



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2868>

Quem faz uma Atenção Primária resolutiva? Governança para a efetividade na resolução de problemas

Who makes Primary Care effective? Governance for effective
problem solving

¿Quién hace que la Atención Primaria sea efectiva? Gobernanza
para la resolución eficaz de problemas

Ana Cláudia Cardozo Chaves¹ Katia Crestine Poças²
Magda Duarte dos Anjos Scherer³

¹Universidade de Brasília, Grupo de
Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho,
Gestão e Educação em Saúde, Brasília,
Brasil.
anaccardo@hotmail.com

²Universidade de Brasília, Faculdade de
Medicina, Brasília, Brasil.
katiacrestine@gmail.com

³Universidade de Brasília, Faculdade
de Ciências da Saúde, Departamento de
Saúde Coletiva, Brasília, Brasil.
magscherer@hotmail.com

Resumo

A resolubilidade na Atenção Primária à Saúde diz respeito a quanto ela consegue ser efetiva na resolução de problemas, desafio influenciado pela ação de diferentes agentes e organizações que compõem uma estrutura de governança multinível na implementação da política pública. Este artigo objetivou mapear os agentes com influência no desenvolvimento de uma atenção primária resolutiva, identificando seus papéis. Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido no Distrito Federal por meio de 22 grupos focais, com 245 profissionais das equipes de saúde da família e de saúde bucal. Os dados foram sistematizados no software Atlas.ti 9.0® e analisados segundo o referencial da governança multinível. Há uma rede de governança nos níveis micro, meso e macrosocial, mas os resultados indicam que a responsabilidade pela resolubilidade concerne principalmente aos agentes do nível micro, profissionais das equipes e gerentes locais da atenção primária, com destaque para enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Nos demais níveis, agentes estatais e não estatais, de dentro e fora do setor saúde, operam de distintas formas, notadamente tecendo barreiras para a resolução dos problemas. Instâncias que promovam o encontro desses agentes, definindo responsabilidades e mecanismos de atuação conjunta, podem favorecer a resolubilidade na atenção primária e na rede de atenção.

Palavras-chave atenção primária à saúde; efetividade; resolubilidade; governança multinível.

Como citar: CHAVES, Ana C. C.; POÇAS, Katia C.; SCHERER, Magda D. A. Quem faz uma Atenção Primária resolutiva? Governança para a efetividade na resolução de problemas. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 22, 2024, e02868275. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2868>

Recebido: 10/04/2024
Aprovado: 23/08/2024



Abstract

Resolvability in primary health care refers to how effective it can be in solving problems. It is a challenge influenced by the actions of different agents and organizations that make up a multi-level governance structure in implementing public policy. This article aimed to map the agents who influence the development of problem-solving primary care, identifying their roles. This is a qualitative study carried out in the Federal District through 22 focus groups with 245 professionals from the family health and oral health teams. The data was systematized using Atlas.ti 9.0® software and analyzed according to the multi-level governance framework. There is a governance network at the micro, meso, and macro social levels, but the results indicate that responsibility for resolving problems lies mainly with agents at the micro level, professionals from the local primary care teams, and managers, especially nurses, nursing technicians, and community health agents. At the other levels, state and non-state agents, from inside and outside the health sector, operate in different ways, notably by creating barriers to solving problems. Instances that promote the meeting of these agents, defining responsibilities and mechanisms for joint action, can favor resolvability in primary care and in the care network.

Keywords primary health care; effectiveness; resolvability; multilevel governance.

Resumen

La resolutiveidad en la Atención Primaria de Salud se refiere a su efectividad en la resolución de problemas, un reto en el que influyen las actuaciones de los diferentes agentes y organizaciones que conforman una estructura de gobernanza multinivel en la implementación de políticas públicas. El objetivo de este artículo fue mapear los agentes que influyen en el desarrollo de la atención primaria resolutive, identificando sus roles. Se trata de un estudio cualitativo realizado en el Distrito Federal a través de 22 grupos focales, con 245 profesionales de los equipos de salud familiar y salud bucal. Los datos han sido sistematizados con el software Atlas.ti 9.0® y analizados según el marco de gobernanza multinivel. Existe una red de gobernanza en los niveles micro, meso y macrosocial, pero los resultados indican que la responsabilidad de resolver los problemas recae principalmente en los agentes del nivel micro, los profesionales de los equipos locales de atención primaria y los gestores, especialmente las enfermeras, los técnicos de enfermería y los agentes comunitarios de salud. En otros niveles, los agentes estatales y no estatales, de dentro y fuera del sector sanitario, actúan de diferentes maneras, sobre todo creando barreras para la resolución de problemas. Instancias que promuevan el encuentro de estos agentes, definiendo responsabilidades y mecanismos de acción conjunta, pueden favorecer la resolutiveidad en la atención primaria y en la red de atención.

Palabras clave atención primaria de salud; efectividad; resolutiveidad; gobernanza multinivel.

Introdução

O conceito de resolubilidade na Atenção Primária à Saúde (APS) emerge nos discursos institucionais e nas políticas de saúde contemporâneas, especialmente em países da América Latina, sobretudo no Brasil, em razão do comprometimento da disponibilidade e da qualidade desses serviços, muitas vezes insuficientes para atender às necessidades em saúde de indivíduos e comunidades (Almeida, Fausto e Giovanella, 2011). Diz respeito a quanto a APS consegue ser efetiva na resolução de problemas de saúde, provocando efeitos benéficos na problemática individual ou coletiva identificada nos territórios (Degani, 2002; Rezende, 2010; Oliveira, 2017). Também envolve a plena utilização de capacidades e recursos para a redução de iniquidades (Banco Mundial, 2018; Pan American Health Organization, 2019), com a implementação de estratégias para a melhoria nos padrões de acesso, qualidade e resultados almejados (Turrini, Lebrão e César, 2008).

Atingir a resolubilidade na APS é um desafio, especialmente em sistemas públicos e universais. Subfinanciamento crônico e focalização de políticas limitam a capacidade do Estado (Mendes e Carnut, 2018). As equipes multiprofissionais precisam abordar uma ampla gama de necessidades em saúde

para proverem atenção integral e serem resolutivas (Sellera et al., 2020; World Health Organization, 2018; Starfield, Shi e Macinko, 2005; Almeida, Fausto e Giovanella, 2011), sendo de difícil mensuração objetiva os problemas de saúde que se almeja resolver (Santos e Penna, 2013).

A resolubilidade na APS ocorre segundo a ação e a influência de diferentes agentes, envolvidos desde a ação direta de prestação de serviços – linha de frente – até aqueles que determinam as bases para que esses serviços sejam executados – médio e alto escalões, estes sem relação direta com a prestação de serviços (Santos e Penna, 2013; Lotta, 2015).

Os agentes da linha de frente, responsáveis por colocar as políticas em prática, correspondem na APS aos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde. São pressionados pela administração e pelos cidadãos para aumentar a efetividade, a eficiência e a eficácia dos serviços. No modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), há evidências de que a resolubilidade é maior do que na APS convencional (Macinko e Mendonça, 2018). Entretanto, o trabalho desses agentes é marcado por excesso de ações e escassez de recursos, no complexo e contraditório contexto do Estado capitalista (Lotta, 2015).

Os agentes de médio escalão situam-se no meio da estrutura hierárquica da organização, seja por eliminação em relação aos cargos associados ao nível estratégico superior e ao nível operacional inferior, seja pelo foco na gerência intermediária da estrutura administrativa. Desempenham dois papéis centrais: técnico-gerencial, ao traduzirem as determinações estratégicas em ações cotidianas, padronizarem e gerenciarem serviços e agentes da linha de frente da implementação; e técnico-político, responsável por negociações e barganhas nos 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 (Lotta, Pires e Oliveira, 2014).

Os agentes de alto escalão localizam-se nos altos níveis da estrutura organizacional da instituição, em cargos com responsabilidade política, além de técnica. Isso significa que precisam atuar no sentido de escolher as prioridades do chefe do Poder Executivo, considerando interesses e valores da lógica interna do sistema político ou vinculados a orientações técnicas com maior aceitação na sociedade (Fuster, 2016).

Há evidências de que é importante considerar esses 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). Trata-se de diferentes níveis de governança com níveis hierárquicos de análise inter-relacionados que devem ser considerados na avaliação do desempenho dos serviços orientados pela APS.

No nível macrossocial, ocorrem decisões políticas acerca dos direitos de acesso, coberturas, financiamento e macrorregulação. Em nível intermediário (meso ou de gestão), estão 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, informação e regulação profissional. No nível microsocial, ocorrem o cuidado e as relações interpessoais (Conill e Fausto, 2007).

O referencial teórico da governança multinível 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 e Horta, 2018; Castro, 2014). Contribui para a implementação de políticas públicas, revelando fatores que influenciam na articulação entre agentes que necessitam atuar de forma colaborativa (Brasil, 2021).

Ante o exposto, este artigo teve por objetivo mapear os agentes com potencial influência no desenvolvimento de uma APS resolutiva, identificando seus papéis.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo (Minayo, 2013) desenvolvido em Brasília, no Distrito Federal (DF), com agentes da linha de frente. Participaram 245 profissionais que atuavam nas equipes de saúde da família (eSFs) e de saúde bucal (eSBs), tais como enfermeiros, cirurgiões-dentistas, médicos, técnicos de enfermagem e de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACSs), e também gerentes e supervisores das Gerências de Saúde da Atenção Primária (GSAPs). Incluíram-se trabalhadores com no mínimo um ano de experiência na APS, de todas as regiões de saúde, indicados pelas Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPs), de forma a contemplar todas as regiões de saúde do DF e a diversidade das profissões.

Os dados foram produzidos por meio de 22 grupos focais (GFs) no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualis-APS). Fundamentado no método participativo, o programa objetiva aprimorar a gestão e os serviços oferecidos pela APS no DF e consolidar a Estratégia Saúde da Família (Brasília, 2021a).

A técnica do GF é indicada para investigar questões complexas durante o desenvolvimento e a implementação de programas; permite um processo interativo que promove descontração, trocas, descobertas e participações comprometidas (Ressel et al., 2008).

Realizaram-se vinte GFs no ano de 2020, com 77 gestores e 147 profissionais da assistência, num total de 224 participantes, divididos em três tipos: gestores, profissionais das eSFs e eSBs de nível superior e de nível médio. Os grupos – com até 14 participantes – duraram aproximadamente duas horas; houve gravação e transcrição integral dos áudios. Os encontros convocavam a experiência pessoal dos participantes sobre sua atividade de trabalho, com as seguintes questões norteadoras: ‘para mim, uma oferta de serviço de qualidade na APS é...’; e ‘pensando nesse serviço de qualidade, como devem ser o trabalho da equipe, o trabalho dos gestores na sua unidade e a atenção aos usuários’.

Em 2022, promoveram-se dois GFs com 21 participantes, com as mesmas categorias profissionais e incluídos de acordo com os mesmos critérios dos anteriores, sendo oito gestores e 13 profissionais das eSFs e eSBs de nível superior e nível médio. Esses grupos eram mistos, buscando o entrecruzamento das experiências das diversas profissões em relação à resolubilidade, temática que emergiu com frequência nos achados dos GFs de 2020. As questões que orientaram o debate foram: o que é uma APS resolutiva? Você acrescentaria algo ao que está descrito? Você deseja comentar/desenvolver/contestar algo?

Na sequência, discutiram-se três casos com situações vivenciadas no cotidiano da APS, nos temas: atenção à criança sintomática respiratória; atenção ao idoso com doenças crônicas; atenção ao adulto, saúde mental e atenção às violências. A discussão foi orientada pelas questões: 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 para que o(s) problema(s) seja(m) resolvido(s)? Esses recursos estão disponíveis no seu cotidiano de trabalho?

Pesquisadores da Universidade de Brasília, integrantes do Qualis-APS, foram responsáveis pela organização e coordenação de todos os GFs. Para tratamento e análise dos dados, usou-se o *software* Atlas.ti versão 9.0®, que disponibiliza recursos para grifo de citações, codificações, comentários, notas e construção de redes de correlações (Pires et al., 2019). Identificou-se o material com um número correspondente à ordem e ao ano de realização (GF1_2020 a GF20_2020, GF1_2022 e GF2_2022) e posteriormente inserido no Atlas.ti como *primary documents* em formato PDF.

Para a análise dos agentes que influenciam na resolubilidade da APS no DF, fez-se a leitura na íntegra dos registros dos GFs. Em seguida, as palavras-chave resolubilidade, resolutividade, resolutivo(a), resolver, resposta e efetividade orientaram uma nova leitura dos textos. Buscou-se, nos locais onde essas palavras ocorreram nos textos, agentes envolvidos na execução ou no benefício da ação a elas relacionados. Em seguida, segundo o referencial da governança multinível, identificaram-se os principais agentes de interesse na implementação de uma APS resolutiva, bem como seus papéis e como afetam a viabilidade da política pública (Lotta e Vaz, 2015). Os resultados, segundo o ponto de vista

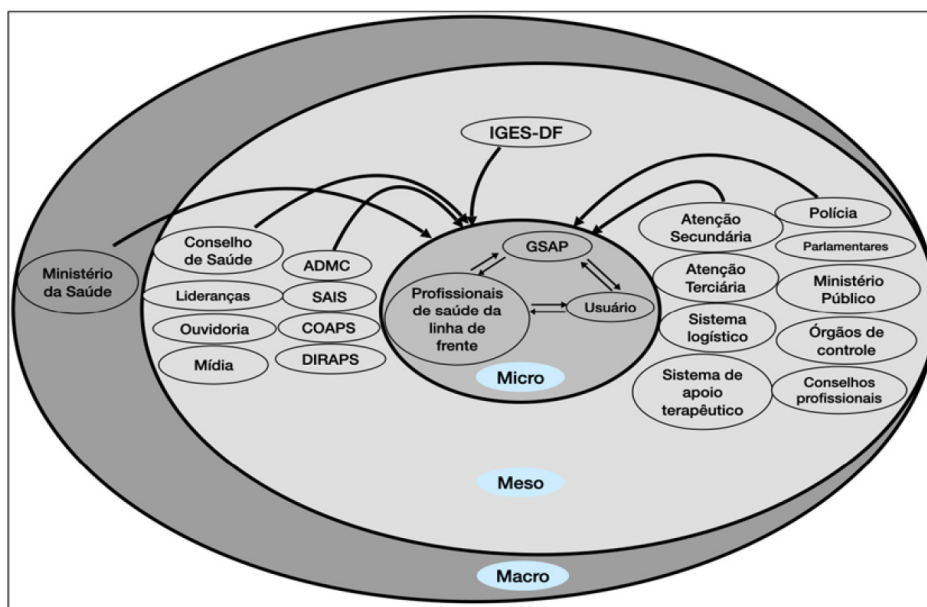
dos agentes da linha de frente, foram organizados segundo o tipo de agente: dos níveis microsocial, mesossocial e macrossocial.

Resguardaram-se todos os preceitos éticos e legais para pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Os múltiplos agentes que influenciam no desenvolvimento de uma APS resolutiva, nos níveis microsocial, meso e macro, compõem uma rede de governança multinível (Figura 1).

Figura 1 – Rede de governança multinível para a resolubilidade da APS-DF



Fonte: adaptado de Conill e Fausto (2007).

Nota: GSAP – Gerência de Saúde da Atenção Primária; DIRAPs – Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde; COAPS – Coordenação de Atenção Primária à Saúde; SAIS – Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde; ADMC-SES – Administração Central da Secretaria de Saúde; IGES-DF – Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.

Agentes do nível microsocial

Os principais agentes com influência na resolubilidade da APS que emergiram nos GFs foram profissionais das eSFs, das eSBs e das GSAPs, bem como usuários, os agentes da linha de frente, pertencentes ao nível micro, diretamente relacionados ao cuidado e às relações interpessoais nele envolvidas. Conhecimento e formação adequados, experiência em serviço, postura acolhedora, comunicação interpessoal empática e comprometida, dedicação e resiliência para lidar com a natureza complexa dos problemas de saúde e para o trabalho coletivo, além da capacidade de mediação de relações e processos, são aspectos relacionados a esses agentes para o alcance dos padrões de qualidade estabelecidos nas políticas distrital de APS e nacional de atenção básica.

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. (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, ir para outras áreas. Na Atenção Primária, não. Nós temos aquele profissional que quer ficar, está sempre brigando por melhorias e quer ver mudança, tem vínculo com aquela comunidade e 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)

Entretanto, há obstáculos que comprometem a 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 apontada como um fator potente para a ampliação da resolubilidade da APS. Todavia, o trabalho é frequentemente marcado por atuação fragmentada, sem integração entre equipe mínima, odontologia e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs, hoje denominados de equipes multiprofissionais – eMultis). Houve relatos de resistências, individualismo e rivalidades por questões salariais ou de carga horária, acirradas por uma gestão do trabalho frágil para promover relações horizontais nas 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 se ajudarem se um não respeitar o campo profissional do outro. (GF20_2020)

Os resultados indicam que as equipes estão sobrecarregadas, adoecidas, e os profissionais se interrogam sobre quais as chances de interagirem de forma saudável e virem a sanar problemas históricos de fragmenta

O que eu sinto muito é trabalhar sozinha para dar conta do recado. Isso tem me deixado angustiada, adoecida. Um exemplo de hoje de manhã: eu entro mais tarde, o meu horário é das 8h às 19h. Eu mal cheguei e já veio a supervisora com um usuário, porque não tinha ninguém para acolher, só estava eu de enfermeira, a médica atendendo, não tinha um técnico, o agente não estava. A pessoa chegou, ficou esperando e foi reclamar na chefia. Isso deixa a gente sobrecarregada em ter que acolher porta, fazer triagem, fazer curativo, fazer medicação e ainda fazer o acolhimento. Para mim, para tudo isso funcionar, deveríamos ter uma equipe realmente completa, aí teríamos promoção, prevenção e também a gente não adoeceria, porque eu estou me sentindo adoecida, infelizmente, pela sobrecarga. (GF18_2020)

Respeito, resiliência, ajuda mútua e boa vontade são apontados como valores essenciais para um trabalho coletivo resolutivo na APS. A estratégia de equipes irmãs, duas equipes de ESF que atuam numa mesma unidade e se apoiam mutuamente, foi apontada como uma alternativa para enfrentar a transição do modelo tradicional de APS para o modelo ESF. Instituída pela política distrital chamada de Converte em 2017 (Brasília, 2017a; 2017b), a transição trouxe muitos conflitos e desafios no âmbito da gestão, da formação, da definição de atribuições e da conformação das equipes. As equipes irmãs potencializam o trabalho coletivo, ajudam na retaguarda quando

as equipes estão incompletas, mantendo os atendimentos, mas nem sempre com resolubilidade, e se utilizadas cronicamente, elevam o nível de conflitos entre os profissionais e prejudicam a resolubilidade.

As narrativas dos GFs revelam que o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o ACS são os que mais contribuem para a resolubilidade. O primeiro, por assumir as funções de acolhimento e cuidado direto ao usuário, a supervisão técnica de outros profissionais e a gerência de fluxos na equipe. Os técnicos de enfermagem são considerados fundamentais porque sustentam a alta demanda dos serviços executando procedimentos comumente à margem de outras ações relevantes da equipe e desvalorizados.

Os ACSs são essenciais ao modelo da saúde da família, mas o quantitativo desses profissionais foi drasticamente reduzido após a reformulação das políticas distrital e nacional de APS.

Esse modelo que está aí hoje no DF de ACS, me desculpe, mas você pode contratar médicos e todas as equipes, enfermeiros, técnicos... Se você não tiver ACS, você não tem atenção básica do jeito que eles querem. (GF6_2020)

Você tinha sua unidade, a sua microárea. Hoje não tem mais, tem uma área inteira. Tinha quatro ou cinco agentes para uma equipe, (...) a região XX, por exemplo, (...) era para ter uns trinta agentes e só tem cinco. (GF7_2020)

Nós [técnicos] e ACSs estamos mais próximos da comunidade, e a nossa voz é diferente da voz do médico, do enfermeiro. É uma questão 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 GSAPs, gerência e supervisão das unidades básicas de saúde (UBSs), também são agentes da linha de frente que influenciam diretamente no desenvolvimento da resolubilidade na APS. Têm responsabilidades voltadas ao funcionamento das unidades (infraestrutura e logística), cumprimento de normas e condutas, organização e monitoramento do trabalho dos profissionais, encaminhamentos de usuários a outros níveis de atenção e apoio às contingências cotidianas.

O gerente é responsável por criar os atalhos para que a resolutividade 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 estar ali junto com a equipe; ele não está ali somente como líder ou como chefe mandando, você tem que ir com a equipe, tem que dizer: 'Vamos juntos, eu te ajudo'. (GF7_2020)

Entretanto, muitas vezes os gerentes desconhecem suas atribuições. Em razão da sobrecarga, de características individuais (nível de empatia e disponibilidade) ou do estilo de gestão, nem sempre eles ouvem profissionais das eSFs e usuários para tentar equacionar necessidades e possibilidades.

Na maioria, os pacientes já chegam à APS quando vêm de outro lugar, já chegam armados. 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: 'fulano, essa informação procede?', ele já chega com sete pedras na mão: 'Você fez errado!' Não estão dando ouvidos ao servidor; estão ouvindo o outro lado, o paciente, que também tem que ser ouvido, mas não tem que ser a opinião suprema. O servidor precisa ser valorizado. (GF6_2020)

Criar canais de comunicação eficientes com profissionais e usuários, bem como entre os níveis de gestão da Secretaria de Saúde, e manter relações mais horizontais são ações apontadas como necessárias para a melhoria do trabalho e para superar a constante sobreposição de decisões 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, não estamos lá para fazer o papel da assistência. (GF7_2020)

Os usuários, citados como agentes da linha de frente, são os portadores dos problemas de saúde; costumam explorar todos os recursos ao seu alcance para resolvê-los e assim vão gerando demandas, provocando respostas de profissionais e gestores. Porém, a relação dos usuários com os demais agentes da linha de frente é tensa, em razão das dificuldades nos serviços.

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 já querem ser atendidos, não querem esperar, não têm paciência, sabe? Querem passar um na frente do outro, gritam com os servidores, fazem agressões verbais, chamam até polícia pra gente. (GF1_2022)

Agentes do nível mesossocial

No nível meso, relacionado à gestão das ações, diferentes tipos de agentes estatais e não estatais foram elencados nos GFs. Entre os estatais, os agentes de médio escalão, estão os 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).

A esses agentes atribuiu-se grande responsabilidade na normatização da APS no DF, na gestão dos sistemas de apoio logístico e terapêutico, provimento e fixação de profissionais, apoio técnico e estabelecimento de fluxos, bem como escuta e resolução dos problemas vivenciados pelos profissionais e gerentes da linha de frente. Esse nível de gestão de instâncias superiores, porém, foi considerado distante e ineficiente, faltando apoio de toda ordem, tanto no provimento das condições necessárias quanto na escuta e no diálogo em relação às necessidades dos profissionais e das GSAPs.

No âmbito dos serviços, citaram-se a ouvidoria, profissionais e gestores de outros níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGES-DF). Órgãos de controle, conselhos profissionais, parlamentares do Poder Legislativo e agentes do Judiciário também foram mencionados; e como não estatais, usuários, lideranças locais e a mídia.

A ouvidoria é agente estatal que favorece a resolubilidade, embora no cotidiano seja fonte de desgastes entre profissionais, gestores e usuários.

Empoderar mais esse usuário vai ajudar a dar qualidade. A partir do momento em que ele faz uma reclamação na ouvidoria, 'Olha, o dentista da minha área se aposentou faz um ano, não tem outro no lugar'. Só que se ele não faz uma reclamação formal, nunca o gestor vai poder saber que não está tudo bem; pensa: 'o dentista não está fazendo falta, não precisa colocar outro'. O usuário tem a fala, a voz dele, a gestão participativa faz parte. (GF6_2020)

Eu também fico lá na parte de ouvidoria. Quando recebo demanda (...) eu me controlo e vou tentar contornar a situação. Mas eles são agressivos, dizem: 'Esse programa aí não presta, isso é só pra vocês ganharem dinheiro'. (GF2_2022)

Outros níveis da RAS são citados majoritariamente pelo seu papel omissivo. A percepção é de que o compromisso com a resolubilidade é exclusivo da APS. Os profissionais sentem-se desamparados, sem

retaguarda para consultas especializadas ou de urgência, exames, procedimentos, hospitalizações, para a continuidade do cuidado ou para a disponibilidade de informações em saúde.

Nós estamos na ponta, e a ponta não segura nada sozinha, não. Se não tiver apoio, não tiver as amarras corretas, os fluxos... Os fluxos têm que funcionar. Fui entregar semana passada a consulta para um paciente e ele faleceu. 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 nunca vai funcionar. (GF6_2020)

Um agente citado como influente na resolubilidade, da administração estatal indireta e responsável por outros níveis de atenção, é o IGES-DF. Entidade de serviço social autônomo, faz a gestão de dois grandes hospitais e 13 unidades de pronto atendimento (UPAs). Segundo os GFs, o IGES-DF representa a terceirização do compromisso sanitário, não cumpre com o papel de retaguarda da APS e contribui para a fragmentação da rede de serviços, com sistemas de informação diferentes e fluxos isolados, pouco resilientes aos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como é que um serviço terceirizado, que tinha que nos dar suporte, devolve paciente para nós? Qualquer forma de gestão [fora a pública direta] talvez seja válida, mas para área-meio, área de suporte, de equipamentos, laboratorial, já é até comprovado que realmente é melhor, o custo é mais baixo. Mas atendimento ao ser humano é diferente. (GF20_2020)

A atuação de agentes estatais do nível meso de outros órgãos, como segurança pública (polícia), órgãos de controle e conselhos profissionais, parlamentares e agentes do Poder Judiciário, foi considerada prejudicial à resolubilidade. Relatou-se a atuação da mídia, de parlamentares e do Judiciário como interessada em desqualificar os serviços, por expor falhas, ditar demandas, induzir ofertas e impor prioridades 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 eSFs. Consideram a relevância desses agentes para a manutenção do bem público e da ordem social, entretanto, muitas vezes essa influência perturba as prioridades definidas no planejamento dos serviços.

Apesar desse potencial indutor, o qual seria danoso, os GFs sinalizam que esses agentes deveriam contribuir de modo mais colaborativo. A mídia poderia colaborar com campanhas de saúde e divulgação de informações estratégicas, assim como o Judiciário e conselhos poderiam viabilizar o cumprimento de determinações relacionadas aos atributos e diretrizes da APS.

O conselho de saúde leva uma pessoa lá, eles só conhecem a demanda daquela pessoa e querem que priorize. Quando o gestor conhece a demanda do local, consegue avaliar quem priorizar. (GF7_2020)

Saiu portaria regulamentando a prescrição de enfermeiros, já é nacional a aceitação dessa estratégia, e isso sempre gera polêmica, já entraram na justiça... Como é que se fala em trabalho de equipe se um profissional não respeita o campo de atuação do outro? 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. Por exemplo, a antecipação de segunda dose [covid-19]. Ampliou o público, e eles [gestores] não contaram que tinha um grande número de vacinados para aquela mesma semana, juntou quem ia fazer a segunda dose com a antecipação da segunda dose. Na época a gente *tava* fazendo no ginásio, que ficou lotado. A gente tinha diminuído 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 APS, saber como procurar a UBS, 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, quais as prioridades, a carta de serviço. Ajudava muito. (GF1_2022)

Agentes do nível macrossocial

No nível macrossocial, relacionado às políticas e decisões envolvendo direitos, coberturas, financiamento e regulação, e ao mesmo tempo os determinantes sociais, o Ministério da Saúde é o agente estatal citado que influencia na resolubilidade da APS. Essa influência se expressa no quanto as diretrizes locais estão sintonizadas com as nacionais para organizar o funcionamento da APS, bem como se moldam para potencializar ou limitar o trabalho das equipes nos territórios.

As menções ao governo federal foram num sentido crítico, principalmente relacionadas à última atualização da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), em particular no que se refere à redução da quantidade mínima de ACSs e do parâmetro de territorialização das eSFs (mínimo de duas mil e máximo de 3.500 pessoas por equipe) e a programas estratégicos lançados, como o Previnde Brasil (alterou o parâmetro populacional para no máximo quatro mil pessoas).

O ministério [...] se esconde atrás de uma normativa, edita uma norma e aplica a todos. O Distrito Federal é um exemplo bem claro. (...) a mudança no processo de financiamento e na avaliação dos indicadores, o DF analisa o DF como um todo, sem considerar estratos populacionais, estratos de vulnerabilidade. (GF1_2020)

Não basta termos a população cadastrada, temos que obedecer à quantidade de pessoas considerando a vulnerabilidade do território, e não o número do Ministério da Saúde que abrange todas as realidades. [...] o ministério preconiza quatro mil pessoas, a gente não consegue, a demanda é muita alta. (GF16_2020)

O Ministério da Saúde fala que aumenta o financiamento de quem abrir até as 22h ou aos sábados, então abrimos as unidades no DF, mesmo não tendo RH suficiente. (GF17_2020)

Discussão

A responsabilidade dos agentes da linha de frente com a qualidade da APS é reconhecida na literatura e nas normativas para o trabalho nesse nível de atenção (Brasília, 2017a; Brasil, 2017; World Health Organization, 2008; Campos, 1997; Merhy et al., 2004; Ribeiro, Pires e Blank, 2004; Assunção e Jackson Filho, 2011). A discricionariedade desses agentes é maior do que a dos níveis meso e macrossocial, pois os controles sobre estes, seja pelos gestores de políticas, seja pelos políticos, não alcançam totalmente o

nível em que os serviços se efetivam. Porém, não é irrestrita, a ponto de implicar autonomia total desses agentes (Lotta e Santiago, 2017).

Podem influenciar na discricionariedade dos agentes do nível micro: falta de clareza nos objetivos das políticas; regras ambíguas ou mal formuladas; alto número de agentes governamentais ou de organizações envolvidas na implementação; diferenças de valores; conflitos vivenciados no cotidiano (Lotta, 2015); e características individuais de formação, experiência, postura, comunicação, dedicação, resiliência e capacidade de mediação (Franco e Merhy, 2013).

No caso do DF, não fica claro nos resultados encontrados qual o espaço disponível para que os profissionais das eSFs ou da GSAP possam influenciar com a sua ação direta no desenvolvimento da resolubilidade na APS e quais são seus limites. Faltam orientações mais específicas quanto à tomada de decisão na prática cotidiana que considerem os obstáculos ao cumprimento dessa responsabilidade e suas consequências (Lotta e Santiago, 2017).

A margem que esses agentes têm para implementar uma APS resolutiva é também incerta por aspectos conceituais. A resolubilidade pode fazer referência a um conjunto mais abrangente ou mais restritivo de necessidades e demandas em saúde. As normativas não delimitam claramente o campo de ação da saúde, nem como mensurar objetivamente o que cabe a ela resolver, particularmente no SUS brasileiro, universal, integral e equânime, o que dificulta a definição e o cumprimento da resolubilidade.

A natureza e as características do trabalho coletivo na APS, bastante citadas pelos participantes, também influenciam na discricionariedade dos agentes da linha de frente. A complexidade dos problemas e a gama de ações necessárias para o seu enfrentamento exigem autonomia e, ao mesmo tempo, interdependência, difícil de padronizar e controlar, sendo o ambiente propício a conflitos e ao adoecimento dos profissionais (Scherer, Pires e Schwartz, 2009; Guimarães e Branco, 2020; Brasília, 2019a; Mello et al., 2020; Zell, 2020).

Dentro da equipe multiprofissional, os relatos apontam o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o ACS como os trabalhadores que mais contribuem para a resolubilidade na APS, corroborando estudos que reiteram serem eles os mais próximos da população, pelo tipo de trabalho desenvolvido.

Os ACSs fazem um trabalho de interlocução entre governo e comunidade fundamental para o acolhimento das necessidades dos usuários; como parte da comunidade e trabalhadores do serviço de saúde, favorecem a criação de vínculos, o que por sua vez contribui para a identificação e a resolução de problemas (Brasil, 2017; Ayres, 2004; Teixeira, 2005; Camargo Junior et al., 2006). Entretanto, a diminuição do número de ACSs nos municípios, verificada desde 2017 (Freire et al., 2021), pode impactar a resolubilidade.

O trabalho do enfermeiro, abrangendo as dimensões assistencial, gerencial e educativa, é voltado para a produção e a coordenação do cuidado, bem como a gestão de projetos terapêuticos, o monitoramento da situação de saúde, o gerenciamento da equipe de enfermagem e do serviço de saúde (Ferreira, Périco e Dias, 2018; Sousa et al., 2020).

Quanto ao trabalho de técnicos de enfermagem, a literatura pouco discute o seu lugar no trabalho coletivo e na contribuição à efetividade na resolução de problemas. Entretanto, eles perfazem 76% da força de trabalho da enfermagem (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2023), com atuação voltada à realização de procedimentos de triagem, anamnese inicial em cada usuário, registros antes e depois do encaminhamento do usuário para as consultas com outros profissionais, administração de medicamentos e orientações sobre o seu uso, administração de vacinas, colocação de curativos, entre outros procedimentos presentes na rotina da APS (Scherer et al., 2016).

A função abrangente de cuidado e o estabelecimento de vínculos nos territórios em que se desenvolve a APS foram destacados no contexto do DF nos trabalhos da enfermagem e dos ACSs. Contudo, embasam ações interprofissionais a serem desempenhadas por toda a equipe e com objetivos compartilhados, articulando saberes e práticas em busca do cuidado integral, ao se considerar o caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde de indivíduos e coletivos – e cada profissional dessa equipe como coprodutor dos atos em saúde (Agreli, Peduzzi e Silva, 2017).

A ausência, nos GFs, de referência ou destaque a outras categorias profissionais, tais como aquelas que compõem as eMultis, sugere fragmentação do trabalho e desarticulação entre esses agentes, o que encontra similaridade com outras realidades (Souza e Medina, 2018).

A reestruturação da APS no DF, ocorrida a partir de 2017, trouxe novos desafios para os agentes governamentais dos níveis micro e mesossocial voltados à gestão.

Às gerências das unidades básicas de saúde (GSAPs) atribuiu-se a responsabilidade de adotar providências para que todas as equipes apresentem níveis de resolubilidade superiores a 85% (Brasília, 2017a). Todavia, muitos participantes não conheciam as atribuições desses gestores, as quais foram definidas em 2021, com a elaboração do Manual de gerenciamento local da APS do DF (Brasília, 2021b), desenvolvido no âmbito do QualisAPS a partir dessa fragilidade identificada.

Em relação à COAPS, que no DF é a coordenação central da APS, e às diretorias regionais (DIRAPs), citadas como omissas ou distantes e ineficientes em prover o que os profissionais precisam para exercer uma APS resolutiva, a definição de atribuições havia sido descrita em 2017 (Brasília, 2017a).

A função de gestão é complexa e envolve diversas dimensões: interpessoal, que capacita os profissionais a interagirem de forma produtiva com superiores, subordinados e pares; organizacional, com a gestão de materiais e processos; informacional, que envolve a recepção, a sistematização e a disseminação de informações relevantes para a organização; e uma última dimensão decisória, a qual evoca o caráter empreendedor e negociador, além de suas habilidades de lidar com conflitos e alocar recursos estrategicamente (Cavalcante e Lotta, 2015; Pires et al., 2019).

Há que se considerar a tendência, nessas atividades, à alta fragmentação, baseada no trato com problemas emergentes a curto prazo, em vez do desempenho de funções típicas de administração, como planejamento, coordenação e monitoramento, pautadas em pensamento analítico e ação (Cavalcante e Lotta, 2015). Por outro lado, os níveis de gestão podem possibilitar que a polivalência, a ajuda mútua e as trocas interprofissionais não sejam condenadas à informalidade e se façam presentes em fluxos e processos de gerenciamento sensíveis às exigências de flexibilidade e de renormalização contínuas do trabalho em saúde (Scherer, Pires e Schwartz, 2009).

A clareza nas atribuições dos gestores e o desenvolvimento de competências para uma atuação concreta desses agentes na resolubilidade da APS, bem como para superar as fragilidades na relação com os agentes da linha de frente, são importantes passos para induzir e monitorar sua atuação no que tange ao nível de efetividade na resolução de problemas. Essas são carências que fragilizam a potente ferramenta que a gestão configura para a efetivação das políticas públicas de saúde (Pires et al., 2019).

O fato de os participantes atribuírem parte dos obstáculos em relação à resolubilidade aos agentes dos níveis meso e macro poderia ser explicado pela pouca clareza das responsabilidades dos outros níveis, distantes deles no cotidiano.

No nível macrossocial, o Ministério da Saúde foi o único agente abordado e numa perspectiva crítica. Ao se considerar que os participantes da pesquisa são agentes no nível microssocial, é esperado que abordem mais reflexões sobre o seu próprio nível e a relação com o nível mais próximo a eles, pela carga de trabalho e pela pressão recebida para serem resolutivos nas suas ações. Além disso, politicamente, a influência da esfera federal se dá pela priorização de certos programas e estratégias por determinado governo, que estrutura a APS nos territórios segundo os padrões nacionais estabelecidos, os quais podem não contemplar as especificidades do contexto local. No que diz respeito à resolubilidade na APS, as normativas locais (Brasília, 2017a, 2019b, 2021) refletem as nacionais, inclusive na falta de clareza de responsabilidades dos agentes envolvidos.

A não menção a outros agentes do nível macro demonstra a distância desse nível do cotidiano dos profissionais da linha de frente e a dificuldade em se conceber o papel estratégico desses agentes. A título de exemplo, o Banco Mundial (2018) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Pan American Health Organization, 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.

Nesse debate, não reconhecer os agentes do nível macro, assim como os do meso, e os diversos interesses e correlações de forças envolvidas implica 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.

Sobre os aspectos relacionados à RAS, para ampliar a capacidade de resposta da APS no que diz respeito às suas próprias responsabilidades, além da resolubilidade (cura, contenção, cuidado, ajuda, conforto), é preciso assegurar a promoção da saúde e prevenção de doenças, o encaminhamento (filtro para outros níveis de atenção) e a coordenação do cuidado (Gérvás, Mena e Mainar, 2007). A APS precisa contar com uma RAS que divida responsabilidades para o acesso a serviços especializados e hospitalares, apoio terapêutico e logístico compatíveis com as necessidades em saúde; comunicação e coordenação efetivas, além do compartilhamento de informações e conhecimentos, entre os profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção (Brasil, 2010; Brasília, 2019b). Essa configuração constitui um desafio num contexto constituído por entes federados autônomos e diversos, o qual necessita de regionalização dos serviços, investimentos em gestão colegiada, consensos interfederativos e contratos organizativos (Santos e Andrade, 2011).

Os agentes não governamentais, que geralmente estabelecem relações inquisitórias com os agentes governamentais, podem ter participação mais cooperativa e influenciar operacionalmente, por meio 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, por meio do exercício do controle social, ao pautarem a orientação comunitária e a competência cultural no cuidado na APS, nortear 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, 2017a; Trad e Espiridião, 2009).

A mídia, a polícia, o Judiciário, o Legislativo, os órgãos de controle e os conselhos de classe devem equacionar a microjustiça – importante para assegurar que todos sejam tratados de forma isonômica pelo Estado segundo as condições estabelecidas nas políticas públicas – com a macrojustiça, ao se considerar a efetividade na resolução de problemas como parte do direito à saúde (Vieira, 2020).

Entretanto, o papel desses agentes nos contextos local e nacional coincide, boa parte reproduzindo as relações sociais e de poder instituídas na sociedade. A mídia nacional, organizada hoje em forma de rede e concentrada em algumas grandes empresas, é responsável pelo monopólio da fala e pela constituição da agenda pública, muitas vezes mais preocupada em produzir notícias que revelem os desvios do SUS do que as mudanças substantivas que ele pode provocar no cenário social (Oliveira, 2000). A polícia, que pode exercer um papel social protetor da vida e do direito humano, opera como numa guerra, com uso de métodos predominantemente autoritários e violentos, os quais invadem a dinâmica dos serviços de saúde desse mesmo modo (Fonseca, 2015). O Judiciário e órgãos de controle podem considerar casos individuais, mas não é apropriado que determinem ofertas de outros poderes, e é imprescindível a ampliação do olhar para a melhoria das condições para a coletividade (Vieira, 2020). Da mesma forma, o Legislativo deve exercer fiscalização e vigilância para interceder pela população junto aos órgãos competentes, usando sua influência política para a coletividade, e não apenas para casos individuais, além de votar o orçamento público, criar leis e direcionar emendas que beneficiem a saúde pública (Bem e Delduque, 2018).

Quanto ao controle social e à influência dos usuários, é importante considerar que o modo como os indivíduos vivenciam seus direitos pode definir os repertórios de ação coletiva de que dispõem para efetivá-los (Asensi, 2013). A depender da posição social e do grau de articulação, influenciam de forma mais direta e organizada nos fluxos, como por meio do conselho de saúde (Brasília, 2016) e de lideranças locais, ou acionam outros agentes que interferem nesse caminho até a resolução de problemas. Empoderar mais esse usuário e o controle social no sentido de ampliar o repertório de ação coletiva, em detrimento da ação individual e para promover a saúde nos territórios (Paes et al., 2021), parece ser também um caminho.

Os resultados demonstram que os diferentes agentes que compõem a rede de governança multinível, com seus distintos pontos de vista, experiências, interesses e formas de agir, são corresponsáveis pelo desenvolvimento de uma APS efetiva na resolução de problemas de saúde.

Considera-se que a restrição dos participantes aos agentes da linha de frente constitui um limite deste estudo, por não trazer o ponto de vista dos outros agentes sobre a resolubilidade.

Considerações finais

Há uma rede de governança multinível envolvida na efetividade da resolução de problemas na APS, composta por agentes dos níveis micro, meso e macrosocial. Entretanto, a responsabilidade pela resolubilidade foi relacionada principalmente aos agentes do nível micro, a linha de frente da APS: profissionais das equipes e gerentes locais da APS, com destaque para enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACSs.

Uma vez que os participantes da pesquisa são agentes do nível macrosocial, natural que abordem mais o seu próprio nível e a relação com o nível mais próximo a eles, porém diversos agentes implicados no SUS, direta ou indiretamente, partilham essa responsabilidade. Nos demais níveis, agentes estatais e não estatais, de dentro e fora do setor saúde, operam de distintas formas, notadamente tecendo barreiras para a resolução dos problemas. Instâncias que promovam o encontro desse conjunto de agentes, definindo responsabilidades e mecanismos de atuação conjunta, podem favorecer a resolubilidade na APS e na rede de atenção. Considerar essa rede de governança multinível envolvida contribuirá para a implementação dessa política pública.

Para mitigar a limitação identificada no contexto da APS no DF, recomenda-se que sejam incentivadas e incorporadas à rotina das eSFs ações em formato participativo, a exemplo das que ocorreram no âmbito do QualisAPS (Brasília, 2021a), mas que não se restrinjam à APS ou mesmo ao setor saúde, para promover diálogos entre os agentes dessa rede de governança multinível, a fim de favorecer a identificação dos compromissos partilhados e o aprofundamento sobre as funções de cada um na melhoria da efetividade na resolução de problemas de saúde na APS. Tais ações devem também se pautar nas necessidades em saúde dos territórios, bem como na experiência de trabalho dos profissionais da linha de frente, tendo em vista a carga de trabalho e a pressão por resolubilidade que vivenciam.

Recomenda-se o aprimoramento normativo para definir 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.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção do estudo: ACCC, KCP e MDAS.
Curadoria dos dados: ACCC, KCP e MDAS.
Coleta de dados: ACCC, KCP e MDAS.
Análise dos dados: ACCC, KCP e MDAS.
Redação - manuscrito original: ACCC, KCP e MDAS.
Redação - revisão e edição: ACCC, KCP e MDAS.

Financiamento

Houve financiamento para a realização deste estudo em nome de Ana Cláudia Cardozo Chaves, na época discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por parte do Decanato de Pós-Graduação da Universidade de Brasília, mediante a aprovação no Edital DPG 0001/2022.

Conflitos de interesses

As autoras declaram que não há conflitos de interesses que possam ter influenciado o desenvolvimento do estudo ou sua conduta.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, conforme os pareceres consubstanciados CEP FS UnB n. 3.937.242 (data de aprovação: 26/03/2020) e n. 5.164.745 (data de aprovação: 14/12/2021).

Apresentação prévia

Produto de tese de doutorado intitulada *Mecanismos que influenciam na resolubilidade da Atenção Primária à Saúde*, de autoria de Ana Cláudia Cardozo Chaves, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, defendida em 31 de julho de 2023.

Referências

- AGRELI, Heloise F.; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, maio 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWKsZGzrQqT4tDryCXC/>. Acesso em: 17 mar. 2023.
- ALMEIDA, Patty F.; FAUSTO, Márcia C. R.; GIOVANELLA, Ligia. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.
- ASENSI, Felipe D. Saúde, Poder Judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 801-820, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/tjyPSLJWZ4TB5ZQVM5tCxtc/>. Acesso em: 6 jun. 2023.

ASSUNÇÃO, Ada A.; JACKSON FILHO, José M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, Ada A.; BRITO, Jussara (orgs.). *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 45-65.

AYRES, José R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set.-dez. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/?lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2023.

BANCO MUNDIAL. *Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro*. Brasília, DF: Banco Mundial, 2018. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2019/04/Enviando-PropostasdeReformasdoSUS.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2021.

BEM, Ivan P.; DELDUQUE, Maria C. Análise da produção legislativa em saúde na 54ª e 55ª legislaturas do Congresso Nacional do Brasil: o que os parlamentares produzem em saúde? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280408, 2018. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280408>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xqCYJCGx39G4JfLVD9PyFJc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 2, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). Instituto Rui Barbosa. Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil. *Referencial para avaliação de governança multinível em políticas públicas descentralizadas*. Brasília, DF: TCU, 2021. Disponível em: <https://atrimon.org.br/referencial-para-avaliacao-de-governanca-multinivel-em-politicas-publicas-descentralizadas/>. Acesso em: 3 jun. 2023.

BRASÍLIA (Distrito Federal). Resolução n. 465, de 4 de outubro de 2016. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, seção I, p. 8-9, 24 out. 2016. Disponível em: https://dodf.df.gov.br/dodf/jornal/visualizar-pdf?pasta=2016|10_Outubro|DODF%20201%2024-10-2016|&arquivo=DODF%20201%2024-10-2016%20SECAO1.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASÍLIA (Distrito Federal). Portaria n. 77, de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, seção I, p. 4-7, 15 fev. 2017a. Disponível em: https://dodf.df.gov.br/dodf/jornal/visualizar-pdf?pasta=2017|02_Fevereiro|DODF%20033%2015-02-2017|&arquivo=DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASÍLIA (Distrito Federal). Portaria n. 78, de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, seção I, p. 7-8, 15 fev. 2017b. Disponível em: https://dodf.df.gov.br/dodf/jornal/visualizar-pdf?pasta=2017|02_Fevereiro|DODF%20033%2015-02-2017|&arquivo=DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASÍLIA (Distrito Federal). Perfil absenteísmo: doença dos servidores públicos estatutários do governo do Distrito Federal. *Boletim Epidemiológico n. 01*, Brasília, Diretoria de Epidemiologia em Saúde do Servidor (SUBSAÚDE/SAGA/SEFP), 2019a.

BRASÍLIA (Distrito Federal). Plano Distrital de Saúde 2020-2023. Brasília, 2019b. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/2020_06_01_PDS+2020-2023_Aprovada_CSDf_v_publicizada.pdf/01b34643-ad40-cfd1-393d-45e13cd7600e?t=1714650239613. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASÍLIA (Distrito Federal). *Manual da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal*. Brasília: Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2021a. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/files/Manual-de-Avaliacao-PAQ-nova-capa-08072022.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASÍLIA (Distrito Federal). *Manual de gerenciamento local da APS do DF: manual GSAP*. Brasília, 2021b. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/559517788/MANUAL-DE-GERENCIAMENTO-LOCAL-DA-APS-DF-V8-2021-03-11>. Acesso em: 10 out. 2024.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth R. *et al.* Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 223-241. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/gestao-em-redes-praticas-de-avaliacao-formacao-e-participacao-na-saude/4706>. Acesso em: 15 abr. 2022.

CAMPOS, Gastão W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CASTRO, Aline C. Leituras sobre o regionalismo europeu e a emergência da governança multinível. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 78, p. 5-16, 2º sem. 2014 (publicada em junho de 2016). Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/393>. Acesso em: 23 maio 2023.

CAVALCANTE, Pedro L. C.; LOTTA, Gabriela S. (orgs.). *Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação*. Brasília, DF: ENAP, 2015.

CONILL, Eleonor M.; FAUSTO, Márcia C. R. *Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. 68 f. Proyecto EUROsocial Salud, Intercambio Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros niveles de atención. Documento técnico, IRD, Rio de Janeiro, 2007.

DEGANI, Vera C. *A resolatividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma unidade básica de saúde*. 202. 201 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FERREIRA, Sandra R. S.; PÉRICO, Lisiane A. D.; DIAS, Vilma R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBen)*, Brasília, DF, v. 71, p. 704-709, 2018. Suplemento 1. Issue edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

FONSECA, Alexandre B. Saúde, segurança pública e desigualdades sociais: desafios e iniciativas. In: BUENO, Leonardo B. *et al.* (orgs.). *Saúde e segurança pública: desafios em territórios marcados pela violência*. Rio de Janeiro: Cooperação Social/Fiocruz, 2015. p. 23-36.

FRANCO, Túlio B.; MERHY, Emerson E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, Deborah E. W. G. *et al.* PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 55, 2021. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/S3qYTtYsxxX8KXsKvDvzhLh/?lang=pt#>. Acesso em: 23 jun. 2023.

FUSTER, Danilo A. Burocracia e políticas públicas: uma análise da distribuição e ocupação dos cargos e funções em comissão da Prefeitura de São Paulo. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 9., Brasília, 2016. Disponível em: <https://consad.org.br/wp-content/uploads/2016/06/BC-Gest%C3%A3o-de-Pessoas-07.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

GÉRVAS, Juan; MENA, Olga P.; MAINAR, Antoni S. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Medicina Clínica*, Barcelona, v. 128, n. 14, p. 540-544, 2007. <https://doi.org/10.1157/13101165>. Disponível em: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/01/capacidad-de-respuesta-de-la-ap.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

GUIMARÃES, Bárbara E. B.; BRANCO, Andréa B. A. C. Trabalho em equipe na Atenção Básica à Saúde: pesquisa bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, MS, v. 12, n. 1, p. 143-155, 2020. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100011&lng=pt. Acesso em: 23 jun. 2023.

LOTTA, Gabriela S. *Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

LOTTA, Gabriela S.; PIRES, Roberto R. C.; OLIVEIRA, Vanessa E. Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 65, n. 4, p. 463-492, 2014. <https://doi.org/10.21874/rsp.v65i4.562>. Disponível em: <https://revista.ena.gov.br/index.php/RSP/article/view/562/516>. Acesso em: 10 out. 2024.

LOTTA, Gabriela S.; SANTIAGO, Ariadne. Autonomia e discricionariedade: matizando conceitos-chave para o estado de burocracia. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*: BIB, São Paulo, v. 83, n. 1, p. 21-42, 2017. Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/426>. Acesso em: 4 maio 2022.

LOTTA, Gabriela S.; VAZ, José C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 66, n. 2, p. 171-194, 2015. <https://doi.org/10.21874/rsp.v66i2.409>. Disponível em: <https://revista.ena.gov.br/index.php/RSP/article/view/409>. Acesso em: 18 maio 2022.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, set. 2018. Número especial 1. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2024.

MEHRY, Emerson E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MELLO, Ilma A. P. *et al.* Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, e0024390, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00243>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/G4HRbZSdFM8sXQDTLbtvXWz/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1.105-1.119, 2018. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180365>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NWtCkYJVcjzM5frKfWskvBF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTEIRO, Susana; HORTA, Ana. Governança multinível em Portugal: fundamentos teórico-conceituais. Working Paper n. 3. Agência para o Desenvolvimento e Coesão, I. P. Lisboa: 2018. (Coleção Política e Territórios). Disponível em: https://www.adcoesao.pt/wp-content/uploads/wp03_governanca_multinivel_em_portugal_-_fundamentos_teoricos_upr-nept_sm_ah_mar2018_vf_0.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

OLIVEIRA, Inês P. R. M. *Resolubilidade do cuidado oftalmológico em centro de atendimento secundário sob a ótica dos pacientes diabéticos e não diabéticos*. 2017. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2017.

OLIVEIRA, Valdir C. Media communication and the Single Healthcare System. *Interface: Comunicação, Saúde, Botucatu*, v. 4, n. 7, p. 71-80, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Zfd4VCQRpC5mVqSdqQXj3Rm/abstract/?lang=en>. Acesso em: 30 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Informe: desafios e determinantes da disponibilidade e acessibilidade da enfermagem no Brasil*. Brasília: Opas/OMS, 2023. 60 f.

PAES, Lucilene G. *et al.* Gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde: uma teoria fundamentada nos dados construtivista. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 30, e20200578, 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0578>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NvJBhJz7L SwB5yQDFkBCHZJ/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 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. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275120774_eng.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

PIRES, Denise E. P. *et al.* Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 40, e20180216, 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/WvsWj7JWyvzwHkSSZ7fKxyj/>. Acesso em: 10 fev. 2024.

RESSEL, Lúcia B. *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/nzznnfzrCVv9FGXhwnGPQ7S/>. Acesso em: 13 ago. 2021.

REZENDE, Verônica A. *A resolutividade na atenção básica: uma revisão de literatura*. 2010. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

RIBEIRO, Edilza M.; PIRES, Denise E. P.; BLANK, Vera L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar.-abr. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wVPbHKyx9zyYKLMN7C6dCdH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2023.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1.671-1.680, mar. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/b77HCkBwb3FcTzJtBzzjgcr/#>. Acesso em: 16 jul. 2024.

SANTOS, Tatiana V. C.; PENNA, Cláudia M. M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 149-156, jan.-mar. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3wyjtDpJqzN5Dmt667XjycR/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2023.

SCHERER, Magda D. A.; PIRES, Denise E. P.; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000400020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DQWsmShGTGPKd6psQZwSmbF/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

SCHERER, Magda D. A. *et al.* Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 89-104, 2016. Suplemento 1. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00030>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/4ZR8JctDd9fttkgDT5KCSgJ/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

SELLERA, Paulo E. G. *et al.* Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1.401-1.411, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NCfwbHp8bjTnGZvFq6mNsYS/>. Acesso em: 30 jun. 2023.

SOUSA, Paulo H. S. F. *et al.* Protagonismo do enfermeiro na atenção básica de saúde / Nursing protagonism in basic health care. *Brazilian Journal of Development*, São José dos Pinhais, v. 6, n. 10, p. 76.157-76.170, 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-151>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/17912>. Acesso em: 14 fev. 2024.

SOUZA, Thiago S.; MEDINA, Maria G. NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, out. 2018. Número especial 2. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/v8KFq8vxqxVtYVQLxWQzBMK/#>. Acesso em: 16 jul. 2024.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, Milbank, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

TEIXEIRA, Ricardo R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/G5f3n43ZtHJ7pBVjcD6ZcrJ/#>. Acesso em: 30 jun. 2023.

TRAD, Leny A. B.; ESPIRIDIANO, Monique A. Participative management and co-responsibility in healthcare: limits and possibilities within the scope of the Family Health Strategy. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, p. 557-570, 2009. Suplemento 1. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RJqDYVvr7985ndrDrxmvBsy/abstract/?format=html&lang=en#>. Acesso em: 30 jun. 2023.

TURRINI, Ruth N. T.; LEBRÃO, Maria L.; CESAR, Chester L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/L5hWNRbQx6g7DYGM8NHgKBb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2023.

VIEIRA, Fabiola S. *Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça*. Brasília: Ipea, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Primary Health Care: now more than ever*. The World Health Report 2008. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43949/9789241563734_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Quality in Primary Health Care*. Technical Series in Primary Health Care. World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

ZELL, Clauceane V. *Adoecimento no trabalho: um estudo sobre trabalhadores da Atenção Básica em Saúde de um município do Rio Grande do Sul*. 2020. 78 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2020.