

VERÔNICA AMORIM REZENDE

**A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Belo Horizonte

2010

VERÔNICA AMORIM REZENDE

**A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família da Universidade
Federal de Minas Gerais como requisito
parcial para obtenção do título de especialista

Orientadora: Prof^a Maria José Cabral Grillo

Belo Horizonte/MG

2010

VERÔNICA AMORIM REZENDE

**A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família da Universidade
Federal de Minas Gerais como requisito
parcial para obtenção do título de especialista

Orientadora: Prof^ª Maria José Cabral Grillo

Banca Examinadora

Maria José Cabral Grillo.....UFMG

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar.....UFMG

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2010.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu mestre, por ter me dado a vida, o dom e as oportunidades.

Aos meus pais pelo apoio incondicional e por me ensinarem a percorrer no caminho da fé, do amor, da verdade e do aprendizado.

À Maria José Cabral Grillo, pelo apoio, compreensão, estímulo a superação do aprendizado.

Aos colegas do Centro de Saúde Floramar, especialmente à gerente Marly, pelo aprendizado e auxílio para percorrer essa trajetória.

RESUMO

O conceito de resolutividade tem sinonímia com o ato de solucionar. Possui como dimensões: a efetividade do serviço; a integralidade; o acesso universal; a satisfação dos usuários; a intersetorialidade; as tecnologias utilizadas pelo serviço e as demandas e necessidades dos usuários, entre outras. Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar a resolutividade da atenção básica em saúde no contexto do desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa considerando artigos que abordam o tema *resolutividade da atenção básica* acessíveis, na íntegra, nos bancos de dados LILACS e SciELO, publicados no período de 2000 a 2010, em português. Percebe-se que o poder resolutivo do serviço se amplia se forem seguidos os princípios e diretrizes da ESF e Atenção Básica em Saúde (ABS). Diversos estudos têm sido desenvolvidos para avaliar e monitorar a resolutividade da ABS e algumas ferramentas foram utilizadas. Dois exemplos de instrumento de avaliação são discutidos neste trabalho: análise das hospitalizações por Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) e o Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil). Percebe-se a necessidade de extrapolar a forma clássica de avaliação dos serviços caracterizada pelos indicadores de perfil epidemiológico e número de atendimentos, entre outros. Discute-se, também, o acesso e sua interface com a resolutividade; a satisfação dos usuários; os desafios da ABS para o alcance da resolutividade e as possíveis estratégias para ampliar o poder resolutivo da atenção.

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde; Atenção Primária em Saúde; Saúde da Família; Avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde); Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

This study aim to discuss the outcomes of primary health care in the development of the Family Health Strategy (FHS). It features as dimensions: the effectiveness of services; comprehensiveness; universal access; user satisfaction; intersectorality, technologies used by services and user's demands and needs, among others. We developed a narrative review considering articles that address outcomes of primary care and that are fully available in LILACS and SciELO databases, They also must have been published between 2000 to 2010, in Portuguese. It is noticed that the resolving power of the service increases as much as they follow the principles and guidelines of the FHT and Primary Health Care (PHC). Several studies have been developed to evaluate and monitor the outcomes of PHC. Two examples are discussed in this work: Ambulatory care sensitive hospitalizations (ACSH) and Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil). This work perceives the need for extrapolating the traditional way of evaluation of services characterized by epidemiological indicators and number of consultancies, among others. It also discusses access and its interface with resolution of health problems, user satisfaction, challenges of PHC to solve problems and possible strategies to increase the resolving power of care. It also realizes the importance of this level of care, as well as the organization of the health system.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Results and Process Assessment (health care); Health Care Quality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ABS – Atenção Básica à Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAA - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

CSAP – Causas Sensíveis à Atenção Primária

DAB/SAS/MS- Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

NOB – Norma de Operacionalização Básica

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCAtool – Primary Care Assessment Tool

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PPI- Programação Pactuada e Integrada

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVO.....	11
3. MÉTODO.....	12
4. A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL.....	13
5. A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO	17
7. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS X RESOLUTIVIDADE.....	26
8. DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O ALCANCE DA RESOLUTIVIDADE DO SERVIÇO	28
8.1. Referência e contra referência.....	28
8.2. Recursos materiais e humanos	29
8.3. Inclusão social	30
8.4. Sistema de Informação	31
8.5. Financiamento	31
8.6. Instrumentos de avaliação	32
8.7. Mudança efetiva da lógica médico-curativista.....	33
9. ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR O PODER RESOLUTIVO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	35
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41
ANEXO.....	45

1. INTRODUÇÃO

Este estudo inscreve-se na trajetória de minhas vivências relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que vem sendo construída desde a graduação em enfermagem. Nesse caminho, fiz aproximação ao campo da pesquisa, o que me instigou à busca de conhecimentos, procurando desenvolver um pensamento crítico-reflexivo. Também fiz aproximações à assistência à saúde, proporcionadas pelo ensino clínico e estágios curriculares realizados.

Após minha formação, passei a desenvolver a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Centro de Saúde Floramar, localizado na regional Norte de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais (MG), integrante da Rede Básica de Saúde do referido município. A área de abrangência do Centro de Saúde Floramar inclui os bairros Floramar (quase integralmente), Guarani e Tupi (pequena área). Atualmente, o Centro de Saúde Floramar é referência para 10.788 habitantes que vivem em uma área com predominância de alto risco.

No Centro de Saúde Floramar, a Estratégia de Saúde da Família começou a ser desenvolvida em fevereiro de 2002 por duas equipes de Saúde da Família (ESF01 e ESF02). Atualmente, o Centro de Saúde conta com três equipes completas, compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACS); ainda, uma Equipe de Saúde Bucal (composta por uma cirurgiã-dentista, dois Agentes de Saúde Bucal e um Técnico em Saúde Bucal) e três médicos de apoio às Equipes de Saúde da Família (um pediatra, um ginecologista, um clínico geral). Conta, também, com o apoio da Equipe de Saúde Mental Básica e Equipe de Saúde Complementar (um psiquiatra infantil, um assistente social, um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional) que conferem apoio matricial as Equipes de Saúde da Família. As instalações contam com seis clínicas básicas, três clínicas especializadas, uma clínica odontológica, um escovódromo, uma sala de enfermagem, uma sala de curativo e uma sala de vacina.

Faço parte de uma dessas equipes (ESF01), responsável por 3.259 habitantes (990

famílias) que vivem em uma área com predomínio de alto risco. A densidade familiar corresponde a 3,29. A minoria dos usuários possui cobertura de planos de saúde (30,72%) e muitos deles utilizam os serviços prestados pelo Centro de Saúde por não possuírem cobertura completa dos referidos planos.

O contato diário com o serviço e usuários, aliado à reflexão sobre a proposta de desenvolvimento da ESF, conduziu-me ao encontro de inquietações a serem respondidas. Uma delas motivou esse trabalho e tem relação com o grau de resolutividade dos espaços produtores de saúde que estão sendo construídos na atenção básica.

Existem evidências de que a ESF possibilitou diversos avanços na atenção à saúde, como melhoria dos níveis de saúde da população, redução da mortalidade infantil, aumento na esperança de vida ao nascer e vinculação dos usuários a uma equipe, o que permite maior e melhor acompanhamento dos mesmos, entre outros (BRASIL, 2006). Porém, ainda se observam dificuldades, tanto estruturais quanto relacionadas ao processo de trabalho desenvolvido pelas equipes envolvidas com a ESF.

Como profissionais vinculados à atenção básica, vivemos imersos em dificuldades que tangem à disponibilidade e alocação de recursos, à referência e contra referência, à efetividade das ações, à organização de nosso processo de trabalho em relação ao planejamento de ações em horários e a mecanismos que garantam maior acesso aos usuários, entre outros.

Torna-se, então, fundamental, a discussão sobre a resolutividade da atenção básica, seus limites e possibilidades, para evitar o estabelecimento de ações reiterativas e tradicionais, ou seja, em que o sujeito age na realidade por meio de uma reprodução de múltiplas tarefas que possuem um caráter instrumental e pouco inovador.

Assim, com este estudo procuro colaborar com a reflexão acerca do tema e com a construção de propostas que otimizem e ampliem o poder resolutivo da atenção básica.

2. OBJETIVO

Analisar a resolutividade da atenção básica em saúde no contexto do desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família.

3. MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa considerando artigos que abordam o tema *resolutividade da atenção básica* – acessíveis, na íntegra, nos bancos de dados Bireme-LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO, e que tenham sido publicados nos últimos dez anos, ou seja, de 2000 a 2010, em português. Os seguintes descritores foram utilizados: Avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde); Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Atenção Primária em Saúde e Saúde da Família. Utilizou-se também o termo Resolutividade associado aos descritores saúde da família; atenção básica em saúde e atenção primária em saúde.

A busca bibliográfica sobre resolutividade da atenção básica foi dificultada pelo grande número de artigos que se referem ao tema usando diferentes denominações, objetivos e enfoques de análise, o que leva a um variado número de descritores usados.

A busca inicial nas bases bibliográficas resultou em 2.605 referências (1.617 na LILACS e 988 na SciELO), reduzidas ao final da seleção para 31 artigos. Muitas das referências encontradas na LILACS são as mesmas da Base SciELO, pois várias revistas latino-americanas indexam em ambas as bases.

Inicialmente, a seleção dos artigos foi feita a partir da leitura dos resumos e, identificada coerência com o tema e com o objetivo proposto, foi realizada a leitura completa do artigo. Por fim, ocorreu a fase de exploração e análise do material.

Além dos artigos selecionados, também foram pesquisados três documentos publicados pelo Ministério da Saúde, um documento do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, duas dissertações sobre o tema, uma Declaração da Organização Mundial de Saúde e duas legislações pertinentes.

4. A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

O relatório de Flexner, divulgado em 1910, nos Estados Unidos, influenciou profundamente o setor saúde brasileiro que, até 1988, tinha o paradigma flexneriano legalmente instituído e praticado. Este modelo apresentou impacto positivo quando implementado. O paradigma sustenta-se em elementos biologicistas, curativistas, preventivistas, além de focar na assistência médica e hospitalar. Porém, ao longo dos anos, se esgotaram as alternativas quanto ao seu uso e, assim, o setor saúde entra em profunda crise estrutural, fazendo com que iniciassem diversos movimentos para superação desse modelo (SHERER *et al.*, 2005). Reconhecia-se que o modelo hegemônico possuía baixa resolutividade e elevados custos assistenciais (SILVA; ATHAYDE, 2008).

O debate conceitual sobre a organização dos serviços de saúde teve como marco a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Foi proposta a utilização da Atenção Primária em Saúde (APS) como forma de ampliar o acesso de forma igualitária e com o enfoque na prevenção e promoção de saúde. Reafirmou-se o conceito ampliado de saúde, em que a saúde é caracterizada pelo bem estar físico, mental, ambiental e social, sendo determinada por vários fatores. Naquele momento, buscava-se um novo modelo de atenção à saúde que possibilitasse “Saúde para todos no ano 2000”, criando-se uma nova agenda para o campo da Saúde. A Declaração de Alma-Ata conclamou governos, organismos, a comunidade internacional e todos aqueles que trabalham no campo da saúde a envidar esforços para que a APS fosse priorizada, inclusive em relação ao aporte financeiro, sendo considerada uma ferramenta para a resolução dos problemas de saúde do século XXI (WHO, 1978).

O Brasil não ficou à margem dos acontecimentos que ocorriam em âmbito mundial, pois emergia a reforma sanitária que se fortaleceu ainda mais em meados de 1980. Esse movimento influenciou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, e presente na Constituição Brasileira de 1988, sendo definido como um processo de reordenamento dos serviços e ações de

saúde (BRASIL, 1988). Assim, em nosso País, a APS é adotada como política pública desenvolvida no nível básico de um sistema constituído por três níveis: Atenção Básica, Atenção de Média Complexidade e Atenção de Alta Complexidade. Neste trabalho, os termos “Atenção Básica em Saúde” e “Atenção Primária à Saúde” serão utilizados como sinônimos, entendendo que o primeiro indica a concepção da política de saúde nacional para o que internacionalmente adotou-se como “Atenção Primária à Saúde”. O estado de Minas Gerais também adotou a última terminologia.

O SUS sofreu influências de diferentes modelos assistenciais, como o modelo biomédico e o sanitarista, e de movimentos como o da medicina comunitária. O intuito foi redirecionar as práticas para um novo modelo, o da Atenção Integral à Saúde, que se sustenta em ações cuidadosas, resolutivas e qualificadas, refletindo um ideário, que considera como inerentes à saúde as condições de trabalho, habitação, transporte, lazer entre outros aspectos da vida cotidiana (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2006; QUEIROZ, 2008; ROSA; LABATE, 2005; SOUSA; HAMANN, 2009).

A consolidação do SUS pressupõe profundas modificações na concepção de saúde ao pautar-se em princípios e diretrizes constitucionais que envolvem a universalidade do sistema, a garantia de acesso e resolutividade nos seus níveis de atenção, a equidade, o controle social, a hierarquização das ações e a descentralização da gestão (BRASIL, 1990).

A partir desse período, houve várias iniciativas jurídico-institucionais e comunitárias que criaram condições de viabilizar o direito à saúde, como a Lei 8.080/90, que considera a saúde não só como ausência de doença, mas sendo determinada por vários fatores (sociais, habitacionais, ambientais, entre outros), a Lei 8.142/90, que regulamenta a participação social e as Normas Operacionais Básicas (NOB) que balizaram o SUS (ROSA e LABATE, 2005).

Em 1990, algumas cidades do Ceará iniciaram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que obteve resultados positivos na redução da morbimortalidade infantil e materna. Em 1991, devido a esses resultados, o Programa de Agentes Comunitários (PACS) foi implantado como política nacional, voltando-se principalmente para o Norte e Nordeste do país, consideradas áreas de maior carência

e exclusão. Concomitantemente, desenvolviam-se também experiências exitosas de medicina da família que iam além da atuação dos ACS. A partir disso, o governo passa a reconhecer a importância dos ACS e de outros profissionais no programa e do enfoque não somente no indivíduo, mas à família. Surge então, em 1994, após uma reunião com o tema “Saúde da Família”, o Programa de Saúde da Família (PSF) como política nacional. É importante ressaltar que reconhecer a família como unidade de ação teve influências também de modelos criados em outros países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra (BORGES e BAPTISTA, 2010; ROSA e LABATE, 2005; SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

Apesar de ter sido denominado como programa, ligado a FUNASA, a proposta foge a essa concepção por caracterizar-se como uma estratégia de reorganização do sistema, que visa a atender ao indivíduo, família e comunidade de forma integral, contínua e resolutiva. Assim, em 1995, passa a ser conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ROSA; LABATE, 2005).

A ESF apresenta, como um dos propósitos, romper com o paradigma flexneriano, passando a incorporar a família, bem como seu ambiente físico e social, como objeto das ações. Isso possibilita às equipes de Saúde da Família ampliar sua compreensão do processo saúde-doença e das necessidades de intervenção, para além de práticas curativas. Além disso, a diretriz de territorialização permite criar vínculos de compromisso e corresponsabilidade, além de viabilizar um diagnóstico local mais próximo da realidade, o que permite planejamento e execução de ações mais efetivas (ROSA; LABATE, 2005; SILVA; ATHAYDE, 2008).

Cabe ressaltar, também, que a ESF, ao pautar-se pelos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, pode ser considerada como um modelo que reconhece o direito de cidadania, criando possibilidades de responder às demandas heterogêneas dos diferentes grupos sociais (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2006).

Assim, a ESF foi eleita como a modalidade adequada aos princípios do SUS, e o espaço da APS, como nível essencial na estruturação e consolidação do modelo e sistema propostos. De acordo com alguns autores, tal escolha ocorreu pelo fato de a APS estar mais próxima da realidade de vida das pessoas, fortalecendo esse elo e o

monitoramento das ações na construção da linha de cuidado. Além disso, permite ampliar cobertura, otimizar recursos e garantir que os princípios e diretrizes do SUS sejam consolidados (CAVALCANTI, 2009; QUEIROZ, 2008).

Para o Ministério da Saúde, a APS é o eixo das ações voltadas à promoção, à prevenção dos agravos, ao tratamento e à reabilitação. O fortalecimento e a ampliação desse conceito são fundamentais para permitir maior qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 1999).

A portaria ministerial nº 648, de 28 de março de 2006, reforça os objetivos da ESF e os atributos da APS quando expõe as responsabilidades sanitárias do sistema. Os atributos essenciais correspondem: ao acesso e utilização (primeiro contato); à longitudinalidade; à integralidade e à coordenação. A partir destes, surgem outros atributos complementares: orientação familiar, abordagem comunitária e competência cultural (BRASIL, 2007; SOUSA; HAMANN, 2009). A presença desses atributos permite um cuidado à população que responda a cada novo problema em saúde, além de possibilitar o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização por parte das equipes. Isso amplia a garantia de continuidade das ações e a capacidade de atenderem as necessidades de saúde da população, por meio de uma abordagem integral (QUEIROZ, 2008).

Fica clara a importância desse nível de atenção na organização do sistema de saúde, se for considerada a necessidade de garantir um cuidado integral e resolutivo. Entretanto, essa capacidade resolutiva só é possível por meio de um eficaz processo de gestão do trabalho, de forma democrática e participativa. O planejamento baseado em uma realidade específica permite a programação das ações a partir de um diagnóstico e de critérios de risco à saúde, com priorização das práticas (QUEIROZ, 2008; SOUSA; HAMANN, 2009), o que pode ser feito pelos profissionais das equipes de Saúde da Família.

5. A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO

O conceito de resolutividade tem sinonímia com o ato de solucionar, dar solução a algo. Portanto, nos serviços de saúde a resolutividade é uma forma de avaliar esses serviços por meio dos resultados obtidos durante o atendimento ofertado ao usuário (D'ÁGUIAR, 2001).

Na década de 80, com o modelo hegemônico médico-centrado, a resolutividade relacionava-se à solução dos problemas de saúde trazidos pelos usuários e à satisfação do cliente e do médico. Assim, um serviço era considerado mais resolutivo se fosse capaz de solucionar a maior proporção dos problemas que lhe eram apresentados. (TURRINI *et al.*, 2008).

Atualmente, com a proposta do modelo Integral à Saúde, o conceito de resolutividade extrapola essa idéia e possui outras dimensões. Uma delas refere-se à medida de efetividade do serviço, ou seja, relaciona-se a um impacto real ou potencial de uma ação, tendo como componentes dois indicadores: a integralidade do serviço e o acesso universal. O conceito de efetividade faz parte de um dos sete pilares que avaliam a qualidade da assistência, segundo modelo proposto por Donabedian. Os demais referem-se a eficácia, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (D'ÁGUIAR, 2001; TURRINI *et al.*, 2008; VIANA *et al.*, 2006).

Outra dimensão é a integralidade da atenção. O desenvolvimento de uma atenção integral, além de permitir uma visão humanizada do usuário, torna inerente seu contexto social e familiar, pois considera os diversos fatores que interferem em seu estado de saúde e os determinantes do processo saúde-doença. Esta idéia permite integrar as ações promocionais, preventivas e curativas como fundamentais e indissociáveis. Além disso, o conceito de resolutividade associa-se à satisfação do usuário (percepção sobre o serviço prestado) e à intersetorialidade (D'ÁGUIAR, 2001).

O conceito ampliado de saúde, que considera não só os determinantes biológicos do processo saúde-doença, mas também ambiente, estilo de vida, fatores sociais e culturais, faz com que o setor saúde sozinho não seja capaz de dar resolução a todas as demandas e necessidade. Assim, é necessário o estabelecimento de parcerias com outros setores, o que indica a intersectorialidade como um determinante do nível de resolutividade do sistema de saúde (D´AGUIAR, 2001).

Pode-se dizer que esses fatores, assim como outros apontados na definição de resolutividade proposta por Turrini (2008, p. 664), relacionam-se à ESF:

[...] Reunindo-se os diferentes enfoques, é possível dizer que a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e sócio-econômicos da clientela, entre outros.

Portanto, pode-se afirmar que a APS e a ESF constituem-se de cuidados essenciais à saúde e estão associadas à maior equidade, eficiência de oferta de cuidados, melhor efetividade da atenção à saúde, racionalização de custos e satisfação dos usuários (CAVALCANTI, 2009; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008). Assim, se as equipes de saúde da família funcionarem adequadamente, é possível atender com maior amplitude os aspectos apontados como inerentes à resolutividade da atenção. Segundo o Ministério da Saúde, ao atuar dessa forma, pode-se resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade, evitando-se internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

Nesse sentido, diversos estudos têm sido desenvolvidos para avaliar e monitorar a resolutividade da APS. A análise das hospitalizações por causas sensíveis à atenção primária (CSAP) é um indicador indireto do acesso à atenção oportuna e efetiva, o que inclui ações de prevenção e promoção da saúde, tratamento adequado e precoce e continuidade da linha de cuidado (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; NEDEL *et al.*, 2010). A perspectiva é a de que deve haver uma diminuição das internações por doenças sensíveis à atenção primária quando as ações citadas acima são adotadas, pois podem impedir o aparecimento, progressão e agravamento da condição clínica do

usuário. Dessa forma, a medida da resolutividade do serviço é inversamente proporcional às internações sensíveis à APS, ou seja, quanto maior a resolutividade do serviço, menores as taxas de hospitalização (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O indicador surgiu no final dos anos 80, nos Estados Unidos, para identificar a população sem acesso aos serviços de atenção ambulatorial e avaliar o impacto financeiro dessas camadas sem cobertura. Posteriormente, na Espanha – país que adotou o eixo da atenção primária de forma universal e hierarquizada – as CSAP passaram a ser consideradas como indicadoras da efetividade desse nível da atenção. Atualmente, alguns países o adotam como medida da resolutividade do serviço. No Brasil, foram realizados alguns estudos, com base nesse indicador, nos estados do Ceará e Minas Gerais (NEDEL *et al.*, 2008, NEDEL *et al.*, 2010).

O Ministério da Saúde, em 2008, propôs a listagem brasileira de doenças baseada no Código Internacional de Doenças (CID-9) contendo aquelas que poderiam sofrer redução nas hospitalizações a partir da intervenção efetiva da APS, como pneumonias bacterianas, complicações da hipertensão e diabetes. A lista contém dezenove grupos de causas (ANEXO) e passou por um longo processo de validação (NEDEL *et al.*, 2010).

São avaliados, por meio desse indicador, elementos da estrutura do modelo e sistema propostos e o impacto aos demais níveis de atenção. A não provisão adequada de serviço na ABS pode conduzir a um agravamento do quadro apresentado pelo usuário e necessidade de deslocamento aos níveis de maior complexidade, até mesmo em outro município, o que onera o sistema de saúde. Assim, ressalta-se a importância da oferta adequada da atenção primária à saúde, considerada como eixo estruturante e articulador com os demais níveis de assistência (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; NEDEL *et al.*, 2010, OLIVEIRA *et al.*, 2009).

A ampliação do acesso à APS, a continuidade da atenção, o trabalho em equipe e a presença de profissionais capacitados e vinculados a uma clientela de um território bem delimitado conduzem a uma menor probabilidade de internações por causas evitáveis. Observa-se, assim, que os princípios fundamentais da APS associaram-se a

um menor risco de internações por causas evitáveis. Um exemplo apontado por ELIAS; MAGAJEWSKI (2008) relaciona-se a uma redução nas taxas de hospitalização de crianças devido ao acompanhamento e ampliação de acesso aos casos agudos nas unidades de saúde.

Porém, é necessário destacar que há condições que influenciam as internações por causas sensíveis a APS que não são controladas por esse nível de atenção, tais como condições socioeconômicas, região, idade, sexo, escolaridade, etnia, comportamento de procura por cuidado de saúde e estilo de vida. Por exemplo, em alguns estudos, percebeu-se que, em regiões mais pobres e com baixa escolaridade, havia um maior percentual de internações em relação às regiões mais desenvolvidas (NEDEL *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2009; VELOSO; ARAUJO, 2009).

Por outro lado, supõe-se que algumas disparidades em internações passíveis de serem resolvidas na APS, apontadas em alguns estudos, podem sinalizar para uma inadequação na estrutura do serviço e assistência prestada às reais demandas e necessidades de determinada comunidade (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Nesse sentido, apresentam-se inúmeras dificuldades estruturais e organizacionais no cotidiano dos serviços que conduzem a um menor impacto positivo à saúde da comunidade em relação ao que é esperado do modelo proposto, tais como: baixa qualificação profissional; alta rotatividade de profissionais; obstáculos na referência e contra referência aos serviços de níveis secundários e terciários; suprimentos disponíveis de forma irregular, devido a, por exemplo, excesso de burocracia para sua aquisição, modelo ainda centrado na medicalização; financiamento insuficiente e excesso de demanda espontânea, devido a falhas na organização da assistência e à expansão de acesso. A ampliação do acesso oportunizou atendimento a uma demanda reprimida que existia antes da inserção do atendimento universal e territorializado. Esses fatores interferem na organização e planejamento de ações programáticas, como as práticas preventivas e promotoras de saúde (BORGES e BAPTISTA, 2010; CAVALCANTI, 2009; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2006; GOUVEIA *et al.*, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Dessa forma, as fragilidades na conformação e funcionamento do sistema violam pressupostos básicos da APS, o que compromete os objetivos propostos por esse nível de atenção e faz com que haja menor resolutividade da atenção, conduzindo a internações evitáveis (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Em 2006, foi validado outro instrumento que também permite avaliar o nível de resolutividade da APS, conhecido no Brasil como PCATool-Brasil, que significa Primary Care Assessment Tool. Essa ferramenta possui versões autoaplicáveis a adultos, crianças, profissionais de saúde e, também, gerentes do serviço de saúde. Isso amplia o universo de avaliação, o que garante maior aproximação com a realidade (BRASIL, 2010).

O PCATool permite avaliar sete dimensões, propostas por Starfield (2002) como atributos da APS (quatro essenciais e três complementares): acesso e utilização (primeiro contato), longitudinalidade, coordenação, integralidade (serviços básicos, complementares, ações de promoção e prevenção), orientação Comunitária, abordagem familiar e competência cultural (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

Essas dimensões possuem os seguintes significados:

- Acesso e utilização: referem-se à presença ou ausência de barreiras (financeiras, organizacionais/estruturais e físicas) para a obtenção de serviços relativos à atenção primária. Além disso, relaciona-se ao grau de orientação dos serviços como o primeiro atendimento dos usuários na rede (porta de entrada), exceto em situações de urgência e emergência;
- Longitudinalidade; também pode ser denominada como vínculo; define-se pelo acompanhamento à população adscrita no decorrer dos anos, ou seja, relaciona-se à utilização dos serviços com criação de laços entre profissional e usuário;
- Integralidade: tem relação com o reconhecimento da APS quanto às necessidades de saúde da população e os recursos necessários para abordá-las;
- Coordenação: contempla a facilidade de se acessarem os níveis de média e alta complexidade, além da integração com outros setores; possui como essência a disponibilidade de informação não só em relação aos serviços prestados, mas também na identificação dos problemas de saúde da população.

- Centralidade na família: corresponde ao direcionamento das ações não só em relação ao indivíduo, mas também à dinâmica familiar;
- Orientação para a comunidade: refere-se à capacidade da APS em identificar e responder às reais necessidades da comunidade, desenvolvendo ações intersetoriais;
- Competência cultural: envolve a formação e capacitação adequada dos profissionais de saúde da APS (ELIAS *et al.*, 2006).

Esses atributos podem ser avaliados de forma separada, apesar de estarem relacionados na APS. Por meio desse instrumento, pode-se verificar a resolutividade do serviço a partir do grau de orientação à APS que as equipes de saúde da família apresentam. Conseqüentemente, pode-se identificar quais são os desfechos de saúde (satisfação, saúde percebida, práticas preventivas, promotoras de saúde) de suas ações (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

Esse instrumento, o PCATool, foi adaptado e validado para o Brasil por meio de sua aplicação em municípios de médio porte do estado do Rio de Janeiro. Possui como base o modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian, que possui três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura condiz com os recursos utilizados pelo serviço; o processo, aos procedimentos utilizados para atuar sobre os problemas dos usuários e, resultado, à condição ou estado de saúde obtido após ação do serviço de saúde (BRASIL, 2010). Essa proposta é bem aceita pelos programas de saúde por adequar-se à sua estrutura de funcionamento (TURRINI *et al.*, 2008). Cada atributo essencial identificado é composto por um elemento relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Um exemplo que pode ser citado refere-se ao atributo do acesso formado pelo elemento acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo) (BRASIL, 2010).

De acordo com vários autores, os sistemas de saúde que possuem como eixo estruturante a APS e que cumprem essas dimensões apresentam melhor desempenho. Dessa forma, a efetivação dessas dimensões, avaliadas por meio desse instrumento, está associada a melhores indicadores de saúde (ELIAS *et al.*, 2006).

A avaliação e o monitoramento do sistema, por meio de instrumentos como as Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) e o Primary Care Assessment Tool (PCATool-

Brasil) são fundamentais para adequar políticas e ações implementadas a um serviço de saúde de qualidade. A avaliação dos serviços de saúde é tão antiga quanto os próprios serviços e sempre houve formas de avaliação do cuidado, caracterizadas pela opinião pública e conselhos corporativos. Contudo, atualmente, faz-se necessário extrapolar a forma clássica de avaliação dos serviços caracterizada pelos indicadores perfil epidemiológico, quantitativo de atendimentos, entre outros. O conceito ampliado de saúde incorpora a idéia de qualidade de vida, que sofre influências dos determinantes do processo saúde-doença e das vulnerabilidades sociais (D' ÁGUIAR, 2001; NAKAMURA *et al.*, 2009; TURRINI *et al.*, 2008).

O processo saúde-doença é considerado complexo, sendo socialmente determinado e condicionado por fatores biológicos, psicológicos, culturais, econômicos e políticos. Isso faz com que o objeto das práticas em saúde vá além dos agravos biológicos, compreendendo também os aspectos subjetivos desse processo, como o ambiente e as formas de trabalhar e viver. Assim, a avaliação dos serviços precisa incorporar essa compreensão ampliada de saúde para interpretar se o serviço prestado tem sido capaz de atender e solucionar as reais demandas e necessidades de saúde da comunidade (EGRY *et al.*, 2009; NAKAMURA *et al.*, 2009)

Além disso, é importante que os processos de avaliação da ESF atendam a várias dimensões – como, por exemplo, gestão, satisfação do usuário e participação social. Isso permite estruturar e sistematizar evidências para a tomada de decisão, por parte dos gestores, quanto à resolutividade da APS (BODSTEIN, 2008; SOUSA; HAMANN, 2009).

Por fim, cabe ressaltar, tendo como foco a resolutividade dos serviços, que o acompanhamento e avaliação sistemática dos resultados alcançados são de responsabilidade não só dos gestores, mas, também, das equipes, que devem realizá-las como parte do planejamento e programação. Assim, busca-se identificar a ocorrência de maior satisfação do usuário, melhores indicadores de saúde e baixa iniquidade em relação ao acesso aos serviços e estados de saúde da população (BRASIL, 2007; SOUSA; HAMANN, 2009).

6. ACESSO COMO ATRIBUTO ESSENCIAL DA APS E SUA INTERFACE COM A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO

O acesso a serviços de saúde pode ser considerado como um dos elementos essenciais para a produção de um impacto positivo sobre o estado de saúde do indivíduo ou comunidade. Pode ser considerado como a primeira etapa a ser ultrapassada pelo usuário quando ele busca a solução de sua necessidade de saúde. Assim, é o eixo de entrada do usuário ao serviço de saúde para obter os resultados esperados (LIMA *et al.*, 2007; RAMOS e LIMA, 2003).

O acesso pode ser subdividido em três categorias: geográfico, econômico e funcional. O acesso geográfico caracteriza-se pelo tempo, forma de deslocamento, obstáculos físicos para chegar à unidade e distância percorrida entre a residência do usuário e serviço de saúde. Com o processo de territorialização e adscrição da clientela, pôde-se observar uma melhora nesse aspecto (LIMA *et al.*, 2007; RAMOS e LIMA, 2003). Contudo, o acesso pode ser fácil e, no entanto, não ser determinante na escolha do usuário pelo serviço. A procura por profissionais competentes, que transmitam segurança e que realizem escuta e atendimentos eficazes, influencia fortemente a escolha do serviço. Assim, essa escolha depende da coerência e do padrão tecnológico ofertado em acordo com a necessidade da comunidade, assim como pela forma como o usuário é recebido (LIMA *et al.*, 2007; RAMOS e LIMA, 2003). Dessa forma, relacionando escolha a acesso, a ferramenta do acolhimento pode ser uma diretriz importante para a reorganização do serviço, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (LIMA *et al.*, 2007).

O acesso funcional envolve os tipos de serviços ofertados, horários e qualidade do atendimento prestado. Por fim, o acesso econômico destaca-se pela facilidade ou dificuldade em obter medicamentos e necessidade de se utilizarem meios de transporte para chegar às unidades de saúde e locais encaminhados, sendo considerada uma restrição financeira (LIMA *et al.*, 2007).

Para Ramos e Lima (2003), o acesso à saúde está associado a aspectos geográficos e organizacionais, mas também às condições socioeconômicas, habitacionais,

educacionais e culturais, envolvendo a assistência prestada de forma direcionada aos valores e necessidades da população.

O acesso associa-se à organização dos serviços, em relação à entrada e continuidade da atenção, envolvendo conceitos de efetividade e eficiência. O primeiro conceito refere-se ao uso dos serviços com mudança positiva no estado de saúde e à satisfação dos usuários com o atendimento prestado. Já a eficiência consiste no grau de ajuste às necessidades de saúde ou satisfação do usuário em relação ao volume de serviços de saúde utilizados. Dessa forma, dependerá da resolutividade da assistência prestada (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Pode-se considerar que o primeiro atendimento do usuário deve-se à sua procura, mas os atendimentos subsequentes dependem de fatores relacionados ao vínculo, às facilidades encontradas no acesso e à capacidade resolutiva da atenção (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Diversos fatores são considerados como elementos facilitadores ou dificultadores de acesso aos serviços. Os princípios e diretrizes assumidos pela ESF (acesso universal, territorialização, vínculo, co-responsabilização) podem ser considerados como facilitadores do acesso aos serviços de saúde. Em relação aos obstáculos à utilização dos serviços, podem-se citar: fila, tempo de espera para obtenção do atendimento, tratamento recebido, respostas para as demandas. Pode-se considerar que a dificuldade de acesso aponta para uma iniquidade do sistema de saúde (D'AGUIAR, 2001; LIMA *et al.*, 2007; RAMOS; LIMA, 2003).

O acesso deve apontar a real utilização do serviço e não somente a existência de uma facilidade geográfica de chegar até ele, ou seja, deve ser medido por meio de sua utilização em relação às necessidades (LIMA *et al.*, 2007; RAMOS; LIMA, 2003).

Há muito a ser trabalhado em relação ao acesso às unidades de saúde para que realmente ocorra um atendimento integral e resolutivo, a fim de se concretizar um modelo humanizado, com centralidade no usuário. Percebe-se, também, a importância da escuta e opinião dos usuários em relação ao atendimento a eles prestado (LIMA *et al.*, 2007).

7. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS X RESOLUTIVIDADE

Um elemento importante da resolutividade é a satisfação do usuário, ou seja, a resolução de suas expectativas ao procurar pelo serviço de saúde. Além disso, para que haja utilidade do serviço, não basta somente aplicar conhecimentos técnicos adequados, mas também garantir que haja satisfação dos usuários (D'AGUIAR, 2001).

A avaliação da resolutividade de um serviço depende dos sujeitos que avaliam e o que se pretende avaliar num dado momento. Em relação à avaliação feita pelo usuário por não haver critérios delineados para definir o que significa para ele um serviço prestado com qualidade, a capacidade de resolver seu problema de saúde torna-se muito particular (TURRINI *et al.*, 2008). Segundo modelo proposto por Donabedian (1980) e Pascoe (1983) a satisfação do usuário envolve dimensões relativas ao contexto, processo e resultado global, além de atividades psicológicas, cognitivas e afetivas (TRAD *et al.*, 2002).

Assim, vários fatores inerentes aos aspectos dos serviços e percepção dos usuários interferem em sua satisfação, tais como: acesso; estrutura física e organizacional; vínculo; situações anteriores de atendimento recebido; formas em que aconteceram e estado de saúde atual. Dessa forma, devem-se avaliar as características relacionais entre profissional de saúde e usuário (tempo dispensado, informações claras, competência), a percepção do usuário sobre essas práticas e o resultado das ações de saúde com modificação no estado de saúde dos indivíduos e comunidade (GOUVEIA *et al.*, 2009; TRAD *et al.*, 2002).

Além disso, o grau de satisfação dos usuários sofre influências de fatores como idade, escolaridade, percepção de saúde e condições socioeconômicas. Segundo Borges e Baptista (2010), a satisfação dos usuários tem relação inversa com as taxas de exclusão social, ou seja, a ESF ainda padece de baixo reconhecimento das camadas populacionais mais pobres. Em outro estudo realizado por Gouveia *et al.* (2009) também foram percebidas diferenças na satisfação dos usuários de acordo com a região avaliada. Esses estudos sugerem que poderá haver menores disparidades em relação à satisfação à saúde se realmente houver aplicabilidade do princípio de

equidade, segundo o qual os recursos do sistema de saúde são distribuídos de acordo com as necessidades locais.

Por fim, com o advento da participação dos usuários na gestão e controle do sistema, prevista na lei 8.142/90, colocou-se em maior evidência a necessidade de estudos para avaliar a satisfação dos usuários. Supõe-se que o nível de participação comunitária seja proporcional ao grau de resolução de suas expectativas – ou seja, à sua satisfação. Dessa forma, um serviço com alta resolutividade tende a ter maior participação da comunidade. Isso é importante, pois essa avaliação constitui-se em importante ferramenta para a gestão do setor, possibilitando gerar informações sobre a resposta do sistema frente às demandas dos usuários (D´AGUIAR, 2001; GOUVEIA *et al.*, 2009).

8. DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O ALCANCE DA RESOLUTIVIDADE DO SERVIÇO

A reflexão sobre os desafios da APS nos remete a questões que envolvem a resolutividade do serviço, a qualidade da atenção e ao fortalecimento do sistema de saúde proposto no país. Muitos esforços têm sido feitos pelos gestores do sistema de saúde em busca da melhoria do atendimento de saúde. Porém, é necessário que haja alguns questionamentos sobre as dificuldades de fortalecer a APS e o modelo de Atenção Integral à Saúde (CAVALCANTI, 2009; GOUVEIA *et al.*, 2009). A seguir, alguns aspectos que precisam de discussões mais aprofundadas são apontados.

8.1. Referência e contra referência

O sistema articulado de referência para consultas especializadas ou para outros serviços de maior complexidade foi incorporado à Estratégia de Saúde da Família para garantir um atendimento integral e resolutivo aos usuários. Para que ele se efetive, é necessário que haja uma rede sistematizada e articulada com fluxo nos dois sentidos, além de troca de informações clínicas entre os profissionais dos diferentes níveis de assistência, proporcionando continuidade da atenção (D'AGUIAR, 2001).

De acordo com a lei 8.142, os serviços públicos e privados, contratados ou conveniados pelo SUS, devem ter capacidade de resolução em todos os níveis de assistência (PENA *et al.*, 2007). Porém, o que se observa no atual sistema, principalmente nos municípios de pequeno porte, é a oferta de uma rede assistencial fragmentada, desarticulada e mal distribuída (GOUVEIA *et al.*, 2009). Consequentemente, problemas relacionados a aspectos organizacionais e de gestão do sistema podem ser encontrados, tais como: dificuldades para referenciar usuários para os demais níveis de atenção; processos de planejamento e programação pouco institucionalizados, sobrecarga das ESF, baixa capacitação profissional e oferta insuficiente de atenção especializada – o que produz filas de espera para atendimento especializado ou hospitalar – e pouca governabilidade dos serviços especializados que estão sob a gestão estadual.

Essas dificuldades não se relacionam apenas ao atual modelo proposto, ou seja, estão presentes nos serviços de saúde desde sua origem. Porém, apesar de independer do modelo de atenção proposto, sua permanência decorre de insuficientes debates sobre os modelos de gestão e financiamento utilizados, além da baixa implementação de ações eficazes. Além disso, os níveis de média e alta complexidade sugam muito mais recursos que a APS, além de tender a se concentrar no setor privado contratado (BORGES; BAPTISTA, 2010).

A limitação da rede de referência deve ser objeto de reflexão, pois conduz a práticas assistenciais limitadas, com pouca comunicação entre si e com custos sociais para a população. Os avanços do SUS requerem a superação da questão local regional, com maior articulação e oferta de serviços (CAVALCANTI, 2009; ROCHA; CACCIA BAVA, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009).

8.2. Recursos materiais e humanos

A cada dia, aumenta o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS de que a gestão dos recursos humanos interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados e na satisfação dos usuários. Porém, o que se percebe atualmente, no SUS, é que há uma crítica situação de trabalho dos profissionais de saúde que vão desde salários precários até a deficiência de recursos materiais (COTTA *et al.*, 2006).

Os profissionais das equipes de saúde da família vivenciam várias dificuldades que desafiam a realização do seu processo de trabalho de forma resolutiva. O fornecimento irregular de suprimentos, a falta de medicamentos, a precarização nas relações de trabalho, os baixos níveis salariais, a estrutura física inadequada, as deficiências dos sistemas de apoio diagnóstico e as dificuldades nos encaminhamentos aos outros níveis de complexidade são alguns exemplos do que os profissionais da APS enfrentam em sua rotina (CAVALCANTI, 2009; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2006).

Para Junqueira *et al.* (2010), a organização da gestão dos serviços do SUS é um grande problema a ser superado, especialmente em relação a aspectos relativos aos recursos humanos, devido a questões não só salariais, mas empregatícias e de processo de trabalho. Podem-se citar vários fatores dificultadores para se obter uma atenção

resolutiva, como a fragilidade de contratos e vínculos empregatícios, a baixa remuneração, sobrecarga de trabalho, desempenho insatisfatório e a insuficiente qualificação dos profissionais. Isso faz com que muitos profissionais não assumam a ESF como um projeto coletivo, gerando menor impacto positivo do que o esperado (BODSTEIN, 2008; CAVALCANTI, 2009; JUNQUEIRA *et al.*, 2010; SOUSA; HAMANN, 2009).

Buscando enfrentar e sistematizar a discussão sobre os vínculos empregatícios precários existentes no SUS, que representam um desrespeito ao estatuto do servidor público, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS). Essa iniciativa procura sensibilizar e conscientizar os gestores sobre a necessidade de se criar e implantar uma nova política de recursos humanos. Tais iniciativas decorrem da percepção de que uma gestão de recursos humanos inadequada fere os princípios e diretrizes do SUS e da ESF, o que conduz a um serviço menos resolutivo (JUNQUEIRA *et al.*, 2010).

8.3. Inclusão social

O SUS é fruto de um movimento realizado por cidadãos que vêm lutando por uma sociedade menos desigual e injusta, por meio do combate às iniquidades no acesso às ações e serviços de saúde. Porém, o que se percebe é uma dificuldade do setor saúde em garantir justiça social em um país com tantas desigualdades. Há obstáculos em cumprir princípios de universalidade e equidade em grupos sociais marcados pela heterogeneidade, como moradores de rua e prostitutas. Perante essa realidade, questiona-se: como operar práticas de saúde que conduzam ao exercício de cidadania? Como suprir as demandas de saúde de uma população desprovida de recursos e acesso? E como promover saúde a essa população? (CARNEIRO JUNIOR; SILVEIRA, 2003; CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2006). As soluções de tais questionamentos nos levam a repensar a prática, a fim de se obter um serviço mais resolutivo e justo.

Esse é um desafio que requer dos serviços de saúde uma organização complexa e dinâmica que inclua políticas setoriais e intersetoriais para atender às diferentes

necessidades de saúde percebidas (CARNEIRO JUNIOR; SILVEIRA, 2003; CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2006).

8.4. Sistema de Informação

O SUS possui diversos sistemas de informações com dados úteis para a avaliação da resolutividade da APS, principalmente o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Esses sistemas podem ser considerados como ferramentas gerenciais para avaliar indicadores, identificar necessidades de saúde, monitorar e avaliar os impactos da ESF. No entanto, apresentam limitações à pesquisa avaliativa, por haver pouca confiabilidade em várias informações e tabulações difíceis de serem operadas. Além disso, não são utilizados para registrar as informações dos vários modelos de saúde, o que impede sua comparação (NEDEL *et al.*, 2010; SOUSA; HAMANN, 2009).

8.5. Financiamento

O sistema de financiamento do SUS tem se apresentado insuficiente às reais demandas e necessidades de saúde da população. Em relação a atenção básica o atual modelo de financiamento, baseado no Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável, não tem conseguido mudar os critérios de distribuição do incentivo federal, principalmente para os municípios de médio e grande porte (acima de 100.00 habitantes). Isso tem dificultado a conversão do modelo e a extensão de cobertura a um mínimo de 70%, segundo preconiza o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família (PROESF) (BODSTEIN, 2008; CAVALCANTI, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009).

O subfinanciamento do SUS tem sido considerado como uma crise de vários governos, e a insuficiência de recursos é mais um obstáculo para a garantia de serviços integrais e resolutivos (ROCHA; CACCIA BAVA, 2009).

8.6. Instrumentos de avaliação

A ESF, a cada dia mais, vem se constituindo como indutora do processo de institucionalização da avaliação da APS. A criação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) e da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA), que tem como uma das atribuições a gerência do “Pacto de Indicadores da Atenção Básica”, confirma o esforço para incorporar a avaliação à prática da gestão. Além disso, criou-se também a “Investigação Avaliativa”, que é responsável pela realização nacional de estudos e pesquisas na atenção básica. Entretanto, alguns desafios operacionais e funcionais ainda precisam ser superados (FELISBERTO, 2004).

Um desses desafios consiste na utilização, pelas equipes de saúde da família, de instrumentos mais eficazes para o reconhecimento das vulnerabilidades e necessidades de saúde da população. Bancos de dados do SIAB, dados epidemiológicos, indicadores e recortes da assistência prestada como atendimentos e visitas domiciliares possuem foco biologicista e não permitem identificar tais aspectos com vistas à possibilidade de seu enfrentamento. Além disso, não incluem dimensões como acesso, cobertura, satisfação dos usuários ou custo das ações (EGRY *et al.*, 2009, VERAS; VIANNA, 2009).

A compreensão da organização e funcionamento do sistema de saúde frente ao reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde é essencial para entender a maneira como os processos de trabalho em saúde interagem com a realidade de determinado território. Nesse sentido, identificar e compreender os instrumentos utilizados para avaliação em saúde é fundamental para reconhecer e enfrentar as necessidades de saúde da comunidade (EGRY *et al.*, 2009). Essa capacidade caracteriza um serviço resolutivo, pois a ausência de um trabalho sistematizado que permita reconhecer as necessidades de saúde e vulnerabilidades da população no processo de trabalho das equipes faz com que haja contradições na assistência prestada e menor resolutividade do cuidado (EGRY *et al.*, 2009).

Percebe-se, portanto, que é preciso sensibilizar os gestores e os profissionais de saúde para que incorporem os processos avaliativos como prática rotineira e essencial para se obter um serviço integral e resolutivo (SOUSA; HAMANN, 2009; VERAS; VIANNA, 2009).

8.7. Mudança efetiva da lógica médico-curativista

A prevalência de atendimento à demanda espontânea, cuja base se sustenta no modelo médico-curativista (consultas, apoio, diagnóstico, medicamentos), além da existência de programas verticalizados, sem estabelecimento de vínculos, faz com que a lógica do nosso sistema de saúde não tenha sido radicalmente alterada como proposto. Alguns autores têm buscado explicações para esse fato, e surgem posições que apontam um esvaziamento de propostas de modelos de atenção em saúde a partir da institucionalização do SUS, bem como um direcionamento de esforços em relação ao financiamento e descentralização do sistema de saúde, tensionamentos e resistência de alguns atores favoráveis ao modelo hegemônico ainda vigente (BORGES e BAPTISTA, 2010; ROCHA; CACCIA BAVA, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009).

Existem também obstáculos à extensão de cobertura da ESF, principalmente nos municípios de médio e grande porte, por fatores que envolvem a exclusão de acesso, o subfinanciamento e dificuldades de planejamento e organização da atenção. Isso pode ser explicado devido a fatores externos e internos. Os obstáculos externos relacionam-se a um financiamento insuficiente, ao perfil de urbanização das cidades de grande porte, em que houve um crescimento acelerado com ocupações desordenadas, o que gera iniquidades no acesso, e aos problemas sociais expressos em desigualdades que demandam um enfrentamento através de várias políticas públicas intersetoriais, principalmente no âmbito social e do trabalho. Em relação aos obstáculos internos, eles se relacionam com a forma como se distribuem os serviços e tecnologias em saúde, além da organização dos serviços. Assim, ainda há desafios teóricos e operacionais que envolvem extensão, envolvimento e sustentabilidade das ações. Isso faz com que haja discursos e ações repetitivas que diminuem a capacidade resolutiva da APS (BODSTEIN, 2008; CAVALCANTI, 2009; ROCHA; CACCIA BAVA, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009; VIANA *et al.*, 2006).

Cabe ressaltar, também, que os currículos universitários ainda pautam-se pelo paradigma flexneriano (curativista, médico centrado, fragmentado e hospitalar) ao valorizarem as especialidades, sem a compreensão holística do processo saúde-doença. Isso faz com que o profissional contratado para a ESF reduza sua prática a uma concepção de trabalho deformada que não se conforma ao modelo e sistema propostos (COTTA *et al.*, 2006).

Por fim, permanece o desafio de se organizar a APS não apenas como estratégia para otimizar recursos, mas sim, como elemento crítico e essencial do sistema de saúde (BORGES; BAPTISTA, 2010).

9. ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR O PODER RESOLUTIVO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS exige um alto grau de complexidade cognitiva e baixa densidade tecnológica e, conseqüentemente, racionaliza e otimiza recursos relacionados a apoio diagnóstico e terapêutico. Por outro lado, consistirá em um importante meio para garantir maior equidade em saúde no país se realmente conseguir reorientar a lógica do sistema de saúde e melhorar seu desempenho. Para isso, são necessárias algumas reflexões e reformulações da atenção para que seu poder resolutivo seja ampliado (SOUSA; HAMANN, 2009).

A princípio, deve-se considerar a necessidade de fortalecer o PROESF, o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e a “Investigação Avaliativa” para que se efetive a mudança da lógica médico-curativista em direção à atenção integral à saúde, sustentada nos princípios e diretrizes do SUS e orientada pela ESF. A disponibilização dos estudos e pesquisas sobre a atenção básica – por meio da Investigação Avaliativa – aos gestores, profissionais da rede e meio acadêmico permite ampliar a avaliação e a crítica aos processos de saúde produzidos, o que fortalece a ESF (FELISBERTO, 2004; NEDEL *et al.*, 2010).

Conill (2008) expõe, também, a necessidade de se estabelecer uma relação de escuta e diálogo entre os atores, de fortalecimento do controle social e de manutenção dos acordos e pressupostos firmados a fim de ampliar as potencialidades da ESF (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Além disso, para prover ações a grupos heterogêneos em suas demandas e necessidades, possibilitando a inclusão social, a ESF necessita manter o caráter universal, estabelecer políticas setoriais e intersetoriais, de cunho especialmente social, e desenvolver ações equânimes que privilegiem alguns grupos em detrimento de outros (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2006).

Outro ponto fundamental refere-se à existência de uma rede hierarquizada, organizada e articulada de referência e contra-referência de usuários que garanta uma

continuidade da linha de cuidado, integralidade e resolutividade da atenção. Isso implica o fortalecimento dos instrumentos de Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Plano Diretor de Regionalização (PDR). Para isso, é necessário que haja monitoramento e avaliação dos resultados pelos gestores municipais e estaduais, o que permite maior qualidade da atenção (D' ÁGUIAR, 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Há outras iniciativas com potencial para promover a integração sistêmica do modelo, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a integração intrasetorial – como à incorporação do microscopista na APS – e intersetorial, como do Programa Saúde na Escola (PSE) (BORGES; BAPTISTA, 2010).

O fortalecimento do SIAB, ferramenta essencial ao monitoramento e avaliação da atenção, também pode ser considerado como estratégia para garantir um serviço mais resolutivo. O funcionamento e adequabilidade do sistema de informação permitem avaliar as políticas de saúde implementadas, o que auxilia nas possibilidades de intervenções dos gestores com vistas a garantir um atendimento capaz de solucionar as necessidades e demandas dos usuários (FELISBERTO, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

A capacitação dos responsáveis pela coleta e alimentação dos bancos de dados, a transformação do SIAB em um sistema para toda a atenção básica, a integração das informações entre os diferentes sistemas de informações existentes, a simplificação do sistema operacional para melhor uso dos profissionais da rede e a disponibilização pública dos dados produzidos pelo sistema são algumas das estratégias que permitem maior acesso e qualidade dos dados (FELISBERTO, 2004; NEDEL *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Além disso, os sistemas de informação existentes não permitem identificar as demandas e necessidades de saúde da população. A superação dessa contradição necessita de instrumentos que reconheçam a determinação social do processo saúde-doença, conformando um potencial fortalecimento da saúde frente ao adoecimento. Para isso, é essencial extrapolar o discurso vigente com crítica aos processos de trabalho estabelecidos. Concomitantemente, para que haja melhorias na organização

da gestão, devem-se transformar os instrumentos de gestão burocráticos em processos dinâmicos (EGRY *et al.*, 2009; VERAS; VIANNA, 2009).

Cabe ressaltar que estabelecer os processos avaliativos como rotina dos serviços permite qualificar a APS, promovendo processos estruturados de acordo com os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, resolutividade). Para isso, devem-se incluir as ações de monitoramento e avaliação como intrínsecas ao planejamento e à gestão, ou seja, na formulação de políticas e na tomada de decisão dos sujeitos envolvidos (gestores, usuários, profissionais dos serviços e meio acadêmico) (BORGES; BAPTISTA, 2010; FELISBERTO, 2004).

É fundamental também que haja uma fonte estável de financiamento para o conjunto do sistema e diminuição das desigualdades de financiamento entre os níveis assistenciais (baixa, média e alta complexidade) para garantir equidade e resolutividade da atenção nas diferentes realidades existentes. Entretanto, não se pode esperar que a ESF e APS recebam financiamento adequado enquanto não seja revista toda a lógica de financiamento do SUS (ROCHA; CACCIA BAVA, 2009).

Outras condições básicas a serem preenchidas para ampliar o poder resolutivo da APS referem-se a: um adequado perfil profissional dos integrantes das Equipes de Saúde da Família e uma melhor capacitação técnica; elaboração de vínculos empregatícios que garantam maior estabilidade e incentivos de remuneração, a fim de fortalecer o vínculo profissional com o serviço e população atendida; criação de um ambiente de trabalho adequado com investimentos na infra-estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS); suprimento adequado de recursos de apoio ao diagnóstico, tratamento e reabilitação e estreitamento dos laços entre tomadores de decisão (gestores, comunidade, profissionais, pesquisadores) com o fortalecimento do diálogo de todas as forças sociais, através de ações interativas com a comunidade (D' ÁGUIAR, 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2009; ROCHA; CACCIA BAVA, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009).

Nesse sentido, deve-se estimular e priorizar a autonomia e a capacidade dos profissionais de transformar a realidade, até mesmo em relação à regulação da situação diária de trabalho nas instituições. Dessa forma, torna-se essencial o estabelecimento

de um diálogo entre os gestores de todos os níveis hierárquicos para construir pactos de ação, com vistas à formação de sujeitos ativos capazes de responder às demandas e necessidades da comunidade. Essa formação, ou qualificação, pode contar com suporte de escolas de saúde pública nas Secretarias de Estaduais de Saúde ou com articulação entre Secretarias Estaduais de Educação e instituições de ensino. Além disso, são necessárias também condições adequadas de trabalho que motivem os profissionais (COTTA *et al.*, 2006; JUNQUEIRA *et al.*, 2010). Ou seja: é possível criar condições de maior resolutividade ao se redesenhar a gestão dos recursos humanos para superar a precarização do trabalho e humanizar a atenção e a relação entre gestores, usuários e profissionais (COTTA *et al.*, 2006).

Por fim, para se viabilizar uma assistência integral, humanizada e resolutiva, é preciso estabelecer um processo de trabalho articulado intra e inter equipes de saúde. Nesse sentido, a Educação Permanente pode possibilitar a criação de espaços de discussão e envolvimento entre os atores sociais. A Educação Permanente refere-se a uma ferramenta que permite a discussão sobre o processo de trabalho dos profissionais. Isso permite superar o mero acúmulo de informações e transformar os processos de trabalho em saúde em base para a construção de um projeto político, ético e técnico. Assim, podem-se gerar ações inovadoras e resolutivas que garantam melhoria da qualidade de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2009; ROCHA; CACCIA BAVA, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise apresentada neste estudo possibilita uma reflexão crítica sobre a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. Uma reflexão necessária, pois a crítica permite sair do espaço de acomodação em busca da construção de novos paradigmas e fazeres que se adequem, a cada dia, às demandas e necessidades de saúde da população. Trata-se de um processo dinâmico em que as respostas e mudanças devem acontecer gradualmente.

Revelaram-se dificuldades, mas também estratégias para a transformação concreta da prática médico-sanitária tradicional. Pôde-se constatar que o sistema e modelo propostos constituem meios para se alcançar a resolutividade e integralidade da atenção. Mas, para isso, é necessária uma gestão compartilhada, democrática e participativa, com envolvimento da academia, dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários.

Além disso, é essencial o envolvimento dos gestores nos níveis federal, estadual e municipal para que haja maiores investimentos na APS de forma a possibilitar melhores condições de trabalho e maior provimento de recursos. Outro ponto fundamental refere-se ao estabelecimento de processos avaliativos, com divulgação ampla de seus resultados, como parte da rotina para possibilitar o monitoramento das políticas e ações de saúde, o que permite “refazer” e renovações com vistas à redução de iniquidades e melhora na atenção.

Ressalta-se também, como fundamental, a formação dos profissionais voltada para o modelo de Atenção Integral à Saúde para que, na prática, possam auxiliar a converter a lógica do modelo tradicional. Nesse sentido, a Educação Permanente coloca-se como uma importante ferramenta para ampliar os espaços de discussão, permitindo a melhoria do processo de trabalho com vistas a um atendimento mais resolutivo.

Assim, as equipes de saúde, mesmo com as dificuldades do cotidiano – encontradas nos elementos de estrutura e processo – podem desenvolver um esforço buscando sistematizar saberes e práticas para romper com o paradigma flexneriano em direção ao modelo de Atenção Integral de Saúde. Cabe a nós, profissionais de saúde, o

envolvimento com a ESF, que é um bem coletivo e uma estratégia para a conquista da saúde para a população.

Colocar a resolutividade das ações de saúde em foco amplia a possibilidade de reavaliação do serviço e melhoria da qualidade da assistência, com redução das iniquidades existentes. Por conseguinte, a inserção dessa discussão no cotidiano dos profissionais pode ajudar na construção de ações que extrapolem o discurso e a racionalidade existente. Possibilita, também, oferecer subsídios para avaliar o processo de gestão do trabalho, individual e coletivo, a disponibilidade e alocação de recursos, o acesso às ações das equipes e serviços e a produção da linha de cuidado – pontos que interferem em nosso processo de trabalho e que são fundamentais para potencializar um serviço integral e resolutivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado, 1988.

_____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, n.14, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 14 (Supl 1), p. 1336-1345, 2009.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Rev. Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 27-53, 2010.

CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, 2003.

CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, 2006.

CAVALCANTI, M. L. T. Comentários sobre a Estratégia de Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamman. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14 (Supl 1), 1336-1345, 2009.

COTTA, R. M. M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Rev. Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794974200600030002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2010.

D'AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**. 2001. 147 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001

EGRY, E. Y. *et al.* . Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de Saúde da Família. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 24 out. 2010.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2008000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set 2010.

ELIAS, P. E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2010.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n.3, p. 281-96, 2009.

JUNQUEIRA, T. S. *et al.* . As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, Maio 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov. 2010.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01032100200700010000&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Out. 2010.

NAKAMURA E. *et al.* O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.17, n.2, 2009.

NEDEL, F. B. *et al.* Programa de Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n.6,p. 1041-52, 2008

_____. Características da Atenção Primária associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Rev. Epidemiologia Serv. Saúde Pública**, Brasília, v. 19, n. 01, p. 61-75, 2010.

OLIVEIRA, A. C; SIMÕES, R. F; ANDRADE, M. V. A relação entre a Atenção Primária à Saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros. Texto para discussão n°363, set 2009.

PENA, C. M.; BRITO, M. J. M; PORTO, F. Equidade e Resolutividade: Da Teoria à Construção no Cotidiano de Profissionais de Saúde. Um estudo compreensivo. *Rev. Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 6, n. 3, 2007.

QUEIROZ, E. S. **Atenção em Saúde: a Construção Cotidiana da Integralidade no Município de Catas Altas – MG.** 2008. 90 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

RAMOS, D. R.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.01, p. 27-34, 2003.

ROCHA, J. S. Y.; CACCIA BAVA, M. C. G. G. A atenção básica na construção da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14(Supl 01), p. 1336-1345, 2009.

ROSA, W. A. G., LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 06, p. 1027-34, 2005.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n.01, p. 33-53, 2001.

SHERER, M. D. A; MARINO, R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias khunianas. **Rev. Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 09, n.16, 2004

SILVA, A. C. B; ATHAYDE, M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. **Rev. Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, 33(117) p.23-35, 2008.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Out. 2010.

TRAD *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.02, p. 5190-5198, 2004.

TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2010.

VELOSO, R. C.; ARAUJO, M. R. N. Avaliação da resolutividade do Programa Saúde da Família em municípios de pequeno porte no Estado de Minas Gerais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 238-243, 2009.

VERAS, C. L. S; VIANNA, R. P. T. Desempenho de municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica. **Rev. Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília, v.18, n. 02, p.133-140, 2009.

VIANA, A. L. A. *et al.* Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 577-606, 2006.

WHO. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 7-10.

ANEXO

Quadro A1: Lista de códigos da CID_BR-9 considerados como Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial, por categoria de diagnósticos de internação Categoria Definida	Códigos da CID-9
1. Pneumonias Bacterianas	J13, J130, J14, J140, J153-J154, J158-J159, J180-J189
2. Gastrenterites	A000-A020, A029, A030-A039, A048-A049, A050-A059, A060, A069, A071, A080-A085, A09, A090
3. Insuficiência cardíaca	I500-I509, J81, J810
4. Asma	J450-J459, J46, J460
5. Saúde Mental	F100-F199, F200-F209, F21, F210, F220-F239, F24, F240, F250-F259, F28, F280, F29, F290, F300-F388, F39, F390
6. Hipertensão	I10, I100, I110-I119; I200-I209
7. Diabetes	E100-E101, E110-E111, E120-E121, E130-E131, E140-E141, E102-E108, E112-E118, E122-E128, E132-E138, E142-E148, E109, E119, E129, E139, E149
8. Desidratação	E86, E860
9. Desnutrição & deficiências nutricionais	E40, E400, E41, E410, E42, E420, E43, E430, E440-E441, E45, E450, E46, E460, E500-E509, E511-E519, E52, E520, E530-E539, E54, E540, E550-E559
10. Infecção da Pele e Subcutâneo	L010-I089
11. Doença Inflamatória órgãos pélvicos Femininos	N700-N739, N750-N768
12. Convulsão por Epilepsias	G400-G409
13. Hipertensão Gravidez/Eclampsia	O100-O110, O11, O110, O13, O130, O140-O159, O16, O160
14. Anemia por deficiência de ferro	D500-D509, D510-D539
15. Doenças imunizáveis e infecciosas preveníveis	B050-B059, A370-A379, A360-A369, A33, A330, A34, A340, A35, A350, G000, A150-A153, A160-A162, A170, I00, I000, I010-I029
16. Infecções Agudas das Vias Aéreas Superiores	J00, J000, J010-J019, J020-J029, J030-J039, J060-J069, H660-H669
17. Sífilis (inclui congênita)	A500-A509, A510-A539
18. Bronquite e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	J200-J219; J310-J312, J40, J400; J42, J420; J410-J418; J430-J439; J440-J449; J47, J470
19. Infecção do Rim e Trato Urinário	N10, N100; N110-N119; N12, N120; N159; N390