s) evidenciado(s) no caso e como seria possível resolvê-lo(s)? De quem é a responsabilidade por resolver esse(s) problema(s)?”; “Que recursos poderiam ser acionados neste caso para que o(s) problema(s) seja(m) resolvido(s)?”; e “Esses recursos estão disponíveis no seu cotidiano de trabalho?”.

Pesquisadores da UnB foram responsáveis pela organização e coordenação de todos os grupos focais.

A pesquisa documental utiliza métodos e técnicas de captação, compreensão e análise de documentos, registros contendo recortes de realidades passadas que demonstram a presença e atividade humana, que utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos, elucidam e servem de evidências, conforme o interesse do pesquisador (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

Na pesquisa documental, foram explorados 10 documentos de uso público, de âmbito local, tais como normativas legais e diretrizes operacionais da APS do DF. A seleção desses documentos levou em consideração o grau de relevância da norma ou diretriz para a organização da APS no DF, bem como aqueles que foram mais citados pelos participantes dos grupos focais.

Para o tratamento e análise qualitativa dos dados foi utilizado o *software* Atlas.ti® versão 9.0, que permite a inserção dos documentos de múltiplas fontes para organização de um banco de dados integrado. O software disponibiliza recursos para grifo de citações, codificações, comentários, notas e para a construção de redes de correlações (Pires *et al.*, 2019). O material foi identificado com um número correspondente à ordem e ao ano de realização: grupos focais GF1\_2020 a GF20-2020, GF1\_2022 e GF2\_2022; e documentos ID1 a ID10. Foi realizada a transcrição integral dos grupos focais e dos 10 documentos da pesquisa documental, posteriormente inseridos no Atlas.ti® como *primary documents* em formato de pdf.

Para a análise dos agentes que influenciam na resolubilidade da APS no DF, foi realizada a leitura na íntegra dos registros dos grupos focais e dos documentos públicos selecionados. Em seguida, foram definidas palavras-chave que guiaram a busca nos textos, a saber: *resolubilidade, resolatividade, resolutivo(a), resolver, resposta e efetividade*. Próximo de onde essas palavras ocorreram nos textos, buscou-se possíveis agentes envolvidos na execução ou no benefício da ação a elas relacionados. Nos grupos focais também foram consideradas autorreferências à categoria de agentes a que os próprios interlocutores pertenciam. Em seguida, segundo o referencial da Governança Multinível, identificou-se os principais agentes de interesse na implementação de políticas públicas, bem como seus papéis e como afetam os riscos e a viabilidade da política pública (Lotta; Vaz, 2015).

Todos os preceitos éticos e legais para realização da pesquisa envolvendo seres humanos foram resguardados segundo o disposto nas Resoluções CNS nº

466, de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 07 de abril de 2016. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP FS UnB) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), por meio dos Pareceres Consubstanciados nº 3.937.242, emitido em 26 de março de 2020, e nº 5.164.745, emitido em 14 de dezembro de 2021.

## **RESULTADOS**

Os principais agentes com influência na resolubilidade da APS, segundo os documentos analisados (Quadro 1) e os grupos focais, são profissionais das eSF e gerências de serviços na Atenção Primária (GSAP), os agentes da linha de frente, pertencentes aos níveis micro, diretamente relacionado ao cuidado e às relações interpessoais.

No nível meso, relacionado à gestão das ações, foram identificados diferentes tipos de agentes estatais e não estatais. Entre os estatais, os agentes de médio escalão, encontram-se gestores da SES-DF da Administração Central da Secretaria de Saúde (ADMC-SES), da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS), da Coordenação de APS (COAPS) e das Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS). Ainda neste nível e na esfera estatal, mas no âmbito dos serviços, foram identificados a ouvidoria e profissionais e gestores de outros níveis de atenção à saúde, componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGES-DF), embora de administração estatal indireta. Órgãos de controle, conselhos profissionais, parlamentares do poder legislativo e agentes do judiciário também foram indicados como agentes estatais do nível meso, embora não sejam agentes da saúde. Como agentes não estatais no nível meso, foram identificados os usuários, sejam ou não organizados em conselhos, as lideranças locais e a mídia.

No nível macrossocial, relacionado às políticas e decisões envolvendo direitos, coberturas, financiamento e regulação, e ao mesmo tempo os determinantes sociais, foi identificado o Ministério da Saúde como agente estatal.

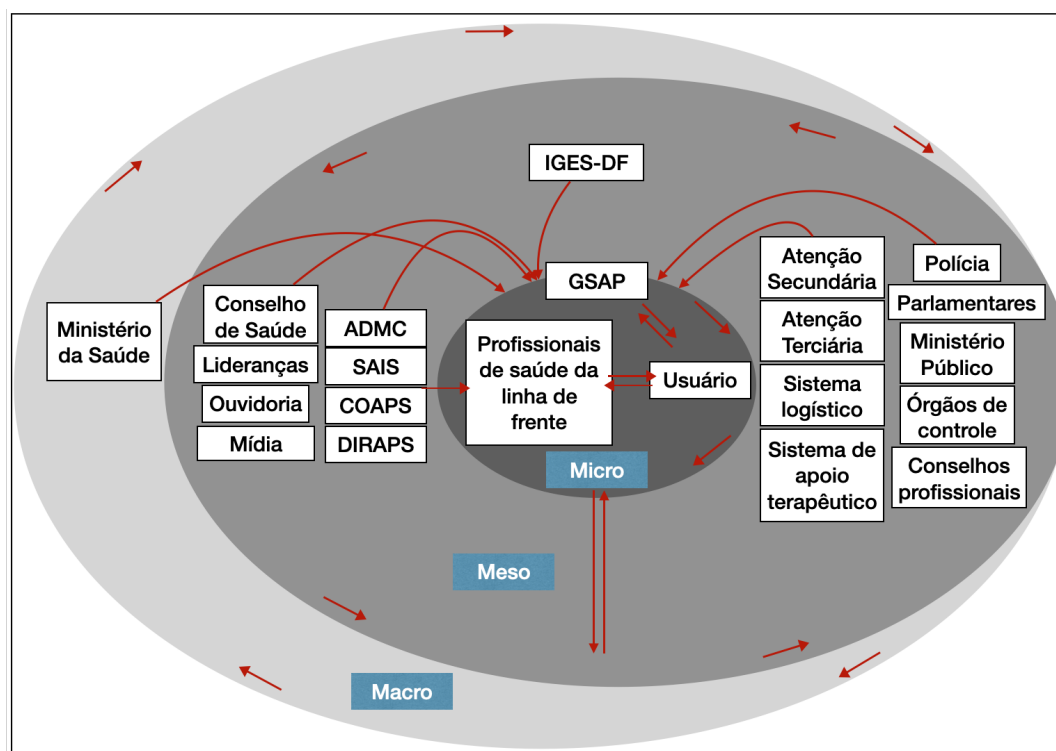
A Figura 1 apresenta a rede de governança multinível com influência no desenvolvimento da resolubilidade na APS-DF, segundo documentos e grupos focais.

Quadro 1: Documentos para a análise da resolubilidade na APS do DF.

ID	Documento	Ano de publicação	Objeto
1	Resolução n. 465, de 04 de outubro de 2016	2016	Resoluções do Conselho de Saúde do DF sobre a APS.
2	Guia de Referência da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde da Atenção Primária à Saúde/DF, versão profissional - gestor	2016	Uniformidade conceitual e perceptibilidade das ações e serviços que deverão ser disponibilizados aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde do DF.
3	Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017	2017	Política de APS do DF
4	Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017	2017	Regulamentação do art. 51 da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, para disciplinar o processo de conversão da APS do DF ao modelo da ESF.
5	Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018	2018	Regulamentação da estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no âmbito da APS do DF.
6	Portaria nº 1.274, de 22 de Novembro de 2018	2018	Instituição do Protocolo de Acesso na APS do DF.
7	Plano Distrital de Saúde 2020-2023	2019	Explicita a situação de saúde da população do DF, a estrutura e organização das Redes de Atenção à Saúde, bem como os objetivos que se pretende alcançar no quadriênio.
8	Reorganização do processo de trabalho dos Nasf no contexto da pandemia (Covid-19) e o cuidado em saúde a partir do território	2020	Orientações aos profissionais dos Nasf-AB a desenvolver estratégias de apoio às ESF e de atendimento à população no enfrentamento da Covid-19, bem como no seguimento dos usuários pós-pandemia.
9	Manual de Gerenciamento Local da APS do DF: manual GSAP	2021	Subsídio para consulta dos gerentes visando à melhoria e à organização de seu processo de trabalho diário à frente da GSAP e da GSAPP.
10	Nota Técnica nº 9/2022 - SES/SAIS/COAPS, de 15 de junho de 2022	2022	Organiza os serviços de APS do DF no contexto da Covid-19, com a definição de níveis de resposta para manutenção da capacidade de oferta eficiente de serviços.

Fonte: produção das autoras.

Figura 3 (Artigo 4) – Rede de governança multinível para a resolubilidade da APS-DF.



Fonte: adaptado de Conill; Frausto, (2007).

Os profissionais de saúde das eSF, que atuam na linha de frente junto aos usuários da APS, são identificados como agentes centrais para o desenvolvimento de uma APS resolutive. O conhecimento e formação adequados, experiência em serviço, posturas individuais para o acolhimento e a comunicação interpessoal empática e comprometida, dedicação e resiliência para lidar com a natureza complexa dos problemas de saúde que chegam à APS e para o trabalho coletivo, e capacidade de mediação de relações e processos, são aspectos diretamente relacionados ao desempenho da APS. Segundo os grupos focais, foram considerados preponderantes para o alcance dos padrões de qualidade da APS estabelecidos nos atributos da APS (STARFIELD, 2002), na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Brasil, 2017) e na Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (ID3).

O maior investimento precisa ser no capital humano (...). Se eu tenho um enfermeiro que se dedica mais, é mais qualificado, tem mais experiência, vai fazer diferença se eu comparar os dados dele com outro da mesma categoria. (...) Eu me empenho, procuro me dedicar e, mesmo tendo alguns

fluxos para padronização e normatização de alguns itens, pela natureza do nosso serviço, o capital humano é o mais diferencial.” (GF3\_2020).

“Contamos com uma força de trabalho muito unida e persistente. Eu que vim da Atenção Terciária, lá a gente ouve muito que a pessoa está querendo mudar de área, quer sair do centro cirúrgico, quer ir para outras áreas. Na Atenção Primária não. Nós temos aquele profissional que quer ficar, que está sempre brigando por melhorias e que quer ver mudança, ele tem vínculo com aquela comunidade e ele luta para estar a cada dia oferecendo o melhor dele. Eu acho que isso é o que mais apaixona e faz todo mundo continuar firme. (GF7\_2020).

Os agentes da linha de frente são citados como responsáveis centrais pela resolubilidade na APS, entretanto há muitos obstáculos que comprometem a sua governança para uma atuação resolutiva.

Nós sabemos exatamente os nós críticos quais são, agora o poder para mudar... Para atingir o nosso resultado, tem coisas que são da nossa governança e coisas que não são da nossa governança. Não está tudo no nosso controle. (GF4\_2020).

A configuração de trabalho coletivo em equipes multiprofissionais é um potente fator para a ampliação da resolubilidade da APS, mas que amplia por outro lado a quantidade e variedade de profissionais, complexificando o trabalho. Muitas vezes esses profissionais atuam numa lógica que não é dialógica, interdisciplinar, não integra a equipe mínima com a odontologia ou com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (hoje denominadas de equipes multiprofissionais – eMulti). Nos grupos focais houve relatos de resistências, individualismo e rivalidades nas equipes por questões salariais ou de carga horária, acirradas por uma gestão do trabalho frágil e insuficiente para promover mais horizontalidade nessas equipes.

Esse trabalho em equipe não tem ocorrido por falta de horário protegido que inclusive é previsto na PNAB, as equipes não conseguem, porque esse momento de diálogo, de discussão entre eles é importante. Hoje o trabalho em equipe se resume a: lotar RH de diferentes funções ali dentro para tentar fazer um trabalho junto. (GF7\_2020).

Essa questão do trabalho em equipe precisa ser mais bem alinhada para que, de fato, nós consigamos fazer na prática. Do jeito que está é só mesmo uma mera lotação. Isso não vai criar vínculo entre as pessoas e fazer elas, de fato, se ajudarem se um não respeitar o campo profissional do outro. (GF20\_2020).

Respeito, resiliência, ajuda mútua e boa vontade são apontados como valores essenciais a um trabalho coletivo resolutivo na APS. Por outro lado, os relatos indicam que as equipes que atuam na APS hoje estão sobrecarregadas e adoecidas,

e diante dessa condição interrogam quais as chances de interagirem de forma saudável e a sanar problemas históricos de fragmentação.

O que eu sinto muito é trabalhar sozinha para dar conta do recado. Isso tem me deixado angustiada, adoecida. Só para citar um exemplo de hoje de manhã, eu entro mais tarde, o meu horário é de 8h as 19h [horário estendido]. Eu mal cheguei e já veio a supervisora com um usuário, porque não tinha ninguém para acolher, que eu estava só de enfermeira, a médica atendendo, não tinha um técnico, o agente não estava e a pessoa chegou, ficou esperando, não tinha ninguém e foi reclamar na chefia. Então isso deixa a gente assim sobrecarregada em ter que acolher porta, em ter que fazer triagem, ter que fazer um curativo, ter que fazer uma medicação e ainda ter que fazer o atendimento. Para mim, para tudo isso funcionar, teríamos que ter uma equipe realmente completa, aí poderíamos ter a promoção, a prevenção, e também a gente não adoecer, porque eu estou me sentindo adoecida, infelizmente, pela sobrecarga (GF18\_2020).

A estratégia de “equipes irmãs”, duas equipes de ESF que atuam numa mesma unidade e que se apoiam mutuamente diante de contingências cotidianas, é uma alternativa que tem sido adotada para potencializar o trabalho coletivo. Segundo os relatos, ajuda na retaguarda diante das inconsistências de equipes, mantendo os atendimentos, mas nem sempre com resolubilidade e, se utilizada cronicamente, eleva o nível de conflitos entre os profissionais e prejudica a resolubilidade.

A transição do modelo tradicional da APS para o modelo da ESF proposto pelo Converte APS-DF em 2017 (ID4), mexeu profundamente com os profissionais, determinando desde a formação de equipes de transição até um novo dimensionamento de quantidades e categorias profissionais por equipe. Segundo os grupos focais, essa transição acirrou muitos problemas nas equipes por envolver profissionais sem perfil e formação adequados para atuar na APS. Foram estabelecidas responsabilidades para com processos formais de capacitação e matriciamento para aumentar a resolubilidade das equipes formadas, mas esse suporte foi apontado como insuficiente para preparar os profissionais de saúde para atuar de forma conjunta e efetiva nas equipes da ESF.

A respeito de categorias profissionais presentes nas equipes, algumas foram mais notadamente citadas por sua contribuição para a resolubilidade na APS, como o enfermeiro, que numa equipe assume desde as funções de acolhimento e cuidado direto ao usuário, até a supervisão técnica de outros profissionais e a gerência de fluxos na equipe. Os técnicos de enfermagem foram destacados por sua contribuição à resolubilidade, mas também pela precarização que sofreram nos últimos anos. São considerados essenciais, mas comumente desvalorizados no

processo de trabalho das equipes, justamente porque sustentam a alta demanda dos serviços executando procedimentos e não conseguem se dedicar a outras atividades, seja de articulação na eSF ou de formação.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também foram citados nos grupos focais como profissionais essenciais ao modelo da Saúde da Família. Referem que o Converte APS-DF reduziu drasticamente o quantitativo desses profissionais nas equipes após a reformulação da PNAB (BRASIL, 2017), da Política Distrital de APS (ID3) e do Converte APS-DF (ID4), apontados como prejuízo à resolubilidade na APS.

Esse modelo que está aí hoje no DF de agente comunitário de saúde, me desculpe, mas você pode contratar médicos e todas as equipes, enfermeiros, técnicos... Se você não tiver agente comunitário de saúde, você não tem Atenção Básica do jeito que eles querem.” (GF6\_2020).

“O agente de saúde [...] era um serviço prestado para o governo, ele não tinha vínculo com o SUS, entrava dentro daquela kombi verde de Saúde em Casa, todo mundo e fazia aquela coisa toda. Então hoje o agente de saúde é diferente, ele tem um vínculo com o SUS, ele tem um vínculo empregatício, então é diferente. Tem uma organização ali, tem um plano, tem um planejamento dentro de uma unidade, ele tem um planejamento junto à comunidade e isso precisa expandir, precisa aparecer dentro de uma unidade. Só que ele está sendo quebrado. Hoje você tinha sua unidade, a sua micro área, hoje não tem mais, você tem uma área. Tinha quatro ou cinco agentes para uma equipe, [...] o Guará, por exemplo, [...] era para ter uns trinta agentes e só tem cinco (GF7\_2020).

Nós (técnicos)e ACS estamos mais próximos da comunidade e a nossa voz é diferente de uma voz de um médico, do enfermeiro. É um problema cultural, esse usuário chega até você que está mais próximo a ele, que abre a porta, a primeira manifestação de dor ou de raiva é com você (GF7\_2020).

As GSAP, nível de gestão local da APS, apesar de não atuarem no cuidado direto aos usuários, foram também identificadas como agentes da linha de frente e que influenciam diretamente no desenvolvimento da resolubilidade na APS. As responsabilidades individuais e coletivas das GSAP citadas como relevantes para a resolubilidade na APS são idênticas às dos profissionais de saúde, mas não voltadas ao cuidado, e sim ao suporte imediato para o funcionamento das unidades (infraestrutura e logística), o cumprimento de normas e condutas, a organização e o monitoramento do trabalho dos profissionais de saúde, e o apoio às contingências cotidianas. O monitoramento dos encaminhamentos a outros níveis de atenção realizados em sua unidade e as providências para que todas as equipes apresentem

níveis de resolubilidade superiores a 85%. (ID3) são exemplos de ações atribuídas às GSAP.

O gerente é o responsável por criar os atalhos para que a resolatividade venha quando a maioria dos fluxos não funciona (GF5\_2020).

O trabalho dos gestores que estão na ponta é de fato vestir a camisa e de estar ali junto com a equipe, ele não está ali somente como líder ou senão como chefe mandando, você tem que ir com a equipe, tem que dizer, “Vamos juntos, eu te ajudo” (GF7\_2020).

Por outro lado, ponderou-se que nem todo gerente contribui para a resolubilidade na APS. Muitos nem sequer conhecem as devidas atribuições desses gestores nos grupos focais realizados em 2020, as quais foram definidas com a elaboração do Manual para Gestores da APS (ID9), desenvolvido no âmbito do QualisAPS a partir dessa fragilidade identificada. Os que conheciam as atribuições avaliaram que, em função da sobrecarga, de características individuais (nível de empatia e disponibilidade) ou do estilo de gestão, nem sempre os gestores ouvem profissionais das eSF e usuários para tentar equacionar necessidades e possibilidades.

São comuns ordens ou intervenções que contrariam o que os profissionais das eSF organizam no seu processo de trabalho. Esse agente também não pode substituir o profissional de saúde das eSF, embora às vezes essa seja a demanda, pois sua responsabilidade é acionar os recursos para resolver e não resolver diretamente. Criar canais de comunicação eficientes com profissionais e usuários mostrou-se fundamental ao trabalho desse gerente local, assim como manter a horizontalidade das medidas de gestão necessárias. Também é preciso aprimorar a comunicação entre os níveis de gestão da secretaria para superar os constantes atravessamentos de níveis superiores que reforçam a fragmentação e o desprestígio desse gerente local.

É importante trabalhar junto, vestir a camisa, mas não deixar de fazer a nossa função essencial, como gestor estamos lá para gerir. Porque se formos para a assistência, nós somos assistenciais, nós estamos temporariamente nessa função, e não na nossa (GF7\_2020).

Na grande maioria, os pacientes já chegam à Atenção Primária quando vem de outro lugar, ele já chega armado. Então se eu tenho que mandá-lo procurar uma referência, ele vai chegar lá e falar: 'Foi fulano da UBS que me mandou'. Aí o meu gerente ao invés de ligar e falar, olha, fulano, essa informação procede? Ele já chega com sete pedras na mão. 'Você fez isso, isso e isso!'. Não estão dando ouvidos ao servidor; estão ouvindo o outro lado que é o paciente, que também tem que ser ouvido, mas não tem que ser a opinião suprema. Eu acho que o servidor precisa ser valorizado.” (GF6\_2020).

Outros agentes com influência na resolubilidade da APS compõem os diferentes níveis de gestão da SES-DF. Foram citadas a Administração Central (ADMC), a Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) e a Coordenação de APS (COAPS), localizadas no nível central de gestão, e a gestão de nível regional, denominada Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS). A esses agentes, que compõem o nível meso, atribui-se grande responsabilidade na normatização da APS no DF, na gestão dos sistemas de apoio logístico e terapêutico necessário ao funcionamento dos serviços, no provimento e fixação de profissionais, no apoio técnico e estabelecimento de fluxos, bem como na escuta e resolução dos problemas vivenciados pelos profissionais e gerentes da linha de frente para uma APS resolutiva. A COAPS, por exemplo, junto às GSAP, deverá realizar o monitoramento e a avaliação dos encaminhamentos às especialidades e utilizar as informações obtidas para planejamento de ações de educação em saúde e matriciamento, com o objetivo de aumentar a resolutividade das equipes (ID3). Já às DIRAPS cabe programar as ações da APS a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, de forma resolutiva, responsável e integrada, com escuta qualificada e humanizada e respostas adequadas em tempo oportuno (ID3).

Essa gestão de instâncias superiores é referida como distante e ineficiente em relação ao que os profissionais precisam para exercer uma APS resolutiva. Falta apoio de toda ordem, seja em prover as condições necessárias, ou mesmo em escuta e diálogo sobre as necessidades dos profissionais e até mesmo das GSAP.

A ouvidoria foi abordada nos grupos focais como agente estatal que favorece à resolubilidade, muito embora no cotidiano seja fonte de muitos desgastes entre profissionais, gestores e usuários.

Empoderar mais esse usuário vai ajudar a dar qualidade, porque a partir do momento que ele faz uma reclamação na ouvidoria 'Olha, o dentista da minha área se aposentou faz um ano, eu não tenho outro para colocar', só que ele não faz. Se ele não faz uma reclamação formal, nunca o gestor vai poder saber que não está tudo bem, 'o dentista não está fazendo falta, não precisa colocar outro'. Mas falando em tudo. Ele tem a fala, a voz dele. A gestão participativa também faz parte (GF6 2020).

Hoje eu recebi uma ouvidoria, (...) é uma mãezinha que vem fazendo ouvidorias frequentemente. Ela falou que não vai ser atendida amanhã pela enfermeira. Eu tenho que ligar pra mãe para convencê-la (...), porque é só preconceito (GF2\_2022).

Eu também fico lá na parte de ouvidoria. Quando eu recebo e ligo, gente, (...) eu me controlo e vou tentar contornar a situação. Mas eles são

agressivos, dizem “Nossa, mas esse programa aí não presta, isso é só pra isso ou pra aquilo, só pra vocês ganharem dinheiro” (GF2\_2022).

A RAS foi também citada como relevante para a resolubilidade na APS, representando os diversos agentes que compõem outros níveis de atenção (atenção secundária e terciária), além do sistema de apoio terapêutico (assistência farmacêutica, laboratórios e centros de diagnóstico, sistemas de informação) e logístico (identificação de usuários, regulação, registro eletrônico, transporte sanitário). Os documentos fazem essa referência, sem no entanto adentrar nas responsabilidades de cada nível para a efetividade na resolução de problemas, e os grupos focais citam a RAS majoritariamente pelo seu papel omissivo: sentem-se desamparados, sem retaguarda, seja para consultas especializadas ou de urgência, exames, procedimentos, hospitalizações, ou até mesmo para a continuidade das informações em saúde. A percepção geral é de que o compromisso com a resolubilidade é exclusivo da APS e não envolve toda a engrenagem de rede operando para ser efetiva como deveria.

Nós estamos na ponta e a ponta não segura nada sozinha não. Se a ponta não tiver apoio, não tiver as amarras corretas, os fluxos... Os fluxos têm que funcionar. Eu fui entregar semana passada a consulta para um paciente, o paciente faleceu. Ele levou nove anos esperando uma cirurgia e morreu sem atendimento. Que fluxo é esse que dura anos? Nós acolhemos, nós atendemos, nós tratamos, nós enviamos, mas a retaguarda não vem. Sem resposta da rede, não tem equipe de Saúde da Família que funcione. Nós precisamos ter apoio, senão não vai funcionar (GF6\_2020).

Um agente citado como influente na resolubilidade da APS no DF, responsável por outros níveis de atenção é o IGES-DF. Trata-se de uma entidade de Serviço Social Autônomo (SSA) criada pela Lei nº 6.270/19 e que faz a gestão de dois grandes hospitais e treze unidades de pronto atendimento (UPAs), cobrindo boa parte do DF. Nos grupos focais, foi mencionado que o IGES-DF representa a terceirização do compromisso sanitário e que impõe ainda mais fragmentação à rede de serviços, com sistemas de informação diferentes e fluxos isolados, pouco resilientes aos desafios do Sistema Único de Saúde e da APS, que frequentemente negam a devida retaguarda e dificultam a resolubilidade.

Como é que um serviço terceirizado que tinha nos dar suporte devolve paciente para nós? O modelo de gestão por OSs ou por qualquer outra forma de gestão [fora a pública direta], talvez seja válido sim, mas para área-meio, área de suporte, de equipamentos, laboratorial, essas coisas com certeza, já é até comprovado que realmente é melhor, o custo é mais baixo. Mas com o ser humano, atendimento humanizado é diferente (GF20\_2020).

Os usuários foram identificados como agentes não estatais que influenciam na resolubilidade da APS. Primeiro, porque são os portadores dos problemas de saúde e maiores interessados com a sua resolução, que costumam explorar todos os recursos ao seu alcance para tal e com isso vão gerando demandas, provocando respostas de profissionais e gestores. A relação dos usuários com os agentes da linha de frente, porém, é referida como tensa, em função das inúmeras dificuldades enfrentadas nos serviços para resolver dar acesso e resolver problemas em saúde.

Meu usuário vai pra Santa Maria quando ele não é atendido, tem uns que vão por conta própria do Gama. Ele quer é resolver (GF2 2022).

A população precisa ser educada, porque eles chegam lá e eles já querem ser atendidos, não querem esperar, não têm paciência, sabe? Querem passar um na frente do outro, gritam com os servidores, falam coisas com a gente, agressão verbal. Chama até polícia pra gente (GF1\_2022).

A depender da sua posição social e grau de articulação, os usuários influenciam de forma mais direta e organizada nos fluxos, como por meio do Conselho de Saúde (ID1) e lideranças locais, ou acionam outros agentes que interferem nesse caminho até a resolução de problemas, como a mídia. Agentes estatais de outros órgãos, como segurança pública (polícia), órgãos de controle e conselhos profissionais, e até de diferentes poderes, como parlamentares do poder legislativo e agentes do poder judiciário, foram também identificados neste nível.

Em alguns grupos focais, a atuação desses agentes foi entendida como prejudicial à resolubilidade na APS. A atuação da mídia, de parlamentares e do poder judiciário foi descrita como interessada a qualquer custo em desqualificar os serviços, expondo falhas, ditando demandas, induzindo ofertas e impondo prioridades entre os problemas de saúde a serem resolvidos pela força da opinião pública ou da lei, em detrimento de critérios clínicos e sanitários. Órgãos de controle e conselhos profissionais desempenham influência semelhante, mas por meio de ações regulatórias que impõem limitações à atuação dos gestores ou de profissionais das eSF. Em que pese a relevância desses agentes para a manutenção do bem público e da ordem social, segundo os grupos focais, muitas vezes, essa influência compromete a resolubilidade da APS, perturba o planejamento estabelecido por profissionais, ordenando resolver o caso específico que o demandou em detrimento da lista de prioridades definida pela equipe, gerando

situações caóticas. Apesar desse potencial indutor que pode vir a ser danoso, os grupos focais apontam que esses agentes poderiam contribuir de outro modo, mais colaborativo. A mídia, por exemplo, no que diz respeito à educação em saúde, poderia contribuir com o resgate de campanhas de saúde e a divulgação de informações estratégicas, assim como o judiciário e os conselhos poderiam viabilizar o cumprimento de determinações relacionadas aos atributos da APS e diretrizes.

O conselho de saúde leva uma pessoa lá, eles só conhecem a demanda daquela pessoa e querem que priorize, quando o gestor que conhece a demanda do local, consegue avaliar quem priorizar (GF7\_2020).

Saiu portaria regulamentando a prescrição de enfermeiros, já é nacional a aceitação desta estratégia, e isso sempre gera polêmica, já entraram na justiça, então como é que se fala em trabalho de equipe se um profissional não respeita um o campo de atuação do outro? Começa por aí. A questão de estar ou não qualificado, isso já é cobrado pelos conselhos, a habilitação, e [também prejudica] a própria aceitação da comunidade que acaba não absorvendo isso, porque o tempo todo muda (GF19\_2020).

A informação chegava muito mais rápido à população através da mídia do que pra gente. (...) Quantas vezes nós quase apanhamos nas filas. A gente teve, por exemplo, a antecipação de segunda dose sem nem saber (...). Ampliou e eles [gestores] não contaram que tinha um grande número de vacinados para aquela mesma semana, juntou a galera que ia fazer já a segunda dose com a antecipação da segunda dose. Na época a gente tava fazendo no ginásio, que ficou lotado e a gente tinha diminuído um pouco os servidores, porque tinha diminuído a demanda. E não foi avisado isso pra gente, avisou no jornal e a gente só recebeu a surpresa (GF1\_2022)

O governo podia colocar propaganda na televisão pra fazer a comunidade entender o que é Atenção Primária, saber como procurar a Unidade Básica, a UPA. Esse entendimento nunca vi fazer. Eu já trabalhei em uma UBS em que a gente conseguiu colocar uma televisão e a gente colocava lá o que são as rotinas da Unidade, quais as prioridades, a carta de serviço. Ajudava muito (GF1\_2022).

No nível macrossocial, no que diz respeito à gestão estatal, o Ministério da Saúde foi apontado como agente que influencia na resolubilidade da APS. Do ponto de vista normativo, essa influência se expressa no quanto as diretrizes locais reconhecem as diretrizes nacionais para organizar o funcionamento da APS, bem como se moldam para potencializar ou limitar o trabalho das equipes nos territórios. Verifica-se essa forte influência das normativas nacionais nos documentos locais selecionados neste estudo.

Numa perspectiva política, a influência da esfera federal se dá pela priorização de determinadas estratégias e programas por determinado governo, que estruturam a APS nos territórios a partir da régua nacional e podem não contemplar as necessidades de saúde locais. Boa parte das citações ao governo federal nos grupos focais se deu num sentido crítico, de que essa atuação vinha prejudicando a

resolubilidade na APS nos últimos anos. Essa avaliação negativa estava relacionada principalmente à última atualização da PNAB (BRASIL, 2017), particularmente no que se refere à redução da quantidade mínima de ACS e do parâmetro de territorialização das eSF (mínimo de 2.000 e máximo de 3.500 pessoas por equipe), assim como de programas estratégicos lançados, como o Previne Brasil (alterou parâmetro populacional para no máximo de 4.000 pessoas conforme classificação do município no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), o que na avaliação dos participantes resultaram em prejuízos à resolubilidade na APS do DF.

## **DISCUSSÃO**

Os principais agentes com influência na resolubilidade da APS, segundo os documentos e grupos focais, são profissionais das eSF e GSAP, os agentes da linha de frente, pertencentes aos níveis micro, diretamente relacionado ao cuidado e às relações interpessoais.

A responsabilidade dos agentes da linha de frente com a qualidade da APS é bastante reconhecida, conforme abordam as diretrizes para o trabalho neste nível de atenção (ID3; Brasil, 2017; Who, 2008) e a literatura (Campos, 1997; Merhy *et al.*, 2004; Ribeiro; Pires; Blank, 2007; Assunção; Jackson Filho, 2013).

Contudo, pouco se aborda sobre a real capacidade e discricionariedade desses agentes da linha de frente para desenvolver novas e melhores práticas, que transponham o modelo de cuidado em saúde hegemonicamente centrado no médico e na lógica curativa de doenças, pautado numa lógica de fragmentação e divisão técnica do trabalho na APS, com condições muitas vezes precárias e paradoxalmente a demanda por uma oferta de serviços cada vez mais abrangente (Costa *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2022).

É complexa a relação dos agentes da linha de frente com essa responsabilidade, pois de fato sua discricionariedade é maior do que a dos agentes do nível meso e macro, uma vez que os controles sobre esta, seja pelos gestores de políticas, seja pelos políticos, não alcançam totalmente o nível em que os serviços

se efetivam. Porém, essa discricionariedade não é irrestrita, ao ponto de implicar em autonomia suficiente desses agentes (Lotta; Santiago, 2018), por exemplo, para fazer acontecer a resolubilidade na APS caso simplesmente desejassem e soubessem como fazer.

Discricionariedade diz respeito à liberdade dentro de constrangimentos jurídicos, econômicos, sociológicos e políticos, impostos aos agentes que participam no processo de implementação de políticas públicas (Lotta; Santiago, 2018). O ato discricionário é aquele que prevê algum grau de arbitrariedade dentro dos limites legais de atuação dos agentes implementadores, em que os limites efetivos de seu poder guardam ainda alguma liberdade para fazer escolhas entre linhas possíveis de ação e inação (Lotta, 2015).

No caso em questão, não fica claro qual é esse espaço disponível para que os agentes da linha de frente, sejam profissionais das eSF ou GSAP, possam influenciar no desenvolvimento da resolubilidade na APS, e quais são os limites dessa discricionariedade. Ou seja, a responsabilidade é claramente colocada sobre esses agentes, mas não vem acompanhada da clareza sobre como de fato devem tomar decisões em sua prática cotidiana para uma APS resolutive, tampouco sobre os obstáculos ao cumprimento dessa responsabilidade e suas consequências (Lotta; Santiago, 2018).

Alguns elementos da própria implementação que podem influenciar na discricionariedade desses agentes são: a falta de clareza nos objetivos das políticas, as regras ambíguas ou mal formuladas, o alto número de agentes governamentais ou de organizações envolvidas na implementação, as diferenças de valores, os conflitos vivenciados pelos próprios implementadores, entre outros (Lotta, 2015). Nessa lógica, a polissemia da resolubilidade na APS, anteriormente identificada (Chaves; Scherer; Conill, 2023) pode constituir elemento suficiente para prejudicar o exercício da discricionariedade por parte dos agentes da linha de frente da APS e, conseqüentemente, dificultar o cumprimento dessa responsabilidade.

Cabe acrescentar, em relação a esses agentes da linha de frente, que mecanismos de controle por resultados ou por participação social, bem como formas de lealdade e motivação vinculadas à política pública em questão, são mais efetivos do que o exercido pela hierarquia, pelos procedimentos burocráticos ou pela fiscalização direta dos políticos (Lotta; Santiago, 2018). Isso vai ao encontro do que

foi relatado nos grupos focais, seja sobre a problemática ou sobre os caminhos possíveis para ampliar a mobilização dos agentes da linha de frente para o desenvolvimento de uma APS efetiva na resolução de problemas.

Quanto aos agentes governamentais pertencentes ao nível meso, os gerentes de médio escalão, citados como omissos ou distantes e ineficientes em prover o que os profissionais precisam para exercer uma APS resolutiva, os resultados corroboram com a literatura, que caracteriza essa atividade como altamente fragmentada, variada e baseada em tentativas de curto prazo de lidar com problemas emergentes, em vez de desempenhar funções típicas de administração, como planejamento, coordenação e monitoramento, pautados em pensamento analítico e ação (Cavalcante; Lotta, 2015).

A função do gerente de médio escalão deve envolver: uma dimensão interpessoal, que os capacite a interagir de forma produtiva com superiores, subordinados e pares; outra dimensão informacional, que envolve a recepção, sistematização e disseminação de informações relevantes para a organização; e uma última dimensão decisória, que evoca o caráter empreendedor e negociador, além de suas habilidades de lidar com conflitos e alocar recursos estrategicamente (Cavalcante; Lotta, 2015).

No caso do DF, apesar dos esforços constantes para expor as atribuições dos gestores e qualificar sua relação com os agentes da linha de frente, verifica-se ainda uma lacuna nas diretrizes sobre o papel concreto desses gerentes de médio escalão para a efetividade na resolução de problemas. Não está claro que papel devem desempenhar, nem a margem de discricionariedade de cada agente. Aliás, se não há uma delegação de responsabilidade, tampouco pode haver discricionariedade, uma vez que em seu conceito corresponde justamente à “liberdade delegada” (Lotta; Santiago, 2018). Não à toa, a gestão configura até hoje um dos problemas mais significativos para a efetivação das políticas públicas de saúde, pois há uma carência de definição e ferramentas para monitorar o fazer do gestor (Pires *et al.*, 2019).

Quanto mais macro era o nível do agente na rede de governança multinível, menor foi o nível de clareza sobre suas responsabilidades para uma APS resolutiva, mas sua influência de todo modo se faz presente. Inclusive, boa parte dos obstáculos apontados pelos agentes da linha de frente para que se execute a

efetividade na resolução de problemas de saúde na APS advém dos níveis menos explorados nos documentos e nos grupos focais, em termos de papéis que deveriam desempenhar, portanto é preciso reconhecer a importância desse enfoque.

No nível macro foi ainda mais crítico: o Ministério da Saúde foi o único agente governamental abordado, como referência normativa para estados, DF e municípios na execução da APS no Brasil e pelas críticas políticas pungentes durante o período de coleta de dados. A não menção a outros agentes macro demonstra a dificuldade em conceber uma perspectiva crítica acerca da resolubilidade na APS que vá além do escopo operacional e reconheça o estratégico.

A título de exemplo, o Banco Mundial (Banco Mundial, 2019) e a Organização Panamericana de Saúde (Paho, 2019) foram alguns dos responsáveis pelo fomento ao debate sobre a resolubilidade da APS no Brasil, mesmo diante das fragilidades conceituais e da lacuna de diretrizes específicas para atuação dos agentes com potencial influência no seu desenvolvimento. Não reconhecer os agentes macro nesse debate, bem como possíveis interesses envolvidos nessa agenda, implica em prosseguir com a responsabilização exclusiva dos agentes da linha de frente para uma APS resolutiva, sem revelar como cada agente da rede de governança multinível deve agir para atingir esse resultado, uma lógica que se mostra contraproducente.

Análise semelhante se pode tecer para os aspectos relacionados à RAS, aos agentes não governamentais situados no nível micro e meso da rede de governança, esses ao menos citados, e aos agentes não governamentais do nível macro, que sequer foram citados.

Para ampliar a sua capacidade de resposta da APS, no que diz respeito às suas próprias responsabilidades, além da resolubilidade (cura, contenção, cuidado, ajuda, conforto), é preciso assegurar também a promoção da saúde e prevenção de doenças, o encaminhamento (filtro para outros níveis de atenção) e a coordenação (continuidade do cuidado). (Gérvias; Mena; Mainar, 2007). Todavia, para que isso se efetive, a APS precisa contar com uma RAS que tenha responsabilidade com: acesso a serviços especializados e hospitalares, apoio terapêutico e logístico compatíveis com as necessidades em saúde; comunicação, coordenação e regulação efetivas entre os diferentes níveis de atenção; compartilhamento de informações e conhecimentos entre os profissionais de saúde em diferentes níveis

de atenção; entre outros aspectos (Brasil, 2010). Sem uma RAS fortalecida e níveis de atenção que compartilhem essas responsabilidades, a efetividade na resolução de problemas na APS segue distante da realidade.

Os agentes não governamentais, que geralmente estabelecem relações de cobrança para com os agentes governamentais, podem ter participação mais cooperativa e influenciar operacionalmente, a partir das pressões diretas e indiretas, informais e formais, para que os serviços sejam efetivos na resolução dos problemas de saúde. Podem influenciar também no âmbito estratégico das decisões, a partir do exercício do controle social, pautando a orientação comunitária e a competência cultural no cuidado na APS, norteando a definição de problemas de saúde e da oferta de serviços numa lógica centrada nas pessoas, buscando ampliar autonomia e capacidade na construção do cuidado à própria saúde por parte das pessoas e coletividades (Brasil, 2017). A mídia, a polícia, os parlamentares, o judiciário, os órgãos de controle e os conselhos de classe devem equacionar microjustiça, importante para assegurar que todos sejam tratados de forma isonômica pelo Estado segundo as condições estabelecidas nas políticas públicas, com a macrojustiça, considerando a efetividade na resolução de problemas como parte do direito à saúde (Vieira, 2020).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa buscou mapear os agentes com potencial influência no desenvolvimento de uma APS resolutiva, identificando seus papéis, a partir do estudo de caso do DF, Brasil. Apresenta reflexões pertinentes a um debate mais amplo, tendo em vista que esse conceito tem sido amplamente utilizado para direcionar as ações em saúde no Brasil e na América Latina.

Os resultados indicam que a resolubilidade na APS é uma responsabilidade que recai principalmente sobre os agentes da linha de frente da APS, profissionais das eSF e GSAP, quando na verdade deveria envolver diversos agentes implicados no Sistema Único de Saúde, direta ou indiretamente, se compreendida como uma

responsabilidade partilhada. Negar essa rede de governança multinível fatalmente leva a falhas na implementação da APS.

Uma recomendação importante para mitigar a limitação identificada no contexto da APS no DF e melhor instrumentalizar a busca por resultados é que as normativas sejam revistas para explorar a discricionariedade, aprimorando a definição das responsabilidades e instrumentos de monitoramento da atuação de cada agente que compõe a rede de governança multinível para a efetividade na resolução de problemas na APS.

Além disso, recomenda-se que sejam incentivadas e incorporadas à rotina das eSF atividades avaliativas em formato participativo, à exemplo das que ocorreram no âmbito do QualisAPS, mas que não se restringissem à APS ou mesmo ao setor saúde, para promover diálogos entre os agentes dessa rede de governança multinível, favorecendo a identificação dos compromissos partilhados e o aprofundamento sobre os papéis de cada um na melhoria da efetividade na resolução de problemas de saúde na APS.

São possíveis limitações do estudo de caso em questão, vieses de seleção e de subjetividade da pesquisadora na coleta, análise e interpretação dos dados. Contudo, são limitações esperadas para estudos qualitativos, que não reduzem a relevância dos achados, só reforçam a importância da escolha por um recorte que permita explorar em profundidade um objeto teórico e prático para a compreensão da complexidade humana e social envolvida. Nesse sentido, estudos com outros agentes que compõem a rede de governança multinível aqui abordada podem revelar aspectos complementares à presente abordagem.

## **REFERÊNCIAS**

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.

ASSUNÇÃO AA, JACKSON Filho JM. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO AA, BRITO J. (Org) *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

Banco mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro, 2018. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2019/04/Enviando-PropostasdeReformasdoSUS.pdf> Acesso em: 03/06/2021.

BARBOSA JAG. A utilização do Grupo Focal como método de coleta dados em pesquisa qualitativa na saúde e na enfermagem. Belo Horizonte, MG, 02(03) ago/set, 2012. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-izabela/index.php/bio/article/view/328/298> Acesso em: 15/04/2021.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) Acesso em: 01/06/2023.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html) Acesso em: 01/06/2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Referencial para avaliação de governança multinível em políticas públicas descentralizadas. Tribunal de Contas da União, Instituto Rui Barbosa, Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil. Brasília: TCU, 2021.

CAMPOS GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko RT (Org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

CASTRO AC. Leituras sobre o regionalismo europeu e a emergência da governança multinível. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais. São Paulo, n. 78, 2o semestre de 2014 (publicada em junho de 2016), p. 5-16.

CAVALCANTE PLC, LOTTA GS (Org). Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação. Brasília: ENAP, 2015.

CHAVES ACC, SCHERER MDA, CONILL EM. O que contribui para a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde? Revisão integrativa da literatura, 2010-2020. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2023/Jan). [Citado em 12/06/2023]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-que-contribui-para-a-resolubilidade-na-atencao-primaria-saude-revisao-integrativa-da-literatura-20102020/18645>

CONILL EM, FAUSTO MCR. Análisis de la problemática de la integración APS em el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en La cohesión social. Proyecto EUROsociAL Salud, Intercambio “Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros Niveles de Atención” Documento técnico. Rio de Janeiro: IRD, 2007.

COSTA JP, JORGE MSB, VASCONCELOS MGF, PAULA ML, BEZERRA IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Saúde Debate. Rio de Janeiro, 38(103)733:43, OUT-DEZ 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140067

DEGANI VC. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2019.

DISTRITO FEDERAL. Manual instrutivo do Qualis APS - 2023. Disponível em: [https://qualisaps.unb.br/files/Manual\\_instrutivo\\_Qualis\\_2023.pdf](https://qualisaps.unb.br/files/Manual_instrutivo_Qualis_2023.pdf) Acesso em: 01/06/2023.

DISTRITO FEDERAL. Resolução n. 465, de 04 de outubro de 2016. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2016.

DISTRITO FEDERAL. Guia de Referência da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde da Atenção Primária à Saúde/DF, versão profissional - gestor. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2016.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2018.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 1.274, de 22 de Novembro de 2018. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2018.

DISTRITO FEDERAL. Plano Distrital de Saúde 2020-2023. Brasília, 2019.

DISTRITO FEDERAL. Reorganização do processo de trabalho dos Nasf no contexto da pandemia (Covid-19) e o cuidado em saúde a partir do território. Brasília, 2020.

DISTRITO FEDERAL. Manual de Gerenciamento Local da APS do DF: manual GSAP. Brasília, 2021.

DISTRITO FEDERAL. Nota Técnica nº 9/2022 - SES/SAIS/COAPS, de 15 de junho de 2022. Brasília, 2022.

FLICK U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Trad.: Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GÉRVAS J, MENA OP, MAINAR AS. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. Med Clin (Barc) 2007; 128(14):540-4 [cited 2007 08 mai]. Disponível em: <http://www.doyma.es>  
Acesso em: 01/06/2023.

LOTTA GS. Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2015.

LOTTA GS , Vaz JC. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. Revista do Serviço Público, 66 (2), 171-194. Brasília: Enap, 2015.

LOTTA GS, SANTIAGO A. Autonomia e discricionariedade: matizando conceitos-chave para o estudo de burocracia. BIB, 83(1/2017 - publicada em fevereiro de 2018):21-42.

MERHY EE, MAGALHÃES Júnior HM, RIMOLI J, FRANCO TB, BUENO WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO MCS, ASSIS SG, SOUZA ER. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MONTEIRO S; HORTA A. Governança multinível em Portugal: fundamentos teórico-conceituais. Coleção Política e Territórios. Working Paper n. 3. Agência para o Desenvolvimento e Coesão, I.P. Lisboa: 2018.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Auditoria de políticas públicas descentralizadas no Brasil: abordagens colaborativas e baseadas em evidências para melhores resultados. OECD Publishing, Paris, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1787/f02bdf5e-pt>>.

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.

Pan American Health Organization (PAHO). Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata. Report of the High-Level Commission, Pan American Health Organization. Washington, 2019.

PIRES DEP, VANDRESEN L, FORTE ECN, MACHADO RR, MELO TAP. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180216. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216>.

RESSEL LB, BECK CLC, GUALDA DMR, HOFFMANN IC, SILVA RM, SEHNEM GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Texto contexto - enferm, 17(4), 2008.

REZENDE VA. A resolutividade na Atenção Básica: uma revisão de literatura [TCC]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

RIBEIRO EM, PIRES D, BLANK VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- a b r, 2004

SÁ-SILVA JR, ALMEIDA CD, GUINDANI JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Ano I - Número I - Julho de 2009.

SANTOS TVC, PENNA CMM. Demandas cotidianas na Atenção Primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013. Jan-Mar; 22(1): 149-56.

SOUZA KOC, RIBEIRO CJN, SANTOS JYS, ARAÚJO DC, PEIXOTO MVS, FRACOLLI LA, SANTOS AD. Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no nordeste brasileiro. Acta paul enferm [Internet], 35:eAPE01076, 2022.

STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TURRINI RNT, LEBRÃO ML, CESAR CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):663-674, mar, 2008.

VIEIRA FS. Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Brasília: IPEA, 2020.

World Health Organization (WHO). The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever. Genebra: WHO; 2008. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>.

## 8 CONCLUSÕES

O presente estudo partiu do fato de que a resolubilidade na APS é um resultado esperado e geralmente explícito entre as diretrizes dos sistemas de saúde, mas que sua execução é complexa, especialmente em sistemas públicos e, em muitas realidades, a APS praticada é apontada como pouco resolutive, apresentando uma lacuna entre o que indivíduos e comunidades precisam, e a qualidade que os serviços oferecem.

Avançar na compreensão do que poderia ampliar a resolubilidade na APS é relevante porque favorece o fortalecimento deste nível de atenção, afirmando sua centralidade para uma saúde pública de qualidade, e porque contribui para o amparo teórico necessário ao desenvolvimento técnico e científico desse objeto, fornecendo subsídios para metas e compromissos sanitários mais concretos.

Para tanto, foram levantadas as seguintes questões de pesquisa: no que consiste a resolubilidade na APS, quais as concepções que a fundamentam e sua abrangência? Quais os elementos críticos e agentes que podem influenciar no desenvolvimento de uma APS resolutive?

Entre os pressupostos de pesquisa considerou-se que: 1) A resolubilidade na APS é definida a partir de diferentes concepções, mais restritivas ou abrangentes, com efeitos diversos nas práticas de gestão e assistência à saúde desenvolvidas nesse âmbito da atenção; 2) Em meio aos muitos desafios já reconhecidos para se atingir a qualidade na APS, há aqueles que dificultam o desenvolvimento da resolubilidade e são capazes de apontar em que sentido se deve intervir para ampliar a resolução de problemas de saúde na APS; 3) A responsabilidade sobre a resolubilidade na APS recai em grande parte sobre os profissionais de saúde que atuam nas equipes em contato direto com os usuários, desconsiderando condições e ações sob responsabilidade de outros agentes com efeitos importantes sobre a resolubilidade e sobre as práticas desses profissionais.

Com base nessas premissas, o estudo teve como objetivo analisar os mecanismos que influenciam na Resolubilidade da Atenção Primária à Saúde, propondo-se a identificar as concepções existentes sobre resolubilidade na APS e os

elementos críticos para o desenvolvimento de uma APS resolutive, e mapear os agentes com potencial influência no desenvolvimento da resolubilidade na APS.

O primeiro movimento realizado nesse percurso foi investigar o conhecimento disponível sobre a resolubilidade na APS, a partir do Artigo 1 elaborado no âmbito desta Tese, intitulado: “O que contribui para a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde? Revisão Integrativa da Literatura, 2010-2020.” Esse Artigo 1 revelou aspectos inesperados. A polissemia do conceito de resolubilidade e a possibilidade de substituí-lo pelo de efetividade se mostrando coerente confrontavam com a ideia de que era suficiente compreender o conceito e como ampliá-la na APS. As conclusões deixaram dúvida se era de fato oportuno utilizar a resolubilidade como categoria analítica e avaliativa, diante das fragilidades conceituais identificadas.

Diante disso, foi realizado um ajuste no Pressuposto 2, que passou à seguinte redação: 2) Em meio aos muitos desafios já reconhecidos para se atingir a qualidade na APS, há aqueles que dificultam o desenvolvimento especificamente da resolubilidade, justificando sua utilização como categoria analítica e avaliativa capaz de apontar em que sentido se deve intervir para ampliar a resolução de problemas de saúde na APS.

Além do referencial da resolubilidade em saúde, construído com base na revisão da literatura para fundamentar essa investigação, foram considerados os conceitos essenciais e aspectos históricos que norteiam a APS, com ênfase no contexto brasileiro e nas intensas transformações vivenciadas nas últimas décadas, entendendo que influenciaram sobremaneira no debate sobre a resolubilidade neste país.

O referencial da Governança Multinível no contexto da implementação de políticas públicas fundamentou o mapeamento dos diferentes agentes e papéis na rede de influência sobre a resolubilidade das ações e serviços na APS.

A abordagem ergológica orientou a análise dos elementos críticos que influenciam na resolubilidade da APS, a partir de uma reflexão sobre o trabalho na intimidade da atividade e com aqueles que são seus protagonistas, lócus estratégico para testar os pressupostos deste estudo.

Realizou-se um estudo de caso de abordagem qualitativa na APS do DF, a partir de Pesquisa Documental e Grupos Focais desenvolvidos no âmbito do Programa Qualis APS-DF. Os resultados relacionados ao estudo de caso foram


apresentados no Artigo 3, “Resolubilidade na APS: concepções e elementos críticos para a efetividade na resolução de problemas”, e no Artigo 4, “Quem faz uma Atenção Primária à Saúde resolutive? Governança multinível para a efetividade na resolução de problemas”. Em paralelo, foi desenvolvido um ensaio teórico sobre a resolubilidade na APS por meio de Pesquisa Bibliográfica, como aporte para as análises do caso em estudo.

Nesse ensaio teórico, mesmo diante do esforço empregado para elaborar um modelo explicativo da resolubilidade, conclui-se que a polissemia do conceito pode levar a confusões teóricas, sendo provável que hajam dificuldades para operacionalizar instrumentos de avaliação estratégicos e que atendam às necessidades dos sistemas. Além disso, a complexidade e abrangência do conceito eleva os padrões a níveis quiçá inatingíveis, que podem servir como horizonte teórico, mas dificilmente como metas concretas.


No Artigo 3, entre os principais achados está a confirmação da polissemia da resolubilidade na APS do DF ensejando diferentes concepções e uma consequente carência de diretrizes operacionais para nortear a execução de uma APS resolutive. A utilização difusa de parâmetros percentuais nos documentos locais é reflexo da variação normativa que se verifica nacionalmente. São reconhecidos elementos críticos para se atingir a resolubilidade na APS, à princípio compreendidos como obstáculos e causas da baixa resolubilidade na APS do DF. Por outro lado, esses mesmos elementos revelam em que sentido se deve intervir para ampliar a efetividade na resolução de problemas e, principalmente sob a ótica da atividade de trabalho, essa ficou mais evidente, com os protagonistas dessa atividade sinalizando como o fazem. Destaca-se que os elementos críticos identificados não são exclusivos da resolubilidade e compõem o panorama geral de análise de desempenho da APS.

Os achados do Artigo 4 indicam que a resolubilidade na APS é uma responsabilidade que recai principalmente sobre os agentes da linha de frente - os profissionais de eSF e GSAP, quando na realidade, cada agente da rede de governança multinível deveria partilhar desse compromisso em seus diferentes papéis. Verifica-se uma lacuna nas diretrizes sobre o papel concreto dos agentes de médio escalão e agentes do nível macro para com a efetividade na resolução de problemas.

Com base nesses achados e revisitando os pressupostos que fundamentaram a pesquisa, conclui-se que:

- Pressuposto 1 - Confirmado 

A resolubilidade na APS pode ser definida a partir de diferentes concepções, mais restritivas ou abrangentes, com efeitos diversos nas práticas de gestão e assistência à saúde desenvolvidas nesse âmbito da atenção. Identificou-se também uma multiplicidade de sentidos relacionados à resolubilidade na APS (polissemia), o que pode levar a confusões teóricas e eleva os padrões de resultados a níveis talvez inatingíveis, que podem servir como horizonte teórico, mas dificilmente como meta concretas.

- Pressuposto 2 

A afirmação de que em meio aos muitos desafios já reconhecidos para se atingir a qualidade na APS, há aqueles que dificultam o desenvolvimento especificamente da resolubilidade, justificando sua utilização como categoria analítica e avaliativa, não se confirmou. Além da fragilidade conceitual identificada, no modelo explicativo do ensaio e nos elementos críticos elencados nos documentos e grupos focais, mesmo com o esforço empregado para aprofundá-lo sob a ótica da atividade de trabalho, foi impossível diferenciar os que fazem referência à qualidade ou à resolubilidade, havendo grande semelhança entre esses conceitos, ao ponto de sobreposição. Por isso, defende-se que a palavra resolubilidade no campo da avaliação em saúde seja substituída por conceitos mais consolidados e precisos: no âmbito dos sistemas de saúde, por capacidade de resposta; e, no âmbito do cuidado, por efetividade na resolução de problemas de saúde. Assim será possível melhor instrumentalizar a busca e análise de resultados na APS, e possibilitar comparações internacionais.

- Pressuposto 3 

A responsabilidade sobre a resolubilidade na APS recai em grande parte sobre os profissionais de saúde que atuam nas equipes em contato direto com os usuários,

desconsiderando condições e ações sob responsabilidade de outros agentes, com efeitos importantes sobre a resolubilidade e inclusive sobre as práticas desses profissionais de saúde. Embora o cuidado se desenvolva no nível micro e portanto em última instância a maior responsabilidade com a resolução de problemas de saúde seja mesmo devida ao profissional das eSF e aqui estendida à GSAP, formando o conjunto de agentes da linha de frente na APS, os papéis dos níveis meso e macro precisam estar claros e ser cumpridos. Do contrário, dificilmente será possível atingir padrões ótimos de qualidade na APS, tendo em vista o grau de dependência entre as partes envolvidas nessa execução.

Em relação ao caso em estudo – a resolubilidade na APS do DF, assim como em relação à APS brasileira, para mitigar as limitações identificadas e melhor instrumentalizar a busca por resultados satisfatórios, recomenda-se:

- 1) Rever nos documentos técnicos a utilização da palavra resolubilidade, que deve ser substituída, quando for necessário orientar diretrizes mais claras e estratégicas, por capacidade de resposta e efetividade.
- 2) Aprimorar nos documentos técnicos a definição das responsabilidades e instrumentos de monitoramento da atuação de cada agente que compõe a rede de governança multinível para a efetividade na resolução de problemas na APS.
- 3) Desenvolver iniciativas de formação que coloquem no cerne das preocupações educacionais a atividade real dos profissionais das eSF e gestores, com foco nos saberes investidos. Como propõe a ergoformação, trata-se de fazer compreender e admitir que o trabalho não é uma sequência de gestos e ações mecânicas, programadas por antecedência e pelos outros. Trabalhar é gerir. (Schwartz, 1994).
- 4) Incentivar e incorporar à rotina das eSF atividades avaliativas em formato participativo, à exemplo das que ocorreram no âmbito do QualisAPS, mas que não restritas à APS ou mesmo ao setor saúde, para promover diálogos entre os agentes dessa rede de governança multinível, favorecendo a identificação dos compromissos partilhados e o aprofundamento sobre os papéis de cada um na melhoria da efetividade na resolução de problemas de saúde na APS.

Aspectos complementares à presente abordagem podem ser revelados por meio de estudos: que utilizem o conceito de efetividade na resolução de problemas

de saúde para a validação de matrizes avaliativas ou a avaliação concreta de equipes a partir das dimensões identificadas desse conceito, tanto na APS como na RAS; com outras técnicas de coleta de dados, principalmente por meio de observação de campo e dos Grupos de Encontro de Trabalho ergológicos (Trinquet, 2010), que permitiriam aprofundar as discussões sob a ótica da atividade de trabalho; e com outros agentes que compõem a rede de governança multinível aqui abordada; entre outras possibilidades.

Por fim, acrescenta-se que a intenção deste estudo foi provocar o debate sobre a resolubilidade na APS, a princípio para superar dificuldades e promover a sua ampliação. Na trajetória percorrida ao longo de 5 anos, o raciocínio sobre esse resultado se modificou diante da fragilidade no conceito e na aplicação desse objeto, sendo necessário aprofundar em torno de outras questões para se chegar às conclusões aqui descritas. Entretanto, resgata-se a reflexão central e o desafio maior a este respeito na APS brasileira, que é: como materializar a efetividade na resolução de problemas, tão importante do ponto de vista da saúde como bem comum numa sociedade de direitos? Como ampliar a capacidade de resposta e manter elevados padrões de qualidade na APS? Em que momento e porque razões desviamos coletivamente o foco dessa questão central, para seguir “rodando em círculos” por décadas em busca de um jargão como a resolubilidade na APS?

## 8.1 CANVAS DO PROJETO DE PESQUISA

A Figura 6 contém o Canvas da Tese, que apresenta uma visão geral e simplificada dos principais pontos aqui detalhados.

Figura 6 – Canvas do projeto de pesquisa.

<p><b>Questões de pesquisa:</b></p> <p>1) No que consiste a resolubilidade na APS? Quais as teorias e concepções que a fundamentam? O que abrange a resolubilidade no âmbito da APS?</p> <p>2) Que elementos são críticos para o desenvolvimento da resolubilidade na APS?</p> <p>3) Que agentes podem influenciar e de que forma influenciam no desenvolvimento de uma APS resolutiva?</p>	<p><b>Pressupostos:</b></p> <p>1) A resolubilidade na APS é definida a partir de diferentes concepções, mais restritivas ou abrangentes, com efeitos diversos nas práticas de gestão e assistência à saúde desenvolvidas nesse âmbito da atenção.</p> <p>2) Em meio aos muitos desafios já reconhecidos para se atingir a qualidade na APS, há aqueles que dificultam o desenvolvimento especificamente da resolubilidade, justificando sua utilização como categoria analítica e avaliativa. Esses obstáculos precisam estar claros para apontar em que sentido se deve intervir para ampliar a resolubilidade na APS.</p> <p>3) A responsabilidade sobre a resolubilidade na APS recai em grande parte sobre os profissionais de saúde que atuam nas equipes em contato direto com os usuários, desconsiderando condições e ações sob responsabilidade de outros agentes, com efeitos importantes sobre a resolubilidade e</p>	<p><b>Objetivo Geral:</b></p> <p>Analisar os mecanismos que influenciam na Resolubilidade da Atenção Primária à Saúde.</p>
<p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>1) Identificar as concepções existentes sobre resolubilidade na APS;</p> <p>2) Identificar os elementos críticos para o desenvolvimento de uma APS resolutiva;</p> <p>3) Mapear os agentes com potencial influência no desenvolvimento da resolubilidade na APS.</p>		
<p><b>Justificativa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevância social: favorecer o fortalecimento deste nível de atenção, afirmando sua centralidade para uma saúde pública de qualidade.</li> <li>- Relevância científica: contribui para o amparo teórico necessário ao desenvolvimento técnico e científico desse objeto, fornecendo subsídios para metas e compromissos sanitários mais concretos a partir do aprofundamento conceitual e operacional.</li> </ul>		
<p><b>Marco teórico conceitual:</b></p> <p>3.1 Resolubilidade na APS - Revisão da literatura;</p> <p>3.2 Atenção Primária à Saúde no Sistema único de Saúde brasileiro;</p> <p>3.3. Governança multinível na implementação de políticas públicas;</p> <p>3.4 A abordagem ergológica para a análise da resolubilidade na APS.</p>	<p><b>Artigo 1</b> O que contribui para a resolubilidade na atenção primária à saúde? revisão integrativa da literatura, 2010-2020.</p>	<p><b>Contexto do estudo</b></p> <p>1. GDF 2. QualisAPS DF</p>
<p><b>Metodologia:</b></p> <p>Estudo de caso único integrado, exploratório e analítico, abordagem qualitativa, desenvolvido no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualisAPS). População em estudo: gerentes e supervisores da APS-DF, e profissionais de saúde das equipes da ESF. Total de 245 participantes, sendo 224 em 2020, 77 gestores e 147 profissionais de saúde; em 2022, 21 participantes, sendo 8 gestores e 13 profissionais de saúde.</p>	<p><b>Coleta de dados:</b></p> <p>1. Pesquisa bibliográfica; 2. Grupo focal; 3. Pesquisa documental.</p>	<p><b>Análise de dados:</b></p> <p>1. Resolubilidade na APS; 2. Ergologia; 3. Governança multinível; 4. Níveis hierárquicos.</p>
<p><b>Resultados:</b></p> <p>Artigo 2 - Ensaio teórico - Resolubilidade e efetividade na resolução de problemas na Atenção Primária à Saúde. Artigo 3 - Resolubilidade na APS: concepções e elementos críticos para a efetividade na resolução de problemas. Artigo 4 - Quem faz uma Atenção Primária à Saúde resolutiva? Governança multinível para a efetividade na resolução de problemas.</p>		
<p><b>Conclusões:</b></p> <p>1) Resolubilidade na APS é conceito polissêmico e abstrato, definido a partir de diferentes concepções, mais restritivas ou abrangentes, com efeitos diversos nas práticas de gestão e assistência à saúde desenvolvidas nesse âmbito da atenção.</p> <p>2) Não se justifica a utilização da resolubilidade como categoria analítica e avaliativa na APS.</p> <p>3) A responsabilidade sobre a resolubilidade na APS recai em grande parte sobre os agentes que atuam nas equipes em contato direto com os usuários, desconsiderando condições e ações sob responsabilidade de outros agentes.</p>		

Fonte: produção própria da autora.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA ER, SOUSA ANA, BRANDÃO CC, CARVALHO FFB, TAVARES G, SILVA KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e180.

ALMEIDA PF. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

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.

ANGLEMYER A, HORVATH HT, BERO L. Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 2014.

ARRETCHE M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: MOREIRA MCR, CARVALHO MCB. (Orgs.) *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

ATHAYDE M, Brito J. Introdução à edição brasileira: Ergologia e um livro-ferramenta, uma tecelagem que se propaga. In: SCHWARTZ Y, DURRIVE L. (Org.). *Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2010.

Banco Mundial. *Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro*, 2018. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2019/04/Enviando-PropostasdeReformasdoSUS.pdf> Acesso em: 03/06/2021.

BARBOSA JAG. A utilização do Grupo Focal como método de coleta dados em pesquisa qualitativa na saúde e na enfermagem. Belo Horizonte, MG, v.02, n.03, ago/set de 2012. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-izabela/index.php/bio/article/view/328/298> Acesso em: 15/04/2021.

BARRETT S. Implementation studies: time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies. *Public Administration*, 82(2): 249-262, 2004.

BARRETT S, FUDGE C. (Eds.) *Policy and Action*. London: Methuen, 1981.

BITENCOURT GR, SANTANA RF, MENEZES AK, CIMADOR F, DELVALLE R. Fundamentos filosóficos e conceitos da classificação de resultados: contribuições na avaliação de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 10(Supl. 5):4336-42, nov., 2016.

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 May; 32(5): 566–571.

BRANDÃO JRM. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(J):e00178217

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 19 set 1990.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf) Acesso em: 01/06/2021.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) Acesso em: 01/06/2021.

BRASIL. Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br> Acesso em: 03/06/2021.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html) Acesso em: 01/06/2021.

BRASIL. Indicadores do PMAQ: resolutividade. Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2464> Acesso em: 24/05/2021.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10859112/do1-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10859112/do1-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108) Acesso em: 09/06/2021.

BRASIL. Portaria nº2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União* 2019.

BRASIL. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Equipes de Saúde. Junho/2021. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp> Acesso em: 05/08/2021.

BRASIL. Equipes de Saúde da Família homologadas. e-Gestor Atenção Básica. Relatórios públicos de financiamento da APS. Disponível em: <https://>

egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml Acesso em: 05/05/2023

BUSS PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000.

CANGUILHEM G. O normal e o patológico. 6. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAMPOS O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 3(1): 79-81, jun. 1969.

CASTRO MC, MASSUDA A, ALMEIDA G, MENEZES-FILHO NA, ANDRADE MV, NORONHA KVMS, ROCHA R, MACINKO J, HONE T, TASCA R, GIOVANELLA L, MALIK AM, WERNECK H, FACHINI LA, ATUN R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394(10195):p345-56, jul 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext) Acesso em: 01/06/2021.

CASTRO TF. Reestruturação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal e aspectos do "Converte APS-DF". Tese (doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2022.

CAVALCANTE PLC, LOTTA GS. (Org.) Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação. Brasília: ENAP, 2015.

CATALÃO I. Reflexões acerca do centro e da centralidade urbanos em Brasília. *Revista Formação* n.15 vol 2. p.56-66, 2008.

CECÍLIO LCO, REIS AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública* 34 (8) 20 Ago 2018.

CHAMPAIGNE F.A. Patient-centered healthcare: From theory to practice. *Journal of Healthcare Management*, 48(6), 365-378, 2003.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). Nota Técnica - Pesquisa de Satisfação da Estratégia de Saúde da Família: comparação dos resultados do período 2017-2018. Brasília: CODEPLAN, 2019.

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.*, Recife, v. 10, supl. 10, p. 15-27, 2010.

CONILL EM, FAUSTO MCR. Análisis de la problemática de la integración APS em el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en La cohesión social. Proyecto Eurosocial Salud, Intercambio "Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros Niveles de Atención" Documento

técnico. Rio de Janeiro: IRD, 2007 [2010 Abr 10]. Disponível em: [http://www.eurosociaisalud.eu/docs/p4\\_1\\_1\\_1/Mzl=](http://www.eurosociaisalud.eu/docs/p4_1_1_1/Mzl=)

CORRÊA DSRC, MOURA AGOM, QUITO MV, SOUZA HM, VERSIANI LM, LEUZZI S, GOTTEMS LBD, MACINKO, J. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde colet.* 24 (6), Jun 2019.

COSTA SA, BEZERRA Neto L. Políticas públicas/estatais: contribuição para o estudo da relação estado-sociedade. *Maringá*, 38(2):165-72, Apr.-June 2016.

COSTA NR, SILVA PRF, JATOBÁ A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previnde Brasil. *Ssaúde Debate*, 46(esp. 8):8-20, dez 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E801

COUTINHO JA. A atual crise capitalista e as políticas públicas: dois passos atrás. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, 4(2), 2017 doi: 10.14210/rbts.v4.n2.p95-102

CUNHA DM. Trabalho, humana atividade. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2013, vol. 16, n. especial 1, p. 25-35.

CUNHA JRA. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília*, 6(3):65-89, jul./set, 2017. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i3.395>

DEGANI VC. A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

DI FANTI MGC. Apresentação - Linguagem e trabalho: diálogos entre estudos discursivos e ergológicos. *Letras de Hoje*, 49(3):253-8, jul.-set. 2014. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/19111/12164> Acesso em: 10/07/2021.

DISTRITO FEDERAL. Lei Distrital 318, de 23 de setembro de 1992. *Diário Oficial do Distrito Federal* 1992; 23 set.

DISTRITO FEDERAL. Lei Orgânica do Distrito Federal. Brasília-DF, 8 de junho de 1993. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/70442> Acesso em 03/06/2021.

DISTRITO FEDERAL. Lei Distrital 2.339, de 12 de abril de 1999. *Diário Oficial do Distrito Federal* 1999; 12 abr.

DISTRITO FEDERAL. Decreto no 37.057 de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. 2016a.

DISTRITO FEDERAL. Projeto Brasília Saudável: fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. 2016b. Disponível em: [http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA\\_SAUDAVEL\\_DOCUMENTO\\_REFERENCIAL.pdf](http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf) Acesso em: 03/03/2021.

DISTRITO FEDERAL. Carta de serviços ao cidadão. 2016c. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/atendimento-ubs/> Acesso em: 24/03/2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria 77, de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal*, 2017a.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Portaria 78, de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017b.

DISTRITO FEDERAL. Decreto no 38.982 de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. 2018.

DISTRITO FEDERAL. Plano Distrital De Saúde 2020-2023. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF): Brasília, 2019a. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2020\\_06\\_01\\_PDS-2020-2023\\_Aprovada\\_CSDF\\_v\\_publicizada.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf) Acesso em: 03/06/2021.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 39, de 23 DE JANEIRO DE 2019. *Diário Oficial do Distrito Federal* Brasília, 2019b.

DISTRITO FEDERAL. Manual da Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília: QualisAPS, 2021. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/files/Manual-de-Avaliacao-PAQ-nova-capa-08072022.pdf> Acesso em: 23/02/2023.

DONABEDIAN A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*, v.114, p. 1115-8, 1990.

DURAFFOURG J. O trabalho e o ponto de vista da atividade. Uma conversa entre Jacques Duraffourg, Marcelle Duc e Louis Durrive. Tradução Ana Luiza Telles e Eliza Echternacht. In: Schwartz Y, Durrive L. (Org.). *Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2010.

FACCHINI LA, TOMASI E, DILÉLIO AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate*, 42(esp 1):208-23, 2018.

FACCHINI, L. A. et al. Acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde: Desafios teóricos e políticos da avaliação da Atenção Básica. In: 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

FERTONANI HP, PIRES DEP, BIFF D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde colet*, 20 (6) Jun 2015.

FLICK U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Trad.: Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA FCM, CAMPOS MM. uma perspectiva discursivo-ergológica para analisar a atividade de trabalho. *Revista versalete*, 2(3) jul.-dez, 2014. Disponível em: <http://www.revistaversalete.ufpr.br/edicoes/vol2-03/100MarcellaMachado.pdf> Acesso em: 10/07/2021.

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. Saúde Pública*, 2019a; 35(3):e00012219.

GIOVANELLA L, BOUSQUAT A, ALMEIDA PF, MELO EA, MEDINA MG, AQUINO R, MENDONÇA MHM. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cad. Saúde Pública* 2019b; 35(10):e00178619. doi: 10.1590/0102-311X00178619

GOTTEMS LBD. Análise da Política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal: A articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 A 2009). Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação, Universidade de Brasília. Brasília, 2010. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010\\_LeilaBernardaDonatoGottens.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010_LeilaBernardaDonatoGottens.pdf) Acesso em: 15/02/2021.

GUIMARÃES C. Atenção Primária à Saúde. EPSJV/FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/atencao-primaria-a-saude> Acesso em: 04/06/2021.

GUSSO GDF. Terminologia da atenção primária à saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36(1):93-99.

HARTZ ZMA, SILVA LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, 2005. 275 p.

HARZHEIM E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 25(4), Mar 2020.

HOMAR JC, ZURRO AM, el Grupo del Acuerdo de Bellaterra. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutive del sistema de salud y su medición. *Aten Primaria*. 2005;36(8):456-61.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2019. População. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama> Acesso em: 03/06/2021.

Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC. National Academies Press.

KASHIWAKURA HK, GONÇALVES AO, SILVA RMP. Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. Saúde debate. 2016 Dez; 40(111): 49-62.

LANZA LMB, CAMPANUCCI FS, BALDOW LO. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. Rev. katálysis 15(2), Dez 2012.

LIPSKY M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service. 3. ed. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOHR KN. Qualith of Care. In: A Strategy for Quality Assurance, Volume II: sources and methods. P. 116-139, 1990. Disponível em: <https://www.nap.edu/read/1548/chapter/6> Acesso em: 12/05/2021

LOTTA GS. Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2015.

LOTTA GS, SANTIAGO A. Autonomia e discricionariedade: matizando conceitos-chave para o estudo de burocracia. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, n. 83, 2018.

MAJONE G, WILDACSKY A. 1978. Implementation as evolution. In: Freeman H. (Ed.) Policy Studies Review Annual. Beverly Hills: Sage, 1978.

MARX K. Manuscritos econômicos filosóficos. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

MARQUES EC. Notas críticas à literatura sobre estado, políticas estatais e atores políticos. BIB, Rio de Janeiro, n.º 43, 1997. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/edicoes-antiores/bib-43/471-bib-43-integra/file> Acesso em: 13/05/2021.

MATTA GC, MOROSINI MVG. Atenção à saúde. disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html> Acesso em: 05/06/2021.

MEDINA MG, GIOVANELLA L, BOUSQUAT A, MENDONÇA MHM, AQUINO R, Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? Cad. Saúde Pública 2020; 36(8):e00149720 doi: 10.1590/0102-311X00149720

MELO EA, MENDONÇA MHM, OLIVEIRA JR, ANDRADE GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. SAÚDE DEBATE, Rio De Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 38-51, setembro 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01/06/2021.

MELO EA, ALMEIDA PF, LIMA LD, GIOVANELLA L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. SAÚDE DEBATE, Rio De Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 137-144, dez 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/137-144/pt> Acesso em: 01/06/2021.

MENDES A, CARNUT L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.4, p.1105-1119, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2018.v27n4/1105-1119/pt> Acesso em: 27/05/2021.

MENDES A, CARNUT L. Novo modelo de financiamento para qual Atenção primária à saúde? Domingueira da Saúde 2019; (36). Disponível em: <http://idisa.org.br/ Domingueira/domingueira-n-36-outubro-2019?lang=pt> Acesso em: 01/06/2021.

MENDES A, CARNUT L, GUERRA LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da atenção básica no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate 2018; 42 (n.spe 1):224-43.

MENICUCCI T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: Políticas Públicas no Brasil. (Org.) HOCHMAN G, ARRETCHE M, MARQUES E. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2007.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO MCS, ASSIS SG, Souza ER. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MORETTI-PIRES RO. Complexidade em saúde da família e a formação do futuro profissional de saúde. Interface. 2009; 13(30):153-166.

MORI AY. Análise da configuração da agenda de revisão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017: contexto, problemas e alternativas. Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-09122019-103157/publico/MoriAY\\_MTR\\_O.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-09122019-103157/publico/MoriAY_MTR_O.pdf) Acesso em: 01/06/2021.

MOROSINI MVGC, FONSECA AF, BAPTISTA TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad. Saúde Pública, 2020; 36(9):e00040220.

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 Suppl 1:1145-54. doi: 10.1590/s1413-81232011000700046. PMID: 21503462.

O'Connor J. USA, a crise do Estado Capitalista. (Trad.: João Maia). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

OLIVEIRA IPRM. Resolubilidade do cuidado oftalmológico em centro de atendimento secundário sob a ótica dos pacientes diabéticos e não diabéticos. Dissertação (mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2017. Disponível em: [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/151737/oliveira\\_iprm\\_me\\_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/151737/oliveira_iprm_me_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y) Acesso em: 13/12/2020.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington D.C., 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao\\_atencao\\_primaria\\_saude\\_americas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf) Acesso em: 12/04/2021.

Pan American Health Organization - PAHO. Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata. Report of the High-Level Commission, Pan American Health Organization. Washington, 2019.

PAIM JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Cien Saude Colet, (2018/ Abr). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sistema-unico-de-saude-sus-aos-30-anos/16737?id=16737> Acesso em: 01/06/2021.

PAIVA CHA, TEIXEIRA LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 21(1):15-35, jan-mar, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01/06/2021.

PATTON M. Q. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2002.

PETEAN E, ARAÚJO LFS, BELLATO R, WUNSCH CG. Trajetória de busca por cuidado na vivência do evento traumático e sua cronificação. Saúde Soc. São Paulo, 22(4):1257-68, 2013.

PIRES DEP, VANDRESEN L, MACHADO F, MACHADO RR, AMADIGI FR. Gestão e, saúde na Atenção Primária: o que é tratado na literatura. Texto & Contexto Enfermagem, (28):e20160426, 2019.

PIMENTEL A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa histórica. Cadernos de Pesquisa, n.114, p.179-195, nov., 2001.

POÇAS KC. Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Tese. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília, 2017. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31942/1/2017\\_KatiaCrestinePoças\\_PARCIAL.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31942/1/2017_KatiaCrestinePoças_PARCIAL.pdf) Acesso em: 15/02/2021.

POULANTZAS N. Poder político e classes sociais. (Trad.: Maria Leonor F. R. Loureiro). Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2019.

POULANTZAS N. O Estado, o poder e o socialismo. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

Rasia GS. sobre a noção de práticas languageiras: lugares de emergência, filiações e fronteiras. *Fragmentum*, n. 52. Jul./Dez. 2018. Santa Maria: Editora Programa de Pós-Graduação em Letras, UFSM.

Resolubilidade. In: MICHAELIS. *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/resolubilidade/> Acesso em: 23 jun. 2022.

RESSEL LB, BECK CLC, GUALDA DMR, HOFFMAN IC, SILVA RM, SEHNEM GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto contexto - enferm.* 17 (4) • Dez 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/nzznnfzrCVv9FGXhwnGPQ7S/?lang=pt> Acesso em: 15/04/2021.

SANTOS TVC, PENNA CMM. *Demandas cotidianas na Atenção Primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013. Jan-Mar; 22(1): 149-56.

SANTOS RS, RIBEIRO EM, GOMES FG, SANTOS LC, RIBEIRO MM, SANTOS TCS, CARIBE DA, SOUTO IMI, SILVA Júnior CD. Compreendendo a natureza das políticas do Estado capitalista. *RAP Rio de Janeiro* 41(5):819-34, Set./Out. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/DgNrPL87RfznLTLWPmKX6RK/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 12/05/2021.

SANTOS NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1729-1736, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 01/06/2021.

SÁ-SILVA JR, ALMEIDA CD, GUINDANI JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. Ano I - Número I - Julho de 2009.

SCHERER MDA, PEDROSA CM, FURLANETO DL, POÇAS KC, SANTOS LMP, SANTOS W. *Elaboração e implantação de sistemática de avaliação participativa na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal*. Brasília: Universidade de Brasília, 2020.

SCHERER MDA, PIRES D, SCHWARTZ Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):721-25.

SCHWARTZ Y. *Travail et philosophie. Convocations mutuelles*. Toulouse: Octarès Éditions, 1994.

SCHWARTZ Y. *Disciplina Epistêmica, Disciplina Ergológica – paideia e politeia*. *Proposições*, (Unicamp), v.13, n.1, p.126-149, jan.-abr. 2002.

SCHWARTZ Y. *Trabalho e ergologia*. In: SCHWARTZ Y, DURRIVE L. (Org.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Coord. da tradução e revisão técnica: Jussara Brito e Milton Athayde. 2. ed. Niterói: Ed. da UFF, 2010b. p. 25-46.

SCHWARTZ Y. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. Trad. Jussara Brito et alli. In: SCHWARTZ Y, DURRIVE L. (orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói (Brasil): Editora da UFF. (2a. edição revista e ampliada), 2010c.

SCHWARTZ Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. Letras de Hoje, Porto Alegre, 49(3):259-74, jul.-set, 2014.

SELLERA PEG, PEDEBOS LA, HARZHEIM E, MEDEIROS OL, RAMOS LG, MARTINS C, D'avilla OP. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1401-1411, 2020.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Nota da SBMFC sobre nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde – Programa Previne Brasil, 2019. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-sobre-nova-politica-de-financiamento/> Acesso em: 01/06/2021.

SOUZA ANA. A reforma incremental da Política Nacional de Atenção Básica do Brasil entre os anos de 2011 e 2016: o processo de mudanças e possíveis resultados associados. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília, 2020. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/39996/1/2020\\_AllanNunoAlvesdeSousa.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/39996/1/2020_AllanNunoAlvesdeSousa.pdf) Acesso em: 01/06/2021.

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

STARFIELD B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012; 26(s):20-26. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 149-56.

STARFIELD B, SHI L, MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005; 83(3):457-502. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/> Acesso em: 10/06/2021.

TASCA R, MASSUDA A, CARVALHO WM, BUCHWEITZ C, HARZHEIM E. Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. In: Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2020. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/04.pdf> Acesso em 12/05/2021.

TEIXEIRA M. O ato enunciativo e a instauração da experiência de trabalho de profissionais de enfermagem. Moara, (38):37-53, jul.-dez. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/moara/issue/view/Revista%20Moara/showToc>. Acesso em: 10/07/2021.

THIEL S, STEIN B, ALLIX M. (2007) 'New Public Managers' in Europe: Changes and Trends. In: Pollitt C, Thiel S, Homburg V. (Org.) New Public Management in Europe. Palgrave Macmillan, London. [https://doi.org/10.1057/9780230625365\\_6](https://doi.org/10.1057/9780230625365_6)

TRINQUET P. Trabalho e educação: o método ergológico. Revista HISTEDBR Online, Campinas, SP, n. esp., p. 93-113, ago. 2010. Disponível em: [http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edicoes/38e/art07\\_38e.pdf](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edicoes/38e/art07_38e.pdf). Acesso em: 10/07/2021.

TURRINI RNT, LEBRÃO ML, CESAR CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):663-674, mar, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2008.v24n3/663-674/pt> Acesso em: 15/05/2021.

TYROVOLAS S, POLYCHRONOPOULOS E, TOUNTAS Y, PANAGIOTAKOS D. The role of health care systems on populations' health status and longevity: A comprehensive analysis. Health Science Journal, (4)i3, 2010. Disponível em: <https://www.hsj.gr/medicine/the-role-of-health-care-systems-on-populations-health-status-and-longevity-a-comprehensive-analysis.pdf> Acesso em: 13/12/2019.

VIACAFA F, UGÁ MAD, PORTO S, LAGUARDIA J, MOREIRA RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):921-934, 2012.

VUORI HV. Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 1982.  
World Health Organization (WHO). Primary Health Care. Reporto of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. WHO Geneva, 1978.

World Health Organization (WHO). Quality in primary health care. In: Technical Series in Primary Health Care. World Health Organization, 2018a.

World Health Organization (WHO). Declaration of Astana. World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2018b. Disponível em: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration> Acesso em 01/06/2021.

World Health Organization (WHO). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018c. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1) Acesso em: 03/06/2021.

World Health Organization (WHO). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund, 2020. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1) Acesso em: 03/06/2021.

YIN RK. Estudo de caso: planejamento e métodos (Trad.: Crithian Matheus Herrera]. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZUCCI P, NERO CD, MALIK AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. Saude soc. 9 (1-2), 2000.

## APÊNDICE I – PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA.

**Título:** Ampliação da resolubilidade na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; resolubilidade; efetividade.

**Data em que foi realizada a busca:** 01 a 04 de fevereiro de 2020.

**Apoio:** estudo a ser desenvolvido no âmbito das atividades do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Todos os custos foram de responsabilidade dos autores.

**Conflito de interesses:** os autores declaram não haver conflito de interesses de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política ou financeira.

### **Autores, vinculação institucional e tipo de contribuição:**

1. Ana Claudia Cardozo Chaves, Universidade de Brasília, Primeira Revisora e Autora Correspondente - anaccardo@hotmai.com.
2. Beatriz Balby Gandra, SES-DF, Segunda Revisora.
3. Izabella Barbosa de Brito, SES-DF, Segunda Revisora.
4. Jackson Henrique Emmanuel de Santana, Universidade de Brasília, Terceiro Revisor.
5. Rivadávio Fernandes Batista de Amorim, Universidade de Brasília, Especialista.
6. Magda Duarte dos Anjos Scherer, Universidade de Brasília, Coordenadora.

Legenda para os tipos de contribuição: Primeiro revisor (conceituação e desenho do estudo / Pesquisa e seleção / Coleta de dados / Análise de dados / Preparação do manuscrito); Segundo revisor (Pesquisa e seleção / Coleta de dados / Análise de dados / Preparação do manuscrito); Terceiro revisor (análise de dados); Especialista (conceituação e design do estudo / análise de dados); Coordenadora (conceituação e desenho do estudo / análise de dados). Todos os autores realizarão a revisão do manuscrito.

### **Métodos**

**Questão de pesquisa:** O que existe na literatura científica a respeito de abordagens teóricas, modelos, instrumentos, tecnologias e arranjos organizativos que, aplicados à APS, contribuem para a ampliação da sua resolubilidade?

### **Crítérios de elegibilidade**

**Crítérios de inclusão:** artigos científicos completos originais publicados em periódicos indexados em bases de dados, que contenham os termos de busca no título e/ou no

resumo; publicados nos idiomas inglês, espanhol e português; no período de dez anos, entre fevereiro de 2010 e fevereiro de 2020.

**Crítérios de exclusão:** estudos de revisão de literatura; protocolos e "guidelines"; trabalhos apresentados em eventos, cursos e palestras; relatórios técnicos produzidos por gestores nos âmbitos internacional, nacional ou local; publicações repetidas/duplicadas.

**Fontes de dados:** bancos de dados eletrônicos disponíveis na base de dados *Public/Publish Medline* (PUBMED®) e no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que compreende várias bases de dados, como LILACS, MEDLINE, BDNF, IBICS.

**Estratégia de busca:** chave de busca definida com base em descritores identificados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), complementados por palavras-chaves que não se encontravam nesses índices, considerando a pergunta norteadora e o objetivo do estudo, e utilizando os operadores booleanos "OR" e "AND". Assim, foi definida como chave de busca para esse estudo: Resolvability/Resolubilidad/Resolubilidad; Effectiveness/Efectividad/Efetividade; AND Primary Health Care/Atención Primaria de Salud/Atenção Primária à Saúde.

**Gerenciamento de registros e coleta de dados:** serão realizado por meio do *software* Atlas.ti® versão 9.0, com arquivos em formato de pdf, a serem organizados por título, autoria, ano, base de dados e periódico de publicação, e local do estudo.

**Processo de seleção:** as definições sobre triagem e elegibilidade de estudos na RI serão realizadas por três revisores independentes, e a definição sobre a inclusão de estudos na seleção final deve envolver ainda um quarto revisor independente.

**Avaliação de risco de viés:** a depender da quantidade de estudos selecionados e do tipo/desenho desses estudos.

#### **Referência para produção desse protocolo:**

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidência na saúde e na enfermagem. *Texto Context – Enferm*, v.17, p. 758-64, 2008.

## **APÊNDICE II – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS REALIZADOS PELO QUALISAPS.**

• **Informações de Apoio:**

**Objetivo Geral da Pesquisa**

Compreender os mecanismos que influenciam na resolubilidade da APS.

**Objetivos específicos**

3.2.1 Identificar as concepções existentes sobre resolubilidade na APS;

3.2.2 Identificar os elementos críticos para o desenvolvimento de uma APS resolutiva;

3.2.3 Mapear os agentes com potencial influência no desenvolvimento da resolubilidade na APS.

**Atividade**

Análise de material transcrito das gravações de Grupos Focais realizados pelo QualisAPS em 2020 e 2022.

**Ferramenta para organização do banco de dados:**

- Atlas.ti® Versão 9.0

**Roteiro de Análise**

*Em que trechos os participantes se referem à resolubilidade na APS, dentro das discussões sobre qualidade em saúde?*

- Termo literal;
- Termos correlatos:
  - Resolutividade;
  - Resolutivo(a);
  - Resolver;
  - Atender;
  - Responder;
  - Outros.

*Os participantes demonstram conhecer as normas prescritas para o trabalho na APS no que diz respeito à resolubilidade?*

- Não fizeram referência;
- Fizeram referência:
  - Não citaram normas específicas;
  - Citaram normas específicas:
    - Internacionais;
    - Nacionais;
    - Locais.

*Nos trechos em que os participantes se referem à resolubilidade na APS, a abordagem se dá em que sentido (julgamento)?*

- Positivo - “É/sou resolutivo (a)...”; “para ser resolutivo (a)...”; “consigo ser resolutivo (a)...”;
- Negativo - “Não é/sou resolutivo (a)...”; “não consigo ser resolutivo (a)...”;
- Apenas citação, sem um julgamento claro.

*Em abordagens positivas, que elementos foram apontados como críticos?*

- Não foram apontados elementos críticos;
- Foram apontados elementos críticos:
  - Iniciativa individual;
  - Iniciativa institucional;
  - Trabalho em equipe;
  - Insumos e equipamentos;
  - Arranjos organizativos;
  - Retaguarda da Rede de Atenção à Saúde;
  - Educação permanente;
  - Controle social;
  - Outros.

*Em abordagens negativas, que elementos foram apontados como críticos?*

- Não foram apontados elementos críticos;
- Foram apontados elementos críticos (falta de/problemas em):
  - Iniciativa individual;
  - Iniciativa institucional;
  - Trabalho em equipe;
  - Insumos e equipamentos;
  - Arranjos organizativos;
  - Retaguarda da Rede de Atenção à Saúde;
  - Educação permanente;
  - Controle social;
  - Outros.

*Qual(is) a(s) concepção(ões) de resolubilidade na APS adotada(s) nos discursos dos participantes?*

- Ligada(s) a necessidades em saúde;
- Ligada(s) a demandas de saúde;
- Ligada(s) a ofertas de ações e serviços de saúde;
- Ligadas à qualidade em saúde:
  - Ligadas à dimensão da efetividade;
- Outras concepções.

*Quais os agentes relevantes no processo de implementação da APS mencionados pelos participantes?*

- Profissional das equipes da ESF;
- Gestor da APS no DF;
- Governo local;
- Gestor federal;
- Usuário dos serviços;
- Outras instituições ou entidades de interesse;
- Outros agentes.

*Em que sentido surgiu essa menção aos agentes?*

- Positiva
  - Quais agentes?
- Negativa

- Quais agentes?
- Apenas citação, sem sentido claro.

*Segundo os participantes, como se configura a estrutura de governança multinível que viabiliza uma APS resolutiva?*

- Hierarquia de responsabilidades;
- Omissões;
- Disputas;
- Intencionalidades;
- Outros.

### **APÊNDICE III – ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL.**

#### **• Informações de Apoio:**

##### ***Objetivo Geral da Pesquisa***

Compreender os mecanismos que influenciam na resolubilidade da APS.

##### ***Objetivo específico correspondente***

3.2.1 Identificar as concepções existentes sobre resolubilidade na APS.

##### ***Atividade***

Levantamento e análise de documentos relacionados à APS que abordem a resolubilidade.

##### ***Ferramenta para organização do banco de dados***

- Atlas.ti® Versão 9.0

#### ***Roteiro de Coleta de Informações***

*Quais as concepções existentes sobre a resolubilidade na APS? De que forma influenciam na atividade de trabalho realizada neste nível de atenção?*

- Resolubilidade como oferta de serviços;
- Resolubilidade como atendimento à demanda (espontânea e programada);
- Resolubilidade como identificação e intervenção sobre as necessidades de saúde da população;
- Resolubilidade como desenvolvimento de ações e serviços de qualidade;
  - Destaque para a dimensão da efetividade;
  - Outras.
- Outras concepções.

*Quais elementos são apontados como críticos para a resolubilidade da APS?*

- Não são apontados elementos críticos para a resolubilidade na APS;
- São apontados elementos críticos para a resolubilidade na APS:

- Modelos
- Arranjos organizativos;
- Instrumentos de monitoramento e avaliação da qualidade na APS;
- Indicadores (encaminhamento, número de profissionais/habitante, resultados que demonstrem qualidade do pré-natal, infância e prevenção de doenças/imunização);
- Tecnologias aplicadas à APS
- Força de trabalho;
- Processos de trabalho;
- Insumos e equipamentos;
- Retaguarda da rede de atenção à saúde;
- Educação Permanente;
- Controle social;
- Outros

*Quais agentes envolvidos no processo de implementação da APS no SUS são relevantes para a resolubilidade neste âmbito da atenção?*

- Equipes de saúde;
- Categorias profissionais;
- Usuário;
- Gestor da APS;
- Governo local;
- Governo federal;
- Outros agentes.

*Como se configura a estrutura de governança multinível que viabiliza uma APS resolutiva?*

- Hierarquia de responsabilidades;
- Omissões;
- Disputas;
- Intencionalidades;
- Outros.

#### **APÊNDICE IV – ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DA SEGUNDA ETAPA DE GRUPOS FOCAIS.**

**Objetivo:** Obter informações para subsidiar a compreensão dos mecanismos que influenciam na resolubilidade da Atenção Primária à Saúde, por meio de entrevista coletiva onde se valoriza a interação de cada um para a construção de respostas.

**Informações sobre a atividade:**

Grupo focal	Data e horário	Equipe condutora	Participantes
1	27/04/2022, 14h	Ana Cláudia Chaves Magda Scherer	3 regiões de saúde vão indicar 4 participantes cada, sendo 1 supervisor, 1 gerente e 2 profissionais de saúde
2	28/04/2022, 14h	Ana Cláudia Chaves Kátia Poças	4 regiões de saúde vão indicar 3 participantes cada, sendo 1 supervisor, 1 gerente e 1 profissional de saúde

### **Descrição da atividade:**

1. Orientações para as atividades e dos procedimentos de segurança;
  2. Leitura TCLE e Termo de autorização de gravação de som de voz;
  3. Exposição do painel de conceitos advindos dos grupos focais anteriores - 5 min
  4. Questionamentos - 15min
- O que é uma APS resolutiva?  
 Vocês acrescentariam algo ao que está descrito aí?  
 Querem comentar/desenvolver/contestar algo que está aí?
5. Casos breves

#### CASO 1 - 20min

*Criança de 9 anos, sintomática respiratória há 3 dias, apresenta febre há 1 dia. Teve contato recente com pessoas da família que tiveram Covid. Chega à Unidade às 9h, pois a mãe chegou a deixar na escola, mas ligaram informando da febre e ela teve que faltar ao trabalho para levar a criança ao serviço de saúde. Nesse momento, já havia iniciado o atendimento dos usuários agendados e foi a técnica de enfermagem quem recebeu a mãe e a criança. Foram orientadas a aguardar numa fila como outros usuários aguardando "encaixe" na agenda do enfermeiro, pois o médico estava de atestado naquele dia. Ao final da manhã, não foi possível atender a todos, o enfermeiro propôs que alguns retornassem à tarde e houve descontentamento.*

- Qual(is) pode(m) ser o(s) problema(s) evidenciado(s) no caso e como seria possível resolvê-lo(s)?
- A responsabilidade por resolver esse(s) problema(s) é de quem?
- Que recursos poderiam ser acionados neste caso para que o(s) problema(s) seja(m) resolvido(s)? Esses recursos estão disponíveis no seu cotidiano de trabalho?

\*Temas esperados para discussão - Fluxo na unidade, sobrecarga, sensação de impotência, absenteísmo, desgastes entre trabalhadores, usuários, gestor imediato, entre outros.

#### CASO 2 - 20min

*Homem de 74 anos, diabético, com Alzheimer, acompanhado pela ESF há 3 anos em consultas de rotina com enfermeiro e médico intercalados a cada 2 meses. Mora*

*sozinho, recebe um cuidador 3x por semana para auxílio com as atividades diárias. Faz uso de metformina 500mg e Donepezila 5mg. Apresenta queixa de tontura e desmaios, e comparece à Unidade cedo da manhã para agendar consulta médica, o que consegue para dali há 1 semana. Antes do dia agendado, porém, retorna à Unidade referindo estar “passando mal”.*

- Qual(is) pode(m) ser o(s) problema(s) evidenciado(s) no caso e como seria possível resolvê-lo(s)?
- Neste caso, a responsabilidade por resolver esse(s) problema(s) é de quem?
- Que recursos poderiam ser acionados neste caso para que o problema do homem seja resolvido? Esses recursos estão disponíveis no seu cotidiano de trabalho?
- \*Temas esperados para discussão - Atenção às doenças crônicas, falta rede (saúde e intersetorial), retaguarda, continuidade do cuidado, APS cumpre papel de outros níveis de atenção.

### CASO 3 - Saúde mental e violência - 20min

*Mulher de 37 anos, casada, mãe de 3 filhos, no momento desempregada. Comparece à Unidade para agendar uma consulta ginecológica de rotina. Na consulta com o enfermeiro, este observou sinais de violência física e psicológica por parte do marido, o que ela confirmou, mas disse que não consegue se separar do marido.*

- Qual(is) pode(m) ser o(s) problema(s) evidenciado(s) no caso e como seria possível resolvê-lo(s)?
- Neste caso, a responsabilidade por resolver esse(s) problema(s) é de quem?
- Que recursos poderiam ser acionados neste caso para que o problema da mulher seja resolvido? Esses recursos estão disponíveis no seu cotidiano de trabalho?
- \*Temas esperados para discussão - O que é problema de saúde (demanda X necessidade), ações em equipe.

## **APÊNDICE V – PROTOCOLO DE ANÁLISE DE DADOS.**

*Quadro 1: Esquema geral da análise de dados*

<b>Questões de pesquisa</b>	<b>Objetivos correspondente</b>	<b>Categorias temáticas com base nas questões de pesquisa</b>	<b>Subcategorias temáticas que emergiram das citações (códigos)</b>	<b>Correlações com base no referencial teórico</b>

1) Quais as concepções existentes sobre a resolubilidade e na APS e como podem influenciar no desenvolvimento das ações e serviços?	Identificar como a resolubilidade é abordada em normas que prescrevem o trabalho na APS e nas falas dos participantes dos grupos focais.	O que é resolubilidade na APS	Resolubilidade é... X Baixa resolubilidade é...	- Resolubilidade - Modelo de atenção à saúde - Qualidade em saúde; - APS: Abrangente; Seletiva; Saúde como direito.  Ergologia - Saber instituído Saberes e valores/ experiência Aderência - Saber constituído Norma antecedente Conhecimento estruturado - Desaderência. Como proceder para que os processos socráticos de duplo sentido entre os diferentes representantes de cada pólo – de início entre esses e, depois, entre os representantes do outro pólo – sejam eficazes e construtivos? - Saber instituído Saberes e valores/ experiência Aderência - Saber constituído Norma antecedente Conhecimento estruturado - Renormalizações.
	Identificar os elementos críticos presentes nessas normas e falas dos participantes dos grupos focais que podem influenciar no desenvolvimento de uma APS resolutiva.	Possíveis influências dessas concepções no desenvolvimento das ações e serviços	Contribui para a resolubilidade X Não contribui para a resolubilidade	
	Discorrer sobre o que seria a efetividade na resolução de problemas de saúde na APS.	Como se pode explicar a efetividade na resolução de problemas de saúde na APS.	Dimensões-chave do conceito de efetividade na resolução de problemas:  Dimensão essencial X Dimensões correlatas	- Resolubilidade - Modelo de atenção à saúde - Qualidade em saúde; - APS: Abrangente; Seletiva; Saúde como direito.
2) Que elementos são críticos para o desenvolvimento da resolubilidade da APS?	Analisar os elementos críticos para o desenvolvimento de uma APS resolutiva	Elementos críticos para o desenvolvimento da resolubilidade da APS	Condições para uma APS resolutiva X Obstáculos para uma APS resolutiva	- Resolubilidade - Modelo de atenção à saúde - Qualidade em saúde; - APS: Abrangente; Seletiva; Saúde como direito.  Ergologia

<p>e da APS e por que são críticos?</p>		<p>Razões que explicam porque determinado elemento é crítico para uma APS resolutive</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estruturais;</li> <li>- Conjunturais;</li> <li>- Interpessoais;</li> <li>- Pessoais;</li> <li>- Entre outras que podem ser indicadas ou emergir da pesquisa documental</li> </ul>	<p>Ergologia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber instituído</li> <li>Saberes e valores/ experiência</li> <li>Aderência</li> <li>- Saber constituído</li> <li>Norma antecedente</li> <li>Conhecimento estruturado</li> <li>- Desaderência.</li> </ul> <p>Como proceder para que os processos socráticos de duplo sentido entre os diferentes representantes de cada pólo – de início entre esses e, depois, entre os representantes do outro pólo – sejam eficazes e construtivos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber instituído</li> <li>Saberes e valores/ experiência</li> <li>Aderência</li> <li>- Saber constituído</li> <li>Norma antecedente</li> <li>Conhecimento estruturado</li> <li>- Renormalizações.</li> </ul>
<p>3) Que agentes podem influenciar e como influenciam no desenvolvimento de uma APS resolutive?</p>	<p>Mapear os agentes com potencial influência no desenvolvimento da resolubilidade na APS, bem como práticas e estilos de interação que a favorecem.</p>	<p>Agentes que podem influenciar na resolubilidade da APS</p>	<p>Quem são</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Burocratas de nível de rua;</li> <li>- Burocratas de médio escalão;</li> <li>- Políticos;</li> <li>- Entidades;</li> <li>- Entre outros que possam ser indicados ou emergir da pesquisa documental.</li> <li>- Realidade internacional, regional e local (DF)</li> </ul>
			<p>Hierarquia existente entre esses agentes implementadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lógica de governança multinível aplicada à resolubilidade na APS</li> </ul>
		<p>Como cada agente influencia na resolubilidade da APS</p>	<p>Contribui para a resolubilidade X Dificulta/oferece obstáculos à resolubilidade</p>	<p>Papéis que desempenham no desenvolvimento da resolubilidade na APS. Riscos e a viabilidade da política pública.</p>

A análise será realizada em etapas, com base no tipo de material coletado:

- 1) Pesquisa bibliográfica
- 2) Grupos focais
- 3) Pesquisa documental

*Aplicação 1: Análise dos grupos focais realizados pelo Programa Qualis APS em 2020*

1º passo: leitura em profundidade;

2º passo: identificação de palavras-chave e citações a partir de temas relacionados às questões de pesquisa e exercício de pré-codificação, leitura e a reflexão dos dados e sublinhadas, negritadas e circuladas todas as palavras e frases que merecem atenção como chaves de evidência que embasam suas suposições, teorias e elaboração de memórias (*Memos*).

3º passo: identificação de categorias e subcategorias temáticas para cada uma dessas citações com base nas questões de pesquisa;

4º passo: identificação de correlações entre categorias e subcategorias conforme os referenciais.

Quadro 2 – Sistematização dos códigos gerados no Atlas.ti® para a análise documental (Grupos Focais do Quais APS)

<b>Códigos (codes)</b>	<b>Quantidade de citações</b>	<b>Categoria para o qual fornece elementos</b>
Resolubilidade	13	O que é resolubilidade na APS
Contribui para a qualidade na APS	60	Possíveis influências das concepções sobre resolubilidade no desenvolvimento das ações e serviços
Dificulta a qualidade na APS	71	Possíveis influências das concepções sobre resolubilidade no desenvolvimento das ações e serviços
Agente que contribui para a resolubilidade	16	Agentes que podem influenciar na resolubilidade da APS Como cada agente influencia na resolubilidade da APS
Agente que dificulta a resolubilidade	15	Agentes que podem influenciar na resolubilidade da APS Como cada agente influencia na resolubilidade da APS

Fonte: Produção própria da autora.

**APÊNDICE VI – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES.**

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado “**Mecanismos que influenciam na resolubilidade da Atenção Primária à Saúde**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Ana Cláudia Cardozo Chaves**, com orientação da Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer e coorientação da Profa. Dra. Katia Crestine Poças. O projeto está sendo

desenvolvido no Programa de Doutorado Acadêmico em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

O objetivo desta pesquisa é **compreender os mecanismos que influenciam na Resolubilidade da Atenção Primária à Saúde** a partir do estudo de caso do Distrito Federal.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação dar-se-á por meio de **grupo focal, a ser realizado em 27 ou 28/04/2022, às 14h, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília**, em encontro com duração estimada de **duas horas**.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são referentes a algum desconforto gerado por algum debate sobre a Atenção Primária à Saúde, ou pelo tempo de participação na atividade proposta pela pesquisa. Para amenizar esses riscos e reduzir qualquer tipo de constrangimento, a atividade em grupo ocorrerá em espaço confortável e em ambiente apropriado, respeitando o tempo e fala de cada participante. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para **o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, por meio da produção de conhecimento para o estabelecimento de metas e compromissos sanitários mais precisos**.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na **Universidade de Brasília e Secretaria de Saúde do Distrito Federal**, podendo ser publicados posteriormente na forma de relatórios, artigos científicos ou trabalhos acadêmicos. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por cinco anos, após isso serão destruídos.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora responsável, **Ana Cláudia Cardozo Chaves**, pelo telefone **(061) 98369-3701** ou pelo email **anaccardoza@hotmail.com**.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília, conforme os Pareceres Consubstanciados nº 3.937.242 e nº 5.164.745. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail **cepfs@unb.br** ou **cepfsunb@gmail.com**, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Nome do participante  
Assinatura do participante

---

Pesquisadora Responsável  
Assinatura da pesquisadora

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

## APÊNDICE VII – TERMO DE CESSÃO DE USO DE VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS

**Protocolo de Pesquisa CAAE nº 29640120.6.0000.0030 CEP/FS-UnB, aprovado  
em 14/12/2021**

Por meio deste termo, eu

\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_,  
participante do estudo intitulado “**Mecanismos que influenciam na resolubilidade da Atenção Primária à Saúde**”, de forma livre e esclarecida, cedo o direito de uso de voz adquirida durante a realização da pesquisa a qual fui submetido, e autorizo a pesquisadora, **Ana Cláudia Cardozo Chaves**, matrícula 0180134680, da Universidade de Brasília, responsável pelo trabalho a:

(a) utilizar e veicular voz obtida durante minha participação em estudo/ pesquisa do Programa de pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, para fim de obtenção de divulgação científica, sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo, garantida a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações);

(b) veicular voz na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, ou seja, na internet, assim tornando-as públicas;

(c) utilizar voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis);

(d) utilizar voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

(e) no caso da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

O(a) participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão da voz,

e que está ciente de que pode retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados.

É vedado ao(s) pesquisador(es) utilizar fotografias, vídeos e/ou voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira. O(s) pesquisador(es) declaram que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no Brasil.

Concordando com o termo, o participante de pesquisa e o(s) pesquisador(es) assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante.

---

**Local e data**

---

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL**  
**Ana Cláudia Cardozo Chaves**  
**CPF: 05548701428**

---

**PARTICIPANTE DO ESTUDO**  
**CPF:**

**ANEXO 1 – ROTEIRO PARA GRUPOS FOCAIS (QUALISAPS)**

**ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP FS UnB No 3.937.242**

UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (CAIS)

Plataforma Brasil

para a APS do DF no âmbito do Programa Qualis-APS, por meio de entrevista coletiva onde se vai realizar a interação de cada um para a elaboração de respostas. O volume de gravação é baixo.

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

##### Público-alvo:

Para não haver confusão de vozes, identificar os participantes com números e

GRUPO FOCAL 1: agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal.

##### Moderador:

CAAE: 29640120.6.0000.0030

GRUPO FOCAL 2: enfermeiros, cirurgiões dentistas, médicos

Informar que o participante que quiser se manifestar deve, primeiramente,

GRUPO FOCAL 3: gerentes de serviços e supervisores.

DADOS DO PARECER

Interromper na hora certa a fala do participante e passar a palavra.

Explicar antes que o participante poderá ter que parar de falar: “nada pessoal”.  
 em cada GRUPO FOCAL (GF) teremos 1 moderador

Importante que o participante inicie e termine sua fala por completo pois para a transcrição é muito importante que não haja confusão de vozes (isso). No GF a

Saber identificar os participantes alfa, que são os que falam mais; dos beta, que são os que falam menos.

possam estabelecer um contato frequente entre eles e sua comunidade com seus cidadãos. No

SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui posição estratégica no fluxo do usuário na Rede de Atenção

1) SAÚDE (RAS) objetivando potencializar a integração da continuidade de cuidados de atenção primária de

1) MOMENTO - o moderador apresenta o assunto e a ideia da discussão

gênua desse momento. Logo em seguida se abre espaço para a gravação de somada voz de todos. Não é

intuito de contribuir para com a relatoria, com garantia de preservação de sigilo originalmente uma discussão, embora normalmente ocorra interações entre os

2) MOMENTO - É uma entrevista coletiva (uma por grupo) e se apresenta

informando nome e local de trabalho. É por isso que se toma nota dos nomes e

posições na sala.

3) MOMENTO - o moderador apresenta a questão norteadora e encoraja a

participação ativa de todos os membros do grupo

profissionais das equipes da ESF do DF. A pesquisa será dividida em três etapas: uma

#### QUESTÕES NORTEADORAS:

1- Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepsunb@gmail.com tamento

das ideias apresentadas pelo grupo, o moderador estimula a continuidade de foco nas seguintes questões:

2- Pensando nesse serviço de qualidade, como deve ser:

- O trabalho da equipe;
- O trabalho dos gestores (na sua Unidade GSAP, na sua Diretoria de Atenção Primária à Saúde e na Administração Central);
- A atenção aos usuários.



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.937.242

de diagnóstico inicial e duas de ciclos avaliativos da APS. Para o diagnóstico inicial da APS serão construídos padrões de qualidade de avaliação, a partir disso, instrumentos de avaliação de estrutura e das equipes da ESF. Será adotada uma metodologia participativa, e todos os instrumentos da pesquisa serão construídos em conjunto com os participantes (profissionais de saúde, gestores, profissionais de entidades de saúde e usuários da APS). Além disso, a construção dos instrumentos será subsidiada pela análise documental de relatórios obtidos a partir de oficinas de trabalho realizadas com profissionais de saúde e gestores da APS do DF, por iniciativa da SES/DF. Especialistas na área de avaliação em saúde participarão de oficinas de consenso durante o desenvolvimento dos instrumentos de avaliação e autoavaliação e revisão dos instrumentos de avaliação da APS. Os dois ciclos avaliativos serão precedidos de discussão dos resultados de diagnóstico inicial ou de avaliação, revisão dos instrumentos e construção de planos de ação para atender ao padrão de qualidade da APS. Como resultado, espera-se que a implementação de ações avaliativas contribua para o fortalecimento da APS do DF, qualificando o cuidado ofertado à população com vistas à integralidade.”

“Os critérios elegíveis para o estudo serão: a) Gestores: gerente da Gerência de Atenção Primária à Saúde (GSAP) numa das sete regiões de saúde do DF, com experiência em gestão na APS de no mínimo 1 ano; b) Profissionais de saúde: profissionais de nível superior e de nível médio da APS do DF (técnico em saúde bucal, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde), com no mínimo um ano de experiência na APS; c) Usuários: usuário de serviços de saúde numa das sete regiões de saúde do DF, no mínimo há um ano; d) Representantes de instituições: Pessoa vinculada às instituições listadas no item 5.2; ser indicado pelos gestores destas instituições. Serão excluídos do estudo participantes com menos de 18 anos de idade, e gestores profissionais de saúde (incluindo supervisores de UBS) e representantes de instituições afastados legalmente de suas funções no período da produção de dados em campo.”

**Objetivo da Pesquisa:**

“Objetivo Primário: Elaborar e implantar sistemática de avaliação participativa na Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal (DF).

Objetivo Secundário: Elaborar padrões de qualidade e instrumentos para avaliar a APS do DF; Realizar diagnóstico dos serviços da Estratégia Saúde da Família e de Saúde Bucal; Conduzir a elaboração e implementação de planos de ação para os serviços; Desenvolver os ciclos de avaliação das ações.”

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.937.242

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

“Riscos: Sabe-se que há riscos em toda pesquisa com seres humanos. Os riscos da presente pesquisa relacionam-se à metodologia envolvida, uma vez que a participação envolve a aplicação de instrumentos de coleta, realização de entrevistas, participação de grupos focais e oficinas. Há risco de o participante se sentir exposto a um cansaço eventual durante o processo de produção e coleta dos dados, assim como há risco de sentir-se desconfortável para falar de alguma especificidade da temática proposta. Para amenizar esses riscos, medidas serão tomadas para evitar qualquer tipo de constrangimento. A realização da entrevista, quando necessário ocorrer em caráter individual, será realizada em ambiente que ofereça privacidade. Na ocasião de atividades em grupos, as medidas adotadas pela pesquisa prezam pela garantia de um espaço confortável e um ambiente apropriado para a condução das atividades propostas, sendo também respeitado o tempo e fala de cada participante.

Benefícios: Esse estudo produzirá o benefício de fomentar a qualificação dos processos de trabalho e da assistência da APS do DF e irá gerar conhecimento nesse campo de atuação. Do ponto de vista social, o presente projeto buscará a implementação de ações estruturantes que contribuam para o fortalecimento da APS do DF, o que tem grande relevância social à medida que pretende reorientar o cuidado para o modelo da integralidade, em que aspectos sociais, culturais, e não somente o biomédico, sejam incorporados no modo de ofertar saúde às pessoas. Nesse sentido, há um compromisso para com os preceitos teóricos, doutrinários e organizativos instituídos desde a implantação e busca de consolidação do SUS brasileiro.”

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa inserido nas atividades avaliativas do QualisAPS, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sob a coordenação da Prof<sup>a</sup>. Magda Duarte dos Anjos Scherer do Departamento de Saúde Coletiva –FS. A previsão amostral será de 1742 participantes nas regionais de saúde, sendo 1.344 profissionais de saúde; 70 usuários de saúde da APS; 24 representantes de instituições; 20 especialistas e 294 gestores. O projeto terá duração de 3 anos e o período para início das atividades será em maio de 2020. O orçamento consiste em R\$ R\$ 9.669.880,00, referente a despesas com pessoa física (bolsas) e jurídicas (empresas organização seminários etc.), material de consumo e permanente, bem como diárias e passagens. A Secretaria de Saúde -DF irá financiar o projeto

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos analisados para emissão deste parecer:

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.937.242

1. Informações Básicas do Projeto: PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1516864.pdf postado em 03/03/2020.
2. Planilha Orçamentária: "ORCAMENTO\_010320.docx", postado em 02/03/2020.
3. Projeto Detalhado: documento "Projetocompletfinal\_020320.docx", postado em 02/03/2020.
4. "INFRA ESTRUTURA E VIABILIDADE DE EXECUCAO": "INFRAESTRUTURA\_VIABILIDADE\_010320.docx", postado em 02/03/2020, carta de pesquisadora informando as condições de viabilidade para realização do projeto e as atividades dos membros da equipe de pesquisa.
5. Termo de responsabilidade Pesquisador: "termoresponsabilidadeassinado010320.pdf", postado em 02/03/2020.
6. Termo de Concordância Institucional: "Termoconcordanciaproponenteassinado020320.pdf", postado em 02/03/2020, apresenta as assinaturas do diretor da Faculdade de Ciências da Saúde (FS)/UnB, Prof. Dr. Laudimar Alves de Oliveira, e do coordenador de curso de Saúde coletiva, Prof. Dr. Natan Menseiros de Sá, estando de acordo com a realização da pesquisa.
7. Termo de Concordância Coparticipante: "termocoparticipanteassinado020320.pdf", postado em 02/03/2020, assinado pela diretora da APS Dra. Maria Alécio autorizando a realização da pesquisa nas UBS.
8. Carta de Encaminhamento ao CEP: "cartaencaminhamentodoprojetoaocep24022020.docx", postado em 02/03/2020, informando ser uma pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a ser desenvolvido pelo Departamento de Saúde Coletiva da FS/UnB.
09. Instrumentos de coleta de dados: "ApendiceA\_roteiroparagruposfocais\_010320.docx" e "ApendiceB\_roteiroparaoficinasdetrabalho\_010320.docx", postados em 02/03/2020.
10. Modelos de TCLE: "ApendiceC\_tcle\_usuarios\_010320.docx" e "ApendiceD\_tcle\_demaisparticipantes\_020320.doc", postados em 02/03/2020.
11. Termo de cessão de imagem para fins acadêmicos e científicos: "ApendiceE\_Termosodeimagemesomdevoz010320.docx", postado em 02/03/2020.
12. Currículos Lattes da equipe de pesquisa: "Lattes\_MagdaScherer.pdf" (pesquisadora principal); Membros da equipe de pesquisa: "Lattes\_KatiaCrestine.pdf" (prof. da Medicina), "Lattes\_DeniseFurlanetto.pdf" (prof. DSC), "Lattes\_LeonorPachecoSantos.pdf" (prof. DSC), "LattesClaudiaPedrosa.pdf" (prof. DSC), "Lattes\_RuthSacco.pdf" (prof. Subst. DSC), "Lattes\_FabricioVieiraCavalcante" (Mestrando DSC), "Lattes\_KlebyaOliveira.pdf" (Doutoranda, PPGNut), "Lattes\_aime.pdf" (Mestre em SC), "Lattes\_CamilaCarloniGaspar.pdf" (chefe da Assessoria de Redes de Atenção à Saúde-DF), "Lattes\_DiegoFerreiraSilva.pdf" (Doutorando, DSC) e "Lattes\_WallaceSantos.pdf" (Diretor Regional da APS-

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.937.242

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

A realização das atividades do projeto na instituição coparticipante está condicionada à aprovação pelo CEP responsável, o CEP-FEPECS/SES-DF.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1516864.pdf	03/03/2020 16:26:17		Aceito
Outros	Lattes_aime.pdf	03/03/2020 15:50:37	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_CamilaCarloniGaspar.pdf	03/03/2020 15:50:16	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_KatiaCrestine.pdf	03/03/2020 15:49:21	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_DeniseFurlanetto.pdf	03/03/2020 15:39:44	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_DiegoFerreiraSilva.pdf	03/03/2020 15:36:29	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_FabricaoVieiraCavalcante.pdf	03/03/2020 15:34:23	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_KlebyaOliveira.pdf	03/03/2020 15:33:16	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_LeonorPachecoSantos.pdf	03/03/2020 15:31:54	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900

**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.937.242

Outros	Lattes_MagdaScherer.pdf	03/03/2020 15:30:24	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_RuthSacco.pdf	03/03/2020 15:19:09	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_WallaceSantos.pdf	03/03/2020 15:18:18	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	LattesClaudiaPedrosa.pdf	03/03/2020 15:17:49	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	cartaencaminhamentodoprojetoaoccep24022020.docx	02/03/2020 23:07:37	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	termoderesponsabilidadeecompromissodopesquisadorresponsavel24022020.doc	02/03/2020 23:06:47	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	termodeconcordanciadainstituicaooproposnente_SEMassinatura.doc	02/03/2020 23:05:14	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApndiceE_Termosodeimagemesomdevoz010320.docx	02/03/2020 23:04:24	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApndiceD_tcle_demaisparticipantes_020320.doc	02/03/2020 23:03:52	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	termodeconcordanciadeinstituicaooparticipanteespecificosdf_SEMassinatura.doc	02/03/2020 23:02:48	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRAESTRUTURA_VIABILIDADE_010320.docx	02/03/2020 23:00:52	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompletofinal_020320.docx	02/03/2020 23:00:23	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApndiceC_tcle_usuarios_010320.docx	02/03/2020 22:48:40	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	ApndiceB_rotreiroparaoficinasdetrabalho_010320.docx	02/03/2020 22:38:00	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	ApndiceA_rotreiroparagruposfocais_010320.docx	02/03/2020 22:24:16	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsub@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.937.242

Orçamento	ORCAMENTO_010320.docx	02/03/2020 22:23:26	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	termocoparticipanteassinado020320.pdf	02/03/2020 22:22:13	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Declaração de concordância	termoconcordanciapropONENTEassinado020320.pdf	02/03/2020 22:16:48	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Cronograma	Cronograma_010320.docx	02/03/2020 22:15:47	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_assinada020320.pdf	02/03/2020 22:14:10	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	cartaencaminhamentoassinada010320.pdf	02/03/2020 00:06:45	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoresponsabilidadeassinado010320.pdf	02/03/2020 00:04:21	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 26 de Março de 2020

Assinado por:  
Marie Togashi  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

## ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP FS UnB No 5.164.745

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

**Pesquisador:** MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 29640120.6.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.164.745

#### Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1859513\_E1.pdf" postado em 24/11/2021:

Resumo: "O Sistema Único de Saúde (SUS) é a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa, em termos constitucionais, o compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos. No SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui posição estratégica no fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS) objetivando potencializar a garantia da integralidade, da continuidade, da eficiência e da eficácia do sistema. A Estratégia Saúde da Família (ESF), que no Distrito Federal (DF) foi instituída como modelo assistencial único da APS, surge como desenho operacional responsável por organizar este nível de atenção e promover o alcance de seus atributos. Nesse sentido, no âmbito do SUS do DF, firmou-se um convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), a Universidade de Brasília e a Escola Fiocruz de Governo, por meio do qual foi instituído o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualisAPS). O Programa possui como objetivo a qualificação da gestão e da atenção, visando a melhoria dos serviços prestados na APS do DF, a partir de propostas de formação e do emprego de métodos inovadores no desenvolvimento de sistemática de avaliação para as equipes da ESF. O presente projeto de pesquisa está inserido nas atividades avaliativas do QualisAPS e tem por objetivo geral elaborar e implantar sistemática de avaliação participativa na APS do DF. Trata-se de estudo com abordagem quali-quantitativa, a ser realizado em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com profissionais das equipes da ESF do DF. A pesquisa será dividida em três etapas: uma

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.745

de diagnóstico inicial e duas de ciclos avaliativos da APS. Para o diagnóstico inicial da APS serão construídos padrões de qualidade de avaliação, a partir disso, instrumentos de avaliação de estrutura e das equipes da ESF. Será adotada uma metodologia participativa, e todos os instrumentos da pesquisa serão construídos em conjunto com os participantes (profissionais de saúde, gestores, profissionais de entidades de saúde e usuários da APS). Além disso, a construção dos instrumentos será subsidiada pela análise documental de relatórios obtidos a partir de oficinas de trabalho realizadas com profissionais de saúde e gestores da APS do DF, por iniciativa da SES/DF. Especialistas na área de avaliação em saúde participarão de oficinas de consenso durante o desenvolvimento dos instrumentos de avaliação e autoavaliação e revisão dos instrumentos de avaliação da APS. Os dois ciclos avaliativos serão precedidos de discussão dos resultados de diagnóstico inicial ou de avaliação, revisão dos instrumentos e construção de planos de ação para atender ao padrão de qualidade da APS. Como resultado, espera-se que a implementação de ações avaliativas contribua para o fortalecimento da APS do DF, qualificando o cuidado ofertado à população com vistas à integralidade.”

Hipótese: “O Distrito Federal não possui sistemática institucionalizada pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF) para condução de processos avaliativos na Atenção Primária à Saúde (APS); As experiências avaliativas conduzidas pela APS, quando existentes, não se utilizam de padrões de qualidade e de instrumentos construídos com base na realidade local e não são conduzidas de forma participativa com todos os atores envolvidos (gestores, profissionais de saúde e usuários); A elaboração e implantação de sistemática de avaliação participativa na APS do DF promoverá o fortalecimento das ações e serviços de saúde nesse nível de atenção, na medida em que promove aderência de todos os atores envolvidos.”

Metodologia Proposta: “O presente projeto de pesquisa está inserido nas atividades avaliativas do QualisAPS. [...] A construção do modelo lógico provém de fontes diversas, tais como documentos oficiais do programa, legislação sobre o assunto, resultados de pesquisas prévias e experiência dos gestores, avaliadores e profissionais da área (Bezerra et al., 2012). Nesse sentido, a construção do modelo lógico do Programa possibilitará traçar o caminho a ser percorrido para o alcance do objetivo final. [...] Esta pesquisa acontecerá em três etapas. A primeira etapa consiste em um diagnóstico inicial das equipes da eSF e das equipes de saúde bucal (eSB). Para subsidiar esse diagnóstico inicial serão realizadas: a) construção do modelo lógico do Programa; b) Elaboração da proposta de padrões de qualidade para avaliação da APS; c) Desenvolvimento de instrumentos de avaliação e autoavaliação preliminares; e d) Discussão e pactuação dos padrões e instrumentos de avaliação. A segunda e terceira etapas serão, respectivamente, o primeiro e o

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.745

segundo ciclos de avaliação da APS no DF, ou seja, a avaliação propriamente dita. Estas serão precedidas da: a) Discussão dos resultados do diagnóstico inicial; b) Revisão dos instrumentos de avaliação; e c) Elaboração de Plano de Ação. Estes ciclos de avaliação serão realizados com vistas a avaliar a qualidade da APS no DF e verificar o cumprimento dos indicadores pactuados no plano de ação, num contínuo e sistemático movimento de melhoria da qualidade da APS. [...] Todas as oficinas de trabalho e grupos focais com gestores, profissionais de saúde e usuários da APS fornecerão material necessário para discussão e pactuação dos padrões e instrumentos de avaliação a serem construídos, bem como para discussão dos resultados do diagnóstico inicial da pesquisa, e do primeiro ciclo avaliativo. Para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e autoavaliação de estrutura e processo e revisão desses instrumentos de avaliação também serão realizadas oficinas de consenso com especialistas na área de avaliação em saúde. [...]"

**Critério de Inclusão:** "Serão elegíveis para o estudo: a) Gestores: gerente da Gerência de Atenção Primária à Saúde (GSAP) numa das sete regiões de saúde do DF, com experiência em gestão na APS de no mínimo 1 ano; b) Profissionais de saúde: profissionais de nível superior e de nível médio da APS do DF (técnico em saúde bucal, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde), com no mínimo um ano de experiência na APS; c) Usuários: usuário de serviços de saúde numa das sete regiões de saúde do DF, no mínimo há um ano; d) Representantes de instituições: Pessoa vinculada às instituições listadas no item 5.2; ser indicado pelos gestores destas instituições."

**Critério de Exclusão:** "Serão excluídos do estudo participantes com menos de 18 anos de idade, e gestores profissionais de saúde (incluindo supervisores de UBS) e representantes de instituições afastados legalmente de suas funções no período da produção de dados em campo."

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** "Elaborar e implantar sistemática de avaliação participativa na Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal (DF)."

**Objetivo Secundário:** "Elaborar padrões de qualidade e instrumentos para avaliar a APS do DF; realizar diagnóstico dos serviços da Estratégia Saúde da Família e de Saúde Bucal; Conduzir a elaboração e implementação de planos de ação para os serviços; Desenvolver ciclos de avaliação das ações."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos "Sabe-se que há riscos em toda pesquisa com seres humanos. Os riscos da presente pesquisa relacionam-se à metodologia envolvida, uma vez que a participação envolve a aplicação

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.745

de instrumentos de coleta, realização de entrevistas, participação de grupos focais e oficinas. Há risco de o participante se sentir exposto a um cansaço eventual durante o processo de produção e coleta dos dados, assim como há risco de sentir-se desconfortável para falar de alguma especificidade da temática proposta. Para amenizar esses riscos, medidas serão tomadas para evitar qualquer tipo de constrangimento. A realização da entrevista, quando necessário ocorrer em caráter individual, será realizada em ambiente que ofereça privacidade. Na ocasião de atividades em grupos, as medidas adotadas pela pesquisa prezam pela garantia de um espaço confortável e um ambiente apropriado para a condução das atividades propostas, sendo também respeitado o tempo e fala de cada participante.”

Benefícios: “Esse estudo produzirá o benefício de fomentar a qualificação dos processos de trabalho e da assistência da APS do DF e irá gerar conhecimento nesse campo de atuação. Do ponto de vista social, o presente projeto buscará a implementação de ações estruturantes que contribuam para o fortalecimento da APS do DF, o que tem grande relevância social à medida que pretende reorientar o cuidado para o modelo da integralidade, em que aspectos sociais, culturais, e não somente o biomédico, sejam incorporados no modo de ofertar saúde às pessoas. Nesse sentido, há um compromisso para com os preceitos teóricos, doutrinários e organizativos instituídos desde a implantação e busca de consolidação do SUS brasileiro.”

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de emenda do projeto de pesquisa departamento de Saúde Coletiva (UnB/FS), sob a coordenação da Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer. De acordo com o documento “CARTA\_DE\_ENCAMINHAMENTO\_DE\_EMENDA\_A\_PROJETO\_AO\_CEP\_assinada.pdf” postado em 17/11/20”, a pesquisadora informa que o projeto ocorreu conforme previsto e será realizado novos grupos focais (com os mesmos participantes) para aprofundar os conhecimentos sobre a qualidade dos serviços de APS obtidos. Os novos grupos serão agendados junto à instituição de realização da pesquisa, com previsão para o mês de abril/2022, conforme o cronograma originalmente aprovado, de modo que não houve alteração no prazo de encerramento do estudo. Além disso, houve a inclusão seis novos pesquisadores assistentes e a retirada de dois a saber, Camila Carloni Gaspar e Diego Ferreira Lima Silva.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: “PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1859513\_E1.pdf” postado em 24/11/2021.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.745

2. Carta de Encaminhamento da Emenda: documento "CARTA\_DE\_ENCAMINHAMENTO\_DE\_EMENDA\_A\_PROJETO\_AO\_CEP\_assinada.pdf" postado em 17/11/20.

3. Currículo Lattes novos pesquisadores: documentos "CurrículoLattes\_Ana\_Claudia\_Cardozo\_Chaves.pdf"; "CurrículoLattes\_Maria\_Silvia\_Bruni\_Fruet\_de\_Freitas.pdf"; "CurrículoLattes\_Amanda\_Kellen\_Pereira\_da\_Silva.pdf" postados em 16/11/2021.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1859513_E1.pdf	24/11/2021 19:29:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_final_16_11_2021_po semenda_semmarcacoes.docx	17/11/2021 16:35:30	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	ApendiceF_ROTEIRO_NOVOS_GRUPOS_FOCAIS.docx	17/11/2021 16:27:10	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	EMENDA_Projeto_completo_16_11_2021_commarcacoes.docx	17/11/2021 16:24:30	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsub@gmail.com

**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB**



Continuação do Parecer: 5.164.745

Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DE_EMENDA_A_PROJETO_AO_CEP_assinada.pdf	17/11/2021 16:16:24	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DE_EMENDA_A_PROJETO_AO_CEP_semassinatura.docx	17/11/2021 16:15:47	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Mayra_Fernandes_Xavier.pdf	16/11/2021 14:07:07	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Maria_Silvia_Bruni_Freitas.pdf	16/11/2021 14:06:18	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Brenda_Ferreira_de_Abreu.pdf	16/11/2021 14:05:42	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Ana_Claudia_Cardozo_Chaves.pdf	16/11/2021 14:04:45	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Amanda_Kellen_Pereira_da_Silva.pdf	16/11/2021 14:04:01	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Adriano_de_Almeida_dede_Lima.pdf	16/11/2021 14:03:06	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_aime.pdf	03/03/2020 15:50:37	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_KatiaCrestine.pdf	03/03/2020 15:49:21	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_DeniseFurlanetto.pdf	03/03/2020 15:39:44	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_FabricaoVieiraCavalcante.pdf	03/03/2020 15:34:23	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_KlebyaOliveira.pdf	03/03/2020 15:33:16	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_LeonorPachecoSantos.pdf	03/03/2020 15:31:54	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_MagdaScherer.pdf	03/03/2020 15:30:24	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	Lattes_RuthSacco.pdf	03/03/2020 15:19:09	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.745

Outros	Lattes_WallaceSantos.pdf	03/03/2020 15:18:18	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	LattesClaudiaPedrosa.pdf	03/03/2020 15:17:49	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	cartaencaminhamentodoprojetaocep24022020.docx	02/03/2020 23:07:37	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	termoderesponsabilidadeecompromissodopesquisadorresponsavel24022020.doc	02/03/2020 23:06:47	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	termodeconcordanciadainstituicaoopropnente_SEMassinatura.doc	02/03/2020 23:05:14	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceE_Termosodeimagemesomdevoz010320.docx	02/03/2020 23:04:24	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceD_tcle_demaisparticipantes_020320.doc	02/03/2020 23:03:52	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	termodeconcordanciadainstituicaooparticipanteespecificosdf_SEMassinatura.doc	02/03/2020 23:02:48	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRAESTRUTURA_VIABILIDADE_010320.docx	02/03/2020 23:00:52	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompletofinal_020320.docx	02/03/2020 23:00:23	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceC_tcle_usuarios_010320.docx	02/03/2020 22:48:40	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	ApendiceB_rotreiroparaoficinasdetrabalh0_010320.docx	02/03/2020 22:38:00	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	ApendiceA_rotreiroparagruposfocais_010320.docx	02/03/2020 22:24:16	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_010320.docx	02/03/2020 22:23:26	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	termocoparticipanteassinado020320.pdf	02/03/2020 22:22:13	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsub@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.164.745

Declaração de concordância	termoconcordanciaproponenteassinado020320.pdf	02/03/2020 22:16:48	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Cronograma	Cronograma_010320.docx	02/03/2020 22:15:47	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_assinada020320.pdf	02/03/2020 22:14:10	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Outros	cartaencaminhamentoassinada010320.pdf	02/03/2020 00:06:45	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoresponsabilidadeassinado010320.pdf	02/03/2020 00:04:21	MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 14 de Dezembro de 2021

Assinado por:  
**Fabio Viegas Caixeta**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsubn@gmail.com