



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

PALOMA ÉLLEN DA SILVA

**ANÁLISE DA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
PERNAMBUCO: um estudo a partir dos resultados do PMAQ.**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

PALOMA ÉLLEN DA SILVA

ANÁLISE DA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
PERNAMBUCO: um estudo a partir dos resultados do PMAQ.

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em saúde coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito conclusão da Disciplina de TCC2.

Orientadora: Fabiana de Oliveira Silva
Sousa.

Co-orientador: Valdecir Barbosa da Silva
Júnior.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Ligia F. dos Santos, CRB4/2005

S586a Silva, Paloma Éllen da.

Análise da resolutividade da atenção primária à saúde em Pernambuco: um estudo a partir dos resultados do PMAQ/ Paloma Éllen da Silva - Vitória de Santo Antão, 2021.
37 folhas; il.

Orientadora: Fabiana de Oliveira Silva Sousa.

Coorientador: Valdecir Barbosa da Silva Júnior.

TCC (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2021.

Inclui referências.

1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação em saúde. 3. Estratégia de Saúde da Família. I. Sousa, Fabiana de Oliveira Silva (Orientadora). II. Silva Júnior, Valdecir Barbosa da (Coorientador) III. Título.

614.098134 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE - 036/2021

PALOMA ÉLLEN DA SILVA

**ANÁLISE DA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
PERNAMBUCO: um estudo a partir dos resultados do PMAQ.**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 28/04/2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Gabriela da Silveira Gaspar (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Jorgiana Manguiera de Oliveira (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me conceder a oportunidade de chegar até aqui.

A minha orientadora Fabiana de Oliveira Silva Sousa por toda paciência, dedicação competência e pelas colaborações sempre pertinentes, além de uma Orientadora espetacular, estará sempre em meu coração como uma amiga que a UFPE me deu, levarei por toda a vida.

Ao meu co-orientador Valdecir Barbosa da Silva Júnior por todo apoio, contribuição e paciência.

A minha filha Paola, pois sua chegada iluminou a minha vida e me deu forças pra continuar.

A minha mãe que esteve sempre me apoiando.

Ao meu esposo Ronicleiton por estar sempre ao meu lado me apoiando.

As minhas companheiras nessa jornada Nadrielly Lima e Rosiele Mendes que foram peças fundamentais na minha formação acadêmica, obrigada pelo companheirismo e amizade.

A todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

RESUMO

No Brasil, a atenção básica é considerada porta de entrada prioritária do sistema de saúde, onde o usuário deve ter o primeiro contato com o serviço de saúde e encontrar a resolução para a maioria de suas necessidades. Esse estudo teve como objetivo analisar a resolutividade da atenção primária à saúde no estado de Pernambuco a partir de indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada a partir de dados secundários resultantes da avaliação do 3º ciclo do PMAQ e disponíveis no site do Ministério da Saúde. Também foram coletados os dados de cobertura de saúde da família e de saúde bucal no site da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). A partir da análise dos dados, foi criada uma tabela no programa Excel organizado com os indicadores: Percentual de encaminhamentos para serviço especializado, Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas, e cobertura de saúde da família e saúde bucal. As regiões com maior cobertura de saúde da família (100%) foram a X e XII e as com menor cobertura foi a I com 81,7%. O maior percentual de encaminhamentos para especialidades ocorreu na I e XI Região de Saúde com, respectivamente 10,6% e 7,7%. A VII Região de Saúde teve a menor porcentagem (2,2%). Em relação a cobertura de saúde bucal, a X Região de Saúde apresentou o maior percentual do estado (89,6%) e a I Região de Saúde possuía a menor cobertura (57,8%). A Região de Saúde com maior porcentagem de tratamento odontológico concluído/ 1ª consultas foi a IX Região de Saúde que alcançou 0,5%. Identificou-se uma expressiva cobertura de saúde da família e saúde bucal no estado, havendo correlação positiva entre esses dois indicadores. No entanto, os indicadores de resolutividades analisados indicam que a ampliação da cobertura não foi acompanhada de aumento proporcional da resolutividade da atenção básica, havendo necessidade de maior fortalecimento da capacidade de resolução das equipes, especialmente as de saúde bucal.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Avaliação em saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

In Brazil, primary care is considered a priority gateway to the health system, where the user must have the first contact with the health service and find the solution for most of their needs. This study aimed to analyze the resoluteness of primary health care in the state of Pernambuco using indicators from the National Program for Improvement of Access and Quality (PMAQ). This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. Data collection was carried out from secondary data resulting from the assessment of the 3rd cycle of the PMAQ and available on the Ministry of Health website. Data on family health and oral health coverage were also collected on the website of the Support Room for Strategic Management (SAGE). From the data analysis, a table was created in the Excelorganized program with the indicators: Percentage of referrals to specialized service, Ratio between completed treatments and first programmatic dental consultations, and family and oral health coverage. The regions with the highest family health coverage (100%) were X and XII and those with the lowest coverage were I with 81.7%. The highest percentage of referrals to specialties occurred in the I and XI Health Region with, respectively, 10.6% and 7.7%. The VII Region of Health had the lowest percentage (2.2%). In relation to oral health coverage, the X Region of Health had the highest percentage in the state (89.6%) and the I Region of Health had the lowest coverage (57.8%). The Health Region with the highest percentage of completed dental treatment / 1st consultations was the IX Health Region, which reached 0.5%. An expressive coverage of family health and oral health was identified in the state, with a positive correlation between these two indicators. However, the analyzed problem-solving indicators indicate that the expansion of coverage was not accompanied by a proportional increase in the problem-solving capacity of primary care, with the need to further strengthen the teams' ability to resolve issues, especially those related to oral health.

Keywords: Primary Health Care. Health Evaluation. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAV	Centro Acadêmico de Vitória
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
AIS	Ações Integradas de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
ADAPS	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde
CASAP	Carteira de Serviços para APS (CaSAPS)
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

Em 1920 foi elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, o Relatório Dawson, considerado um dos primeiros documentos que utilizou o conceito de Atenção Primária à Saúde, com a perspectiva de organização estruturada, regionalizada e respeitando uma hierarquia nos serviços de saúde, de acordo com o nível de complexidade e com território definido. Em 1948, o Relatório Dawson influenciou na criação do sistema nacional de saúde britânico, que auxiliou na orientação e reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Outro marco histórico da atenção primária à saúde é a Declaração de Alma-Ata, cidade da URSS, onde se realizou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978 (ALMA-ATA, 1978). A Conferência Internacional de Alma Ata, até hoje, é citada como referencial para provocar a implementação de cuidados primários em todo o mundo (LAVRAS, 2011).

Ao fazer uso do termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) é expresso o entendimento de uma atenção ambulatorial que não é especializada e que é ofertada através de unidades de saúde de um sistema, caracterizado pelo desenvolvimento de um conjunto de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica. Também é comum entender essas unidades de saúde como espaços onde se realiza, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe a capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (LAVRAS, 2011).

A PNAB caracteriza a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, que podem ser individuais, familiares ou coletivas, envolvendo promoção, prevenção, recuperação, tratamento, diagnóstico, por meio de um cuidado integral, com uma equipe multiprofissional e para uma população com território definido. No Brasil, a Atenção Básica garante cobertura a aproximadamente 140 milhões de brasileiros e está acessível à demanda por atendimento à praticamente toda a população (BRASIL, 2017). Em 2004 foi implementada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) denominada como Programa Brasil Sorridente, um dos seus principais eixos é a reorganização da atenção básica através das equipes de saúde bucal que estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2004).

A APSse constitui como referência no mundo, sendo colocada como uma estratégia que auxilia na efetividade e resolutividade dos serviços de saúde, visando reduzir as iniquidades existentes no setor saúde. (VASCONCELOS *et al.*, 2018, p. 66).

No Brasil, desde o início do século XX até os dias atuais houve o desenvolvimento da Atenção Básica, reconhecendo os avanços na sua organização e identificando que grandes dificuldades devem ser superadas para que os objetivos presentes na política nacional de atenção básica sejam cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. (LAVRAS, 2011). Apesar dos avanços, a Atenção Básica ainda enfrenta desafios, como: a reduzida oferta de serviços, infra-estrutura inadequada, insuficiente articulação entre o acolhimento do usuário e a coordenação da atenção.

Ainda é necessário desenvolver mais pesquisas sobre avaliação e/ou desempenho da atenção básica e identificar as melhores estratégias ou modelos para avaliar e monitorar a atenção básica (IBÁÑEZ *et al.*, 2006). Avaliar os serviços de saúde e seu desempenho auxilia os gestores na reorganização e reformulação das práticas de saúde. (BRASIL, 2012). Por ser considerada complexa a avaliação da atenção básica, é necessária a competência do gestor e articulação para que possam ser produzidas informações que auxiliem nas mudanças necessárias para sua melhoria. Institucionalizar a avaliação contribui para qualificar a atenção básica promovendo uma assistência mais qualificada de acordo com os princípios do SUS. (FELISBERTO, 2004).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) determina que o gestor estabeleça métodos para que a avaliação da atenção básica seja institucionalizada e faça parte do processo de trabalho. Existem diversas maneiras para realizar a avaliação da atenção básica, uma das iniciativas do Ministério da Saúde foi o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (CUBAS *et al.*, 2017).

De acordo com a Portaria Nº 1.645 de 2015, o PMAQ-AB é dividido em três fases e um eixo estratégico transversal, e cada ciclo tem duração de 24 meses. (BRASIL, 2015). O Programa foi instituído em 2011 pela Portaria Nº 1.654 de 2011 e ocorreu em três ciclos. A partir de 2019, o Ministério da Saúde não deu continuidade

ao PMAQ e, a partir da criação do PREVINE BRASIL, estabeleceu novo elenco de indicadores para avaliação de desempenho da atenção básica (BRASIL, 2019). Contudo, analisar os dados obtidos no último ciclo do PMAQ em 2017 pode demonstrar um retrato dos serviços e subsidiar na tomada de decisão.

Esse estudo se propõe a responder a seguinte pergunta: **Qual a resolutividade da atenção primária em Pernambuco segundo resultados do PMAQ?**

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, a atenção primária é colocada como atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias que são comprovados cientificamente, onde o acesso deve ser garantido para todos que fazem parte da comunidade, pressupondo a participação da comunidade, e a democratização dos conhecimentos, incluindo curandeiros, parteiras, contrariando o elitismo médico, de forma a favorecer a participação da comunidade. Atendendo a demanda e quando necessário, realizando o encaminhamento para o nível de complexidade correto para que seja dada continuidade à assistência, necessitando de compromisso político para que a demanda possa ser atendida e as práticas assistenciais sejam resolutivas e efetivas (GIOVANELLA *et al.*, 2012, p. 497).

No Brasil, o termo atenção básica significa o primeiro nível de atenção, sustenta-se no princípio da integralidade, que compreende a articulação de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Desse modo, a atenção básica tem uma formulação típica do SUS e é incorporada pela estratégia de saúde da família que a partir da sua construção visa à construção de um novo modelo de atenção à saúde (SOUSA; HAMANN, 2009).

Em meados dos anos 1980 foram desenvolvidas experiências nos municípios com integração entre a universidade e serviços de atenção primária. Um programa da assistência médica previdenciária buscou promover a integração entre os serviços de saúde previdenciários e os serviços de saúde dos municípios com as Ações Integradas de Saúde (AIS). Posteriormente, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em seguida o Programa de Saúde da Família (PSF) que foram sendo implantados em todo território nacional, conformando uma política nacional de atenção básica. (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

O PACS teve início no ano 1987, a partir de experiências exitosas com mulheres agentes de saúde do Ceará (ÀVILA, 2011). Porém, só em 1991, foi implementado pelo Ministério da Saúde, com caráter emergencial, para intervir nas altas taxas de mortalidade infantil e materna no Nordeste, devido à epidemia de

cólera. (SIMAS; PINTO, 2017). Foi uma estratégia que teve o objetivo de fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde, que eram desenvolvidas no âmbito domiciliar e local.

O PACS foi implementado de forma emergencial para dar suporte à assistência básica, pelo fato de ter uma baixa cobertura assistencial. A partir disso, os ACS foram capacitados para outras atribuições além das que teriam lhes sido atribuídas no processo seletivo, onde foi definido que eles poderiam cadastrar a população, identificar as áreas de risco e também promover ações de proteção aos grupos de risco. (GIOVANELLA *et al.*, 2012, p. 516).

No decorrer do ano de 1990, o ministério da saúde buscava fortalecer as ações de prevenção investindo em programas de ações básicas e tinha como estratégia a reestruturação do modelo de atenção, visando principalmente à promoção da saúde. Diante desses antecedentes foi feita a elaboração do PSF que se materializou através da portaria MS n. 692, de dezembro de 1993. Inicialmente o programa foi implantado nos municípios de pequeno porte, tinha condições de atender a demanda reprimida de atenção primária, porém com capacidade reduzida de garantir a continuidade da atenção. (GIOVANELLA *et al.*, 2012, p. 518).

Posteriormente, o PSF passou a ser nomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo considerada a principal estratégia da PNAB para a organização e expansão da Atenção Básica no País. (BRASIL, 2012). A ESF configura-se nas práticas de saúde que são características da sociedade brasileira, como: termos territoriais, populacionais e das ações desenvolvidas no território. (SOUSA; HAMANN, 2009). Desde sua criação, a Saúde da Família foi colocada como uma estratégia para reorganização e fortalecimento da atenção básica, como primeiro nível de atenção, trazendo a ampliação do acesso, a qualificação e reorientação das práticas de saúde. (SOUSA; HAMANN, 2009).

A saúde bucal inseriu-se na Atenção Básica a partir da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que estabelecia o incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal através do Programa Saúde da Família, desde então se observou um estímulo para expansão da saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2000).

Anos depois, em 2008, o ministério da saúde criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a integralidade e resolutividade da APS. Constituído por equipe multiprofissional, contemplando categorias diferentes das que compõe a equipe de saúde da família e saúde bucal, o NASF deve apoiar as equipes de saúde da família, ofertando retaguarda assistencial, educação em saúde e educação permanente (BRASIL, 2008, 2014). Suas atividades devem ser realizadas de modo compartilhado com as eSF e em coerência com as diretrizes da PNAB.

O conceito de atenção básica da Estratégia Saúde da Família recomenda equipe de caráter multiprofissional que realize definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população que reside na área.(GIOVANELLA *et al.*, 2012). No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica, em acordo entre os gestores federais e os representantes estaduais e municipais, define as responsabilidades de cada esfera de governo, prevê diretrizes e certifica a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para organização da Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Posteriormente, a portaria n. 2436 de 2017, estabeleceu a nova PNAB, determinando a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do SUS. A revisão da nova PNAB traz consigo retrocessos e ameaças aos princípios do SUS e seu modelo de atenção à saúde. Os impactos da nova política estão na extinção da obrigatoriedade da presença do ACS que é um profissional essencial no território, dentro da ESF, pois esse profissional que tem o maior vínculo com a comunidade. Há também uma flexibilização da carga horária dos profissionais, possibilitando a atuação de vários profissionais de uma mesma categoria em uma equipe, o que dificulta a criação de vínculo com a população e pode fortalecer ainda mais a atuação do médico para uma atenção curativa (BRASIL, 2017).

Em 2019, o SUS continuou passando por mudanças que foram se intensificando e reconfigurando o sistema, sejam elas mudanças na nomenclatura de atenção básica para atenção primária, na estrutura organizacional do Ministério da Saúde como a criação de uma Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde (ADAPS) instituição de direito privado, também foi proposto a Carteira de

Serviços para APS (CaSAPS) que estabelece os serviços que podem ser ofertados pela atenção básica (MOROSINI *et al.*, 2020). Também no governo Bolsonaro o Programa Mais Médicos foi substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil (ANDERSON, 2019). Esse conjunto de mudanças resulta em impactos na Política Nacional de Atenção Básica e no modelo de atenção à saúde.

Apesar dessas mudanças, a PNAB vigente considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como equivalentes, associando a ambas os princípios e as diretrizes (BRASIL, 2017). O debate entre os conceitos de atenção básica e atenção primária à saúde ainda é atual, pois foi dada a incorporação da cobertura universal de saúde como meta da ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) na agenda de 2030. (GIOVANELLA, 2018).

Em novembro de 2019, foi aprovado um novo modelo de financiamento para atenção básica, através da criação do Programa Previne Brasil que provocou três principais mudanças: o PAB fixo e variável foi eliminado, agora os recursos federais são repassados de acordo com a população cadastrada, avaliação de desempenho das equipes e adesão a programas específicos (BRASIL, 2019). Nesse conjunto de mudanças, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) perdeu o recurso financeiro que era repassado, mensalmente, para manutenção das equipes. Levando a possibilidade real de extinção dessas equipes, na medida em que ficará a cargo do gestor municipal arcar com as despesas das equipes do NASF-AB que decidir manter. (GIOVANELLA, 2020).

A retirada do financiamento específico do NASF-AB enfraquece de forma significativa o caráter multiprofissional e interdisciplinar da atenção primária no Brasil, ameaçando um legado que as equipes vinham construindo de apoio, educação permanente, clínica ampliada e integralidade do cuidado à população. (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

No art. 3º da PNAB a resolatividade está entre as diretrizes, e reforça a importância da atenção básica ser resolutiva articulando entre as tecnologias de cuidado, através da clínica ampliada, do vínculo, ampliando a autonomia dos indivíduos e sendo resolutiva na maioria dos problemas de saúde da população e coordenando o usuário nos outros pontos da rede de atenção quando necessário. (BRASIL, 2017).

2.2 Resolutividade da Atenção Primária à Saúde

O dicionário informal (2021) traz como significado para resolutividade a capacidade de resolver ou finalizar um processo, simplificando e agilizando procedimentos. No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza o termo 'resolubilidade' e o apresenta como diretriz do SUS, definindo-a como "a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência" (BRASIL, 1990).

Segundo Turrini *et al.*, (2008), um serviço é considerado resolutivo quando atende as necessidades de saúde do usuário, mesmo que para isso o serviço precise encaminhar este paciente para outro nível de atenção para continuidade da atenção à saúde. Para Torres *et al.*, (2012) a divisão dos níveis de atenção à saúde é pertinente, pois por possuírem em cada nível particularidades se complementam e auxiliam para maior resolutividade da atenção.

O conceito de resolutividade também pode ser entendido como sinônimo de solucionar. Porém, nos serviços de saúde a resolutividade pode ser avaliada por meio dos resultados após o atendimento oferecido ao usuário. (D'ÁGUIAR, 2001). Para Torres *et al.* (2012), considera-se um erro tentar "medir" a resolutividade por meio dos encaminhamentos para outros níveis de atenção, porque isso caracteriza o serviço como resolutivo apenas por ter baixo índice de encaminhamentos, mas a resolutividade refere-se a atender a necessidade do usuário mesmo que para isso seja necessário encaminhá-lo para outro nível de atenção.

Reunindo-se os diferentes enfoques é possível dizer que a resolutividade envolve diversos aspectos sejam eles relativos à demanda, à satisfação do usuário, 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 socioeconômicos dos usuários, entre outros. (TURRINI *et al.*, 2008). Desta forma, são diversas as maneiras e instrumentos que podem ser usados para avaliar resolutividade.

Avaliar o desempenho dos serviços e quais os impactos na saúde da população auxiliam os gestores quanto à implantação e reformulação das práticas da APS. (BRASIL, 2012). Na literatura nacional e internacional, em relação à satisfação do usuário, vale salientar que a satisfação do usuário é um elemento essencial para avaliar a qualidade dos serviços, apesar de ser um tema recente nas avaliações em saúde. (ARRUDA; BOSI, 2017).

A Resolutividade e satisfação do usuário são ferramentas importantes para avaliação do desempenho da atenção à saúde que é oferecida, pois possibilita analisar os resultados obtidos, subsidiando na reorganização dos serviços de saúde. (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

A avaliação dos serviços de saúde é essencial, pois auxilia no planejamento, e no desenvolvimento de ações que possam contribuir para práticas que estejam de acordo com a demanda e as características do sistema de saúde dentro do seu modelo de atenção. (BRASIL, 2006). Por sua vez, a resolutividade é a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade, seja ela social ou biológica, orientada pelo: acesso, longitudinalidade, integralidade, e coordenação do cuidado. (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A PNAB (2017) caracteriza a resolutividade como uma diretriz do SUS, fortalecendo a importância de uma atenção básica resolutive, aplicando as tecnologias de cuidado disponíveis, clínica ampliada, coordenação e continuidade do cuidado do usuário dentro da rede de atenção à saúde, referência e contrarreferência quando houver necessidade. (BRASIL, 2017). Nesse contexto o PMAQ avalia a resolutividade da atenção básica através de indicadores e do questionário de avaliação externa. Avaliar resolutividade nesse nível de atenção é relevante, pois possibilita identificar as fragilidades que dificultam a organização e operacionalização da APS.

2.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

A portaria Nº 1.654 DE 2011 criou o PMAQ e instituiu um abrangente processo de mobilização entre os trabalhadores, gestores e usuários, para implantação de mudanças no processo de trabalho de forma que ocorresse um

impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulando a avaliação e certificação relacionada ao repasse financeiro conforme o desempenho alcançado na implantação do programa. (PINTO *et al.*, 2014). A partir dos resultados do PMAQ, o gestor e o profissional podem avaliar e qualificar a assistência até alcançar uma maior resolutividade.

O PMAQ foi criado em um contexto no qual o Governo Federal, se comprometeu a desenvolver ações relacionadas à melhoria do acesso e da qualidade da atenção no SUS. O principal objetivo do Programa era conduzir a expansão do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2015). É um programa que utiliza a avaliação para subsidiar no planejamento das ações para melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (LIMA *et al.*, 2018).

Um dos principais elementos do PMAQ foi o estabelecimento de mecanismos de financiamento da atenção básica a partir da contratualização de compromissos desde a equipe até a gestão municipal e estadual, e os recursos sendo transferidos a partir do desempenho das equipes. (BRASIL, 2015). Dessa maneira, era possível reconhecer os esforços dos profissionais da atenção básica e da gestão municipal quando buscaram oferecer melhorias no acesso e na qualidade da assistência que é prestada, com incentivo do PMAQ.

O PMAQ tomava como referência os princípios da Atenção Básica e incentivava a mudança do modelo de atenção a partir da compreensão de que o contexto, em consonância com a atuação dos diversos atores, pode produzir mudanças significativas nos modos de cuidar e gerir o cuidado que permitam a qualificação das equipes. (BRASIL, 2015, p. 10).

O PMAQ era organizado em três fases: adesão e contratualização era a primeira fase, que consistia na adesão ao programa a partir da pactuação de compromissos e indicadores firmados entre as equipes de atenção básica com os gestores municipais e o ministério da saúde envolvendo a pactuação local, regional, e estadual e o controle social. A segunda fase era a certificação, composta por: avaliação externa, avaliação de desempenho dos indicadores e verificação de autoavaliação. Após a certificação as equipes eram classificadas de acordo com o

desempenho. A terceira fase era a recontractualização que consiste no processo de repactuação das equipes e dos gestores. (BRASIL, 2017).

A criação de políticas pelo governo federal foi importante para auxiliar na reorganização do modelo de atenção e também no sentido de fortalecer o monitoramento e avaliação da atenção básica (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Apesar dos investimentos anteriores feitos no PMAQ, desde 2019 o Governo Federal não dá indícios de que o PMAQ vai permanecer. Ainda assim, o conjunto de dados coletados durante os três ciclos do PMAQ estão disponíveis publicamente e podem ser utilizados em pesquisas científicas ou no cotidiano de gestão dos municípios como subsídios para tomada de decisão no nível local.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a resolutividade da Atenção Primária à saúde no estado de Pernambuco a partir de indicadores do PMAQ.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a cobertura de saúde da família e saúde bucal nas regiões de saúde de Pernambuco;
- Descrever o percentual de encaminhamentos para atenção especializada e a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas por região de saúde de Pernambuco;
- Verificar relação entre indicadores de cobertura e resolutividade de saúde da família e saúde bucal nas regiões de saúde de Pernambuco.

4 METODOLOGIA

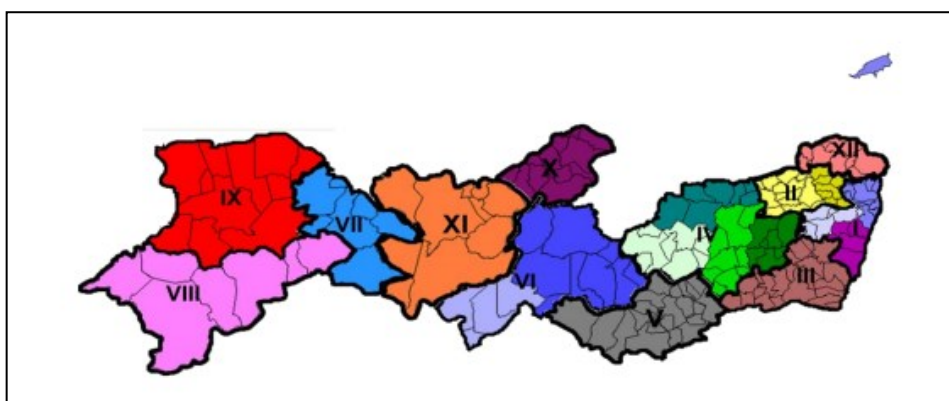
4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa e baseada nos dados do 3º ciclo do PMAQ-AB (2017).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no período de janeiro a abril de 2021, no estado de Pernambuco. O referido estado possui 184 municípios e um território estadual, Fernando de Noronha. Segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde 2011, o estado divide-se em doze Regiões de Saúde (Figura 1) (PERNAMBUCO, 2016).

Figura 1 – Regiões de Saúde, PE.



Quadro 1 - Demonstrativo do desenho regional segundo Região de saúde e municípios. Pernambuco, 2011.

Região de Saúde	Municípios
I	Abreu e Lima, Araçoiaba, Fernando de Noronha, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Olinda, Paulista, Recife (Polo), Camaragibe, Chã de Alegria, Chã Grande, Glória do Goitá, Pombos, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão, Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes e Moreno.
II	Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro (Polo), Machados, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim, Vertente do Lério, Buenos Aires, Carpina, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém e Vicência.

III	Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares (Polo), Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré e Xexéu.
IV	Agrestina, Altinho, Caruaru(Polo), Cupira, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas, São Caitano, Barra de Guabiraba, Bezerros, Bonito, Camocim de São Félix, Gravatá, Sairé, São Joaquim do Monte, Alagoinha, Belo Jardim, Cachoeirinha, Pesqueira, Poção, Sanharó, São Bento do Una, Tacaimbó, Brejo da Madre de Deus, Frei Miguelinho, Jataúba, Santa Maria do Cambucá, Santa Cruz do Capibaribe, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes.
V	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Calçado, Caetés, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns (Polo), Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha.
VI	Arcoverde(Polo), Buíque, Custódia, Ibimirim, Manari, Pedra, Sertânia, Tupanatinga, Venturosa, Inajá, Jatobá, Petrolândia e Tacaratu.
VII	Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro(Polo), Serrita, Terra Nova e Verdejante.
VIII	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina(Polo) e Santa Maria da Boa Vista.
IX	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Ouricuri(Polo), Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade e Morelândia.
X	Afogados da Ingazeira(Polo), Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Solidão, Santa Terezinha, São Jose do Egito, Tabira e Tuparetama.
XI	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada(Polo) e Triunfo.
XII	Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana (Polo), Itambé, São Vicente Férrer, Itaquitinga, Macaparana e Timbaúba.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização (PERNAMBUCO, 2011).

4.3 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada a partir de dados secundários resultantes da avaliação do 3º ciclo do PMAQ que está disponível no site do Ministério da Saúde. Para medir a resolutividade das regiões de saúde foram utilizados os seguintes indicadores:

- Percentual de encaminhamentos para serviço especializado: esse indicador mede os encaminhamentos realizados por médicos da atenção básica para serviço especializado em relação aos atendimentos realizados pelo médico da atenção básica. Esse indicador pode ser medido em um espaço geográfico definido: Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe (BRASIL, 2017).

- Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas: trata-se de medir o número de tratamentos concluídos pelo dentista em relação ao número de consultas odontológicas programáticas feitas pelo dentista. Permite avaliar o acesso e a resolubilidade na conclusão dos tratamentos. Pode ser medido em espaço geográfico definido: Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe. (BRASIL, 2017).

Também foram coletados os dados de cobertura de saúde da família e cobertura de saúde bucal de cada município que compõe as 12 microrregiões de saúde, que são de domínio público e estão disponíveis no Site da SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica) do Ministério da Saúde.

Os dados foram analisados de forma descritiva a partir de frequência simples e proporcionalidade das variáveis construídas através do programa Microsoft Office Excel 2007. Foi realizado o teste de correlação de Pearson entre os indicadores de cobertura da Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal com os indicadores de resolutividade do PMAQ. E foi considerado o seguinte padrão de forças de correlação: 0 a 0,3 (muito fraca), 0,3 a 0,5 (fraca), 0,5 a 0,7 (moderada), 0,7 a 0,9 (forte) e acima de 0,9 (muito forte).

4.4 Considerações Éticas

A pesquisa foi realizada a partir de dados secundários de domínio público, dessa forma não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em pesquisa, conforme a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Contudo, todos os preceitos éticos foram seguidos pela equipe pesquisadora.

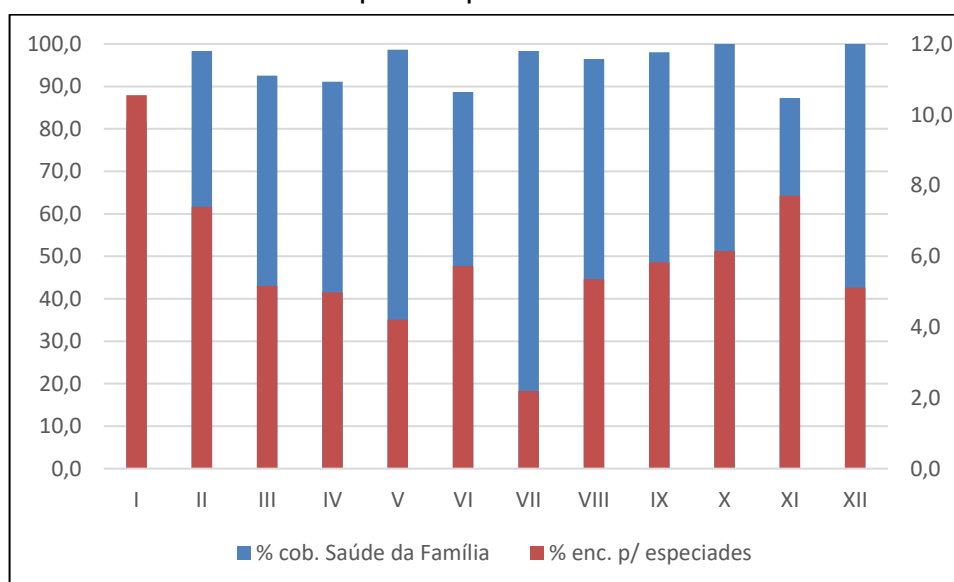
5 RESULTADOS

Os gráficos a seguir (gráfico 1 e gráfico 2) apresentam os resultados obtidos através dos dados dos indicadores do PMAQ no Estado de Pernambuco, correspondente ao total de 2.171 Equipes de Saúde da Família e 1.619 Equipes de Saúde Bucal.

Em relação a cobertura de saúde da família, a X e XII Regiões de Saúde correspondem a 100% de cobertura, seguidas da V, II, VII, IX com 98,6%, 98,4% e 98,3%, 98,1% respectivamente. As Regiões de Saúde com menor cobertura são: I, XI e VI que correspondem a 81,7%, 87,3% e 88,7%.

Em relação ao indicador de porcentagem de encaminhamentos para especialidades, observou-se que houve maior porcentagem na I e XI Região de Saúde com, respectivamente, 10,6% e 7,7%. A VII Região de Saúde obteve a menor porcentagem de encaminhamentos para especialidades que corresponde a 2,2 %.

Gráfico 1 – Porcentagem de cobertura de saúde da família e Porcentagem de encaminhamento para especialidades no ano de 2017



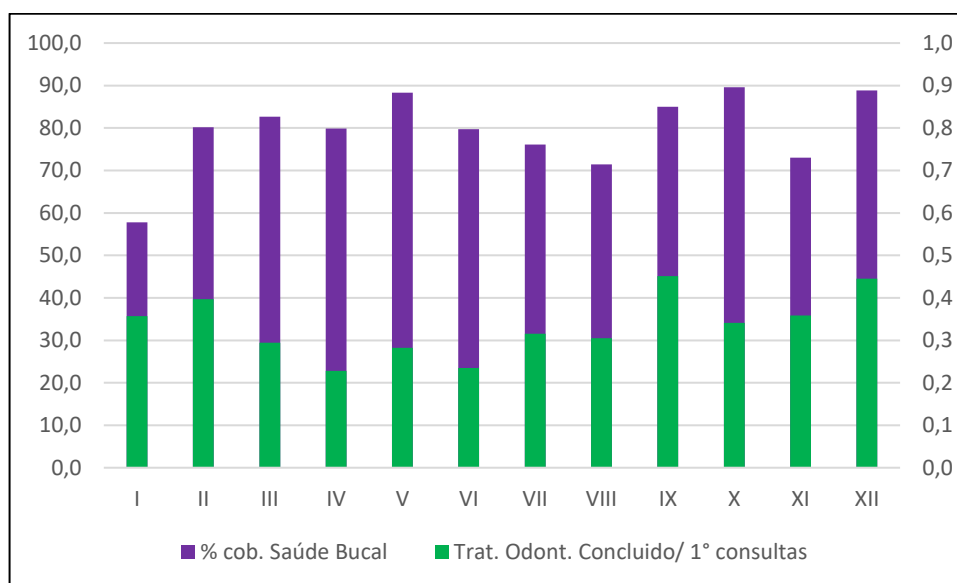
Fonte: Silva, P. E., 2021.

Nota: Gráfico elaborado pela autora com base nos resultados obtidos na pesquisa.

Em relação a cobertura de saúde bucal, a X Região de Saúde apresenta o maior percentual do estado, correspondendo a 89,6%. Enquanto a I Região de Saúde possui a menor cobertura que é de 57,8%.

A Região de Saúde com maior porcentagem de tratamento odontológico concluído/ 1ª consultas foi a IX Região de Saúde que alcançou 0,5% seguida da I, II, XI, XII que correspondem a 0,4% e as Regiões de Saúde com a menor porcentagem são a IV e a VI Região de Saúde que correspondem a 0,2%

Gráfico 2 - Porcentagem de cobertura de saúde bucal e tratamento odontológico concluído/ 1º consultas no ano de 2017



Fonte: Silva, P. E., 2021.

Nota: Gráfico elaborado pela autora com base nos resultados obtidos na pesquisa.

Segundo o Quadro 1 que apresenta a correlação de Pearson entre os indicadores, apenas a correlação entre o percentual de cobertura de Saúde da Família e de cobertura de Saúde Bucal tiveram uma correlação positiva (+) e de força moderada (0,5 a 0,7). Ou seja, a medida que a cobertura da Saúde da Família aumenta a cobertura da Saúde Bucal também tende a aumentar. As demais correlações entre os indicadores de cobertura e indicadores do PMAQ foram muito fracas (0 a 0,3) independente se positiva ou negativa.

Gráfico 3 - Correlação de Pearson entre os indicadores avaliados, Pernambuco, 2017.

Indicadores PMAQ	Indicadores de Cobertura	
	% cob. Saúde da Família	% cob. Saúde Bucal
% enc. p/ especialidades	-0,17	-0,10
Trat. Odont. Concluído/ 1º consultas	0,13	0,12
% cob. Saúde Bucal	0,67	-

6 DISCUSSÃO

Um dos atributos essenciais da atenção básica é o primeiro contato. Isso significa que a AB deve ser de fácil acesso para funcionar como porta de entrada principal para o sistema de saúde (STARFIELD, 2002). Estudos internacionais e nacionais trazem resultados positivos em relação à atuação da Atenção Básica que resulta em maior acesso aos serviços de saúde, cuidado qualificado e concentrado em prevenção e redução de cuidado especializado sem necessidade. (BROCARD *et al.*, 2018).

No Brasil, esse atributo tem sido reafirmado através da Política Nacional de Atenção Básica que reafirma as unidades básicas de saúde e a estratégia de saúde da família como porta de entrada prioritária para o SUS (BRASIL, 2017). Em 2019, a cobertura de saúde da família estimada era de 69,9% no território nacional brasileiro, porém a população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) era apenas 42,6% (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020). A partir dos anos 2000 com a implantação da Estratégia de Saúde da Família houve crescimento considerado na cobertura de saúde da família com frequência diferenciada entre as regiões e os diferentes portes populacionais (ALVES *et al.*, 2014). O estudo de Malta *et al.*, (2016) destaca aumento de 10% na cobertura de saúde da família no Brasil no ano de 2013.

Em um estudo nacional, na análise por região, o Nordeste apresenta alta cobertura de saúde da família, alguns estados apresentam 90%, outros 80%, porém entre 2008 e 2013 não houve crescimento, houve queda. Nessas regiões apesar da queda a cobertura de saúde da família é alta, o que se torna um desafio buscar ampliá-la (MALTA *et al.*, 2016).

Em relação aos resultados encontrados na pesquisa todas as microrregiões de Pernambuco estavam com a cobertura de saúde da família acima do estimado no país, onde a cobertura mais baixa corresponde a 81,7%. Essa expressiva cobertura de atenção básica no estado de Pernambuco confere potencialidade para que a AB seja, realmente, a porta de entrada ou seja, primeiro acesso do usuário ao serviço de saúde (CHAVES *et al.*, 2018).

Apesar da expansão da cobertura de atenção básica, diversos estudos têm apontado que ainda é preciso muitos investimentos para fortalecer a atenção básica, ampliando seu escopo e resolutividade para que ela seja consolidada como porta de entrada e coordenadora da rede de atenção à saúde no SUS (GIOVANELLA, 2018; LIMA *et al.*, 2018; SOUSA *et al.*, 2014). Embora, esse estudo não tenha identificado relação estatística na correlação entre cobertura de atenção básica e percentual de encaminhamentos, foi possível identificar que as Regiões de Saúde com menor cobertura de saúde da família também apresentaram altos percentuais de encaminhamento para atenção especializada, indicando que essas regiões precisam de investimento na ampliação quantitativa e qualitativa da atenção básica.

Além do PMAQ que visava qualificar a Atenção Básica, ao longo dos anos vem sendo implementadas estratégias que auxiliam na ampliação da resolutividade. Estudos sobre o Telessaúde o reafirmam como uma estratégia de ensino-aprendizagem que fortalece a formação profissional e influencia na assistência à saúde. (GONÇALVES *et al.*, 2017; GODOY; GUIMARÃES; ASSIS, 2014).

O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) criado em 2008, é uma das estratégias para fortalecer a Atenção Básica, pois o seu objetivo é qualificar e tornar mais resolutiva a Atenção Básica através de sua equipe multiprofissional (BRASIL, 2008). Alguns estudos identificaram que o NASF tem contribuído para ampliar a resolutividade da atenção básica (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; SOUSA *et al.*, 2017; SOUSA, 2016)

A educação permanente enquanto eixo transversal do PMAQ-AB é vista como estratégia para qualificação das práticas de assistência à saúde dentro do serviço assim como o próprio PMAQ. (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Os encaminhamentos da atenção básica para atenção especializada ainda são considerados um desafio para o SUS nos municípios de pequeno porte tendo em vista as baixas tecnologias, a dificuldade de deslocamento e também problemas relativos ao sistema de regulação de encaminhamentos (SISREG) (LIMA *et al.*, 2016). Uma limitação do indicador de encaminhamentos para especialidades é que não possibilita saber para quais especialidades os encaminhamentos são mais frequentes. Além disso, é importante analisar o perfil dos encaminhamentos para analisar se estão adequados, ou seja, “se são realizados quando há real

necessidade e se acontecem de modo responsável e com monitoramento para garantia de acesso no outro ponto da rede” (SOUSA, 2016; TORRES *et al.*, 2012).

Um estudo publicado em 2015 identificou disparidades na cobertura de saúde bucal entre as regiões do Brasil, onde a Região Nordeste apresentava maior percentual de cobertura com 69,1%, enquanto o Sudeste possuía apenas 25,6% (PINHO *et al.*, 2015). Neste estudo, a X Região de saúde apresenta maior cobertura de saúde bucal que corresponde a 89,6% e a I Região de saúde apresenta a cobertura mais baixa que corresponde a 57,8%.

A oferta de consultas odontológicas na atenção básica corresponde a menos de 80%, e pode acontecer pelo fato de haver poucos profissionais e também falta de insumos. Outro fator que interfere é a média nacional de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família, o que influencia negativamente no acesso da população ao serviço odontológico público e dificulta na resolutividade da demanda da população (CASOTTI *et al.*, 2014).

Os usuários do SUS enfrentam dificuldades para acessar o sistema de saúde, inclusive o serviço odontológico, de acordo com uma pesquisa que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou o acesso ao serviço odontológico tem sido baixo, visto que em 2013, nos 12 meses que antecediam a pesquisa, 55,6% dos brasileiros não tiveram acesso ao serviço odontológico (IBGE, 2015). O estudo de Cassoti *et al.* (2014) evidenciou que menos da metade dos usuários conseguiram marcar consulta com odontólogo na unidade de saúde.

No ano de 2002, apenas dois anos após a publicação da Portaria de incentivos pelo Ministério da Saúde, o número de equipes de saúde bucal obteve um crescimento de 1.526 equipes no País. De dezembro de 2002 a agosto de 2009 o número de equipes de saúde bucal passou de 4.261 para 18.482, correspondendo a um aumento de 334% (SOUZA; RONCALLI, 2007; BRASIL, 2009). Nesse período também houve um aumento expressivo da cobertura de equipes de saúde da família o que pode explicar a correlação importante entre os indicadores de cobertura identificada neste estudo.

A despeito dessa expressiva expansão, o estudo de França *et al.* (2020), indica que a maioria dos indicadores de saúde bucal apresentados são relacionados

ao acesso ao cuidado. Ainda são poucos os indicadores propostos para resolatividade. Este estudo identificou uma baixa resolatividade da saúde bucal nas regiões de saúde.

No Estado de Pernambuco existe a falta de materiais e os equipamentos não recebem manutenção regularmente, o que dificulta o acesso dos usuários a primeira consulta odontológica. (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015; TAVARES *et al.*, 2013). A literatura aponta problemas estruturais como limitações no processo de trabalho em saúde bucal gerando dificuldades no acesso além de dificuldades na conclusão de tratamento odontológico programático (MATOS, 2014). Outro estudo identificou fragilidades no processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Brasil, evidenciando ainda que as ações e serviços não estão sendo realizados de acordo com os atributos essenciais da atenção primária à saúde (FAGUNDES *et al.*, 2018)

Um estudo de Cassoti (2014) baseado em dados do PMAQ relacionado com equipes de saúde bucal de todas as microrregiões brasileiras tem resultados que demonstram que 45% dos usuários enfrentam dificuldades no acesso a consulta odontológica e quando conseguem existem dificuldades para continuidade do tratamento nas regiões Norte e Nordeste.

Vale ressaltar a importância do aumento no número de equipes de saúde, porém isso não é suficiente para melhoria nos indicadores de saúde bucal tendo em vista que o processo de trabalho dentro das equipes é ainda mais importante. (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Daí a importância de conhecer os fatores que estão impactando na baixa resolatividade das equipes e investir na superação desses desafios e na ampliação do acesso e da qualidade da atenção a saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou a resolutividade da Atenção Primária à saúde no estado de Pernambuco a partir de dois indicadores utilizados no PMAQ. Em resposta aos objetivos propostos pelo trabalho foram identificadas que de modo geral, o estado apresenta uma expressiva cobertura de saúde da família e saúde bucal, havendo correlação positiva entre esses dois indicadores. Essas altas taxas de cobertura possibilitam mais acesso ao serviço de saúde, o que potencializa a Atenção Básica como porta de entrada, ou seja, primeiro contato do usuário com o serviço de saúde.

No entanto, os indicadores de resolutividades analisados indicam que a ampliação da cobertura não foi acompanhada de aumento proporcional da resolutividade da atenção básica, havendo necessidade de maior fortalecimento da capacidade de resolução das equipes, especialmente as de saúde bucal.

O PMAQ mesmo não estando em exercício ainda contribui e auxilia os gestores através dos resultados dos indicadores disponíveis. Mesmo com o fim do PMAQ decretado pelo governo federal em 2019, nada impede um resgate do mesmo por gestões futuras ou até mesmo um novo programa com base nas suas diretrizes e metodologia de avaliação.

Espera-se que esse estudo possa subsidiar os gestores quanto à compreensão da Atenção Básica prioritariamente como primeiro acesso dos usuários, com resposta resolutiva a demanda para que se obtenha uma atenção integral e equânime aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Vale salientar que esse estudo apresenta limitações importantes em seu desenho metodológico, funcionando como uma aproximação inicial à temática estudada. Sugere-se a realização de novos estudos com maior grau de aprofundamento e utilização de outros indicadores e/ou critérios de avaliação da resolutividade da atenção básica. Esse tipo de investimento científico pode corroborar para o fortalecimento da política de atenção básica que vem sofrendo tantos ataques nos últimos anos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. M. C. *et al.* Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial, p. 77-85. Ago./2019. Disponível em: 10.1590/0103-11042019S106. Acesso em: 09 abr. 2021.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p. 1727- 1742. Ago./2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800002>. Acesso em: 17 abr. 2021.

ALVES, M. G. M *et al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, (n. esp.), p.34-51. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>. Acesso em 13 abr. 2021.

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.14, n.41, p. 1-16, out. 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2180](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2180). Acesso em: 10 fev. 2021.

ARRUDA, C. A. M; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **interface**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 321-332, out./2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200321&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 nov. 2019.

ÀVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, jan./2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100037. Acesso em: 18 nov. 2019.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e sociedade**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 884-899, dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>. Acesso em: 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 1444/ GM em 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 08 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**: Documento Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 02 abr. 2021.

SAÚDE bucal investe R\$ 53,1 milhões na ampliação de ações: MS anuncia medidas como a criação de consultórios móveis, reajuste de 100% no recurso para próteses dentárias e habilitação de 96 novos Centros de Especialidades. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=10622. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do sistema único de saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável- PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: instrumento de avaliação externa de saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério Da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil. Brasília: Ministério Da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério Da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa “Saúde na Hora”, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. Brasília: Ministério Da Saúde, 2019.

BROCARDI, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.42, n. especial, p. 130-144. Set./2018. Disponível em: 10.1590/0103-11042018S109. Acesso em: 09 abr. 2021.

BULGARELI, J. *et al.* A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p.383-391. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.20102012>. Acesso em: 11 abr. 2021.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. especial, p. 140-157, out./2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S011>, Acesso em: 5 Abr. 2021.

CHAVES, L. A. *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.2, p. 2-16, fev./2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00201515>. Acesso em: 5 abr.2021.

CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n.(esp), p.345-359, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s25>. Acesso em 13 abr. 2021.

CUBAS, M. R. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n.113, p. 471- 485, abr. /jun. 2017. Disponível em: [10.1590/0103-1104201711310](https://doi.org/10.1590/0103-1104201711310). Acesso em: 9 fev. 2021.

D'AGUIAR, J.M.M. **O programa saúde da família no Brasil**: a resolutividade do PSF no Município de Volta Redonda, RJ. 2001. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FAGUNDES, DM. *et al.* Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n.9, p. 2-14, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00049817>. Acesso em: 23 mar. 2021.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2021.

FRANÇA *et al.* Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 2-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100002>. Acesso em: 13 abr. 2021.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.8, p 2-5, ago./2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00029818>. Acesso em : 31 mar. 2021.

GIOVANELLA, L; FRANCO, C.M; ALMEIDA, P. F. D. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p. 1475-1481, abr/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GODOY SCB; GUIMARÃES EMP, ASSIS DSS. Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem. **R. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 148-155. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0148.pdf>. Acesso em 13 abr. 2021

GOMES, C. B. E. S; GUTIÉRREZ, A.C; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p. 1327-1337, abr./2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>. Acesso em: 18 mar. 2021.

GONCALVES, MR *et al.* Expanding Primary care access: a telehealth success story. **Ann Fam Med**, Leewood, v.15, n.4, p. 15-383. Jul./2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28694280/>. Acesso em: 09 abr. 2021

IBÁÑEZ *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11,n.3, p.683-703, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais**: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, maio 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874>. Acesso em: 26 ago. 2019.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 52-66, Set. 2018. Disponível em: [10.1590/0103-11042018S104](https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104). Acesso em: 10 abr. 2021.

LIMA, R.T.D.S. *et al.* A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2685-2696, jun./2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15412016>. Acesso em: 17 mar. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* A cobertura da estratégia de Saúde da Família (eSF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 327-338. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>. Acesso em: 12 abr. 2021.

MATOS, P. E. S. **Análise da atenção em saúde bucal no Brasil sob a ótica do Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2014. 143 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-10102014144648/pt-br.php>. Acesso em: 12 abr. 2021.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das equipes de atenção básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde**

debate, Rio de Janeiro, v.39, n.107, p.1033-1043.Dez./2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070360>. Acesso em: 30 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012e.

MOROSINI , M. V. G. C; FONSECA, A. F; BAPTISTA, T. W. D. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da privatização da atenção básica?. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.9, p. 2-20, set./2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00040220>. Acesso em: 16 jan. 2021.

OLIVEIRA, P.M.C *et al.* Indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Ceará: Análise Crítica. **Cadernos ESP**, Fortaleza, p. 29-36, jan./jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/AlmaAta.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2019.

PERNAMBUCO. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização 2011**. Recife: Secretaria de Saúde, 2011.

PERNAMBUCO. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria de Saúde. **Plano estadual de saúde: 2016-2019**. Recife: Secretaria de Saúde, 2016.

PINHO, J. R.O. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 69, n.1, p. 80-85, Jan./Mar. 2015. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/apcd/v69n1/a13v69n1.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

PINTO, H. A; SOUSA, A. N. A. D; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, edição especial, p. 358-372, out./2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0103-11042014000600358&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2019.

PINTO, L.F; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência e Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1903-1914/>. Acesso em: 26 jun. 2019.

GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.

RESOLUTIVIDADE. In: DICIONÁRIO Informal. [S. l.]: [s. n.], [2021] disponível em: <https://www.dicionarioinformal.com.br/resolutividade/>. Acesso em: 28 jan. 2021.

ROSA, R. B; PELEGRINI, A. H. W; LIMA, M. A. D. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia de saúde da família. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 345-349, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200019. Acesso em: 20 nov. 2019.

SIMAS, P. R. P; PINTO, I. C. D. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, mar./2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601865&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 nov. 2019.

SOUSA, F.O.S *et al.* Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.19, n.4, pp.1283-1293. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SOUSA, F.O.S *et al.* O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p.1075-1089, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711507>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SOUSA, F.O.S. **Núcleo de apoio à saúde da família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado**. 2016. 155f. Tese (Doutorado) – FioCruz, Recife, 2016.

SOUSA, M. D. F. D; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1325-1335, out./2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002>. Acesso em: 16 nov. 2019.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2727- 2739, nov./2007; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100020>. Acesso em: 10 abr. 2021.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: na international perspective. **Health Policy**, [s. l.], v.60, n.3, p.201-218.Jun./2002. Disponível em: [10.1016/s0168-8510\(01\)00208-1](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(01)00208-1). Acesso em: 10 abr. 2021.

TAVARES, R. P. *et al.* A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.99, p. 628-635, out-dez./2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a10v37n99.pdf>. doi: 10.1590/S0103-11042013000400010. Acesso em: 28 mar. 2021.

TORRES, L.M *et al.* Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Rev. bras. enferm.**, Rio de Janeiro, v.65, n.5, pp.822-828, 2012. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-7167201200050001>. Acesso em: 13 abr. 2021.

TURRINI, R. N. T; LEBRÃO, 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, p. 663-674, mar./2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 out. 2019.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **Sanare**, Sobral, v. 17, n.1, p. 65-73, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1224/655>. Acesso em: 24 ago.2019.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 100-112,abr-jun. 2015. doi: 10.1590/S0104-12902015000100008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.