



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DIOGENES FERREIRA DOS PASSOS

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS MARANHENSES**

RECIFE

2025

DIOGENES FERREIRA DOS PASSOS

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS MARANHENSES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli

Coorientadora: Sofia Guerra Ávila

RECIFE

2025

Catálogo de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Passos, Diogenes Ferreira Dos.

Avaliação da implementação da Estratégia de Planificação da
Atenção à Saúde em dois municípios maranhenses / Diogenes Ferreira
Dos Passos. - Recife, 2025.
133f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco,
Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, 2025.

Orientação: Petrônio José de Lima Martelli.

Coorientação: Sofia Guerra Ávila.

Inclui referências e anexos.

1. Regionalização da saúde; 2. Planificação; 3. Avaliação em
saúde; 4. Ciência da Implementação. I. Martelli, Petrônio José de
Lima. II. Ávila, Sofia Guerra. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

DIOGENES FERREIRA DOS PASSOS

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS MARANHENSES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 21/07/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. **Petronio José de Lima Martelli** (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dr. **Isabella Chagas Samico** (Examinadora Externa)

GEAS/IMIP

Profa. Dra. **Gabriella Moraes Duarte Miranda** (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A Deus por seu o meu refúgio e fortaleza, iluminando meu caminho e amparando-me nos momentos de incerteza e medo, cobrindo-me com sua graça e sempre pronto a me conceder abrigo.

A Luan por ser uma fonte inesgotável de motivação, animando-me e fortalecendo-me em todo o processo e não me deixando duvidar da minha própria capacidade.

Aos meus pais por sempre investirem em minha educação, me dando todo o suporte necessário e apoiando os meus sonhos apesar de temerem a minha ausência.

A toda a minha família, que direta ou indiretamente moldaram a pessoa que eu sou, me orgulho da minha origem e das mãos calejadas dos meus antepassados que no interior do nordeste abriram o caminho que me trouxe até aqui, especialmente meus avós Laura e Jorge e Eleozina e Otávio.

Não poderia deixar de mencionar especialmente a Deusa, Lucineide e Manoel, vocês são responsáveis por grande parte de quem eu sou. A minha querida irmã Miquesia, por sua constante alegria e apoio. E aos meus dois Joãos por representarem a personificação do amor nessa terra para mim.

A todos os amigos. Não ousaria mencionar os nomes pois fatalmente cometeria erros. Vocês são a minha fonte inesgotável de amparo, companheirismo e força. Agradeço por estarem ao meu lado em tantos momentos da minha vida.

Ao meu orientador Petrônio, por sua disponibilidade, cordialidade e parceira. A minha coorientadora Sofia por construir comigo cada linha dessa dissertação, sem você eu não teria conseguido.

A todos os pesquisadores que compõem o Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, por serem uma fonte inesgotável de conhecimento. Um agradecimento especial a Ana Coelho por ser minha mentora e conselheira fiel.

A todos os professores deste queridíssimo programa. E por fim, a minha estimada turma, Anne, Aryanne, Carolina, Débora, Gleice, Mirtes, Nicole e Viviane. Sem vocês essa trajetória não seria a mesma, cada uma do seu jeito especial e único me ensinou um pouco mais sobre mim mesmo e o tipo de pessoa que eu quero ser.

RESUMO

A Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde possui o objetivo de apoiar os estados e municípios no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada mediante um conjunto de oficinas e tutorias capazes de estimular mudanças nos profissionais e em seus processos de trabalho, com foco na efetividade das Redes de Atenção à Saúde. Esta dissertação avaliou a sua implementação nos municípios de Caxias e Coelho Neto, estado do Maranhão, por meio de um estudo avaliativo, de abordagem qualitativa descritiva-interpretativa, realizado a partir de entrevistas individuais semiestruturadas com gestores regionais, estaduais e municipais, profissionais de ambos os níveis assistenciais e facilitadores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, totalizando 33 entrevistados. Para isso, foram selecionadas categorias de três dimensões do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação: ambiente externo; ambiente interno; e processo de implementação. As informações foram analisadas para cada um dos municípios, com o objetivo de aprofundar as articulações estabelecidas entre o material empírico e o referencial teórico proposto. Os resultados demonstraram como elementos estruturais e orçamentários podem afetar o processo de implementação de estratégias em saúde, influenciando os resultados esperados. Porém, também evidenciaram como a ativa participação de profissionais e gestores pode contribuir para a modificação da realidade, principalmente quando amparados por metodologias e profissionais capacitados. Os facilitadores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde desempenharam papel crucial no processo de implementação, oferecendo suporte teórico, técnico e operacional, viabilizando o desenvolvimento dos processos de trabalho, mesmo diante de cenários desafiadores. No que concerne à Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde, sua capacidade de adaptação facilitou a sua implementação em ambos os campos estudados. Os espaços educacionais representaram momentos emblemáticos de aprendizagem e aproximação entre os profissionais, potencializando a resolubilidade de questões operacionais e a formação de grupos de trabalho. A utilização do Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação viabilizou a realização de uma avaliação aprofundada, principalmente por envolver em sua análise o estudo de diferentes elementos relacionados ao processo de implementação. Os domínios e categorias selecionados demonstraram-se compatíveis com os objetivos propostos, evidenciando sua aplicabilidade, versatilidade e relevância.

Palavras-chave: Regionalização da Saúde; Planificação; Avaliação em Saúde; Ciência da Implementação.

ABSTRACT

The Health Care Planning Strategy aims to support states and municipalities in the development of Primary Health Care and Specialized Outpatient Care through a series of workshops and tutorials designed to stimulate change in professionals and their work processes, with a focus on the effectiveness of Health Care Networks. This dissertation evaluated its implementation in the municipalities of Caxias and Coelho Neto, in the state of Maranhão, through an evaluative study using a qualitative descriptive -interpretative approach, based on semi-structured individual interviews with regional, state, and municipal managers, professionals from both levels of care, and facilitators from the National Council of Health Secretaries, totaling 33 interviewees. For this purpose, categories from three dimensions of the Consolidated Conceptual Framework for Implementation Research were selected: external environment; internal environment; and implementation process. The information was analyzed for each of the municipalities, with the aim of deepening the links established between the empirical material and the proposed theoretical framework. The results demonstrated how structural and budgetary elements can affect the process of implementing health strategies, influencing the expected results. However, they also showed how the active participation of professionals and managers can contribute to changing reality, especially when supported by methodologies and trained professionals. The facilitators of the National Council of Health Secretaries played a crucial role in the implementation process, offering theoretical, technical, and operational support, enabling the development of work processes, even in challenging scenarios. Regarding the Health Care Planning Strategy, its adaptability facilitated its implementation in both fields studied. Educational spaces represented emblematic moments of learning and rapprochement among professionals, enhancing the resolvability of operational issues and the formation of working groups. The use of the Consolidated Conceptual Framework for Implementation Research enabled an in-depth evaluation, mainly because its analysis involved the study of different elements related to the implementation process. The selected domains and categories proved to be compatible with the proposed objectives, demonstrating their applicability, versatility, and relevance.

Keywords: Health Regionalization; Planning; Health Evaluation; Implementation Science.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Atributos das RAS	17
Quadro 1.	Principais características que diferem os sistemas fragmentados e as RAS	18
Figura 2.	Lógica dos componentes das RAS nos territórios sanitários	20
Figura 3.	Os atributos e as funções da atenção primária à saúde na RAS	22
Figura 4.	Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as RAS	23
Figura 5.	Linha do tempo da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde	25
Figura 6.	Modelo de Atenção às Condições Crônicas	26
Figura 7.	A construção social da Atenção Primária à Saúde	27
Quadro 2.	O ciclo PDSA no âmbito da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde	28
Figura 8.	Objetivos de uma avaliação	32
Figura 9.	Vantagens e desvantagens de avaliadores externos e/ou internos	33
Figura 10.	Resumo dos constructos presentes no Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação	36
Quadro 3.	Fases de desenvolvimento da pesquisa Efetiva PAS	38
Quadro 4.	Domínios, categorias e descrições adaptados do CFIR	45
Quadro 5.	Síntese das principais características observadas no processo de implementação da Estratégia PAS por domínio/categoria do CFIR.	64
Quadro 6.	Aspectos facilitadores do processo de implementação da Estratégia PAS por município	65
Quadro 7.	Aspectos desafiadores do processo de implementação da Estratégia PAS por município	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição e codificação dos entrevistados por região/município. Brasil, 2025	44
-----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFIR	Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação
CI	Ciência da Implementação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Estratégia PAS	Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde
Efetiva PAS	Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Quatro Regiões de Saúde no Brasil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAPS	Planificação da Atenção Primária à Saúde
PDSA	<i>Plan, Do, Study, Action</i>
Proadi-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 O Sistema Único de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde	15
2.2 Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde	24
2.3 Avaliação em Saúde e Ciência da Implementação	31
2.4 A Pesquisa Efetiva PAS	36
3 JUSTIFICATIVA	40
4 OBJETIVOS	42
4.1 Objetivo Geral	42
4.2 Objetivos Específicos	42
5 MÉTODOS	43
5.1 Tipo de estudo	43
5.2 Cenário e período do estudo	43
5.3 Participantes do estudo	44
5.4 Coleta de dados	44
5.5 Análise dos dados	45
5.5 Aspectos éticos	46
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
6.1 Aspectos relacionados ao ambiente externo, ambiente interno e ao processo de implementação em ambos os municípios Maranhenses	48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
ANEXO A – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS: PESQUISA EFETIVA PAS	79
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO IMIP PARA COLETA DE DADOS	109
ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA: PESQUISA EFETIVA PAS	110
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: PESQUISA EFETIVA PAS	131

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui a missão de assistir de maneira equânime e integral toda a população brasileira, um país diverso em suas dimensões continentais e marcado por disparidades sociais e regionais. Essa diversidade e desigualdade colocam à prova a capacidade do SUS de fornecer um atendimento eficaz e equitativo (Jatobá; Carvalho, 2022). Soma-se a isso desafios relacionados à coordenação do cuidado entre diferentes serviços de saúde e a incipiente articulação entre níveis de atenção, resultando em uma fragmentação assistencial (Oliveira *et al.*, 2019).

Como estratégia para superar essa fragmentação, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização do SUS por meio da construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que buscam atender às necessidades em saúde com efetividade e eficiência, de modo a garantir a integralidade do cuidado (Calvasina, 2023).

Apesar do avanço das RAS na superação da fragmentação e na oferta de um cuidado mais qualificado, observa-se a persistência de alguns desafios relacionados à organização das políticas, à insuficiência do financiamento, à complexa relação entre os princípios da saúde pública e a lógica do mercado, às fragilidades dos processos regulatórios e a permanência das desigualdades em saúde (Miranda; Mendes; Silva, 2017). Além de fatores contextuais que são externos ao SUS, prejudicando a sua capacidade em adaptar-se de maneira oportuna às mudanças relacionadas à transição demográfica, nutricional, tecnológica e epidemiológica (Mendes, 2019).

É diante desse cenário que o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) desenvolveu a Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (Estratégia PAS), uma proposta cujo objetivo é apoiar os estados e municípios no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), por meio de um conjunto de oficinas, tutorias, treinamentos e capacitações práticas de curta duração com o objetivo de promover mudanças efetivas nos conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais, bem como na organização dos processos de trabalho e gestão, visando à melhoria da efetividade das RAS (Evangelista *et al.*, 2019).

As ações educacionais realizadas no âmbito da Estratégia PAS têm por objetivo o desenvolvimento de competências dos profissionais para reorganizar os processos de trabalho e atender às necessidades dos usuários sob sua responsabilidade. Essas ações são baseadas em práticas problematizadoras que envolvem dirigentes, técnicos e todos os trabalhadores atuantes

nas unidades de saúde, proporcionando a discussão e implementação de ações concretas para a melhoria dos serviços ofertados. No decorrer da sua implantação a Estratégia PAS foi adaptada e aperfeiçoada tendo como base os referenciais teóricos da implantação das RAS, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas e a Construção Social da APS (CONASS, 2018; Guerra *et al.*, 2022; Albuquerque *et al.*, 2023).

Nesse sentido, torna-se importante evidenciar que uma das fases mais complexas e mais decisiva no sucesso de uma intervenção é a implementação, pois envolve o maior número de atores e constitui o momento em que o desenho conceitual da intervenção vai ao encontro da realidade na busca dos resultados e impactos previstos. Entre os fatores que podem influenciar esse processo estão: o nível de conflito entre formuladores e implementadores; o comportamento organizacional dos diferentes atores; a gestão; a alocação dos recursos; a postura adotada frente às pressões inerentes do processo; a reação dos grupos-alvo; a influência do contexto socioeconômico; e o uso dos resultados para condução de ajustes no processo de implementação (Viana, 2021).

É nesse momento que a utilização de modelos teóricos de implementação pode auxiliar no entendimento das razões pelas quais uma inovação ocorreu ou não em conformidade com o planejado, fornecendo subsídios para o entendimento daquilo que pode ser melhorado (Bonfim, 2021). Diante disso, a Ciência da Implementação (CI) surge como campo interdisciplinar que estuda os métodos e estratégias para promover a adoção, adaptação e sustentabilidade de intervenções em contextos práticos, como sistemas de saúde, educação, serviços sociais e outras áreas de políticas públicas (Nilsen, 2015).

Um dos instrumentos mais frequentemente aplicados no campo da CI é o Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR), constituído por 39 constructos organizados em cinco dimensões, a saber: características da intervenção/inovação; ambiente interno; ambiente externo; características dos indivíduos; e processo (Kanno *et al.*, 2023). Sua aplicação possui a capacidade de delinear as barreiras e facilidades relacionadas ao momento da implementação, representando a síntese de uma série de teorias relacionadas a esse processo (Vandevanter *et al.*, 2017).

A Estratégia PAS tem sido foco de investigação de diversos pesquisadores nos últimos anos, produzindo contribuições relevantes para a organização dos sistemas de saúde em várias regiões do Brasil. Um dos estudos que se propôs a contribuir para essa discussão foi a pesquisa conduzida pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), intitulada Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Quatro Regiões de Saúde no Brasil (Efetiva PAS) (Samico *et al.*, 2024), cujo objetivo foi avaliar a efetividade da Estratégia

PAS na melhoria da organização e qualificação dos processos assistenciais em quatro regiões de saúde do Brasil.

A pesquisa supracitada contou com a realização de entrevistas semiestruturadas com gestores estaduais, regionais e municipais, profissionais da APS e da AAE, facilitadores do CONASS e usuários das redes públicas de saúde das regiões de estudo. As entrevistas visavam compreender, entre outros aspectos, os processos de planejamento e implementação da Estratégia PAS, os fatores condicionantes para sua concepção, desenvolvimento e sustentabilidade, além dos resultados e mudanças observados.

O presente estudo corresponde a um recorte da pesquisa Efetiva PAS, tendo o objetivo de avaliar o processo de implementação da Estratégia PAS em dois municípios Maranhenses, a partir da percepção dos gestores, profissionais e facilitadores entrevistados. Espera-se que os seus resultados possam contribuir na compreensão de elementos facilitadores e/ou dificultadores no processo de implementação da Estratégia PAS nesses dois municípios, subsidiando informações que poderão ser úteis em outros contextos e para outras estratégias voltadas à organização das RAS no SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Sistema Único de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde

A Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 estabeleceram as bases e diretrizes do SUS, legitimando a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Sua implementação prevê um sistema descentralizado, com integração das três esferas de governo de modo a garantir ações e serviços de saúde por meio de uma rede hierarquizada, onde a descentralização e a regionalização são temas estratégicos para a gestão (Reis *et al.*, 2017), estando toda a sua arquitetura alicerçada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (Faria, 2020).

Após três décadas de sua implantação, o SUS tem alcançado avanços incontestáveis no atendimento e garantia dos direitos dos cidadãos brasileiros, mantendo um patamar de excelência em termos de ações, práticas e conhecimentos. Entre os avanços estabelecidos encontram-se o atendimento universal, a organização e o fortalecimento dos sistemas municipais e estaduais de saúde, a ampliação da oferta e cobertura de serviços assistenciais e a institucionalização de mecanismos democráticos no processo de pactuação entre gestores e o controle social (Belga; Jorge; Silva, 2022). Além disso, a atuação do SUS foi capaz de minimizar os efeitos da pandemia de Covid-19, demonstrando a eficácia de um sistema de saúde público e universal em situações de crise sanitária (Aragão; Farias, 2022).

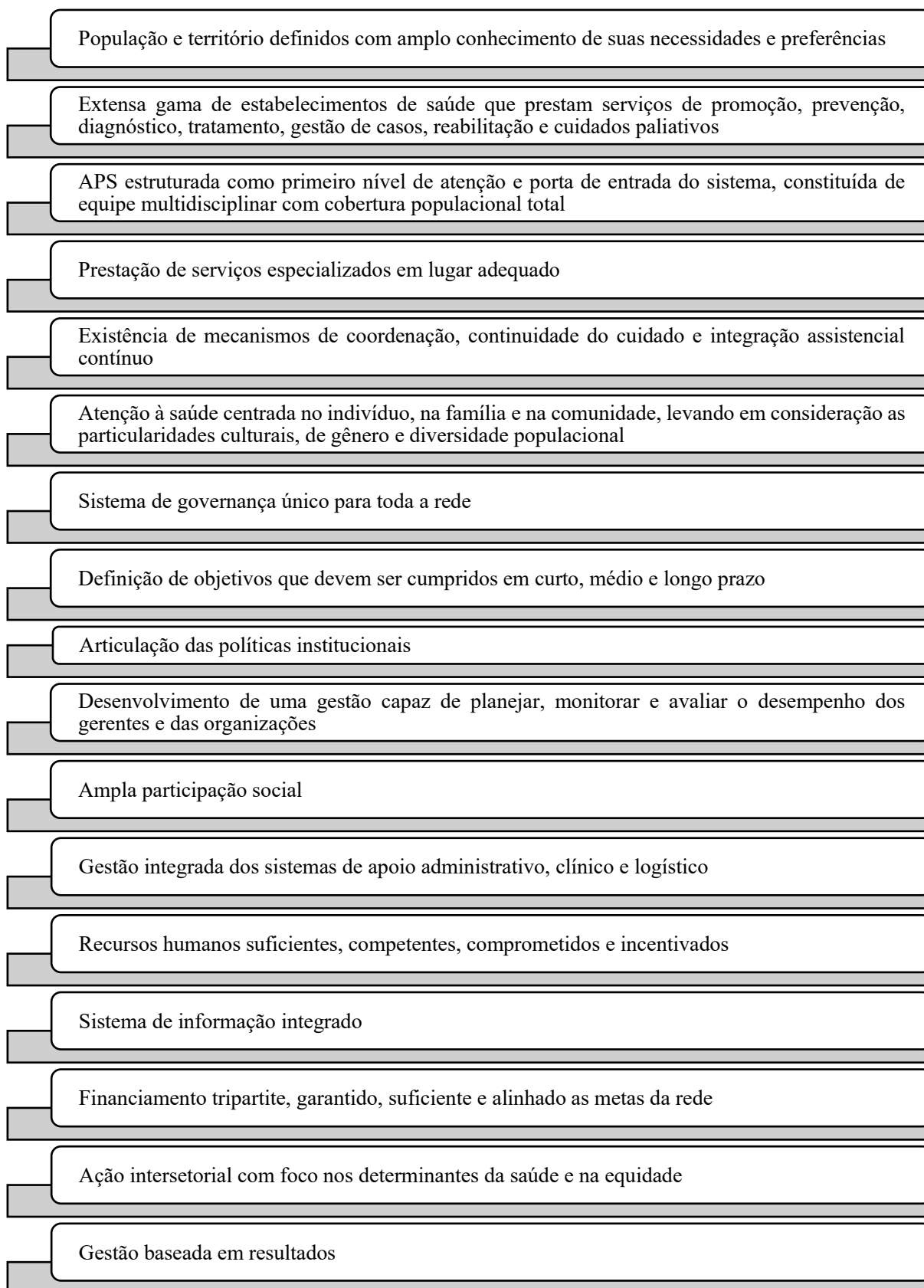
Porém, mesmo diante de avanços que revelam seu fortalecimento, problemas relacionados ao cumprimento dos princípios, diretrizes e objetivos do SUS são evidenciados por meio da fragmentação da rede assistencial e ausência de uma comunicação efetiva entre os níveis, afetando a coordenação do cuidado (Oliveira *et al.*, 2019). A complexidade na operacionalização do SUS apresenta-se na diversidade dos contextos socioeconômicos, considerando-se o peso da oferta da assistência à saúde privada e a influência de seus interesses mercadológicos (Pinto; Cyrino, 2022).

Com o objetivo de superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e promover a qualificação da gestão, o Ministério da Saúde propôs o modelo de organização do SUS a partir das RAS (Tofani *et al.*, 2022), cujo marco legal foi a Portaria nº 4.279 de 2010, definindo-as como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integradas por intermédio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão na busca da integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Historicamente, a primeira descrição completa de uma rede regionalizada remonta a 1920, a partir de um relatório apresentado por Dawson, originado de um debate acerca das

mudanças no sistema de proteção social após a Primeira Guerra Mundial, por solicitação do governo inglês. O objetivo desse relatório foi buscar, pela primeira vez na história, maneiras de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma região específica, sendo reconhecido ainda hoje como um documento surpreendente, devido a sua abrangência e profundidade (Kuschni; Chorny, 2010).

A organização em redes foi construída como uma forma de garantia do acesso e qualidade a saúde para toda população, por meio da oferta de serviços e mecanismos de referência baseando-se em territórios compatíveis e com autossuficiência em recursos para todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões na oferta de serviços capazes de responder às demandas dos usuários, a partir de um olhar ampliado que visa beneficiar a saúde por meio do contato com os diferentes pontos do sistema (Damaceno *et al.*, 2019), possuindo diversos atributos que podem ser visualizados na Figura 1.

Figura 1: Atributos das RAS.

Fonte: Brasil, 2010.

As principais justificativas para implantação das RAS encontram-se na necessidade de organizar os sistemas em resposta à tripla carga de doenças (infectocontagiosas, crônicas e de causas externas) e a obtenção de melhores resultados econômicos, epidemiológicos e na integralidade do cuidado, organizando-se a partir de redes formadas por diversos pontos de atenção à saúde, com centralidade na APS (Tofani *et al.*, 2021). A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde e melhoria na eficiência de sua gestão em um espaço regional, contribuindo no processo de efetivação do SUS (Bermudez; Siqueira-Batista, 2017) e possibilitando a integralidade e o fortalecimento da gestão do cuidado nos diferentes espaços regionais (Maximino *et al.*, 2017). O Quadro 1 apresenta as principais características que diferem os sistemas fragmentados da proposta idealizada para as RAS.

Quadro 1: Principais características que diferem os sistemas fragmentados e as RAS.

Características	Sistema Fragmentado	Redes de Atenção à Saúde
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade das RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em planos de cuidados individuais, realizado conjuntamente e com busca ativa
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas

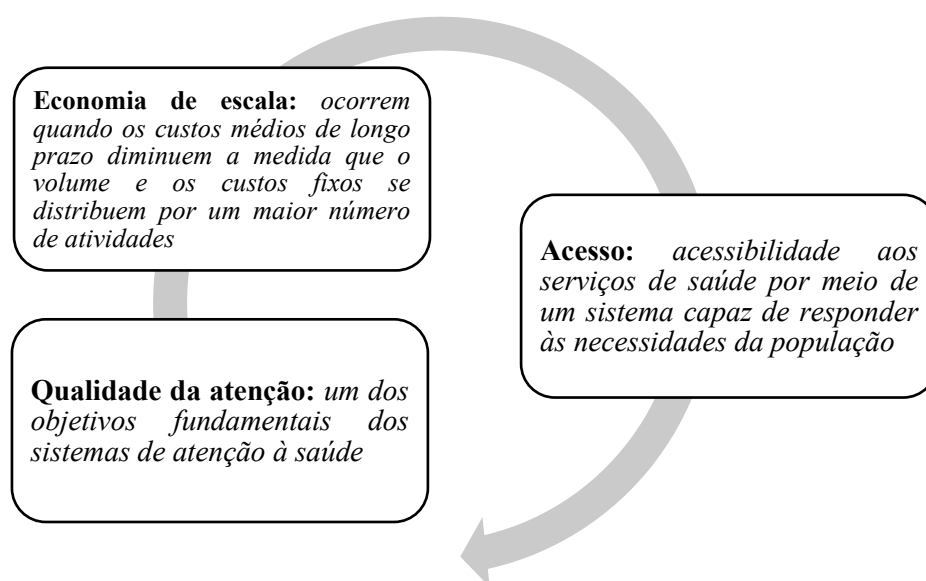
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de risco e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação de risco, voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da oferta, baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências
Ênfase do cuidado	Cuidado centrado nos profissionais, especialmente médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais, usuários e suas famílias, com ênfase no autocuidado apoiado
Conhecimento e ação clínica	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e usuários
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade	Integrada a partir de cartão de identificação dos usuários e de prontuários eletrônicos, articulada em todos os componentes da RAS
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede
Participação social	Participação social passiva	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Fonte: Mendes, 2011.

A estruturação das RAS deve estar alinhada com a composição de regiões de saúde, definidas como recortes territoriais contínuos, constituídas mediante o agrupamento de municípios limítrofes com características culturais, econômicas e sociais semelhantes e redes compartilhadas de comunicação e infraestrutura (Brasil, 2011). Nesse sentido, para promover a

integração do sistema de saúde, as RAS devem ser portadoras de uma nova lógica de organização dos serviços, promovendo a integração territorial e considerando a disposição e o acesso às diferentes densidades tecnológicas, com apoio dos sistemas técnicos, logísticos e de gestão, de modo a garantir a integralidade do cuidado de forma responsável e humanizada (Viana *et al.*, 2018; Martinelli *et al.*, 2022), a partir da combinação dialética que por um lado prioriza a economia de escala e a qualidade dos serviços e por outro considera a importância do acesso aos serviços de saúde (Mendes, 2011), conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2: Lógica dos componentes das RAS nos territórios sanitários.



Fonte: adaptado de Mendes, 2011

As RAS devem ofertar ações voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis assistenciais, viabilizando a articulação e interconexão de conhecimentos, saberes, tecnologias, culturas, profissionais e organizações existentes, representando um instrumento de garantia do direito à saúde, ampliando o acesso e diminuindo as desigualdades (Schiller *et al.*, 2021). Esse modelo apresenta-se como um recurso que suscita o diálogo e o desenvolvimento de estratégias de negociação entre agentes de saúde no estabelecimento de relações solidárias, na constituição de parcerias (formais e informais) para alternância contínua do cuidado e validação dos novos saberes e aprendizagens (Costa *et al.*, 2020).

Para sua operacionalização, as RAS necessitam de quatro componentes fundamentais, a saber: modelo de governança, alinhado com as atividades da APS e os outros pontos de atenção; sistemas de apoio diagnóstico, terapêutico, farmacêutico e de informação em saúde;

sistemas logísticos, como cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, acesso regulado e transporte em saúde; e centro de comunicação para coordenação dos fluxos e contrafluxos do sistema de atenção (Lapão *et al.*, 2017).

A APS possui a finalidade de organizar as RAS, sendo referência para a população adscrita, onde os usuários, partindo desse ponto da rede, devem ser direcionados aos outros níveis de atenção (Silva; Ramos; David, 2021). O papel da APS está centrado na gestão do fluxo de usuários na rede, no manejo efetivo das condições crônicas, no cuidado com ênfase nas práticas preventivas e na redução de iniquidades, objetivando um desenho complexo de políticas públicas que tornem possível a convergência de estratégias para promoção de um cuidado efetivo (Rodrigues; Sousa, 2023), promovendo a redução dos gastos públicos e favorecendo a execução dos seus atributos como coordenadora do cuidado (Schönholzer *et al.*, 2023).

A APS deve oferecer cuidados profissionais abrangentes, com acesso universal facilitado e longitudinal, acionando e coordenando os cuidados especializados sempre que necessário. A oferta desse cuidado, voltado aos casos de maior gravidade clínica e/ou diagnóstica, são cruciais na efetividade da integralidade (Tesser; Poli Neto, 2017). Nesse cenário, a APS configura-se como local privilegiado na efetivação do processo de reorientação dos modos de agir na saúde, agregando qualidade ao processo de trabalho para concretização do cuidado integral (Queiroz *et al.*, 2021), devendo-se estruturar-se de acordo com sete atributos e três funções, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3: Os atributos e as funções da atenção primária à saúde na RAS.

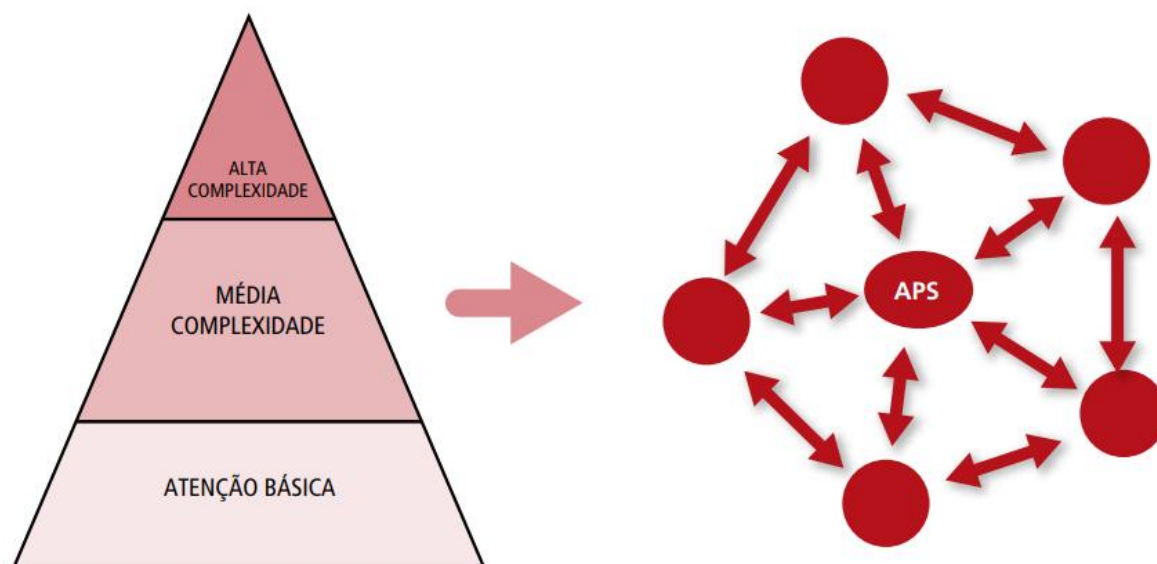
Atributos		Funções	
Primeiro contato	<i>Acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio para os quais se procura atenção à saúde</i>	Resolubilidade	<i>Inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser resolutive e capacitada, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população</i>
Longitudinalidade	<i>Existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança entre equipe de saúde, indivíduos e famílias</i>	Comunicação	<i>Expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação da RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes da rede</i>
Integralidade	<i>Prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças</i>	Responsabilização	<i>Implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela</i>
Coordenação	<i>Capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante, se articulando com a função de centro de comunicação da RAS</i>		
Focalização na família	<i>Implica considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde</i>		
Orientação comunitária	<i>Reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde</i>		
Competência cultural	<i>Relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias</i>		

Fonte: adaptado de Mendes, 2011.

Entretanto, nesse arranjo organizativo, mesmo que a APS assuma papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, todos os pontos de atenção são considerados igualmente importantes, diferenciando-se apenas em relação às suas finalidades e densidades tecnológicas (Freitas; Araújo, 2018), sendo imprescindível a substituição da concepção hierárquica e

piramidal dos níveis de atenção à saúde por redes poliárquicas, primando pelo respeito às diferentes densidades tecnológicas por meio do rompimento das relações verticalizadas por redes policêntricas horizontais (Mendes, 2011), conforme demonstrado na Figura 4.

Figura 4: Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as RAS.



Fonte: Mendes, 2011.

Nesse sistema, a atenção secundária abrange serviços ambulatoriais especializados que possuem a finalidade de oferecer suporte à APS, enquanto o nível terciário compreende os atendimentos de maior complexidade, que necessitam de um atendimento hospitalar (Carvalho; Condessa; Vidal, 2023). Abordado segundo uma perspectiva conceitual, os pontos de atenção secundário e terciário representam os nós da RAS, ofertando determinados serviços especializados e produzidos mediante uma função singular, diferenciando-se apenas por suas respectivas densidades tecnológicas, onde os pontos de atenção terciária são mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente, não existindo uma relação de principalidade ou subordinação, tendo em vista que todos são igualmente importantes na concretização dos objetivos comuns a RAS (Mendes, 2015).

Porém, por ocorrer por meio da relação com diversos atores que possuem orientações e interesses distintos, as RAS e a própria regionalização enfrentam dilemas não superados, estando entre eles: os interesses de teor municipalista, político-partidário, econômico e privatista; a diversidade de estratégias adotadas em sua operacionalização; fragilidades dos instrumentos de gestão; a incipiente cultura de planejamento; a dificuldade no processo de

regulação do setor privado contratado; o subfinanciamento; e a ausência de mecanismos de coordenação regional que garantam juridicamente o que foi pactuado (Casanova *et al.*, 2017).

Como as linhas de integração entre os serviços obedecem às lógicas de caráter territorial, o processo encontra-se sujeito às influências do capital econômico e do poder político partidário, agravando as assimetrias nas relações de poder e promovendo a concentração de recursos e tecnologias em algumas regiões de saúde. Soma-se a isso, a presença da oferta de serviços público-privados que pode apresentar-se como potencial facilitador ou dificultador da organização das redes de maneira integrada e regionalizada (Landim; Guimarães; Pereira, 2019).

Também é importante mencionar os desafios relacionados às desigualdades territoriais, à baixa qualificação e alta rotatividade dos gestores da saúde, à incipiente capacidade de liderança das Secretarias Estaduais de Saúde (Almeida *et al.*, 2019) e dificuldades na promoção da continuidade do cuidado entre os diferentes serviços da RAS, principalmente a APS e a AAE (Melo *et al.*, 2021). Diante dessa problemática, estratégias que promovam a capacitação profissional em saúde com a finalidade de fortalecer a APS e a articulação entre os diferentes serviços e níveis são essenciais para a plena efetividade das RAS e do cuidado ofertado aos usuários.

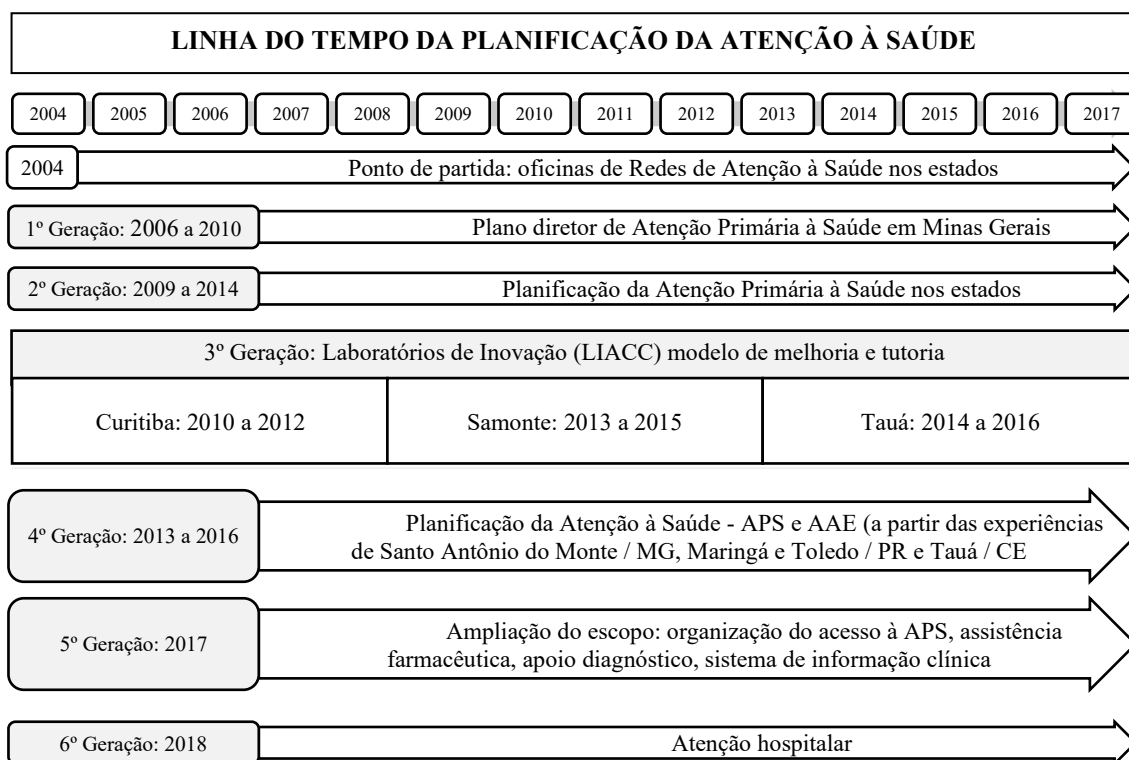
2.2 Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde

Estratégias direcionadas ao aprimoramento dos sistemas de saúde, como aquelas que fornecem apoio específico aos gestores municipais e estaduais e promovem o desenvolvimento de habilidades e atitudes entre os profissionais, tendem a melhorar significativamente a qualidade dos processos assistenciais. Nesse contexto insere-se a Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (Estratégia PAS), desenvolvida pelo CONASS desde 2013 por meio de uma proposta teórico-metodológica que visa fortalecer as RAS nos territórios (Albuquerque *et al.*, 2023; CONASS, 2022). Sua operacionalização não se limita apenas à capacitação das equipes de saúde, mas inclui também a organização dos processos de trabalho na APS e na AAE e a melhoria da gestão dos serviços e da comunicação entre os diferentes níveis de atenção, buscando assegurar uma coordenação eficaz e um atendimento de qualidade nos serviços de saúde (Evangelista *et al.*, 2019).

A Estratégia PAS, que atualmente abrange a APS e a AAE, teve sua origem na Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), iniciada em 2004. O objetivo da PAPS era fornecer às equipes as ferramentas e apoio necessários para a organização dos macroprocessos e microprocessos de trabalho na APS, contribuindo para a implementação das RAS. Com o

tempo, a PAPS foi aprimorada e expandida para incluir a AAE, resultando na criação da Estratégia PAS (Figura 5). Essa evolução ocorreu devido à compreensão da necessidade de melhorar a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, proporcionando uma abordagem mais integrada e eficiente (CONASS, 2018).

Figura 5: Linha do tempo da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde.



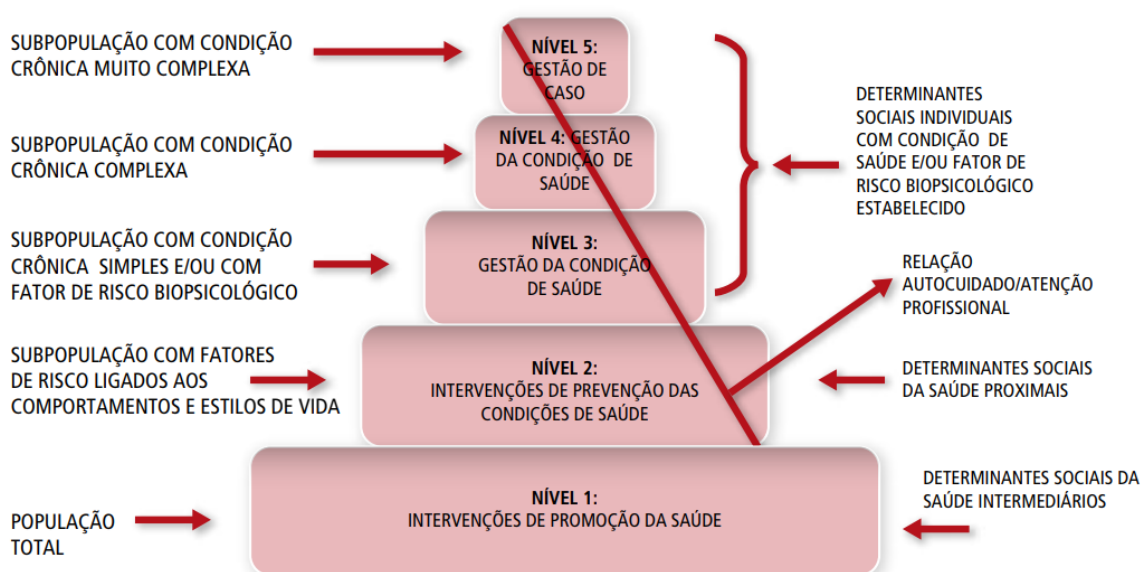
Fonte: adaptado de CONASS, 2018.

A adesão à Estratégia PAS é formalizada com a assinatura de um protocolo de intenção pelos gestores e parceiros envolvidos durante uma solenidade pública que ocorre em um seminário estadual. Nesse mesmo evento realiza-se a "Oficina-mãe" cujo tema são as RAS, objetivando alinhar os conceitos e definições sobre as atividades a serem realizadas, bem como a identificação dos facilitadores estaduais que serão responsáveis pela condução do processo na região. Esse momento busca garantir que todos os participantes estejam bem-informados e preparados para implementar a Estratégia PAS de maneira coordenada e eficiente (CONASS, 2018).

Para promover conhecimentos, habilidades e atitudes entre os profissionais de saúde, a Estratégia PAS oferece às regiões um conjunto de ações educacionais, fundamentada nos referenciais teóricos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (Figura 6) e da Construção Social da APS. As ações educacionais são ofertadas a todos os dirigentes, técnicos

e profissionais que atuam nas unidades de saúde e nas esferas de gestão. Utilizam-se práticas problematizadoras, voltadas à reflexão crítica dos participantes sobre problemas reais, com o intuito de estimular o desenvolvimento de ações concretas e planejadas de maneira estratégica e participativa. Promove-se não apenas a transmissão do conhecimento teórico, mas também a aplicação prática desse conhecimento no dia a dia das unidades de saúde, com a participação ativa de todos os envolvidos no processo (Guerra *et al.*, 2022).

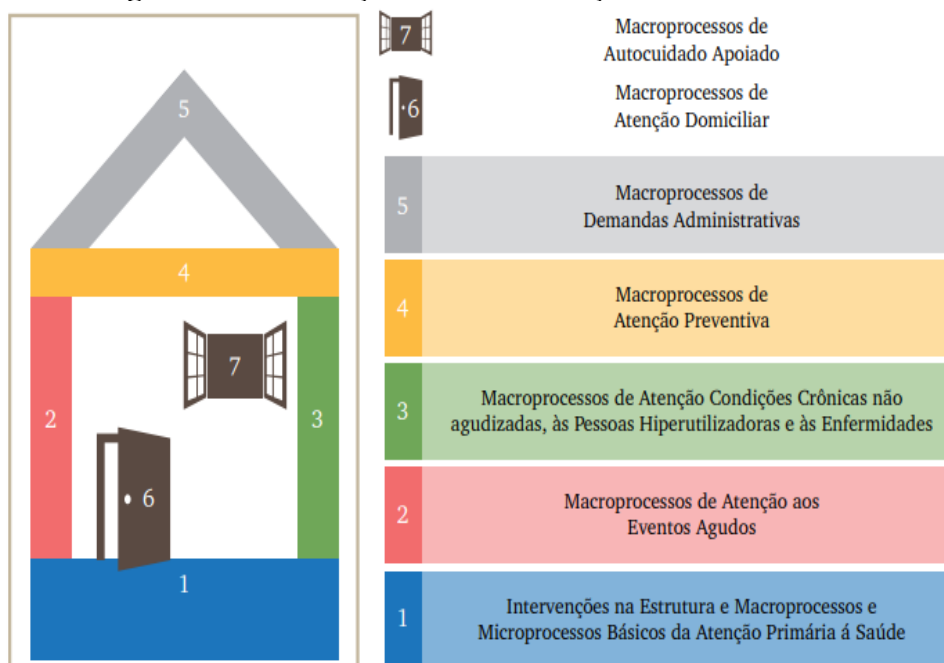
Figura 6: Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



Fonte: Mendes, 2011.

O modelo operacional da Estratégia PAS é baseado no arcabouço teórico da construção social da APS, descrito por meio da metáfora de uma casa, que ajuda na compreensão da estrutura e da organização necessária para sua atuação. Assim como uma casa é construída e organizada em diferentes etapas, seu modelo operacional é estruturado em diversos momentos, destinados à organização dos macroprocessos, que são os fluxos de trabalho e atividades principais da APS (Figura 7). Essa organização facilita a implementação de soluções tanto estruturais (relacionadas à infraestrutura e recursos físicos) quanto processuais (relacionadas aos procedimentos e métodos de trabalho), permitindo que a APS passe a funcionar de maneira integrada e eficiente, desenvolvendo respostas eficazes para as diversas demandas de saúde da população (CONASS, 2018).

Figura 7: A construção social da Atenção Primária à Saúde.



Fonte: CONASS, 2018.

A implementação da Estratégia PAS ocorre a partir de uma lógica fundamentada em momentos-chave, realizando-se primeiramente as oficinas teóricas, que consistem em encontros mensais envolvendo trabalhadores, equipes de saúde, gestores e técnicos estaduais, com o objetivo de alinhar conceitos temáticos relevantes à APS e a RAS. Após as oficinas, ocorrem as tutorias da APS e da AAE, com o objetivo de dar continuidade ao processo de alinhamento no ambiente de trabalho dos profissionais (*in loco*), combinando teoria e prática. Todo esse processo é apoiado por facilitadores do CONASS, que fornecem suporte técnico e operacional (Nicola; Weis, 2020). A organização dos processos de trabalho ocorre em duas etapas, concomitantes às tutorias, de maneira integrada entre as unidades da APS e da AAE, assegurando uma abordagem coordenada e eficiente na prestação do cuidado em saúde (CONASS, 2018).

Uma das ferramentas mais importantes para a organização dos macroprocessos da APS e AAE no âmbito da Estratégia PAS é a metodologia de gerenciamento de processos e ciclos de melhoria contínua. Essa metodologia inclui um conjunto de ações gerenciais que seguem uma sequência específica conhecida pela sigla em inglês PDSA: *Plan, Do, Study, Action* (Quadro 2). Essa abordagem permite que os processos de trabalho na APS e AAE sejam continuamente avaliados e melhorados, onde as equipes identificam problemas, implementam soluções, avaliam resultados e fazem os ajustes necessários de forma cíclica e sistemática (CONASS, 2018).

Quadro 2: O ciclo PDSA no âmbito da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde

Etapa		Objetivo
P	<i>Plan:</i> planejar	Ter claros os objetivos da organização (visão, missão e objetivos estratégicos) e os processos a serem gerenciados; realizar a análise situacional, identificando problemas e suas causas; definir as metas a serem alcançadas; planejar as ações; poderão ser utilizados: fluxogramas de processos.
D	<i>Do:</i> fazer, executar	Fazer que todos se sintam envolvidos, comprometidos e motivados: liderança; divulgar e difundir o plano entre todos os colaboradores: comunicação; capacitar os profissionais para a mudança: desenvolver competências de conhecimento, habilidade e atitude; executar as tarefas exatamente como foi previsto na etapa de planejamento; estabelecer normas e rotinas; mobilizar e aplicar os recursos (humanos, materiais, entre outros) da organização; documentar problemas e soluções; e iniciar a análise dos dados.
S	<i>Study:</i> estudar, verificar, checar	Verificar se o executado está conforme o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada, dentro do método definido; estudar: completar a análise dos dados, comparar os dados com as previsões, sintetizar o aprendizado; identificar os desvios na meta ou no método; sistema de medição, com indicadores de resultados do processo e de verificação das atividades prioritárias.
A	<i>Act ou action:</i> agir, atuar corretivamente	Caso sejam identificados desvios, é necessário definir e implementar soluções que eliminem as suas causas; caso não sejam identificados desvios, é possível realizar um trabalho preventivo, identificando quais os desvios são passíveis de ocorrer no futuro, suas causas, soluções, etc.

Fonte: CONASS, 2018.

Embora tenha um desenho inicial bem definido, a Estratégia PAS é flexível, permitindo que os gestores façam adaptações às ações educacionais, a partir dos recursos disponíveis e considerando as características dos profissionais de saúde e as particularidades do território. Essa flexibilidade garante a sua eficácia em diferentes contextos, respeitando as particularidades locais e promovendo uma implementação mais adequada (Albuquerque *et al.*, 2023).

Para dar início ao processo de desenvolvimento da Estratégia PAS, seleciona-se uma unidade laboratório, definida previamente pelo município a partir de critérios preestabelecidos, onde as novas tecnologias e ferramentas serão utilizadas no enfrentamento de problemas e na organização dos macroprocessos e microprocessos, sendo, posteriormente, reproduzidos às demais Unidades Básicas de Saúde (UBS) sob a orientação de tutores locais (CONASS, 2020). Os critérios mais importantes no processo de seleção da unidade laboratório são: equipe completa, relação adequada com a população de sua responsabilidade, gerência com capacidade de liderança e interesse e profissionais com disponibilidade para apoiar equipes de outras unidades (CONASS, 2018).

Os tutores da Estratégia PAS são selecionados dentre os profissionais das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, sendo técnicos de nível superior com conhecimento e vivência relacionados a APS e AAE, devendo respeitar critérios relacionados à: experiência assistencial ou de gestão na APS e AAE; interesse e disponibilidade para desenvolver as tutorias; e capacidade de diálogo, liderança e proposição. Além desses critérios, é essencial que os tutores tenham um "horário protegido", um tempo dedicado exclusivamente às atividades de tutoria, sem a sobrecarga de outras responsabilidades. Isso evita o acúmulo de atividades e garante que os tutores possam se concentrar adequadamente em suas funções, proporcionando um suporte eficaz e qualificado (CONASS, 2018).

Em conjunto às ações educacionais, a Estratégia PAS oferece apoio ao corpo técnico gerencial dos estados e municípios. Esse apoio é crucial mediante a atuação desses atores como corresponsáveis, coparticipantes e cogerentes das políticas de saúde e da organização dos macroprocessos da APS e da AAE, promovendo o fortalecimento do controle social e da governança. A Estratégia PAS contribui para uma nova lógica de sistema de saúde, que é mais colaborativa e participativa, envolvendo ativamente diversos atores na gestão e organização dos serviços de saúde, fomentando espaços legítimos de discussão e pactuação, onde são tomadas decisões e firmados acordos importantes para o sistema de saúde (Oliveira Júnior *et al.*, 2021).

A Estratégia PAS tem sido amplamente estudada, o que pode ser demonstrado com publicações de diversos estudos. Exemplificam-se trabalhos no campo da revisão de literatura (Megier *et al.*, 2019), estudos avaliativos (Nicola; Weis, 2020; Oliveira Júnior *et al.*, 2021; Guerra *et al.*, 2022; Tanaka *et al.*, 2023; Albuquerque *et al.*, 2023; Guerra *et al.*, 2025), bem como trabalhos que relatam experiências relacionadas ao seu desenvolvimento em diferentes regiões (Evangelista *et al.*, 2019; Guedes *et al.*, 2019; Costa, 2019).

Oliveira Júnior *et al.* (2021), relataram os benefícios da metodologia da Estratégia PAS no processo de planejamento estratégico, promovendo o desenvolvimento de ações e serviços construídos de maneira integrada e regionalizada. Ademais, os autores observaram a ampliação do conhecimento dos profissionais envolvidos nas ações educacionais desenvolvidas pela Estratégia PAS, evidenciando o protagonismo desses indivíduos, tanto no campo da gestão, quanto no campo do cuidado.

Em um estudo de casos múltiplos em quatro regiões de saúde do país participantes da Estratégia PAS, foi possível observar maior oportunidade de articulação entre estado e municípios, incorporação de tecnologias úteis na ampliação das ações desenvolvidas pelas equipes, realização de acolhimento e agendamento organizado por bloco de horas,

potencialização da utilização de processos informatizados e implantação do cadastro familiar e da classificação de risco (Tanaka *et al.*, 2023).

Em seu relato de experiência, Evangelista *et al.* (2019) evidenciam que após dois anos da implantação da Estratégia na região estudada, pode-se observar muitos avanços relacionados à qualificação da atenção, melhoria de indicadores de processos, implementação do acolhimento, identificação de vulnerabilidade familiar, introdução do bloco de horas, realização da estratificação de risco (hipertensos e diabéticos) com compartilhamento dos casos de alto e/ou muito alto risco a AAE, matriciamento ofertado aos profissionais das equipes de saúde da família pelos profissionais que atuam no ambulatório, melhor organização dos fluxos dos usuários e profissionais nas UBS, maior integração entre os profissionais da rede, realização de reuniões de equipe, implantação do colegiado gestor e estabelecimento de uma agenda integrada.

Em outro relato de experiência, foi possível observar a realização do remapeamento da área de abrangência; agendamento por meio do bloco de horas; aumento das atividades “extra unidade”, como palestras e visitas domiciliares; realização de estratificação de risco por família, viabilizando a reorganização dos atendimentos a partir do risco/necessidade observados; readequação dos prontuários, de modo a facilitar a identificação de pacientes com doenças crônicas, gestantes ou crianças menores de dois anos; realização de reuniões em equipes; otimização do atendimento na recepção e no acolhimento dos usuários; e melhora progressiva da qualidade do atendimento de maneira humanizada (Costa, 2019).

Torna-se importante evidenciar que desde 2018 a Estratégia PAS entrou em uma nova fase, com o objetivo de expandir, qualificar e fortalecer sua implementação no Brasil. Nesse sentido, o CONASS tem estabelecido parcerias com instituições de saúde e organizações da sociedade civil, para apoiar a sua implementação, agora denominada PlanificaSUS, em um número maior de regiões do país. Um exemplo dessas parcerias é a colaboração com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), com início em 2018 (Shimocomaqui *et al.*, 2023).

O primeiro triênio do PlanificaSUS, correspondente aos anos de 2018 a 2020, foi executado em 26 regiões de saúde do país. Porém, mesmo diante de iniciativas que objetivam a sua expansão, a sua implementação é influenciada por fatores políticos, técnico-operacionais e contextuais, exemplificando-se elementos ligados à insuficiência no financiamento, a falta de repasses de recursos, constantes trocas de gestores (municipais e estaduais), frequentes perdas

de trabalhadores de saúde mediante precários contratos de trabalho, dentre outros (Tanaka *et al.*, 2023).

Dada a complexidade desses desafios, é essencial estudar os elementos favoráveis e desfavoráveis presentes no momento da implementação, pois compreender esses elementos ajudará na identificação de obstáculos e oportunidades, permitindo ajustes que poderão melhorar a eficácia e sustentabilidade da Estratégia PAS nas diferentes regiões do país.

2.3 Avaliação em Saúde e Ciência da Implementação

Empiricamente, a avaliação é uma atividade tão antiga quanto a humanidade, porém, do ponto de vista teórico-científico, compreende uma ação extremamente atual. Desde a Declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a adoção de práticas avaliativas, o que contribuiu para o ingresso dessa temática na agenda sanitária brasileira. A prática avaliativa no contexto da saúde compreende uma atividade complexa, porém, imprescindível para as instituições, por evidenciar a realidade dos serviços e pontuar as carências e as fragilidades do objeto sob investigação, apresentando-se como uma base primordial na estruturação do planejamento que visa a melhoria da qualidade (Salci; Silva; Meirelles, 2018).

A avaliação conceitua-se como a aplicação de um julgamento de valor, mediante a utilização de dispositivos, cientificamente validados e socialmente legítimos, capazes de determinar o valor de uma intervenção, conferindo aos envolvidos a apresentação de diferentes julgamentos e constituindo-se, essencialmente, como uma atividade capaz de possibilitar a aquisição de informações que permitem que os diferentes sujeitos envolvidos no processo sejam aptos a se posicionarem e elaborarem, individual ou coletivamente, um julgamento que possa ser convertido em ação (Brousselle *et al.*, 2011).

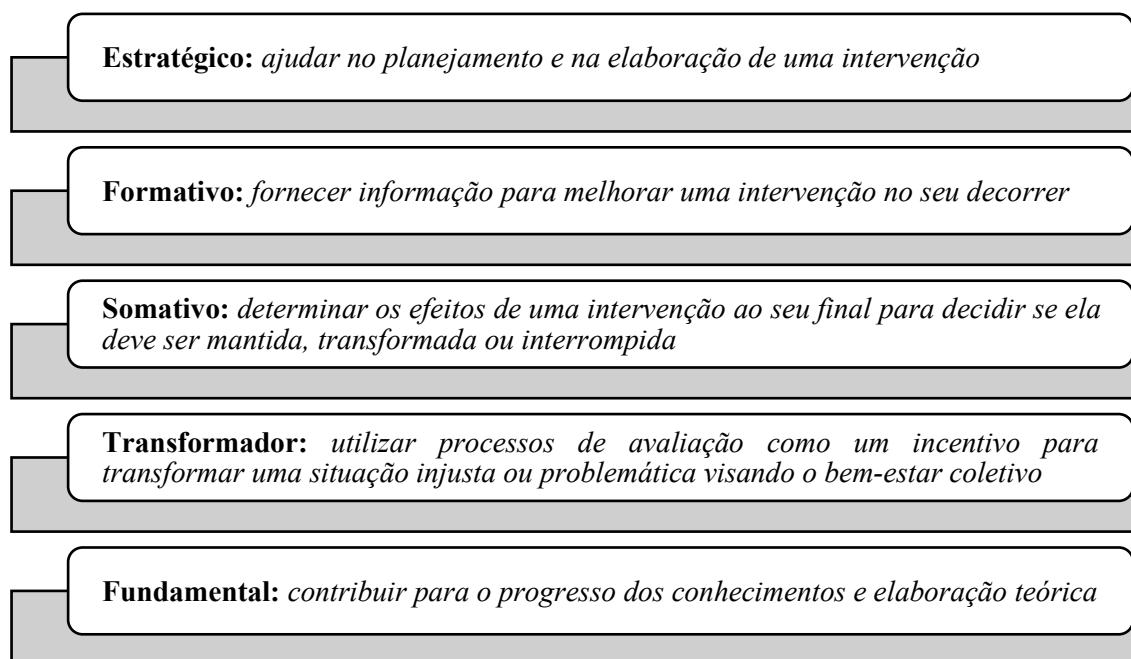
O âmbito da avaliação em saúde é dotado de referenciais teóricos e metodológicos, sendo passível de diversas intencionalidades, semelhante ao que se observa em outros campos. Nesse sentido, observa-se, ao menos, quatro gerações de características e finalidades distintas, a saber: primeira geração, que tinha como foco a construção e aplicação de instrumentos de medidas; segunda geração, que enfatizava a descrição como redefinição da avaliação; terceira geração, que destacava o mérito do objeto sob análise; e quarta geração, considerada a mais atual, caracterizada por uma perspectiva construtivista e permeada de negociação entre os atores envolvidos no processo avaliativo (Maia *et al.*, 2022).

De maneira geral, considera-se que a avaliação de ações, programas ou políticas possui três objetivos primários: i) julgar seus resultados; ii) contribuir para seu desenvolvimento; iii)

e apoiar a construção de conhecimentos a seu respeito. Para além desses objetivos, torna-se importante evidenciar seu caráter político-simbólico, pois além de oferecer suporte às ações de planejamento e identificação de problemas, as avaliações em saúde possuem um forte caráter político, permitindo o preenchimento de importantes lacunas de informações a respeito dos resultados alcançados pela ação do poder público, no que concerne à alocação (ou realocação) de recursos, conferindo legitimidade às decisões políticas e burocráticas (Souza, 2018).

Em suma, é preciso compreender que os objetivos de uma avaliação são múltiplos e numerosos (Figura 8), apresentando naturezas variadas e dicotômicas entre si, podendo ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitas por todos os atores envolvidos no processo avaliativo ou somente por alguns (Figueiró; Frias; Navarro, 2010), onde tudo dependerá do nível de interesse dos envolvidos na intervenção a ser avaliada, bem como nas perguntas que pretende-se responder, quem são seus usuários, que usos pretende-se fazer dos resultados dessa avaliação e quais condições concretas existem para buscar as respostas pretendidas. Ademais, para além das questões epistemológicas, filosóficas e/ou metodológicas, torna-se essencial considerar as necessidades dos interessados e os diferentes contextos nos quais estão inseridos (Samico; Figueiró; Frias, 2010).

Figura 8: Objetivos de uma avaliação.



Fonte: adaptado de Figueiró; Frias; Navarro, 2010.

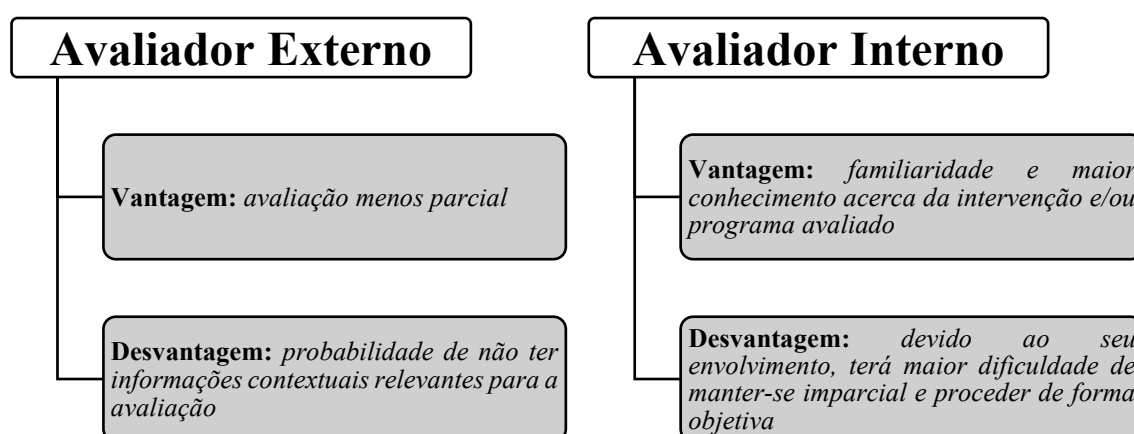
Para uma avaliação eficaz, recomenda-se a observação de etapas consideradas imprescindíveis, facilitando a compreensão do contexto da intervenção avaliada, são elas:

envolvimento das partes interessadas; descrição do programa/intervenção; focalização no *design* da avaliação; consolidação de dados confiáveis; justificação das conclusões; e garantia da utilização e divulgação de todos os resultados observados. Ressalta-se que todas as etapas são interdependentes, ou seja, os dados provenientes das primeiras fases subsidiarão as informações necessárias para os passos subsequentes (Antes; Bernardo; Claas, 2013).

Além disso, quatro grandes princípios norteiam a qualidade de uma avaliação, são eles: utilidade: se atende às necessidades do usuário; exequibilidade ou factibilidade: se a avaliação é realista e moderada nos custos, justificando sua realização; propriedade: se tudo foi conduzido com ética, respeitando o bem-estar de todos os envolvidos; e precisão ou acurácia: divulgação e transmissão das informações acerca do valor/mérito dos programas avaliados com a devida validade (Hartz, 2006).

Outro fator que interfere no processo de avaliação diz respeito ao perfil do avaliador selecionado, podendo ser interno, externo ou dos dois tipos, devendo sua escolha ser feita a partir dos objetivos que se pretende alcançar. Um avaliador externo ou equipe de avaliação externa, não faz parte da organização que compõe a intervenção a ser avaliada, sendo contratado para conduzir o processo avaliativo. Em contrapartida, o avaliador interno faz parte da intervenção avaliada, estando dessa maneira em contato frequente com os implementadores da intervenção (Figueiró; Frias; Navarro, 2010), havendo vantagens e desvantagens da escolha de um em detrimento de outro no processo avaliativo (Figura 9).

Figura 9: Vantagens e desvantagens de avaliadores externos e/ou internos.



Fonte: adaptado de Figueiró; Frias; Navarro, 2010.

Pode-se utilizar ainda dois tipos de estudos avaliativos: avaliação normativa e pesquisa avaliativa. A primeira, avalia comparativamente os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos de uma

determinada intervenção, apoiando gerentes e profissionais na rotina dos serviços. A pesquisa avaliativa por sua vez, realiza o julgamento de uma intervenção a partir da utilização de métodos científicos, analisando a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, o efeito, o rendimento e as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa (Figueiró; Frias; Navarro, 2010).

Nesse sentido, a avaliação de programas pode ser analisada como uma grande área temática, com uma problemática e uma metodologia própria, mas que pode apresentar-se associada a objetivos específicos, podendo ser de eficácia, efetividade, qualidade, implementação, dentre outras (Vieira-da-Silva; Furtado, 2020). No que concerne à implementação, sabe-se que essa é uma das fases mais complexas de ser executada/avaliada, principalmente por envolver grande número de atores e por ser considerada o momento decisivo no sucesso de uma intervenção, no qual o desenho conceitual se encontra com a realidade na busca dos resultados almejados (Viana, 2021).

A utilização de modelos teóricos de implementação pode auxiliar na explicação da razão pela qual determinada inovação/implementação ocorreu ou não conforme o planejado, contribuindo no entendimento do que deu certo, do que faltou e do que poderia ser melhorado (Bonfim, 2021). A utilização de um marco-teórico, ou seja, um conjunto de diretrizes ou modelos fundamentados em evidências, pode auxiliar no desenvolvimento e na implementação de intervenções em saúde, por meio de um direcionamento específico e ajustado às necessidades de cada contexto, favorecendo a obtenção dos resultados esperados (Musayón-Oblitas *et al.*, 2020).

Entre essas abordagens destaca-se a Ciência da Implementação (CI), como campo interdisciplinar que estuda os métodos e estratégias para promover a adoção, adaptação e sustentabilidade de intervenções em contextos práticos, como sistemas de saúde, educação, serviços sociais e outras áreas de políticas públicas (Nilsen, 2015). Para isso, a CI utiliza-se de pesquisas sistemáticas, de métodos rigorosos de medição, análise de resultados e avaliação, de forma a identificar as principais dificuldades relacionadas à replicação e ao ajuste de intervenções nos mais variados contextos (Corrêa *et al.*, 2023), baseando-se em práticas amparadas por evidências científicas, enfatizando as principais influências relacionadas à adoção, implementação e sustentabilidade de intervenções em saúde (Silva *et al.*, 2023).

Como é comum em áreas que emergem da ciência, a CI configura um campo de pesquisa abrangente, possuindo diversas terminologias e definições, sendo reconhecida sob diversos nomes, estando entre eles: pesquisa da disseminação; pesquisa da implementação; pesquisa de

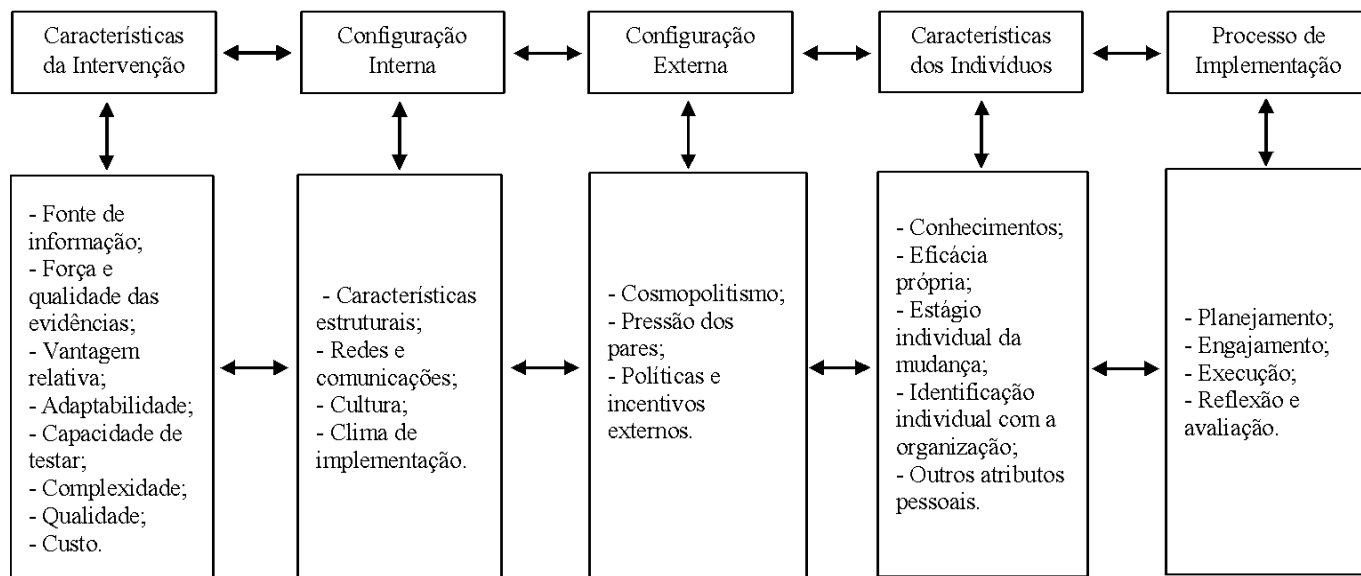
resultados; pesquisa de sistemas de saúde; pesquisa operacional; pesquisa de melhoria da qualidade; pesquisa translacional; entre outros (Zepeda *et al.*, 2018).

A CI tem sido amplamente utilizada no estudo de intervenções em saúde, objetivando promover um impacto positivo na qualidade e na efetividade das ações e serviços. Isso envolve analisar fatores contextuais, recursos disponíveis e outros elementos que influenciam a aceitação e a manutenção dessas intervenções ao longo do tempo, melhorando a compreensão da razão pela qual algumas inovações foram bem-sucedidas em alguns lugares e em outros não (Kanno *et al.*, 2023). Ao debruçar-se sobre a forma como as intervenções são incorporadas nos diversos contextos e populações, a CI pode ser uma ferramenta-chave na identificação e abordagem das necessidades sociais, comportamentais, econômicas e de gestão, além de contribuir na compreensão de seu impacto (Venâncio *et al.*, 2023).

O foco da CI está na valoração externa, ou seja, nas complexidades adicionais que caracterizam os contextos relacionados ao mundo real, o que requer a integração de sete considerações, a saber: envolvimento do público e do paciente, incorporando todas as partes consideradas relevantes ao projeto; análise contextual, promovendo a compreensão e o mapeamento de características relevantes ao ambiente em que a intervenção será implementada; estruturas teóricas, utilizadas como guias; estratégias de implementação, com o objetivo de facilitar a adoção, a implementação, a sustentabilidade e a ampliação de intervenções, programas ou práticas; eficácia; projetos específicos da CI, como a utilização de estudos híbridos que combinam a avaliação de eficácia e resultados; e equipes de pesquisa transdisciplinares, com o propósito de alinhar conhecimentos e habilidades (Geest *et al.*, 2021).

Um dos instrumentos mais frequentemente aplicados no campo da CI é o Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR), constituído por 39 constructos organizados em cinco dimensões que incluem: características da intervenção/inovação; cenário externo; cenário interno; características dos indivíduos; e processo (Damschroder *et al.*, 2022; Kanno *et al.*, 2023). Sua utilização oferece uma tipologia abrangente, capaz de delinear as barreiras e facilidades relacionadas ao processo de implementação, corroborando na compreensão do que, onde e por que as intervenções funcionam em múltiplos contextos, representando a síntese de uma série de teorias relacionadas ao processo de disseminação, inovação e implementação (Vandevanter *et al.*, 2017). Um resumo dos constructos preconizados pelo CFIR pode ser visualizado na Figura 10.

Figura 10: Resumo dos constructos presentes no Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação



Fonte: Adaptado de Bonfim, 2021.

O modelo CFIR foi utilizado em estudos a partir de diferentes abordagens, seja como guia para a construção de roteiros de entrevistas (Kanno *et al.*, 2023), elaboração e implementação de protocolos assistenciais (Silva *et al.*, 2023) e estabelecimento de critérios estratégicos para o processo de avaliação (Musayón-Oblitas *et al.*, 2020) e análise de implementação (Vandevanter *et al.*, 2017), evidenciando sua versatilidade, eficácia e potencialidade. Além disso, sua utilização é consistente com a grande maioria das estruturas e modelos conceituais aplicados à pesquisa de implementação, possuindo elementos aplicáveis, direcionáveis e personalizáveis aos diferentes contextos, oferecendo uma avaliação abrangente de aspectos relevantes a serem avaliados no momento da implementação (Powell; Proctor; Glass, 2014).

2.4 A Pesquisa Efetiva PAS

A pesquisa Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Quatro Regiões de Saúde no Brasil (Efetiva PAS) (Samico *et al.*, 2024) teve como objetivo central avaliar a efetividade da Estratégia PAS na melhoria da organização e qualificação dos processos assistenciais em quatro regiões de saúde do Brasil. Estabelecendo como objetivos subsequentes a caracterização das redes temáticas selecionadas; a análise dos fatores condicionantes para o seu desenvolvimento; a identificação dos elementos facilitadores e dificultadores a sua implementação; a identificação dos macroprocessos de trabalho nas redes de APS e AAE; a determinação das mudanças e inovações na organização dos macroprocessos de trabalho nas

redes após a implantação da Estratégia PAS; análise das mudanças e inovações na coordenação entre níveis de atenção à saúde e das mudanças nos indicadores de resultados de saúde; a identificação dos fatores que influenciam sua sustentabilidade; a compreensão de como os diversos atores envolvidos percebem e interpretam os efeitos das ações educacionais enquanto elemento central da Estratégia PAS; e por fim, a identificação das estratégias desenvolvidas no combate à Covid-19 nas regiões estudadas.

Para isso, os autores idealizaram e desenvolveram uma pesquisa avaliativa, de análise de efetividade, com desenhos do tipo experimentação: estudo comparativo *ex post* e séries temporais (Champagne *et al.*, 2011), utilizando-se de abordagens qualitativas e quantitativas. Também consideraram o referencial de condição traçadora/marcadora (Kessner; Kalk; Singer, 1973), estabelecendo-se as linhas de cuidado (materno-infantil, diabetes, hipertensão arterial, dentre outras) conectadas à Estratégia PAS e desenvolvidas nas unidades de saúde previamente selecionadas. O estudo em questão teve como período de referência os anos de 2013 a 2019, respeitando a quarta geração da Estratégia PAS, que como apresentado anteriormente, corresponde ao momento de incorporação da AAE.

Para sua realização, o estudo selecionou quatro regiões de saúde distribuídas em quatro regiões geográficas do Brasil, definindo uma região de saúde em cada um dos seguintes estados: Rondônia (Norte), Maranhão (Nordeste), Goiás (Centro-Oeste) e Distrito Federal, sendo incluído em cada região de saúde, um município sede e um segundo município ou região administrativa (caso do Distrito Federal) onde se localizam as unidades laboratório. A seleção das áreas de estudo ocorreu de forma intencional, definida pelos representantes do CONASS, tendo como critério de seleção a continuidade no desenvolvimento da Estratégia PAS.

A população foi composta por: gestores das regiões de saúde e secretarias estaduais e municipais; gerentes/diretores; grupos condutores regional e municipal; profissionais das unidades de saúde que participaram de todas as etapas de implantação da Estratégia PAS; e facilitadores, tutores e técnicos do CONASS. A pesquisa Efetiva PAS foi realizada em fases por meio de quatro estudos, desenvolvidos a partir dos objetivos específicos, havendo o agrupamento de objetivos que possuíam aspectos metodológicos comuns (tipo de estudo, população/amostra, instrumentos), o que possibilitou a otimização do processo de coleta e análise dos dados (Quadro 3). Um estudo piloto foi desenvolvido com a finalidade de testar os instrumentos de coleta dos dados, realizado no estado do Espírito Santo (Sudeste), no município de São Mateus.

Quadro 3: Fases de desenvolvimento da pesquisa Efetiva PAS.

Fases	Objetivo (os) específico (os)	Atividades
Estudo 1	Caracterizar as redes temáticas selecionadas nas quatro regiões de saúde, com foco na APS e AAE.	Identificação das regiões, serviços e unidades; localização geográfica; unidades/nível de atenção; população; características sociodemográficas e econômicas das áreas; perfil de morbimortalidade; tipologias das regiões de saúde, segundo classificação elaborada na Pesquisa Região e Redes (www.resbr.net.br).
Estudo 2	Analisar os condicionantes do desenvolvimento da Estratégia PAS nas quatro regiões de saúde e identificar elementos facilitadores e dificultadores para sua implementação; identificar os macroprocessos de trabalho nas redes de APS e AAE; determinar as mudanças e inovações na organização dos macroprocessos de trabalho nas redes de APS e de AAE após a implantação da Estratégia PAS; analisar as mudanças e inovações na coordenação entre níveis de atenção à saúde (APS-AAE) após a implantação da Estratégia PAS; identificar os fatores que influenciam na sustentabilidade da Estratégia PAS; identificar as estratégias desenvolvidas no combate à Covid-19 nas regiões do estudo.	Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas por meio de questionário estruturado (abordagem quantitativa) do tipo inquérito/censitário. Para a abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas em profundidade e grupos focais de discussão com informantes-chave com gravação em áudio mediante consentimento dos entrevistados.
Estudo 3	Analisar as mudanças em indicadores de resultados de saúde selecionados.	Foi realizada coleta de dados secundários oriundos dos sistemas de informação e registros institucionais (secretarias de saúde, gerências regionais e unidades de saúde). Definiram-se indicadores de resultados de saúde relacionados à qualidade da atenção ofertada nas unidades selecionadas (indicadores mais proximais à Estratégia PAS) e indicadores populacionais (distais ou de impacto). Adicionalmente, foi realizada coleta de dados primários com usuários cadastrados e não cadastrados das unidades de saúde para análise da vulnerabilidade social e relacionada à equidade de acesso.

Estudo 4	Compreender como os diversos atores envolvidos percebem e interpretam os efeitos das ações educacionais enquanto elemento central da Estratégia PAS.	Estudo conduzido em duas etapas: i) elaboração do modelo lógico das ações educacionais da Estratégia PAS; ii) realização de entrevistas em profundidade individuais. Para a construção do modelo, foi realizado um levantamento inicial de informações sobre as ações educacionais utilizadas na Estratégia PAS, por meio de análise documental. Posteriormente, o modelo foi submetido à consulta por atores-chave (gestores/técnicos, tutores e facilitadores do CONASS) envolvidos no planejamento e execução dessas ações.
-------------	--	--

Fonte: adaptado de Samico *et al.* (2024).

Entre as publicações provenientes da pesquisa Efetiva PAS menciona-se o protocolo da pesquisa (Samico *et al.*, 2024), bem como quatro outros trabalhos científicos publicados com objetivos distintos, a saber: descrição do processo de construção participativa e consenso da modelização das ações educacionais da Estratégia PAS (Guerra *et al.*, 2022), avaliação da implantação dos macroprocessos da APS e da AAE nas quatro regiões estudadas (Albuquerque *et al.*, 2023), análise dos indicadores de morbimortalidade por hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em duas regiões de saúde do Distrito Federal entre 2010 e 2021 (Marques *et al.*, 2024) e a análise das ações educacionais da Estratégia PAS a partir da perspectiva de profissionais de duas das regiões de saúde estudadas (Guerra *et al.*, 2025). Além disso, a pesquisa Efetiva PAS tem subsidiado informações suficientes para o desenvolvimento desta dissertação e de outros trabalhos científicos em desenvolvimento.

3 JUSTIFICATIVA

O SUS foi criado a partir da premissa da saúde como um direito de todos e dever do Estado, promovido a partir de um sistema descentralizado e regionalizado de modo a garantir universalidade, equidade e integralidade em saúde. Porém, diante da diversidade de contextos socioeconômicos presente no território brasileiro, acrescido da influência do interesse mercadológico da assistência à saúde privada, sua operacionalização conforme o idealizado na Constituição Federal de 1988 e nas Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 representa um grande desafio.

Entre os entraves presentes nesse contexto, encontra-se a fragmentação da rede assistencial e a ausência de uma comunicação efetiva entre os níveis assistenciais, o que prejudica a promoção de um cuidado integral e coordenado. As RAS surgem como espaços de diálogo e desenvolvimento de estratégias de negociação entre agentes de saúde para promoção de uma alternância efetiva e contínua do cuidado em rede. Porém, a diversidade de modos adotados para sua operacionalização, a pouca cultura de planejamento da gestão e o subfinanciamento da saúde causam implicações significativas que prejudicam sua plena efetivação. A APS, que deveria assumir um papel de protagonismo na identificação das necessidades da população, na promoção do acesso aos serviços de saúde e na coordenação da assistência no âmbito da RAS, é impactada pela influência dos interesses de teor municipalista, político-partidário, econômico e privatista.

A Estratégia PAS surge como uma possibilidade de fortalecimento do processo de regionalização em saúde, configurando-se como uma proposta de mudança na forma como as equipes e os serviços de saúde se articulam, com vistas à construção de uma rede integrada e coordenada entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Essa integração busca melhorar a eficiência e a eficácia do sistema de saúde, garantindo que os pacientes recebam um cuidado contínuo e coordenado ao longo de todo o sistema. Diante do custo envolvido para o desenvolvimento e implementação da Estratégia PAS, tanto no que diz respeito a questões financeiras, de recursos humanos, organizacionais, entre outros, torna-se imprescindível compreender os elementos facilitadores e/ou dificultadores presentes nesse momento.

Além disso, estudar especificamente o momento da implementação justifica-se mediante sua importância para o sucesso de qualquer intervenção ou estratégia, representando o momento em que os conceitos idealizados encontram-se com a realidade do território, impactando diretamente os resultados que serão alcançados.

Dessa forma, este estudo busca produzir informações que possam indicar elementos a serem modificados ou melhor ajustados no processo de implementação da Estratégia PAS, otimizando recursos, facilitando processos, produzindo melhores resultados e contribuindo para o desenvolvimento e implementação da Estratégia PAS em outros territórios ou outras intervenções que tenham o objetivo de fortalecer o desenvolvimento das RAS e a plena efetivação do SUS.

Ademais, ao pautar-se na percepção dos atores envolvidos diretamente no processo de implementação (gestores, profissionais e facilitadores) da Estratégia PAS, o estudo permitiu a análise de fatores contextuais que influenciaram a sua condução e operacionalização em diferentes momentos da implementação, viabilizando a compreensão do impacto desses fatores nos resultados observados.

A partir da utilização adaptada de um dos principais instrumentos preconizados pela Ciência da Implementação, o Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação, este estudo busca responder às seguintes perguntas norteadoras: qual a percepção dos gestores, profissionais e facilitadores entrevistados quanto ao processo de implementação da Estratégia PAS nos dois municípios Maranhenses estudados? E quais os fatores que podem ter influenciado positivamente ou negativamente a implementação da Estratégia PAS nesses municípios?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar o processo de implementação da Estratégia PAS em dois municípios Maranhenses a partir da percepção dos gestores, profissionais e facilitadores.

4.2 Objetivos Específicos

4.2.1. Descrever o processo de implementação da Estratégia PAS em cada um dos municípios Maranhenses estudados;

4.2.2. Identificar os aspectos referentes ao ambiente externo, ao ambiente interno e ao processo de implementação que influenciaram positivamente ou negativamente a Estratégia PAS em cada um dos municípios estudados;

4.2.3. Avaliar comparativamente os aspectos facilitadores e desafiadores relacionados ao processo de implementação da Estratégia PAS nos municípios estudados.

5 MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa descritiva-interpretativa, considerando para sua análise os municípios de Caxias e Coelho Neto, localizados no estado do Maranhão, Brasil. Em cada município buscou-se compreender os aspectos relacionados ao processo de implementação da Estratégia PAS, a partir de um dos instrumentos mais frequentemente aplicados no campo da Ciência da Implementação, o Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação (Damschroder *et al.*, 2022).

5.2 Cenário e período do estudo

O presente estudo utilizou os dados coletados pela pesquisa Efetiva PAS (Samico *et al.*, 2024), considerando especificamente os municípios de Caxias e Coelho Neto, estado do Maranhão. No município de Caxias, as unidades de referência foram: UBS Baixinha e UBS Treiziela; em Coelho Neto, a UBS Daniel Guanabara. Soma-se a elas o Centro Especializado Ambulatorial Materno Infantil (CEAMI), referência da Região estudada. As entrevistas com os gestores, profissionais da APS e AAE e facilitadores aconteceram de 02 a 06 de maio de 2022, realizadas nas respectivas unidades de trabalho, não havendo dificuldades para gravação das entrevistas, de ordem técnica ou de consentimento dos profissionais entrevistados.

Quanto aos municípios estudados, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município de Caxias possui uma área territorial de 5.201,927 km², população estimada de 156.973 pessoas, densidade demográfica de 30,18 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 0,624 (IBGE, 2022a). Por sua vez, o município de Coelho Neto possui uma área territorial de 977,079 km², população estimada de 41.658 pessoas, densidade demográfica de 42,64 hab/km² e IDHM 0,564 (IBGE, 2022b).

No que diz respeito ao contexto de desenvolvimento da Estratégia PAS no estado do Maranhão, o processo iniciou-se em setembro de 2015, envolvendo todos os profissionais das unidades de saúde e de outros pontos de atenção, totalizando 1.600 pessoas capacitadas. Para favorecer a sua operacionalização, a região foi subdividida em dois polos, Caxias e Coelho Neto, em virtude do quantitativo de profissionais a serem qualificados. A linha de cuidado escolhida pelo referido estado foi a atenção à saúde materno-infantil, em virtude do quadro epidemiológico local (CONASS, 2018).

5.3 Participantes do estudo

Para esse estudo, foram utilizadas as transcrições individuais de entrevistas semiestruturadas realizadas pela pesquisa Efetiva PAS (Samico *et al.*, 2024) com gestores regionais, estaduais e municipais, profissionais da APS e AAE e facilitadores do CONASS, totalizando 33 entrevistados. A seleção ocorreu de forma intencional, estabelecendo-se como critério de inclusão a abrangência de atores que participaram das etapas relacionadas ao processo de implementação e planejamento e execução das ações educacionais preconizadas pela Estratégia PAS. Os entrevistados foram identificados numericamente e codificados, de modo a preservar a confidencialidade dos participantes. A distribuição e codificação de todos os entrevistados pode ser visualizada na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição e codificação dos entrevistados por região/município. Caxias e Coelho Neto - MA, Brasil, 2025.

Atores	Nº de entrevistados	Codificação
Gestores Regionais	3	GR
Gestores Estaduais	1	GE
Gestores do Município de Caxias	4	GM. Caxias
Gestores do Município de Coelho Neto	3	GM. Coelho Neto
Profissionais da APS do Município de Caxias	7	P.APS Caxias
Profissionais da APS do Município de Coelho Neto	6	P.APS Coelho Neto
Profissionais da AAE de referência regional	5	P.AAE
Facilitadores do CONASS	4	Facilitador
Total	33	

Fonte: elaboração do autor.

5.4 Coleta de dados

Para realização da pesquisa Efetiva PAS (Samico *et al.*, 2024), foram elaborados roteiros de entrevistas de acordo com a função/atuação dos entrevistados (Anexo A), composto por perguntas que buscavam identificar aspectos relativos à implantação; aos fatores condicionantes; à sustentabilidade; e aos efeitos da Estratégia PAS nas regiões estudadas. As entrevistas tiveram duração média de uma hora, sendo realizadas nas unidades de trabalho. Para este estudo, a partir do banco de dados originário da pesquisa Efetiva PAS, disponibilizado ao pesquisador em formato digital, via endereço eletrônico, foi construído um novo banco de dados, incluindo apenas os arquivos referentes às entrevistas realizadas com os participantes previamente elencados, realizada mediante anuência do IMIP (Anexo B).

5.5 Análise dos dados

As narrativas foram exploradas mediante análise de conteúdo temática (Bardin, 2016) e os dados segmentados por grupos de informantes (gestores, profissionais da APS e da AAE e facilitadores do CONASS) e por categorias temáticas baseadas nos constructos do modelo CFIR (Damschroder *et al.*, 2022). Utilizou-se o *software* Atlas TI 5.0 para auxiliar no processo de organização e categorização das falas.

A exemplo de outros estudos que utilizaram o marco referencial proposto pelo modelo CFIR (Kanno *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023; Musayón-Oblitas *et al.*, 2020), optou-se por não utilizar todos os seus constructos, havendo seleção prévia e adequação dos domínios utilizados, amparando-se nos objetivos da pesquisa e no período proposto para sua realização. Para esse estudo, foram selecionadas categorias de três dimensões do CFIR, a saber: (1) ambiente externo: fatores extrínsecos à unidade/instituição que influenciaram a implementação; (2) ambiente interno: fatores intrínsecos à unidade/instituição que influenciaram a implementação; (3) processo de implementação: atividades e estratégias adotadas durante a implementação (Damschroder *et al.*, 2022). Os domínios selecionados, suas categorias e respectivas descrições, podem ser visualizados no quadro 4.

Quadro 4: Domínios, categorias e descrições adaptados do CFIR.

Domínios	Categorias	Descrição
Ambiente externo	Incidentes críticos	Eventos de grande escala e/ou imprevistos que influenciaram o processo de implementação da Estratégia PAS.
	Atitudes locais	Valores socioculturais e crenças que incentivaram a implementação da Estratégia PAS.
	Condições Locais	Condições econômicas, ambientais, políticas e/ou tecnológicas que permitiram o apoio ao processo de implementação da Estratégia PAS.
	Parcerias e conexões	Influência de entidades externas, incluindo redes de referência, afiliações acadêmicas e redes de organizações profissionais envolvidas no processo de implementação da Estratégia PAS.
	Pressão externa	Pressões externas que impulsionaram a implementação da Estratégia PAS.
Ambiente interno	Características estruturais e recursos disponíveis	Componentes que apoiaram o processo de implementação da Estratégia PAS, estando entre eles: infraestrutura física, material, de equipamentos, tecnológica, treinamentos e de trabalho.
	Conexões relacionais	Influência de relacionamentos, redes e equipes formais e informais de alta qualidade no processo de implementação da Estratégia PAS.

Ambiente interno	Comunicações	Práticas formais e informais de compartilhamento de informações de alta qualidade no período de implementação da Estratégia PAS.
	Tensão para mudança	Tensões presentes no processo de implementação das mudanças preconizadas pela Estratégia PAS.
	Prioridade relativa	Importância da implementação da Estratégia PAS em comparação com outras iniciativas.
	Compatibilidade	Adequação da Estratégia PAS aos fluxos de trabalho, sistemas e processos das UBS.
	Sistemas de incentivos	Incentivos e recompensas tangíveis que apoiaram o processo de implementação da Estratégia PAS.
	Acesso ao conhecimento e à informação	Orientações e/ou treinamentos durante o processo de implementação da Estratégia PAS.
Processo de implementação	Planejamento, formação das equipes e operacionalização	Identificação de funções e responsabilidades, delineamento de etapas e marcos específicos, definição antecipada de metas e medidas relacionadas ao processo de implementação da Estratégia PAS.
	Avaliação do contexto	Informações pertinentes para identificação e avaliação de barreiras e facilitadores relacionadas ao processo de implementação da Estratégia PAS.
	Estratégias de adaptação	Adaptações ou modificações da Estratégia PAS, favorecendo a sua adequação ao contexto e/ou necessidades locais.
	Avaliação das Necessidades	Informações sobre prioridades, preferências e necessidades das pessoas e sua relação com o processo de implementação da Estratégia PAS.
	Monitoramento e avaliação	Coleta e discussão de informações quantitativas e qualitativas sobre o processo de implementação da Estratégia PAS.

Fonte: Adaptado de Damschroder *et al.*, 2022.

Na segunda fase, as informações foram analisadas para cada um dos municípios, buscando-se identificar os elementos que facilitaram e/ou dificultaram o processo de implementação da Estratégia PAS em cada território. Posteriormente, as informações dos municípios foram comparadas, buscando-se identificar divergências e convergências no processo de implementação. Por fim, o material foi analisado buscando-se aprofundar as articulações estabelecidas entre o material empírico e o referencial teórico proposto pela Ciência da Implementação.

5.6 Aspectos éticos

A referente pesquisa compõe o projeto Efetiva PAS (Samico *et al.*, 2024) submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, aprovada pelo parecer nº 4142814 e possuindo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 34198320.5.0000.5201

(Anexo C), respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes da pesquisa Efetiva PAS assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

O material coletado foi utilizado exclusivamente com a finalidade de fornecer informações para a realização desta pesquisa e de artigos e/ou publicações que dela possam resultar. Os dados coletados ficarão armazenados em formato digital, sob a responsabilidade do pesquisador Diogenes Ferreira dos Passos, no endereço: Rua Bulhões Marques, Nº 15, Boa Vista, CEP: 50060-050, Recife, Pernambuco, Brasil, pelo período mínimo de cinco anos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Aspectos relacionados ao ambiente externo, ambiente interno e ao processo de implementação em ambos os municípios Maranhenses:

Ambiente externo

Segundo todos os atores entrevistados, entre os **incidentes críticos** que influenciaram o processo de implementação da Estratégia PAS estavam os altos índices de mortalidade materno-infantil, linha prioritária selecionada, exercendo também uma **pressão externa**, devido veiculação desses números na mídia, tornando-se uma problemática nacionalmente conhecida.

Nós não tínhamos saída, nossos números eram ruins e o que viesse, propondo uma melhoria, a gente ia aceitar e a gente foi por esse caminho (GM. Caxias 1).

Um dos pontos principais para a implantação da planificação foi a avaliação da mortalidade materno-infantil. Aqui tinha toda uma história de óbitos maternos e infantis [...] eu acho que isso levantou a bandeira dos gestores para tentar melhorar (P.APS Caxias 4).

Eu sei que Caxias realmente estava, aos olhos de fora, em uma situação complicada. Questão de sair em telejornal [...] a nível nacional [...] (P.AAE 5).

Em outra região de saúde, critérios semelhantes também representaram um fator desencadeante de sua implementação (Evangelista *et al.*, 2019). A importância de mudar os índices de mortalidade materno-infantil, baseia-se na relação de seus números representarem preditivos de qualidade de vida e organização dos níveis de atenção à saúde, evidenciando questões relacionadas ao padrão de desenvolvimento humano, como distribuição de renda, saneamento básico, padrão de crescimento econômico e outros determinantes sociais (Melo; Cunha, 2023). Ademais, os meios de comunicação contribuíram para a compreensão da realidade e adoção de comportamentos, atitudes e opiniões (Schneider; Weber, 2021).

Especificamente quanto ao município de Coelho Neto, o baixo índice de desenvolvimento humano, aliado à necessidade do aperfeiçoamento da qualidade dos serviços assistenciais, também influenciaram a necessidade de implementar uma estratégia que pudesse contribuir para o aprimoramento dos processos assistenciais.

É um município com índice de desenvolvimento humano um pouco precário, uma população que necessita, realmente, que ela seja atendida em uma Unidade Básica de Saúde onde o seu atendimento seja validado, tenha um atendimento de qualidade (GM. Coelho Neto 2).

Como a Estratégia PAS confere aos gestores a liberdade de realizar adaptações a partir dos recursos disponíveis (Albuquerque *et al.*, 2023), sua escolha tornou-se estratégica para esse município.

De acordo com os facilitadores, a escolha da região e da linha de atuação aconteceu por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e de deliberações feitas por parte de um Grupo Condutor Central, estando na pauta a análise de diferentes critérios com a finalidade de determinar a linha de atenção prioritária, a partir das necessidades mais emergenciais. Tais definições encontram-se em conformidade com os preceitos organizacionais idealizados para sua operacionalização (CONASS, 2018).

Então, a região é escolhida em Comissão Intergestores Bipartite e foi escolhida por causa do alto índice de mortalidade materno-infantil, Índice de Desenvolvimento Humano também muito baixo nos municípios. Então era urgente começar a planificação aqui, não demorou muito essa escolha, devido a esses dois (Facilitador 1).

Entre as **atitudes locais** que incentivaram a implementação da Estratégia PAS foi mencionado pelos gestores: a pronta adesão e colaboração da gestão estadual e municipal, ao priorizar, investir e participar de todas as fases de implementação; o método de desenvolvimento das ações educacionais preconizadas pela Estratégia PAS que estimula a construção dos processos de trabalho de maneira prática, dinâmica e participativa, conferindo autonomia e pertencimento de todos os profissionais envolvidos; e o perfil dos profissionais que aderiram e acreditaram no potencial da intervenção.

A tutoria [...] faz um processo de reflexão, não é um produto pronto, é um produto construído, em que você coloca a mão na massa, eles não chegam aqui com o projeto montado e nos mostram como aplicá-lo, eles vêm com a ideia, trazem a proposta, nos convencem ao processo e você constrói. E quando você constrói, você não desaprende a fazer (GM. Caxias 1).

Houve unanimidade no discurso dos profissionais entrevistados quanto ao comprometimento e participação de todos os envolvidos no processo de implementação da Estratégia PAS. Segundo eles, a integração, participação, cooperação e comprometimento de todos os atores envolvidos representou um expressivo incentivo, sendo potencializado pelo apoio e colaboração da gestão municipal e dos cargos ligados à coordenação. Essa integração, segundo Dubow *et al.*, (2017), é fundamental para a efetividade da reorganização dos serviços de saúde.

A questão de os profissionais serem proativos, realmente trabalharem a fim, além de comprarem a ideia, trabalhar a fim de fazer com que dê certo, acho muito proativos, são muito cooperativos também (P.APS Caxias 2).

Não tem nenhum que relute, que a gente chegue, fica "não", nenhum. Todos "não, vamos fazer, vamos fazer" (P.AAE 4).

Torna-se importante evidenciar a fala de um dos profissionais da APS do município de Coelho Neto que atribuiu como valor incentivador da Estratégia PAS o perfil de pacientes selecionados.

A gestante é muito atenta. Por mais que ela não tenha formação, é a paciente melhor de se lidar, porque ela é muito atenta, ela não deixa passar batido [...] talvez por amor materno, mas a gestante é muito atenta. É uma paciente fácil de lidar nessa questão de informação, ela lhe dá muitas informações (P.APS Coelho Neto 3).

No tocante às **condições locais**, fortalezas e fragilidades foram evidenciadas pelas falas dos gestores entrevistados. Entre as potencialidades foram destacados: a existência de um ambulatório de especialidade regional; o fato da Estratégia PAS não requerer altos investimentos financeiros, estimulando mudanças a partir das condições locais; e o apoio, incentivo e influência do CONASS em todos os momentos deliberativos.

O cenário político ideal, o território ideal, com indicadores precisando ser mudados, uma realidade materno-infantil acima da média nacional. Então eu não enxergo nenhum agente que possa ter dificultado o processo. Muito pelo contrário (GR 2).

O município de Caxias aderiu à planificação, abraçou mesmo a planificação. Conseguiu entender que a planificação não envolve mais recursos financeiros, na verdade, ela apenas utiliza o que já tem, mas de uma forma mais inteligente ou de uma forma mais racional, porque é mais adequação (GM. Caxias 4).

Fato que evidencia o reflexo positivo oriundo da parceria entre o CONASS e os gestores estaduais e municipais no processo de implementação da Estratégia PAS (Guerra *et al.*, 2022).

Entre as fragilidades apontadas pelo gestores evidenciou-se: atuação incipiente da gestão regional; questões de ordem orçamentária que prejudicaram o investimento em elementos estruturais; condições contratuais precárias, resultando em alta rotatividade profissional; interferências de ordem político-partidária; entraves relacionados ao processo de reorganização do centro de especialidades existente; resistência inicial de alguns profissionais e usuários às mudanças assistenciais preconizadas pela Estratégia PAS; ausência de especialidades médicas estratégicas para a linha de atenção selecionada; e necessidade de maior adesão da atenção hospitalar.

Porém, tem essa questão de gestão, cai muito na questão política, principalmente em municípios menores, tem essa questão política. E aí quando chega na questão política, passa da nossa mão e atividade (GR 1).

Um dos problemas maiores que nós tínhamos, e temos até hoje, é a quantidade de contratações precárias, o que fazia ter uma mudança muito frequente de equipe, e isso atrapalha o processo como um todo [...] (GM. Caxias 3).

Com relação à Regional, a Regional vem com apoio bem no início, depois enfraqueceu, esfriou um pouco e agora que ela está retomando os processos para si (GM. Caxias 4).

Em consonância com o que foi observado entre os gestores, no tocante às condições locais, os profissionais da APS de ambos os municípios evidenciaram aspectos positivos e negativos. Entre os aspectos facilitadores destacaram o apoio da gestão municipal e da coordenação da APS, o engajamento e o comprometimento da equipe local e a metodologia

proposta pela Estratégia PAS que estimula a interlocução de profissionais de diferentes categorias.

Como o município participou das oficinas que o CONASS trazia, e foi trazida de uma forma diferente porque a Unidade Básica de Saúde fechava e todo mundo ia para as oficinas, então só isso daí já deu aquele diferencial do que o município ia vivenciar porque a partir do momento que a gente bota na mesma sala de aula o vigia, o enfermeiro, o Agente Comunitário de Saúde, os técnicos, os médicos, o dentista, todo mundo na mesma igualdade de fala então já foi um processo que trouxe já um diferencial [...] (P.APS Caxias 6).

Isso demonstra a efetividade dessas ações para a integralidade do cuidado e potencialização da reorganização dos processos de trabalho a partir da percepção de diferentes profissionais (Canto *et al.*, 2021).

Entre as fragilidades apontadas pelos profissionais da APS foram citadas: participação incipiente da atenção hospitalar; desafios de natureza estrutural e na oferta de materiais/equipamentos de trabalho, afetando a realização de procedimentos assistenciais; ausência na oferta de alguns exames e especialidades médicas; e quantidade de profissionais incompatível com a demanda, questões também observadas por profissionais que implementaram a Estratégia PAS em outra região de saúde (Pereira; Bonito, 2024).

[...] mas eu acredito que ainda podemos melhorar esse elo que existe entre a atenção primária e os hospitais, realmente eu acho que ainda falta a gente melhorar muito para a gente poder conseguir realmente fazer com que a rede funcione de forma efetiva (P.APS Caxias 1).

[...] a gente tem fragilidade em relação ao apoio diagnóstico, a exames laboratoriais e a quantitativo de profissionais também, eu acho que é reduzido. Eu acho que essas são as falhas (P.APS Caxias 3).

[...] muitas vezes a minha maior dificuldade é no atendimento clínico em relação à estrutura, não pode ser feito com o que eu tenho fisicamente (P.APS Caxias 5).

Entre as fortalezas apontadas pelos profissionais da AAE foi reforçado o apoio da gestão local e entre as fragilidades, foi referenciado o déficit no setor de suporte diagnóstico, questões de ordem estrutural, falta de integração da atenção hospitalar, assim como a existência de inconsistências no processo de triagem. Para os facilitadores, apesar de existir uma ótima adesão e participação da gestão municipal e uma excelente cooperação e comprometimento dos profissionais da APS e da AAE, as fragilidades destacadas anteriormente, representaram questões emblemáticas que comprometeram o processo de implementação da Estratégia PAS nos municípios estudados.

A Regional, não é que teve resistência, a regional está melhorando agora, mas ela nunca teve uma boa adesão [...] (Facilitador 1).

[...] a gente tem ainda um problema de comunicação com a atenção hospitalar [...] a gente só pode dizer que a gente está trabalhando em rede se a gente fecha os três níveis de atenção. E a gente está tendo dificuldade na atenção hospitalar (Facilitador 2).

Se a gente tivesse os recursos que faltam em termos de estrutura e alguns processos de apoios diagnósticos e logísticos, a gente estaria no melhor cenário do país [...] a gente tem esses limitadores que impedem de implantar o processo [...] esses recursos, a ausência deles ou a ausência de continuidade [...] isso compromete a qualidade e o resultado (Facilitador 4).

As questões mencionadas acima refletem a fragmentação dos sistemas de saúde e os desafios da promoção do cuidado como um direito social, em decorrência de um sistema truncado, burocrático e desarticulado que não leva em consideração as necessidades e os movimentos reais de seus usuários, tornando-o lento e em muitos casos insatisfatório, somando-se a isso a insuficiência de recursos decorrentes do baixo investimento público (Tofani *et al.*, 2021).

Diante disso, torna-se fundamental destacar a fala de um dos facilitadores entrevistados que demonstra como a ausência de recursos, aliada à falta de uma uniformização de diretrizes e políticas organizacionais dificultam o desenvolvimento de estratégias que tem como objetivo a promoção de melhorias na qualidade dos serviços assistenciais.

Aí você tem que sentar com um profissional que tem que ser orientado por essa desorientação e que ele ainda olha para a bancada dele e não tem os ingredientes para rodar aquele processo: "cadê o teste rápido?", "não tem"; "está bom, cadê o exame laboratorial?", "não tem"; "está bom, cadê a medicação para tratar?", "não tem"; "está bom, como notifica?", "é no sistema, e não tem sistema, a internet caiu" e você tem que colocar isso para funcionar. Então, é uma grande colcha de retalhos que a planificação tem que ir pegando nó por nó [...] é uma infinidade de ações que são desenvolvidas em um único processo de trabalho [...] a gente não pega um cenário ideal, não está lá a receita, o profissional e os ingredientes, isso não está desse jeito, a gente sabe. Às vezes, a gente encontra só profissional, aí você tem que colocar receita [...] e procurar todos os ingredientes para começar a fazer um processo (Facilitador 4).

No que tange **às parcerias e conexões** houve unidade nos discursos dos gestores e profissionais quanto à importância dos facilitadores do CONASS, atuando como articuladores junto à gestão, apoiando todos os processos nas unidades de saúde, monitorando o desenvolvimento das ações pactuadas e oferecendo subsídio teórico e direcional aos municípios e profissionais com o objetivo de torná-los aptos a assumirem integralmente todos os processos implantados.

[...] o caminho por onde a gente percorreu até hoje, foi tudo instruído pelos facilitadores do CONASS; todas as dúvidas, os anseios, a segurança que eles nos passam durante as tutorias e durante esse momento de dispersão, que é o momento que eles se distanciam, eu acredito que a gente nunca esteve só, porque mesmo quando eles estão em outros estados, a gente manda mensagem e eles respondem. Toda dúvida mesmo que a equipe tem, eles têm livre acesso. Então é importantíssima a presença dos facilitadores [...] (P.AAE 1).

Demonstrando a importância da participação desses atores no suporte do trabalho desenvolvido, fortalecendo o processo e favorecendo uma maior adesão de todos os envolvidos (Guerra *et al.*, 2025).

Ambiente interno

Quanto às **características estruturais e os recursos disponíveis** que apoiaram o processo de implementação da Estratégia PAS foi salientado pelos gestores regionais e estaduais a sua participação nos treinamentos oferecidos pelos facilitadores, cooperando junto aos municípios na oferta dos materiais, transporte e alimentação dos profissionais envolvidos nas oficinas introdutórias, fase inicial de implantação da Estratégia PAS. A gestão municipal atuou de forma mais operacional, oferecendo a infraestrutura, o transporte e a alimentação nos momentos das oficinas introdutórias.

A gente fica permanentemente nesse movimento com a gestão, tanto que a gente tem planos de ação para os profissionais e plano de ação para a gestão. Ao final de todos os encontros da planificação, a gente tem a reunião com a gestão para apresentar o que foi que a gente viu, o que falta (GE).

Porém, a existência de problemas orçamentários prejudicou o processo de implementação da Estratégia PAS em ambos os municípios, sendo necessário, segundo eles, uma participação mais efetiva do Ministério da Saúde no aporte financeiro destinado aos municípios. De acordo com Pereira *et al.* (2024), esse subfinanciamento reflete a insuficiência na alocação dos recursos destinados à saúde e a ineficiência de sua gestão, afetando todas as áreas desse setor.

Em relação à estrutura física, eu acho que falta, por parte do Ministério da Saúde, um incentivo maior aos municípios, porque quem está na ponta é quem sabe, acaba que, embora o Ministério incentive todos os programas [...] como o próprio nome diz, é um incentivo e a manutenção é muito... ela fica só para o município, ela fica muito dispendiosa [...] há um contrassenso no que eu prego e no que eu preciso fazer para a rede funcionar. Então a gente precisava de um maior estímulo do Ministério da Saúde, não é só dizer que a atenção primária é importante, mas valorizá-la como tal (GM. Caxias 3).

O município que ia atrás de emendas ou até de recursos [...] correndo atrás dessas coisas (GM. Caxias 4).

“Ah, mas tem que se virar com o teu dinheiro”, que eu digo. ((risos)) Eu digo, “Mas não dá”, se eu for só com o meu dinheiro, só a minha folha de pagamento com a estrutura que eu hoje tenho na saúde de Coelho Neto; o dinheiro que vem do Ministério da Saúde para mim é o dinheiro da minha folha (GM. Coelho Neto 3).

Uma das alternativas vislumbradas para superar essa questão, de acordo com o gestor estadual entrevistado, é o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), que oferece o suporte necessário aos profissionais e gestores.

[...] a gente já está aderindo aos Proadi-SUS que estão surgindo com o Ministério da Saúde, porque a gente precisa de mãos, recursos humanos e processo de planificação é um processo que precisa de recursos humanos. Então a gente precisa de recursos humanos, o Proadi-SUS surgiu junto com esses processos dos hospitais de excelência e usando a metodologia do CONASS a gente tem essa possibilidade de ter analista, consultor. Então fazendo esse papel de trazer a ferramenta, de ajudar e a Secretaria dando suporte é uma coisa boa” (GE).

Informação que se encontra em conformidade com seu objetivo que estabelece a realização de contribuições relacionadas à alocação de recursos para o desenvolvimento de atividades assistenciais e também ampliação das ações por meio da realização de projetos (Santos; Palhares; Mendes, 2023), o que pode contribuir para o processo de implementação de iniciativas como a Estratégia PAS.

Os profissionais reforçaram a importância das oficinas introdutórias para o alinhamento de conceitos teóricos/metodológicos fundamentais, sendo um momento crucial de capacitação e qualificação, além de contribuírem para a instituição de protocolos clínicos. Isso acontece porque a metodologia empregada pela Estratégia PAS preconiza a realização de ações específicas abordando distintos conteúdos com objetivo central de qualificar os processos de trabalho e as práticas profissionais. Segundo Ziani *et al.*, (2023), isso ocorre mediante uma abordagem que leva em consideração a discussão em equipe e a aplicação do conteúdo no território, a partir da lógica estabelecida pelas RAS.

Aprendi um monte de coisa, eu não sabia nem, eu não entendia nem o que era trabalhar em rede. E a oficina, o que ela veio trazer essa questão dos atributos da atenção primária, do que a gente é realmente (P.APS Caxias 6).

Para além dessa questão, os profissionais da AAE referenciaram o investimento da gestão na melhoria da infraestrutura do centro de especialidade, como a incorporação do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e a ampliação da oferta de alguns aparelhos/materiais fundamentais para a linha de atenção selecionada.

Com essa organização da rede a gente passou a atender os sete municípios da região e organizou o fluxo, nós passamos a funcionar por meio do SISREG. Então as filas aqui já não existiam mais [...] eles têm acesso ao SISREG, eles têm a senha e marcam [...] (P.AAE 3).

Porém, dois dos facilitadores entrevistados relataram receios quanto à manutenção das reformas e do suporte fornecido pela gestão no momento da implementação, pois, segundo eles, existe uma tendência a não continuidade dessas ações, comprometendo, consequentemente, a manutenção dos resultados alcançados.

Veja, uma fragilidade [...] a manutenção das unidades de saúde [...] equipam as unidades, fazem tudo, mas essa manutenção dessas unidades faz porque o CONASS vem, porque tem que ser uma coisa do dia a dia deles, então uma fragilidade é essa.

A manutenção mesmo dos equipamentos, materiais, insumos, para que esse processo dê certo [...] (Facilitador 1).

[...] outra questão é a dificuldade de manutenção predial dessas estruturas, a maioria, a gente vê pelos relatos dos profissionais que, para tutoria, eles são reformados [...] corre e pinta, corre e ajeita, então eles ficam: "vocês têm que vir mais vezes, voltem mais" e a gente sabe que é assim. Você chega, está tudo limpinho, está tudo pintadinho, você sabe que é para isso; mas a gente quer que faça. Se a gente garantir que, toda vez que a gente vier, vai estar pintadinho, a gente vem até com mais frequência para garantir que está arrumadinho [...] (Facilitador 4).

A influência das **conexões relacionais** no processo de implementação da Estratégia PAS foi observada por todos os atores entrevistados, sendo enfatizado a criação de um grupo condutor, formado por pessoas estratégicas, com a finalidade de discutir questões operacionais e a resolução de demandas de uma forma mais direta e intimista. Entre as **comunicações**, as tutorias foram referenciadas como espaços de troca de experiências e encorajamento entre as equipes, além disso, o *WhatsApp* apresentou-se como uma ferramenta que potencializou a integração entre diferentes atores.

[...] temos grupos condutores, que discutimos a região e saímos lá com os nossos encaminhamentos e é uma das estratégias que eu considero muito importantes, porque é o momento da gestão, da área técnica estar discutindo suas dificuldades, às vezes até só de comunicação, mas que atrapalham o desenvolvimento (GM. Caxias 3).

[...] a gente tem um grupo condutor de rede [...] todos os coordenadores de atenção primária, junto com o apoio da gestão de cada município, a gente discutia como era esse acesso dentro do ambulatório e aquilo que vinha acontecendo de movimento dentro do município, da região (GM. Caxias 4).

Eu acho que essa questão de estar mais junto, porque antes era muito solto, era cada um por si, cada um olhando a sua caixinha. Hoje não, já está mais junto, mais integrado, tem mais acesso para chegar [...] então para mim já facilitou muito, antigamente não tinha isso, era cada um por si (GR 3).

Como facilidade, a comunicação na nossa rede melhorou muito. A gente tem muito grupo de *WhatsApp* que facilita [...] (GM. Coelho Neto 1).

A formação desses grupos condutores já se demonstrou útil no acompanhamento e participação da avaliação e monitoramento dos processos relacionados a Estratégia PAS em outra localidade (Evangelista *et al.*, 2019). Com relação a utilização de mecanismos como o *WhatsApp*, de acordo com Savio *et al.* (2024), o uso de tecnologias de comunicação torna mais dinâmico o acesso e o compartilhamento de informações, possibilitando a definição de respostas e intervenções de maneira mais eficiente.

A partir do relato de um dos gestores de Coelho Neto, evidenciou-se a existência de uma comissão em seu município, formada com a finalidade de discutir, mensalmente, a mortalidade materna, investigando e identificando as causas desses óbitos e promovendo, a partir das possíveis fragilidades observadas, mudanças que possam alterar esse desfecho em outras ocasiões semelhantes. Prática que, de acordo com Carvalho *et al.* (2024), têm se multiplicado

em todo o país, representando uma questão decisiva para a institucionalização das ações de vigilância do óbito materno.

[...] a gente tem a Comissão de Mortalidade e Investigação de Mortalidade Materna. Todo mês a gente se reúne para tentar entender o que está acontecendo, por que essas crianças estão morrendo; quando acontece, por que essa mãe veio a óbito. E tentar corrigir, direcionar, em cima das falhas que a gente identifica lá; a gente tem essa comissão (GM. Coelho Neto 1).

Os profissionais reforçaram como aspectos da própria metodologia da Estratégia PAS representaram mecanismos que estimularam a formação de relacionamentos interprofissionais. As tutorias foram referidas como espaços de diálogo e troca de experiências, sendo um ambiente de motivação e enriquecimento, favorecendo a formação de redes e o compartilhamento de informações. Em outro estudo, esse momento também foi reconhecido por evidenciar a criação de espaços onde todos ensinam e todos aprendem (Costa, 2019).

A gente teve a oportunidade, todas as equipes de passar, tanto médico quanto enfermeiro, pela atenção especializada, dar opinião, deixar as nossas... porque a gente sabe mais que eles qual é a nossa demanda, o que a gente precisa levar até eles e ter de retorno. A gente teve também essa oportunidade (P.APS Caxias 3).

E a cada tutoria eu ficava bem mais otimista [...] tinham horas que a gente batia aquela: “ai, não vamos conseguir”, mas aí logo a gente já via outros pontos que a gente “não, sim, vai dar certo sim” [...] daí a gente ia avançando nas fases, nos processos, nas tutorias (P.AAE 3).

Em concordância com tudo o que já foi exposto anteriormente, os facilitadores referenciaram a criação de conexões a partir das ações e instrumentos preconizados pela Estratégia PAS, que estimulam a formação de redes de apoio de profissionais de diferentes níveis assistenciais, por meio de um método que objetiva o compartilhamento de informações e a criação de vínculos.

Acho que o método que a gente utiliza, ele propiciou muito essa troca, essa integração, entendeu? E é uma das coisas que a gente mais tem essa preocupação, de que essa comunicação seja fluida, que a gente consiga (Facilitador 2).

Quanto às **tensões para mudanças** presentes no momento da implementação da Estratégia PAS, os gestores e profissionais entrevistados evidenciaram a existência de situações relacionadas à aceitação das mudanças dos processos de trabalho, somado ao receio de sobrecarga.

Tiveram pessoas que falaram “isso não vai funcionar, a gente já trabalha desse jeito aqui há não sei quanto tempo e isso daí a população não vai aceitar, os próprios profissionais respondendo pela população”. Então realmente tiveram pessoas que não acreditavam (P.APS Caxias 6).

[...] o comecinho tem aquela leve resistência, até porque a gente tem que passar para a população também, o usuário também tem essa resistência, mas é uma resistência só porque é o novo, é só porque vai mudar (P.APS Caxias 2).

A equipe falou: "Eita, além de eu atender, eu vou precisar desenvolver a função educacional na rede. Não vai dar certo, porque nós não temos tempo" (P.AAE 1).

A gente, de início, teve dificuldade demais, porque é um processo totalmente diferente do que é a realidade (P.AAE 5).

Isso pode ser reflexo da insegurança e incerteza das mudanças nas funções de trabalho resultante da introdução de novos processos, gerando, conseqüentemente, a necessidade de proteger a manutenção da realidade mediante a resistência às possíveis mudanças (Cheraghi *et al.*, 2023). Além disso, os facilitadores salientaram questões pertinentes que tencionaram as mudanças preconizadas pela Estratégia PAS nos municípios estudados, principalmente relacionadas ao método de formação fragmentado, que não estimula a multiprofissionalidade, prejudicando a execução de um trabalho em equipe e a necessidade de modificar processos já consolidados, sendo preciso sensibilidade para amenizar as tensões.

Então, você tem que trabalhar isso com o especialista, é uma desconstrução de um modelo formativo que deveria estar lá na universidade, na graduação. Aí depois você vira para esse povo que se formou tudo separado e vai falar para eles que têm que trabalhar integrado [...] é um modelo muito disruptivo, você tem que quebrar isso neles, tem que integrar entre eles [...] isso dá trabalho, leva tempo (Facilitador 4).

Segundo Corrêa (2021), embora seja enfatizada a necessidade de uma assistência interdisciplinar, na prática o cuidado ocorre por meio da formação de nichos profissionais, havendo uma emblemática lacuna no processo de formação em saúde.

Com relação à **prioridade relativa**, ou seja, a importância que a implementação da Estratégia PAS teve em comparação com outras iniciativas em ambos os municípios, de acordo com a gestão, apesar de alguns desafios como a alta rotatividade profissional e a mudança de gestores, algumas iniciativas demonstraram-se eficazes na manutenção da priorização dessa estratégia, estando entre elas: a ativa participação de diferentes instâncias gestoras em evidenciar os resultados advindos da Estratégias PAS; a influência positiva do CONASS junto aos gestores, principalmente municipais, para a viabilizar as mudanças; e o comprometimento na reciclagem dos preceitos organizacionais básicos da Estratégia PAS aos novos profissionais contratados.

A planificação é uma pauta permanente na reunião da Comissão Intergestores Regional (GR 3).

O CONASS, com o trabalho dele de colocar isso em pauta sempre a cada troca de gestor, a cada ano de eleição. Então assim, essa constância [...] de apresentar o projeto, de dar o suporte enquanto instituição de peso, isso é um ponto muito positivo (Caxias 2, Gestão Estadual).

Para os profissionais, em consonância com os gestores, a priorização da Estratégia PAS evidenciou-se mediante um comprometimento que manteve a operacionalização dos processos

assistenciais retroalimentando os novos profissionais contratados, tanto no campo teórico, quanto no campo prático, mesmo em detrimento da alta rotatividade profissional.

Eu acho que essa retroalimentação constante da planificação nas unidades de saúde possibilitam a perpetuação desses processos (P.APS Caxias 7).

É rotina, até porque os profissionais mudam, então a gente tem que estar sempre mantendo essa constância de matriciamento, dessa educação com eles, tem que estar sempre nesse matriciamento com eles para poder estar revisando esses processos com eles da assistência. Então ela é constante, é rotina mesmo (P.AAE 3).

Isso demonstra como a comunicação interprofissional pode contribuir para a produção de melhores resultados, potencializando a garantia da integralidade das ações e transformando a realidade dos serviços (Amaral *et al.*, 2021).

Quanto à **compatibilidade** da Estratégia PAS, para todos os atores entrevistados, o fato de não ser necessário grandes investimentos financeiros, apenas adequações, em grande medida, organizacionais, facilitaram sua implementação, representando, segundo Massuda *et al.*, (2024), uma questão estimulada pelos facilitadores do CONASS que operacionalizam os processos a partir das necessidades e demandas locais.

O que são as condições da planificação da atenção à saúde, o que a gente vê? A gente não tem inovações, são as mudanças de comportamento, são as mudanças nos processos de trabalho e aí a gente precisava lapidar quem? A nossa equipe, não há exigências de estrutura física maravilhosas (GM. Caxias 3).

[...] o que nós mudamos aqui, que nós construímos aqui foi só o processo, processos de trabalho, aqui não foi investido milhões em nada [...] (P.AAE 3).

Então, ela instrumentaliza muito as pessoas [...] de uma maneira muito assim: "eu não tenho computador para pôr essa planilha", "beleza, vamos fazer em papel, vamos fazer aqui", "eu não tenho papel para imprimir", "o que você tem? É o livro, é o celular? Como a gente vai fazer? Vamos fazer do seu jeito, com a sua condição" [...] (Facilitador 4).

Entre os **incentivos** oferecidos pelos gestores que apoiaram o processo de implementação da Estratégia PAS, foram citados: a garantia do horário protegido; identificação e valorização dos profissionais que se destacaram; reconhecimento dos avanços de cada equipe/unidade; estímulo quanto à necessidade da participação de todas as categorias profissionais na construção dos instrumentos de trabalho; e priorização de um atendimento preocupado com a qualidade e não a quantidade de consultas realizadas. De acordo com Magalhães e Cintra (2020), ações como essas possuem um expressivo potencial de envolver, motivar e empenhar todos os profissionais.

O que eu vejo como fortaleza é a importância que a gente como profissional se percebe dentro da assistência e também dentro da equipe [...] (P.APS Caxias 4).

[...] eu me sinto parte da equipe mesmo, participo de todas as programações [...] me sinto bem dentro aqui do posto, sei tudo o que acontece na minha área, estou por dentro [...] (P.APS Coelho Neto 2).

Planificação a gente atende com qualidade. Não importa a quantidade de pacientes, não (P.APS Coelho Neto 4).

Quanto ao **acesso ao conhecimento e à informação**, diversas iniciativas de treinamentos e qualificações foram evidenciadas pelos gestores, tendo a finalidade de capacitar os profissionais, a partir de referências atuais e da parceria com instituições renomadas. Além disso, iniciativas dessa natureza foram evidenciadas entre os próprios profissionais, como a realização de ações de matriciamento com a finalidade de aprimorar as práticas assistenciais.

A gente faz [...] capacitações, treinamentos, mais voltados para a equipe (P.APS Caxias 4).

A gente tem mais encontros, tem mais educação em saúde, tem essas tutorias. É riquíssimo (P.APS Coelho Neto 5).

[...] a gente trabalha com organização de projeto de matriciamento, com esses cronogramas de encontros de modo prático, treinamento da equipe, organização (P.AAE 1).

A implementação de atividades entre os profissionais da APS e da AAE também foi apontada em outro estudo, que evidenciou o fortalecimento do apoio matricial desenvolvido entre as equipes, por meio da retaguarda técnico-pedagógica e assistencial oferecida pelos especialistas aos profissionais de referência da APS, demonstrando a valorização da aprendizagem por meio da troca entre os profissionais, com expressivo potencial transformador (Shimocomaqui *et al.*, 2023).

Processo de implementação

Quanto ao **planejamento, formação das equipes e operacionalização**, os gestores regionais e estaduais identificaram suas funções e responsabilidades ligadas ao suporte e interlocução das demandas dos profissionais e gestores municipais, com o objetivo central de manter as condições necessárias à operacionalização da Estratégia PAS nos municípios. Além disso, atuaram diretamente como apoiadores dos facilitadores nas tutorias e no monitoramento da execução dos planos de ação, compondo e participando das discussões do grupo condutor e mantendo sempre em evidência a importância da Estratégia PAS nos diferentes espaços e oportunidades.

Na época, a gente acompanhava os facilitadores do CONASS para os municípios polo, Caxias e Coelho Neto, ficava na responsabilidade quando eles não estavam aqui, a gente ia fazer as tutorias e ia para acompanhar o plano de ação [...] se estava fazendo ou não [...] (GR 3).

Semelhante ao que foi observado entre os gestores regionais e estaduais, na esfera municipal foram relatadas responsabilidades ligadas ao monitoramento e acompanhamento das ações preconizadas pela Estratégia PAS, porém, em um nível mais local, junto aos coordenadores e profissionais, evidenciando as principais demandas observados pelos profissionais de seus respectivos municípios.

[...] muitas vezes havia essa necessidade de chegar ao secretário de estado, fazer algumas provocações enquanto gestão municipal, de alguns serviços que precisariam ser olhados com uma atenção maior. Mas a planificação nos facilitou essa comunicação, aí fluiu, porque cada um entendia seu papel e sua competência. A gente, enquanto município, não podia avançar mais se o estado não nos desse as condições (GM. Caxias 1).

Segundo Iglesias *et al.* (2021), mudanças como essa podem contribuir para a substituição do modelo gerencial, historicamente consolidado e marcado por relações hierarquizadas, por uma gestão compartilhada, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Na **avaliação do contexto**, os gestores identificaram barreiras e facilidades relacionadas ao processo de implementação da Estratégia PAS nos municípios estudados. Entre as fragilidades: interferência de natureza político-partidária; atuação inconsistente da gestão regional, principalmente relacionadas as múltiplas demandas; e alta rotativa de profissionais e gestores. Entre as potencialidades: a atuação da gestão municipal, o comprometimento dos profissionais e a participação e contribuição dos facilitadores do CONASS.

[...] não é só planificação na região, não é só planificação na Regional, tem tantas outras questões que às vezes a gente não encontra tempo para estar fazendo essa discussão da melhor forma, entendeu? (GR 1).

O município acolheu muito, acolheu bem, todo mundo vestiu muito, foi muito ativo, muito proativo [...] em algum momento, eu vi o vínculo da Regional destituído. Eu vi se criando uma linha de distanciamento, mas nós conseguimos resgatar (GR 2).

Especificamente quanto ao município de Coelho Neto, foram observadas fragilidades relacionadas à oferta de vagas no centro de especialidade, a necessidade de maior investimento em suporte diagnóstico e principalmente desafios relacionados às UBS localizadas na zona rural. Demonstrando, de acordo com Fausto *et al.* (2023), a necessidade de ampliação dos investimentos relacionados à infraestrutura, insumos e equipamentos das unidades situadas nesses locais.

[...] Caxias, por ser o polo maior, acaba absorvendo um grande quantitativo de vagas e, para a gente, fica um pouco menos, porque é de acordo com a quantidade da nossa população, e a gente até que entende. Mas, a gente fica naquela angústia porque, às vezes, a gente não consegue essa vaga, nem toda vez a gente consegue [...] eles fazem de tudo, mas, às vezes, eles também não conseguem nos ajudar da maneira que nós gostaríamos (GM. Coelho Neto 1).

[...] eu não tenho na Unidade Básica de Saúde da zona rural o padrão [...] conforme a planta do Ministério da Saúde diz que tem que ser [...] (GM. Coelho Neto 2).

Outra emblemática questão levantada por todos os gestores entrevistados foi a interferência de problemas orçamentários, principalmente relacionados ao financiamento da AAE.

O ambulatório atende a região, mas ele não tem cofinanciamento estadual. Na verdade, isso é um gargalo de todas as especializadas que a gente tem. A gente só tem um teto [...] que é um teto de ambulatório que é pouco e que não cobre as despesas. Então hoje a gente tem uma série de ambulatórios, inclusive esse, que não recebem recurso federal nenhum; e esse no caso, nem federal e nem estadual, ele é sustentado exclusivamente pelo município (GE).

Nesse cenário torna-se importante evidenciar que o acesso a AAE configura-se como um dos maiores problemas do SUS, decorrente de diversos fatores, incluindo os modos empregados no seu financiamento, organização e funcionamento (Melo *et al.*, 2021), sendo fundamental a superação dessa questão para ampliação da implementação da Estratégia PAS nesse nível de atenção, fundamental no atendimento das necessidades assistenciais e no avanço da consolidação das RAS (Albuquerque *et al.*, 2023).

Algumas fragilidades foram identificadas entre os profissionais na avaliação do contexto de implementação da Estratégia PAS em seus respectivos municípios, estando entre elas: a alta rotatividade profissional; quantidade de recursos humanos insuficiente para a demanda de trabalho; questões relacionadas à estrutura das unidades e a oferta de equipamentos/materiais de trabalho; demora no processo de regulação do paciente encaminhado a AAE; e necessidade de maior investimento no setor de apoio diagnóstico.

[...] a gente tem fragilidade em relação ao apoio diagnóstico, a exames laboratoriais e a quantitativo de profissionais também, eu acho que é reduzido. Eu acho que essas são as falhas (P.APS Caxias 3).

Então, às vezes assim, a gente tem a teoria? Tem a vontade de fazer às vezes, mas não consegue por falta das tecnologias (P.APS Caxias 5).

Fragilidades como a alta rotatividade profissional, a insuficiência de recursos, a mudança frequente de gestores e a sobrecarga do volume de trabalho também impactaram o processo de implementação da Estratégia PAS em outras quatro regiões de saúde (Tanaka *et al.*, 2023), demonstrando como esses elementos podem comprometer o alcance dos resultados esperados.

Uma dificuldade unânime entre os especialistas foi o fato de possuírem múltiplos vínculos profissionais, afetando a participação de toda a equipe nas tutorias, matriciamentos, supervisões, reuniões de equipe e discussão de casos, considerados momentos-chave na

operacionalização da Estratégia PAS. De acordo com Tesser e Poli Neto (2017), a ausência dos especialistas nestes momentos estratégicos, favorece a manutenção de um vínculo assistencial solitário, dificultando a articulação com os profissionais da APS e comprometendo a efetiva coordenação do cuidado.

Não tem como, tenho outras atividades em outro município, sou empregado em outro município para ficar aqui, aí não tem jeito, tem que ser com a agenda do dia (P.AAE 2).

Uma das coisas que eu até pedi com a chefe, é muito difícil organizar o nosso horário para bater todo mundo (P.AAE 5).

Torna-se importante destacar a fala de dois profissionais da APS, um do município de Caxias e outro de Coelho Neto, que destacaram um elemento facilitador e um dificultador, respectivamente, considerados emblemáticos para o processo de implementação da Estratégia PAS. O primeiro, diz respeito ao papel crucial que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenharam, sensibilizando e convencendo os usuários quanto aos benefícios da estratégia, favorecendo a sua adesão.

[...] no começo a gente teve aquela dificuldade da população entender o que era aquele processo que estava acontecendo [...] foi fundamental os nossos agentes comunitários de saúde [...] eles foram nas casas, eles avisavam, eles orientavam como ia ser agora o trabalho [...] como é que a pessoa ia para poder marcar consulta, então eles foram fundamentais para a gente conseguir que a população entendesse aquele processo novo que estava acontecendo e que aceitasse, porque ia trazer melhorias, então eu acho que eles foram fundamentais nessa questão [...] (P.APS Caxias 1).

Fatos como esses reforçam a importância desse profissional na transmissão das informações dirigidas à população, assim como evidenciam a sua contribuição para a elaboração de estratégias que melhoram o desenvolvimento dos processos, demonstrando a sua responsabilidade política, social e de saúde (Oliveira *et al.*, 2022).

Quanto a barreira, foi salientado a existência de uma ideologia que atribui ao enfermeiro as responsabilidades relacionadas à condução da Estratégia PAS, sobrecarregando o desenvolvimento das ações atribuídas, na maioria das vezes, exclusivamente a essa categoria profissional.

Eu vejo mesmo só essa questão de também que tudo volta para o enfermeiro em relação à planificação. A gente tenta sempre passar aqui dentro da unidade que não é planificação do enfermeiro, que é da equipe, toda a equipe. Mas cai para o enfermeiro. Nesses encontros, quem vai é o enfermeiro, tudo bem que o enfermeiro é o tutor, mas falta pegar toda a equipe e trazer para a planificação. Vão planificar os dentistas, trazer e fazer também os encontros com o dentista, porque fica um peso para a gente. A gente vai, chega e tem que repassar, e tem que cobrar, tem que falar (P.APS Coelho Neto 5).

Representando um cenário conhecido que concentra a maioria das tarefas e atribuições ao enfermeiro, que assume integralmente a gestão dos serviços de saúde (Félix; Pinheiro; Neves Júnior, 2022), além das atividades educacionais e assistenciais (Mendes *et al.*, 2020).

De acordo com todos os atores entrevistados, uma característica positiva da Estratégia PAS é a capacidade de **adaptação** dos seus instrumentos e diretrizes as necessidades do território, sem alterar seus princípios fundamentais, mas possibilitando sua modificação a partir da realidade local, com ativa contribuição dos facilitadores do CONASS e da gestão municipal nesse processo.

Isso sempre é discutido, é um método, mas esse método é flexível, ele se adapta bem à realidade dos territórios, ele é customizado a partir dessa realidade, desses cenários. Não é nada imposto: "tem que ser assim, porque assim é a proposta", não, ela é construída [...] é um método que é totalmente discutido e adaptado com a equipe, a gente só não perde o rumo, tem que seguir esse caminho (Facilitador 4).

Corroborando com seu desenho inicial que preconiza a utilização de práticas problematizadoras que possuem o objetivo de promover o desenvolvimento de ações reflexivas em todos os atores envolvidos, mediante a operacionalização de ações baseadas em um planejamento estratégico e participativo (CONASS, 2018).

Na **avaliação das necessidades** evidenciou-se como questões fundamentais a manutenção do apoio dos facilitadores do CONASS e das ações educativas, principalmente em virtude da alta rotatividade profissional; a permanência da comunicação ativa entre os gestores, para a pactuação dos elementos necessários à ampliação e sustentabilidade da Estratégia PAS nos municípios; e a urgente necessidade de fechar o ciclo do cuidado, a partir da integração da atenção hospitalar.

Eu vejo que a manutenção do apoio dos facilitadores [...] a presença dos facilitadores é fundamental nisso, para acompanhar o processo (GM. Caxias 1).

Na educação permanente, nesses momentos mesmo. Até porque, como a gente tem rotatividade profissional, é sempre bom a gente estar qualificando. Então, eu acho que o que precisa melhorar mais é nesse aspecto (GM. Coelho Neto 1).

[...] a gente precisa também avançar na hospitalar (GR 2).

[...] há uma necessidade muito grande de que a gente complete essa rede com a atenção hospitalar [...] (Facilitador 2).

A não aderência da atenção hospitalar é reflexo de uma rede desordenada e fragmentada, com fragilidades presentes em sua organização e hierarquização, evidenciada pela existência de nós críticos como a pouca resolubilidade da atenção básica, a inadequação da oferta da média e alta complexidade, falhas no financiamento e a existência de serviços assistencialistas com

baixa integralidade do cuidado, que culminam na incapacidade crônica de resposta às demandas e efetiva participação da atenção hospitalar (Alves *et al.*, 2021).

No **monitoramento e avaliação**, diversos instrumentos preconizados pela Estratégia PAS foram referenciados, entre eles o plano de ação e a utilização de planilhas, gráficos e *checklists*. Tais mecanismos permitiram o levantamento de dados relacionados ao desenvolvimento dos processos de trabalho, a partir de indicadores que sinalizavam em que momento cada unidade se encontrava no processo de implementação. A utilização dos mesmos mecanismos e sua aplicabilidade foram evidenciados por outros estudos (Tanaka *et al.* 2023; Guerra *et al.*, 2025).

Todos são planilhas de *Excel*. A gente trabalha com planilhas e gráficos (GR 2).

Se usa muito o plano de ação, a gente usa bastante, que aí você vai ter uma planilha de *Excel*, ele vem com aquelas ações e ela vai ranqueando ali, ficando vermelho, azul, verde, dando uma porcentagem de avanço (GM. Caxias 4).

A gente tem umas planilhas, são várias. Tem da vacina, tem de gestante, tem da criança, tem de macroprocessos [...] a gente fica acompanhando [...] (P.APS Coelho Neto 5).

Por retratar questões relacionadas a dois municípios de um mesmo estado brasileiro, o presente estudo possui como limitação a não generalização das informações coletadas. Porém, ao pautar-se na percepção de diferentes atores, o estudo viabilizou a percepção de importantes elementos que influenciaram o processo de implementação da Estratégia PAS, possibilitando uma melhor compreensão do impacto desses fatores nos resultados esperados.

No quadro 5 encontra-se a síntese das principais características observadas no processo de implementação da Estratégia PAS por domínio/categoria do CFIR. No quadro 6 estão listados os principais aspectos facilitadores no processo de implementação da Estratégia PAS de acordo com a percepção dos atores entrevistados, enquanto no quadro 7 é possível observar as principais fragilidades presentes no processo de implementação.

Quadro 5. Síntese das principais características observadas no processo de implementação da Estratégia PAS por domínio/categoria do CFIR.

Domínios	Categorias	Descrição das principais características observadas no processo de implementação da Estratégia PAS
Ambiente externo	Incidentes críticos	Influência dos altos índices de óbitos materno-infantis.
	Atitudes locais	Adesão e colaboração entre gestores e profissionais.
	Condições Locais	Insuficiência de recursos orçamentários.
	Parcerias e conexões	Apoio dos facilitadores do CONASS.
	Pressão externa	Veiculação dos índices de óbitos materno-infantis na mídia.

Ambiente interno	Características estruturais e recursos disponíveis	Expressiva atuação da gestão estadual e municipal na operacionalização e garantia dos recursos necessários a implementação da Estratégia PAS.
	Conexões relacionais	Potencializadas pela criação de grupos condutores e utilização do <i>Whatsapp</i> .
	Comunicações	As tutorias viabilizaram a melhora da comunicação.
	Tensão para mudança	Presença de uma resistência inicial.
	Prioridade relativa	Mantida mediante atuação dos gestores, profissionais e facilitadores do CONASS.
Ambiente interno	Compatibilidade	Potencializada por uma implementação baseada na realidade local e nos recursos disponíveis.
	Sistemas de incentivos	Horário protegido, valorização profissional e priorização de um atendimento preocupado com a qualidade assistencial.
	Acesso ao conhecimento e à informação	Realização de ações de matriciamento entre os profissionais.
Processo de implementação	Planejamento, formação das equipes e operacionalização	Gestão mais próxima das demandas e necessidades locais.
	Avaliação do contexto	Interferências orçamentárias ligadas ao custeio da AAE.
	Estratégias de adaptação	Estimulada pelos facilitadores do CONASS, potencializando o processo de implementação da Estratégia PAS.
	Avaliação das Necessidades	Manutenção do apoio dos facilitadores do CONASS e necessidade da integração da atenção hospitalar.
	Monitoramento e avaliação	Realizado através do plano de ação e da utilização de planilhas, gráficos e <i>checklists</i> .

Elaboração: próprio autor.

Nota: AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Estratégia PAS: Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde.

Quadro 6. Aspectos facilitadores do processo de implementação da Estratégia PAS por município

Aspectos facilitadores	
Caxias	Coelho Neto
Atuação dos facilitadores do CONASS	
Atuação da gestão estadual e municipal	
Mudanças preconizadas pela Estratégia PAS que demandam pouco investimento financeiro	
Existência de um centro de especialidade na região	
Adesão e engajamento dos profissionais	
Utilização de mecanismos que facilitaram a comunicação, como o <i>WhatsApp</i> , entre os diferentes atores	
Operacionalização da implementação da Estratégia PAS desenvolvida em etapas a partir da realidade local	
Necessidade de uma intervenção que promovesse mudanças nos	Necessidade de uma intervenção que qualificasse os processos assistenciais

indicadores de óbitos maternos- infantis	
---	--

Elaboração: próprio autor.

Nota: CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Estratégia PAS: Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde.

Quadro 7. Aspectos desafiadores do processo de implementação da Estratégia PAS por município

Aspectos desafiadores	
Caxias	Coelho Neto
Atuação incipiente da gestão regional	
Alta rotatividade profissional	
Mudança de gestores	
Interferências de ordem político-partidária	
Não adesão da atenção hospitalar	
Desafios relacionados a reestruturação do ambulatório especializado disponível	
Resistência inicial de alguns profissionais e usuários	
Questões de natureza orçamentária, principalmente relacionadas ao financiamento da AAE	
Formação que não estimula a multiprofissionalidade, dificultando o desenvolvimento de um trabalho em rede	
Recursos humanos incompatíveis com a demanda	
Ausência de algumas especialidades médicas fundamentais para a linha de atenção selecionada	
Déficit no apoio diagnóstico	
-	Desafios relacionados as condições das UBS localizadas na zona rural
-	Disponibilização de vagas no centro de especialidades incompatível com a demanda municipal

Elaboração: próprio autor.

Nota: AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; UBS: Unidade Básica de Saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da existência de questões emergenciais que subsidiaram o processo de implementação da Estratégia PAS em ambos os municípios estudados, principalmente relacionadas à alta mortalidade materno-infantil, questões estruturais e orçamentárias prejudicaram sua operacionalização, demonstrando a necessidade de uma maior participação da gestão, sobretudo federal e regional, no que concerne à alocação dos recursos destinados aos municípios, de modo a garantir as condições mínimas necessárias ao desenvolvimento das ações relacionadas à saúde.

Porém, mesmo diante de questões desafiadoras, como a alta rotatividade profissional e a ausência de equipamentos e materiais de trabalho, o comprometimento de todos profissionais impulsionou o processo de implementação da Estratégia PAS em ambos os campos estudados, revelando a importância da participação desses atores para a mudança dos processos de trabalho, sendo vital para a isso o envolvimento de todas as categorias profissionais, garantindo dessa forma a ampla participação e contribuição de todos os envolvidos no processo do cuidado.

A capacidade da Estratégia PAS de adaptar-se aos diferentes cenários favoreceu a sua implementação, mesmo diante de situações que desafiaram sua operacionalização e sustentabilidade. Isso se mostrou particularmente expressivo no município de Coelho Neto, que possuía questões estruturais e orçamentárias mais desafiadoras, se comparado a Caxias. Porém, mesmo diante de sua maleabilidade, foi evidenciado por todos os atores entrevistados o impacto dessa limitação na operacionalização da Estratégia PAS, influenciando diretamente o alcance dos resultados esperados.

Ademais, a ativa participação dos facilitadores do CONASS em parceria com a gestão, sobretudo municipal e estadual, representou um importante elemento potencializador de sua implementação, demonstrando a necessidade da participação, integração e formação de redes colaborativas para o alcance das mudanças necessárias à efetividade das RAS. Além disso, os espaços educacionais propostos pela Estratégia PAS representaram momentos emblemáticos de aprendizagem e aproximação entre os diferentes profissionais da rede, potencializando a resolubilidade de questões operacionais e a formação de grupos de trabalho internamente e externamente.

O Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação viabilizou a realização de uma avaliação aprofundada, principalmente por envolver em sua análise o estudo de diferentes elementos que estavam diretamente relacionados ao processo de implementação

da Estratégia PAS em ambos os municípios estudados. A seleção dos domínios e categorias demonstrou-se compatível com os objetivos propostos, evidenciando a partir da percepção de diferentes atores sua aplicabilidade, versatilidade e relevância e demonstrando a influência de diferentes situações no alcance dos resultados esperados, subsidiando informações úteis a outros locais ou estratégias em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. C. *et al.* Planificação da atenção à saúde: implantação dos macroprocessos de trabalho em quatro localidades brasileiras. **Trab. Educ. Saúde** [online]. 2022, v. 21 [Acessado 24 de Junho 2024], e02377230. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2377>>.
- ALVES, T.M.K. *et al.* Desafios da regulação do acesso à assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde em uma metrópole norte brasileira. **REAS** [online]. 2021, v. 13, n. 3 [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 1-9. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/REAS.e6491.2021>>.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 24 [Acessado 24 de Junho 2024]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>>.
- AMARAL, V.S. *et al.* Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis** [online]. 2021, v. 31, n. 1. [Acessado 20 de Junho 2025], e310106. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>>.
- ANTES, D.L. BERNARDO, C.O. CLASS, B.M. Seis etapas para avaliação eficaz de programas. **Sau. & Transf. Soc.** [online]. 2013, v. 4, n. 4. [Acessado 28 de Abril 2025], pp. 09-14. Disponível em: <<https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1454>>.
- ARAGÃO, M. G. B. FARIAS, M.R. Conexão SUS: um canal do YouTube como instrumento de formação educacional e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate** [online]. 2022, v. 46. n. 133 [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 421-431. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213312>>.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BONFIM, R. A. In: **Introdução à ciência de implementação para profissionais da saúde** [recurso eletrônico] / organizador Rafael Aiello Bomfim – Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **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 (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 de junho de 2011.
- BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
- BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde.

Saúde debate [online]. 2022, v. 46, n. 133 [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 551-570. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>>.

BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. **Saúde Soc.** [online]. 2017, v. 26, n. 4. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 904-919. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170298>>.

CALVASINA, P. Redes de atenção à saúde bucal: a transversalidade invisível. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2023, v. 28, n. 3. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 785-788. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.12802022>>.

CANTO, R.B.B. *et al.* Planificação da atenção à saúde e planeamento: experiência do Rio Grande do Sul. **Rev. APS** [online]. 2021, v. 24, n. 2. [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 403-409. Disponível em: <<https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.16620>>.

CARVALHO, P.I. *et al.* Comitê de mortalidade materna e a vigilância do óbito em Recife no aprimoramento das informações: avaliação ex-ante e ex-post. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online]. 2023, v. 23, n. 1. [Acessado 20 de Junho 2025], e20220254. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000254>>.

CARVALHO, S.S. CONDESSA, A.M. VIDAL, D.P. Relação entre atenção primária e secundária em saúde no cuidado integral aos pacientes encaminhados para a especialidade de estomatologia. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre.** [online]. 2023, v. 64. [Acessado 28 de Abril 2024], e128677. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/2177-0018.128677>>.

CASANOVA, A. O. *et al.* A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2017, v. 22, n.4. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 1209-1224. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26562016>>.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Análise dos Efeitos. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (ed.) **Avaliação em Saúde: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. **CONASS documenta v. 31**. Brasília: CONASS; 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Estudos sobre a planificação da atenção à saúde no Brasil, 2008 a 2019: uma revisão de escopo. **CONASS documenta v. 36**. Brasília: CONASS; 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Características do ambiente de implantação da estratégia de planificação da atenção à saúde. **CONASS documenta v. 43**. Brasília: CONASS; 2022.

CORRÊA, V.O.S. Sistema Único de Saúde como ambiente de ensino-aprendizagem de Anatomia Humana na formação médica. **Interfaces da Educação** [online]. 2021, v. 12, n. 36.

[Acessado 20 de Junho 2025], pp. 523-538. Disponível em:
<<https://doi.org/10.26514/inter.v12i36.4669>>.

CORRÊA, B. L. M. A .L. *et al.* Melhoria de qualidade no paradigma da ciência da implementação em programas profissionais: revisão de escopo. **Rev. gaúch. enferm.** [online]. 2023, v. 44. [Acessado 24 de Junho 2024], e20220159. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220159.pt>>.

COSTA, C. M. *et al.* Educação Permanente em Saúde e atenção psicossocial: a experiência do Projeto Rede Sampa. **Saúde debate** [online]. 2020, v. 44, n. 127. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 1312-1323. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012726>>.

COSTA, V. F. C. O processo de implementação da tutoria da planificação da atenção primária em uma unidade laboratório de um município do interior de Goiás. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago** [online]. 2019, v. 4, n. 3. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 208-215. Disponível em:
<<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.revista.esap.go.gov.br%2Findex.php%2Fresap%2Farticle%2Fdownload%2F87%2F114%2F299&psig=AOvVaw2LCEx7eKnos3QglDDssajU&ust=1719327595373000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAQQn5wMahcKEwj4jNu7wPSGAXUAAAAAHQAAAAAQBA>>.

CHERAGHI, R. *et al.* Reasons for resistance to change in nursing: an integrative review. **BMC Nursing** [online]. 2023, v. 22, n. 310. [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 1-9. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01460-0>>.

DAMACENO, A.N. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista De Enfermagem Da UFSM.** [online]. 2019, v. 10, n. 14. [Acessado 28 de Abril 2025], pp. 1-14. Disponível em:
<<https://doi.org/10.5902/2179769236832>>.

DAMSCHRODER, L. J. *et al.* The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. **Implement. sci.** [online]. 2022, v. 17, n. 75. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 1-16. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>>.

DUBOW, C. *et al.* Participação Social na Implementação das Políticas Públicas de Saúde: uma revisão crítico reflexiva. **Sau. & Transf. Soc.** [online]. 2017, v.8, n. 2. [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 103-111. Disponível em:
<<https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3711>>.

EVANGELISTA, M. J. O. *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2019, v.24, n. 6. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 2115-2124. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>>.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2020, v. 25, n. 11. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 4521-4530. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>>.

FAUSTO, M.C.R. *et al.* Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.**

[online]. 2023, v. 32, n. 1. [Acessado 20 de Junho 2025], e220382pt. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220382pt>>.

FÉLIX, R.S.; PINHEIRO, V.R.M.; NEVES JÚNIOR, T.T. Percepções dos enfermeiros sobre as condições de trabalho e infraestrutura das unidades de Atenção Primária em Saúde. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 16, n. 4. [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 65-72.

FIGUEIRÓ, A.C. FRIAS, P.G. NAVARRO, L.M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Organizadores: Isabella Samico [et al.] – Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FREITAS, M.A.S. ARAÚJO, M.R.N. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. **Revista Brasileira de Políticas Públicas** [online]. 2018, v. 8, n. 3. [Acessado em 28 de Abril 2024], pp. 14-36; Disponível em: <<https://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5739>>.

GEEST, S. *et al.* Potencializando o atendimento de saúde suíço para o futuro: a ciência da implementação para transpor o “vale da morte”. **Texto & contexto enferm.** [online]. 2021, v. 30. [Acessado 24 de Junho 2024], e2019e004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-E004>>.

GUEDES, B. A. P. *et al.* A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2019, v. 24, n. 6. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 2125-2134. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019>>.

GUERRA, S. *et al.* Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2022, v. 38, n. 3. [Acessado 24 de Junho 2024], e00115021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00115021>>.

GUERRA, S. *et al.* Ações educacionais da Planificação da Atenção à Saúde: percepções dos profissionais em duas Regiões de Saúde do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2025, v. 41, n. 4. [Acessado 28 de Abril 2025], e00177724. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT177724>>.

HARTZ, Z.M.A. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2006, v. 11, n. 3. [Acessado 28 de Abril 2025], pp. 733-738. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300020>>.

IGLESIAS, A. *et al.* Gestão do SUS na perspectiva da literatura: fragilidades, potencialidades e propostas. **Espac. Saude** [online]. 2021, v. 22. [Acessado 20 de Junho 2025], e755. Disponível em: <<https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e755>>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados [Homepage] 2022a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/caxias.html>. Acesso em: 24/05/2024.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados [Homepage] 2022b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/coelho-neto.html>. Acesso em: 24/05/2024.

JATOBÁ, A. CARVALHO, P.V.R. Resiliência em saúde pública: preceitos, conceitos, desafios e perspectivas. **Saúde debate** [online]. 2022, v. 46, n. 8. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 130-140. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E810>>.

KANNO, N.P. *et al.* A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2023, v. 39, n.10. [Acessado 24 de Junho 2024], e00213322. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213322>>.

KESSNER, D. M; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing Health Quality – The Case for Tracers. **N Engl J Med.** [online]. 1973, v. 288, n. 4. [Acessado 29 de Outubro 2024], pp. 189-194. Disponível em: <<https://10.1056/NEJM197301252880406>>.

KUSCHNIR, R. CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2010, v. 15, n. 5. [Acessado 28 de Abril 2025], pp. 2307-2316. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>>.

LANDIM, E. L. A. S.; GUIMARÃES, M. C. L.; PEREIRA, A. P. C. M. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde debate** [online]. 2019, v. 43, n. 5. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 161-173. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S514>>.

LAPÃO, L. V. *et al.* Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2017, v. 22, n. 3. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 713-723. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33532016>>.

MAGALHÃES, M.C.; CINTRA, K.M.B. Planificação da Atenção Primária à Saúde: Relato de experiência - Regional de Saúde Centro Sul. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás Candido Santiago** [online]. 2020, n. 6, v. 1. [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 139-150. Disponível em: <<https://doi.org/10.22491/2447-3405.2020.V6N1.art10>>.

MAIA, K. K. O. *et al.* A análise do conceito “avaliação em saúde” na perspectiva evolucionária de Rodgers. **Res. Soc. Dev.** [online]. 2022, v. 11, n.8. [Acessado 29 de Outubro 2024], pp. 1-9. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31301>>.

MARQUES, P. *et al.* Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal: uma análise dos indicadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus no período de 2010 a 2021. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales.** [online]. 2024, v. 17, n. 9. [Acessado 28 de Abril 2025], pp. 01-17. Disponível em: <<https://doi.org/10.55905/revconv.17n.9-034>>.

MARTINELLI, N. L. *et al.* Regionalização e Rede de Atenção à Saúde em Mato Grosso. **Saúde Soc.** [online]. 2022, v. 31, n. 4. [Acessado 24 de Junho 2024], e210195pt. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210195pt>>.

MAXIMINO, V. S. *et al.* Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saúde Soc.** [online]. 2017, v. 26, n. 2. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 435-447. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170017>>.

MASSUDA, A. *et al.* Análise de políticas de investimento na Atenção Primária à Saúde: neoinstitucionalismo histórico aplicado ao sistema de saúde brasileiro. **Rev. Adm. Pública** [online]. 2024, v. 58, n. 5. [Acessado 20 de Junho 2025], e2023-0391. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-761220230391>>.

MEGIER, E. R. *et al.* Planificação da atenção à saúde: perspectiva da literatura brasileira. In: Anais do 6 o Congresso Internacional em Saúde. [Acessado 24 de Junho 2024]. Disponível em: <<https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/11172/976>>.

MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis** [online]. 2021, v. 31, n. 1. [Acessado 24 de Junho 2024], e310109. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>>.

MELO, N.C.; CUNHA, M.P.L. Mortalidade materno-infantil em um estado nortista Brasileiro: coerência e discrepância entre instrumentos de gestão e agenda 2030. **Revista Ciência Plural** [online]. 2023, v. 9, n. 3. [Acessado 20 de Junho 2025], e32028. Disponível em: <<https://doi.org/10.21680/2446-7286.2023v9n3ID32028>>.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. In: **Desafios do SUS** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MENDES, M. *et al.* Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2020, v. 54. [Acessado 20 de Junho 2025], e03622. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019005003622>>.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc.** [online]. 2017, v. 26, n. 2. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 329-335. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168321>>.

MUSAYÓN-OBLITAS, F. Y. *et al.* Validação de um guia de aconselhamento para a adesão ao tratamento antirretroviral usando ciência da implementação. **Rev. latinoam. enferm.** [online]. 2020, v. 28. [Acessado 24 de Junho 2024], e3228. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3117.3228>>.

NICOLA, T.; WEIS, A. H. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde: construção e validação de instrumento de avaliação. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2020, v. 73, n. 6. [Acessado 24 de Junho 2024], e20190545. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0545>>.

NILSEN, P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. **Implement. sci.** [online]. 2015, v. 10, n. 53. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 1-13. Disponível em: <<https://10.1186/s13012-015-0242-0>>.

OLIVEIRA, C. R. F. *et al.* Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2019, v. 35, n. 4. [Acessado 24 de Junho 2024], e00119318. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00119318>>.

OLIVEIRA JÚNIOR, S. A. *et al.* O olhar dos gestores municipais sobre a planificação da rede temática de atenção à saúde. **REAS** [online]. 2021, v. 13, n. 2. [Acessado 24 de Junho 2024], e5385. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e5385.2021>>.

OLIVEIRA, F.F. *et al.* Importância do agente comunitário de saúde nas ações da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública** [online]. 2022, v. 46, n. 3. [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 291-313. Disponível em: <<https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3771>>.

PEREIRA, M.M.S.; BONITO, R.F. Percepções de Trabalhadores da APS acerca da Planificação da Atenção à Saúde. **APS em Revista** [online]. 2024, v. 6, n. 1. [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 200-210. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/aps.v6i1.341>>.

PEREIRA, M.C.L. *et al.* Saúde Pública no Brasil: desafios estruturais e necessidades de investimentos sustentáveis para a melhoria do sistema. **Revista Cedigma** [online]. 2024, v. 2, n. 3. [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 64-80. Disponível em: <<https://doi.org/10.5281/zenodo.13292623>>.

PINTO, T.R.; CYRINO, E.G. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na conformação das redes prioritárias de atenção. **Interface comun. saúde educ.** [online]. 2022, v. 26. [Acessado 24 de Junho 2024], e200770. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200770>>.

POWELL, B. J.; PROCTOR, E. K.; GLASS, J. E. A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. **Res Soc Work Pract.** [online]. 2014, v. 24, n. 2. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 192-212. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1049731513505778>>.

QUEIROZ, D. M. *et al.* Desafios e potencialidades para produção do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Rev. bras. Enferm.** [online]. 2021, v. 74, n. 5. [Acessado 24 de Junho 2024], e20210008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0008>>.

REIS, A. A. C. *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2017, v. 22, n. 4. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 1045-1054. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>>.

RODRIGUES, M. R.; SOUSA, M. F. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. **Saúde debate** [online]. 2023, v. 47, n. 136. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 242-252. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042022313616>>.

SALCI, M. A.; SILVA, D. M. G. V.; MEIRELLES, B. H. S. AVALIAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. **Cienc Cuid Saude**. [online]. 2018, v.17, n. 2. [Acessado 29 de Outubro 2024], pp. 1-6. Disponível em: <[https:// 10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41937](https://10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41937)>.

SAMICO, I; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Organizadores: Isabella Samico [et al.] – Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SAMICO, I. et al. Avaliação da efetividade da estratégia de planificação da atenção à Saúde no Brasil - EfetivaPAS: protocolo de pesquisa. **Anais do IHMT**. [online]. 2024, v. 23, n. 2. [Acessado 28 de Abril 2025], pp. 36-49. Disponível em: <<https://doi.org/10.25761/anaisihmt.497>>.

SANTOS, J.A.; PALHARES, L.; MENDES, A. Proadi-SUS: análise dos recursos financeiros nos triênios 2009–2011, 2012–2014 e 2015–2017. **Rev Saude Publica** [online]. 2023, v. 57, n. 61. [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 1-12. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004385>>.

SAVIO, R.O. et al. Uso do WhatsApp® por gestores de serviços de saúde. **Acta Paul Enferm**. [online]. 2021, v. 34. [Acessado 20 de Junho 2025], eAPE001695. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001695>>.

SHIMOCOMAQUI, G.B. et al. Atenção ambulatorial especializada à saúde materno-infantil em regiões do PlanificaSUS. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2023, v. 57, n. 3. [Acessado 20 de Junho 2025], 3s. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005336>>.

SCHILLER, C. O. A. et al. Validação de face e construto do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (IARAMI). **Ciênc. Saúde Colet**. [online]. 2021, v.26, n. 2. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 3657-3670. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.33872019>>.

SCHNEIDER, A.T.; WEBER, L.D. A influência da mídia na saúde pública diante de um surto epidemiológico em município do Paraná. **Arquivos Brasileiros de Medicina Veterinária FAG** [online]. v. 4, n. 2. [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 153-178. Disponível em: <<https://themaetscientia.fag.edu.br/index.php/ABMVFAG/article/view/414/508>>.

SCHÖNHOLZER, T. E. et al. Indicadores de desempenho da Atenção Primária do Programa Previne Brasil. **Rev. latinoam. enferm**. [online]. 2023, v. 31. [Acessado 24 de Junho 2024], e4009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6640.4009>>.

SHIMOCOMAQUI, G. B. et al. Atenção ambulatorial especializada à saúde materno-infantil em regiões do PlanificaSUS. **Rev Saude Publica** [online]. 2023, v. 57, n. 3. [Acessado 24 de Junho 2024], 3s. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005336>>.

SILVA, E. S. A. et al. Elaboração e implementação de protocolo para Hora Ouro do recém-nascido prematuro utilizando ciência da implementação. **Rev. latinoam. enferm**. [online]. 2023, v. 31. [Acessado 24 de Junho 2024], e3958. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6627.3958>>.

SILVA, T. F.; RAMOS, T. C. S.; DAVID, H. M. S. L. Redes sociais e configurações de equipes em uma unidade da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde debate** [online]. 2021, v. 45, n. 130. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 618-632. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113005>>.

SOUZA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde debate** [online]. 2018, v. 42, NÚMERO ESPECIAL 1. [Acessado 29 de Outubro 2024], pp. 289-301. Disponível em: <<https://10.1590/0103-11042018S119>>.

TANAKA, O. U. *et al.* Desafios para a implementação de processos de planificação em regiões de saúde. **Rev Saude Publica** [online]. 2023, v. 57, n. 3. [Acessado 24 de Junho 2024], 2s. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005138>>.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2017, v. 22, n. 3. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 941-951. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>>.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2021, v. 26, n.10. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 4769-4782. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>>.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Construção da integralidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: o cuidado para além dos serviços. **Interface comun. saúde educ.** [online]. 2022, v. 26. [Acessado 24 de Junho 2024], e210690. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210690>>.

VANDEVANTER, N. *et al.* Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to assess factors that may influence implementation of tobacco use treatment guidelines in the Viet Nam public health care delivery system. **Implement. sci.** [online]. 2017, v. 12, n. 27. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 1-8. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13012-017-0558-z>>.

VENANCIO, S. I. *et al.* Pesquisas de implementação na área da primeira infância: revisão de escopo. **Acta Paul. Enferm.** [online]. 2023, v. 36, n. 1. [Acessado 24 de Junho 2024], eAPESPE023073. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023ARSPE0230733>>.

VIANA, A. L. A. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** [online]. 2018, v. 23, n. 6. [Acessado 24 de Junho 2024], pp. 1791-1798. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>>.

VIANA, A. L. A. Estudos sobre a implementação de políticas públicas. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Contribuições para a Avaliação da Efetividade da Planificação da Atenção à Saúde. **CONASS documenta v. 39**. Brasília: CONASS; 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 9. [Acessado 29 de Outubro 2024], e00237219. Disponível em: <[https:// 10.1590/0102-311X00237219](https://doi.org/10.1590/0102-311X00237219)>.

ZEPEDA, K. G. M. *et al.* Fundamentos da Ciência da Implementação: um curso intensivo sobre um emergente campo de pesquisa. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** [online]. 2018, v. 22, n. 2. [Acessado 24 de Junho 2024], e20170323. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0323>>.

ZIANI, J.S. *et al.* Implementação do PLANIFICASUS na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR** [online]. 2023, v. 27, n. 6. [Acessado 20 de Junho 2025], pp. 2433-2446. Disponível em: <<https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i6.2023-020>>.

ANEXO A – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS: PESQUISA EFETIVA PAS



Pesquisa EfetivaPAS

- ESTUDO 2 -

ROTEIRO DE ENTREVISTA

GESTOR REGIONAL

Município:

Região de Saúde:

UF:

Instituição/Serviço de saúde:

Data:

Local da entrevista:

Hora de início:

Hora de fim:

Entrevistadores/Moderadores:

Nome do entrevistado:

Idade:

Gênero:

Formação profissional (curso de graduação):

Formação profissional (curso de pós-graduação de maior relevância):

Tempo no cargo/função:

1. (O2). Qual a sua participação nos processos de planejamento, implantação e acompanhamento da Planificação no município?
2. (O2). Como foi a participação da instância regional na adesão estadual à proposta da Planificação? Como se deu a participação da instância regional no processo de escolha da região e da condição de saúde priorizada?

3. (O2). Como foi a participação da instância regional na pactuação junto ao COSEMS, CIB e CIR?
4. (O2). No momento da adesão estadual à Planificação existiam as condições políticas, técnicas e administrativa necessárias para sua operacionalização? Quais mecanismos utilizados para promover tais condições?
5. (O2). Quais recursos (financeiros, humanos, materiais, de treinamento) empregados pela gestão estadual e municipal para implantação da Planificação?
6. (O2). Existe um grupo condutor regional? Quais os critérios de escolha dos membros? Qual o seu papel na operacionalização da Planificação?
7. (O2). Qual o papel da referência técnica na operacionalização da Planificação? Como se deu tal indicação?
8. (O2). Existe algum tipo de mecanismo que garanta e proteja a carga horária da equipe técnica disponibilizada à operacionalização da Planificação?
9. (O2). Como se dá a participação da Secretaria Municipal de Saúde na operacionalização da Planificação? Que análise você faz desta participação?
10. (O2). A instância regional participa das tutorias? Como se dá esta participação?
11. (O2). Qual a sua percepção acerca do papel do facilitador no processo de operacionalização da Planificação?
12. (O2/O6). Você considera que existe uma articulação suficiente entre o gestor estaduais, os gestores municipais e os gestores das unidades laboratório (UBS e AAE) para o encaminhamento das demandas e necessidades decorrentes da Planificação?
13. (O2). Como analisa o processo de operacionalização da Planificação? Pontue facilidades e obstáculos; aspectos positivos ou negativos.
14. (O2/O5). Como analisa a articulação da APS com o AAE?
15. (O4/O5). Na sua percepção houve mudanças da APS na região de saúde selecionada após a implantação da Planificação? Pode exemplificar?
16. (O2/O6). Considerando as atribuições e ações de rotina desenvolvidas na Unidade de Saúde, você considera que a Região de Saúde assumiu algum risco ao implantar a Planificação? Se sim, quais e como isso aconteceu?
17. (O2/O6). Quais os mecanismos/dispositivos institucionais (administrativos, jurídicos, financeiros, políticos) a região de saúde utiliza para garantir a continuidade da Planificação?
18. (O2/O6). Existe algum instrumento de monitoramento e/ou de avaliação da implantação da Planificação utilizado pelo CONASS? Se sim, quais são? São elaborados relatórios sistematizados e periódicos? Têm revelado os principais problemas/fragilidades da Planificação?
19. (O2/O6). Como se dá o compartilhamento dos processos desenvolvidos e dos resultados alcançados relacionados a Planificação (monitoramento e/ou avaliação)?

20. (O2/O6). As informações produzidas no processo de implantação da Planificação têm sido sistematizadas pela equipe técnica da região de saúde, da gestão estadual e/ou CONASS?
21. (O2/O6). Você considera que essas informações têm gerado conhecimentos novos sobre o processo de regionalização da saúde e da coordenação do cuidado à saúde? Pode exemplificar?
22. (O2/O6). Há algum movimento ou iniciativa institucional que promova a gestão do conhecimento produzido? Quais?
23. (O6). Que estratégias estão sendo previstas, caso o CONASS deixe de assumir o custeio dos Facilitadores da Planificação?
24. (O2). A Planificação foi adaptada ao contexto local levando em consideração os perfis epidemiológico e sociodemográfico das regiões de saúde? Como isso se deu?
25. (O2). Houve necessidade de adequação dos conteúdos e/ou metodologia das oficinas à realidade local?
26. (O6). Quais características da Planificação você considera que podem contribuir para sustentabilidade da estratégia na região de saúde?
27. (O2/O6). Há algo que você gostaria de falar sobre Planificação e que não lhe foi perguntado?

Observações e impressões dos entrevistadores:



Pesquisa EfetivaPAS

- ESTUDO 2 -

ROTEIRO DE ENTREVISTA

GESTOR ESTADUAL

Região de Saúde:

UF:

Data:

Local da entrevista:

Hora de início:

Hora de fim:

Entrevistadores/Moderadores:

Nome do entrevistado:

Idade:

Gênero:

Formação profissional (curso de graduação):

Formação profissional (curso de pós-graduação de maior relevância):

Tempo no cargo/função:

1. (O2). Qual a sua participação nos processos de planejamento, implantação e acompanhamento da Planificação nas regiões de saúde do estado?
2. (O2). O que motivou a adesão estadual à proposta da Planificação?
3. (O2). Como se deu a escolha da região de saúde e município onde a Planificação é operacionalizada?

4. (O2). Qual a condição de saúde ou linha de cuidado priorizada? Como foi o processo de escolha?
5. (O2). Como ocorreu a pactuação junto ao COSEMS, CIB e CIR?
6. (O2). No momento da adesão estadual à Planificação existiam as condições políticas, técnicas e administrativa necessárias para sua operacionalização? Quais mecanismos utilizados para promover tais condições?
7. (O2/O6). Quais recursos (financeiros, humanos, materiais, de treinamento) empregados pela gestão estadual para implantação da Planificação?
8. (O2/O6). A Planificação foi adaptada ao contexto local levando em consideração os perfis epidemiológico e sociodemográfico das regiões de saúde? Como isso se deu?
9. (O2). Como foi o processo de mobilização do corpo técnico para a adesão e operacionalização da Planificação?
10. (O2). Existe algum tipo de mecanismo que garanta e proteja a carga horária da equipe técnica disponibilizada à operacionalização da Planificação?
11. (O2). O Ministério da Saúde (MS) tem alguma participação na implantação da Planificação? Se sim, qual? E, que setores do MS estão envolvidos?
12. (O2). Existe um grupo condutor estadual para operacionalização da Planificação? Quais os critérios de escolha dos membros? Qual o papel do grupo condutor estadual?
13. (O2). Qual o papel da referência técnica na operacionalização da Planificação? Como se deu tal indicação?
14. (O2/O6). Como se dá a participação da instância regional na operacionalização da Planificação? Que análise você faz desta participação?
15. (O2/O6). Como se dá a participação da gestão municipal na operacionalização da Planificação? Que análise você faz desta participação?
16. (O2). A gestão conta com diretrizes clínicas voltadas à condição de saúde selecionada? Houve necessidade de revisão? Como foi o processo de elaboração/revisão?
17. (O2/O6). Qual a participação da gestão estadual na realização das oficinas e de tutorias?
18. (O2). Qual a sua percepção sobre a atuação do facilitador no processo de operacionalização da Planificação?
19. (O2/O6). Você considera que existe uma articulação suficiente entre os gestores municipais e os gestores das unidades laboratório (UBS e AAE) para o encaminhamento das demandas e necessidades decorrentes da Planificação?
20. (O4/O5). Na sua percepção houve mudanças da APS na região de saúde selecionada após a implantação da Planificação? Em que aspectos? Como? No caso de não ter contribuído para a melhoria ou, de ter contribuído para a piora da APS, você poderia explicar: Como? Por quê?

21. (O2). Como analisa o processo de operacionalização da Planificação? Pontue facilidades e obstáculos; aspectos positivos ou negativos.
22. (O2/O6). Considerando a missão institucional da Secretaria Estadual de Saúde, você considera que a instituição assumiu algum risco durante o processo de adesão e implantação da PAS? Se sim, quais e como aconteceu?
23. (O2/O6). Que estratégias estão sendo previstas, caso o CONASS deixe de assumir o custeio dos Facilitadores da Planificação?
24. (O6). Quais os mecanismos/dispositivos institucionais (administrativos, jurídicos, financeiros, políticos) a gestão utiliza para garantir a continuidade da Planificação?
25. (O2/O6). Existe algum instrumento de monitoramento e/ou de avaliação da implantação da Planificação utilizado pelo CONASS? Se sim, quais são? São elaborados relatórios sistematizados e periódicos? Têm revelado os principais problemas/fragilidades da Planificação?
26. (O2/O6). Como se dá o compartilhamento dos processos desenvolvidos e dos resultados alcançados relacionados a Planificação (monitoramento e/ avaliação)?
27. (O2/O6). As informações produzidas no processo de implantação da Planificação têm sido sistematizadas pela equipe técnica da Secretaria Estadual de Saúde? Têm sido sistematizadas pelo CONASS?
28. (O2/O6). Você considera que essas informações têm gerado conhecimentos novos sobre o processo de regionalização da saúde e da coordenação do cuidado à saúde? Pode exemplificar?
29. (O2/O6). Há algum movimento ou iniciativa institucional que promova a gestão do conhecimento produzido? Quais?
30. (O6). Quais características da Planificação você considera que pode contribuir para a sustentabilidade da estratégia na região de saúde?
31. (O2/O6). Há algo que você gostaria de falar sobre a Planificação e que não lhe foi perguntado?

Observações e impressões dos entrevistadores:



Pesquisa EfetivaPAS

- ESTUDO 2 -

ROTEIRO DE ENTREVISTA

GESTOR MUNICIPAL

Município:

Região de Saúde:

UF:

Instituição/Serviço de saúde:

Data:

Local da entrevista:

Hora de início:

Hora de fim:

Entrevistadores/Moderadores:

Nome do entrevistado:

Idade:

Gênero:

Formação profissional (curso de graduação):

Formação profissional (curso de pós-graduação de maior relevância):

Tempo no cargo/função:

1. (O2). Qual a sua participação nos processos de planejamento, implantação e acompanhamento da Planificação no município?
2. (O2). Como foi a participação da gestão municipal na adesão estadual à proposta da Planificação?

3. (O2). A gestão estadual utilizou algum mecanismo de indução para adesão municipal à proposta da Planificação? Qual?
4. (O2). Como foi a participação da gestão municipal no processo de pactuação junto ao COSEMS e CIR?
5. (O2). No momento da adesão estadual à Planificação existiam no município as condições políticas, técnicas e administrativas necessárias para sua operacionalização? Quais mecanismos utilizados para promover tais condições?
6. (O2). Como se deu a participação da gestão municipal na escolha da região e da condição de saúde priorizada?
7. (O2/O6). Quais recursos (financeiros, humanos, materiais, de treinamento) empregados pela gestão estadual e/ou municipal para implantação da Planificação?
8. (O2/O6). A Planificação foi adaptada ao contexto local levando em consideração os perfis epidemiológico e sociodemográfico das regiões de saúde? Como isso se deu?
9. (O2). A gestão conta com diretrizes clínicas voltadas à condição de saúde selecionada? Houve necessidade de revisão? Como foi o processo de elaboração/revisão?
10. (O2/O6). Como se dá a participação da Secretaria Municipal de Saúde no processo de implantação da Planificação na Unidade de Saúde laboratório? Quais os setores encontram-se envolvidos?
11. (O2/O6). Como você percebe a participação da gestão estadual/regional nos processos de adesão, operacionalização e acompanhamento da Planificação?
12. (O2/O6). Como você percebe a participação do Ministério da Saúde nos processos de adesão, operacionalização e acompanhamento da Planificação?
13. (O2). Existe grupo condutor municipal? Qual a composição e como foi o critério de escolha dos participantes? Como se dá a atuação desse grupo?
14. (O2). Qual o papel da referência técnica na operacionalização da Planificação? Como se deu tal indicação?
15. (O2). Existe algum tipo de mecanismo que garanta e proteja a carga horária da equipe técnica disponibilizada à operacionalização da Planificação?
16. (O2). Como ocorre a realização das oficinas no âmbito municipal? Qual a participação da gestão municipal neste processo?
17. (O2). Qual a sua percepção acerca do papel do facilitador no processo de operacionalização da Planificação?
18. (O2). Como se deu o processo de escolha da unidade laboratório e do AAE?
19. (O2). Como ocorreu a indicação dos tutores da unidade laboratório e do AAE?

20. (O2/O6). A gestão municipal tem conhecimento dos planos operativos elaborados pela equipe da unidade laboratório e do AAE? Existe algum processo de acompanhamento da implementação destes planos?
21. (O2/O6). Você considera que existe uma articulação suficiente entre a gestão municipal e os gerentes das unidades laboratório (UBS e AAE) para o encaminhamento das demandas e necessidades decorrentes da Planificação? Como analisa essa articulação?
22. (O2/O6). Considerando as atribuições e ações de rotina desenvolvidas na Unidade de Saúde, você considera que o município assumiu algum risco ao implantar a Planificação? Se sim, quais e como isso aconteceu?
23. (O2). Na sua percepção houve mudanças na organização e funcionamento da APS e do AAE após a implantação da Planificação? Pode exemplificar?
24. (O2/O6). Existe perspectiva de expandir a proposta da Planificação para as demais unidades de saúde da APS? Se sim, pode mencionar a motivação? Se não, por quê?
25. (O2). Como analisa o processo de operacionalização da Planificação? Pontue facilidades e obstáculos; aspectos positivos ou negativos.
26. (O6). Quais os mecanismos/dispositivos institucionais (administrativos, jurídicos, financeiros, políticos) o município utiliza para garantir a continuidade da Planificação?
27. (O6). Quais características da Planificação você considera que pode contribuir para sustentabilidade da estratégia na região de saúde?
28. (O2/O6). Que estratégias estão sendo previstas, caso o CONASS deixe de assumir o custeio dos Facilitadores da Planificação?
29. (O2/O6). Existe algum instrumento de monitoramento e/ou de avaliação da implantação da Planificação? Se sim, quais são? São elaborados relatórios sistematizados e periódicos? Se sim, os processos avaliativos têm revelado os principais problemas/fragilidades da Planificação?
30. (O2/O6). As informações produzidas no processo de implantação da Planificação têm sido sistematizadas pela equipe técnica da gestão municipal, da gestão estadual e pelo CONASS? Se sim, como?
31. (O2/O6). Você considera que essas informações têm gerado conhecimentos novos sobre aspectos relacionados à Coordenação do Cuidado à Saúde? Pode exemplificar? Se sim, existe algum mecanismo de disseminação e/ou gestão desse conhecimento no município? Qual(is)?
32. (O6). O que você considera que tem sido feito pela Secretaria Municipal de Saúde para a sustentabilidade da Planificação?
33. (O2/O6). Há algo que você gostaria de falar sobre a Planificação e que não lhe foi perguntado?

Observações e impressões dos entrevistadores:

[illegible]



Pesquisa EfetivaPAS

- ESTUDOS 2 e 4 -

ROTEIRO DE ENTREVISTA

FACILITADOR CONASS

Município:

Região de Saúde:

UF:

Instituição/Serviço de saúde:

Data:

Local da entrevista:

Hora de início:

Hora de fim:

Entrevistadores/Moderadores:

Nome do entrevistado:

Idade:

Gênero:

Formação profissional (curso de graduação):

Formação profissional (curso de pós-graduação de maior relevância):

Cargo/ função:

Tempo no cargo / função:

1. (O2/O9). Qual a sua participação nos processos de planejamento, implantação e acompanhamento da Planificação nas regiões de saúde?
2. (O2). Como se deu a escolha das regiões de saúde e municípios para a implantação da Planificação?

3. (O2). Na sua percepção, existiam as condições necessárias para a implantação da Planificação nas regiões e municípios selecionados? Por quê?
4. (O2/O6). A Planificação foi adaptada aos contextos locais levando em consideração os perfis epidemiológicos e sociodemográficos das regiões de saúde? Como isso se deu?
5. (O2/O9). Qual o suporte oferecido pelos facilitadores e/ou pelo CONASS à gestão estadual, à instância regional e à gestão municipal na operacionalização da Planificação?
6. (O2). Como foi a adesão do corpo técnico estadual, regional e municipal à proposta da Planificação?
7. (O2). Qual a sua opinião sobre o processo de operacionalização da Planificação? Quais são as fortalezas e fragilidades?
8. (O2/O6). Na sua percepção que condições são essenciais para a operacionalização e continuidade da Planificação?
9. (O9). Qual sua opinião sobre:
 - a. As Oficinas e Tutorias?
 - b. As instalações/espço físico?
 - c. A carga horária proposta?
 - d. O conteúdo programático?
 - e. O material didático utilizado?
 - f. O desempenho dos tutores estaduais, regionais e municipais?
10. (O2/O9). Qual a sua participação no planejamento e na condução dos ciclos mensais de Oficinas nas unidades laboratório e no ambulatório de especialidades?
11. (O2/O9). Qual a sua participação na condução dos ciclos mensais de Tutorias nas unidades laboratório e no ambulatório de especialidades?

Entrevistador - caso ainda não tenha sido mencionado, solicitar ao entrevistado para distinguir melhor os momentos das oficinas e tutorias.

12. (O9). Você teve apoio dos seus colegas de trabalho e das suas chefias para condução das oficinas, tutorias e supervisões?
13. (O9). Na sua opinião, quais os objetivos centrais das Oficinas e Tutorias da Planificação?
 - a. Dentre esses objetivos, quais você acha que foram alcançados?
 - b. Quais não foram alcançados? Quais os principais entraves?

14. (O9). Na sua percepção, existe algum aspecto das Oficinas e Tutorias que necessitaria ser modificado?
15. (O9). Qual a utilidade/relevância das Oficinas e Tutorias para você?
16. (O9). Na sua opinião, os profissionais que participaram das Oficinas e Tutorias tiveram alguma dificuldade em aplicar os conhecimentos adquiridos na prática do serviço? Se sim, como essa dificuldade foi tratada?
17. (O9). Você teria alguma sugestão para melhorar a aplicação dos conhecimentos obtidos na prática do serviço?
18. (O9). Você teria alguma sugestão para facilitar a aprendizagem dos conteúdos abordados nas Oficinas e Tutorias?
19. (O9). Na sua percepção, houve mudanças nos comportamentos ou nas atitudes dos profissionais por consequência das Oficinas e Tutorias da Planificação?
20. (O2). Qual a sua participação no ciclo do PDSA?
21. (O4/O9). Quais os macroprocessos de trabalho foram implementados pela Planificação na APS e na AAE?

Entrevistador - perguntar a opinião sobre as contribuições em relação aos macroprocessos de trabalho APS e AAE: pode complementar/nortear a pergunta citando macroprocessos de trabalho estabelecidos pela Planificação.

22. (O4/O9). De que maneira a Planificação tem contribuído para melhorar a organização dos macroprocessos de trabalho na APS e na AAE?
 - a. São visíveis elementos de mudança?
 - b. Se sim, quais são os elementos de mudança?
23. (O5). Como se dá a coordenação/articulação da assistência ao paciente entre a APS e a AAE na rede/região?
24. (O5/O9). A Planificação contribui para melhorar a coordenação/articulação entre níveis de atenção?
 - a. Se sim, como?
 - b. No caso de não ter contribuído para melhoria ou de ter contribuído para piora da coordenação, você poderia explicar como?

Entrevistador - perguntar opinião sobre as contribuições em relação à comunicação e fortalecimento da confiança entre os profissionais da APS e da AAE, manejo dos pacientes, redução dos encaminhamentos desnecessários, estabelecimentos de fluxos coerentes e oportunos, programação da atenção e pré-cadastro de usuários de alto e muito alto risco, agendamento das solicitações da APS, supervisão das equipes da APS, segunda opinião.

25. (O4/O5/O9). A Planificação possibilitou outras mudanças na rede/região (unidades, APS, AAE, SADT, hospitais etc.)?
- Se sim, quais?
 - Essas mudanças têm contribuído para melhoria da articulação entre os níveis de atenção e para a melhoria da organização dos macroprocessos de trabalho? Como?

Entrevistador - se não for mencionado, perguntar por mudanças nas políticas, na estrutura, e na organização da rede/região, nos profissionais, nos macroprocessos.

26. (O9). Você acha que as Oficinas e Tutorias foram condizentes com as necessidades dos serviços de saúde? Por quê?
27. (O2/O6). Você identifica alguma iniciativa de monitoramento e avaliação da implantação da Planificação utilizado pelo CONASS?
- Se sim, quais?
 - São elaborados relatórios sistematizados e periódicos?
28. (O2/O6). Como se dá o compartilhamento das atividades de monitoramento e avaliação entre os envolvidos (divulgação de resultados)?
29. (O2/O6). São realizadas ações de organização, disseminação e compartilhamento do conhecimento produzido pela Planificação? Quais?
30. (O2/O6). Há algo que você gostaria de falar que não lhe foi perguntado?

Observações e impressões dos entrevistadores:



Pesquisa EfetivaPAS



ROTEIRO DE ENTREVISTA

- ESTUDOS 2 e 4 -

TUTOR APS E AAE

Município:

Região de Saúde:

UF:

Instituição/Serviço de saúde:

Data:

Local da entrevista:

Hora de início:

Hora de fim:

Entrevistadores/Moderadores:

Nome do entrevistado:

Idade:

Gênero:

Formação profissional (curso de graduação):

Formação profissional (curso de pós-graduação de maior relevância):

Cargo/ função:

Tempo no cargo / função:

1. (O2). Você participou da fase preparatória/ de planejamento da Planificação? Como se deu sua participação?
2. (O2). Como foi a adesão do corpo técnico da unidade à proposta da Planificação?
3. (O2/O9). Existiam as condições necessárias para implantação da Planificação na unidade? Por quê?
4. (O2/O6). A Planificação foi adaptada ao contexto local levando em consideração os perfis epidemiológicos e sociodemográficos das regiões de saúde? Como isso se deu?

5. (O2/O6/O9). Qual a sua participação na implantação da Planificação na unidade (nas oficinas, tutorias, cursos de curta duração e no ciclo do PDSA)?
6. (O2/O9). Qual o suporte oferecido pelos facilitadores e/ou pelo CONASS à gestão estadual, à instância regional e à gestão municipal na operacionalização da Planificação?
7. (O2). Como foi a adesão do corpo técnico estadual, regional e municipal à proposta da Planificação?
8. (O2). Como vê o processo de operacionalização da Planificação? Quais são as fortalezas e fragilidades?
9. (O2/O6). Na sua percepção que condições são essenciais para a operacionalização e continuidade da Planificação?
10. (O9). Qual sua opinião sobre:
 - a. As Oficinas?
 - b. As Tutorias?
 - c. As instalações/espço físico?
 - d. A carga horária proposta?
 - e. O conteúdo programático?
 - f. O material didático utilizado?
 - g. O desempenho dos facilitadores?
11. (O2/O9). Qual a sua participação no planejamento e na condução dos ciclos mensais de Oficinas nas unidades laboratório e no ambulatório de especialidades?
12. (O2/O9). Qual a sua participação na condução dos ciclos mensais de Tutorias nas unidades laboratório e no ambulatório de especialidades?

Entrevistador – caso ainda não tenha sido mencionado, caberia pedir ao entrevistado para distinguir como foi sua participação nos momentos das oficinas e tutorias.

13. (O9). Como se deu a organização dos processos de trabalho nas unidades laboratório?
14. (O9). Como ocorreram as tutorias nas demais unidades do município, durante a fase de expansão da Planificação?
15. (O9). Na sua opinião, quais os objetivos centrais das Oficinas e Tutorias da Planificação?
 - a. Dentre esses objetivos, quais você acha que foram alcançados?
 - b. Quais não foram alcançados? Quais os principais entraves?

16. (O9). Na sua percepção, existe algum aspecto das Oficinas e Tutorias que necessitaria ser modificado?
17. (O9). Qual a utilidade/relevância das Oficinas e Tutorias para você?
18. (O9). O que você aprendeu durante as Oficinas e Tutorias da Planificação?
19. (O9). Houve algo que você esperava aprender e não aprendeu?
20. (O9). Você teria alguma sugestão para facilitar a aprendizagem dos conteúdos abordados nas oficinas e tutorias?
21. (O9). As oficinas e tutorias contribuíram para a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas ao seu processo de trabalho?
22. (O9). Você teve apoio dos seus colegas de trabalho e das suas chefias para condução das oficinas, tutorias e supervisões?
23. (O9). Na sua opinião, os profissionais que participaram das Oficinas e Tutorias tiveram alguma dificuldade em aplicar os conhecimentos adquiridos na prática do serviço? Como essa dificuldade foi tratada?
24. (O9). Você teria alguma sugestão para melhorar a aplicação dos conhecimentos obtidos na prática do serviço?
25. (O9). Você teria alguma sugestão para facilitar a aprendizagem dos conteúdos abordados nas Oficinas e Tutorias?
26. (O9). Na sua percepção, houve mudanças nos comportamentos ou nas atitudes dos profissionais por consequência das Oficinas e Tutorias da Planificação?
27. (O4/O9). Quais os macroprocessos de trabalho foram implementados pela Planificação na APS e na AAE?

<i>Entrevistador – pode complementar/nortear a pergunta citando macroprocessos de trabalho estabelecidos pela Planificação.</i>
--

28. (O4/O9). A Planificação tem contribuído para melhorar a organização dos macroprocessos de trabalho na APS e na AAE?
 - a. São visíveis elementos de mudança?
 - b. Quais?
29. (O5). Como se dá a coordenação/articulação da assistência ao paciente entre a APS e a AAE na rede/região?
30. (O5/O9). A Planificação contribui para melhorar a coordenação/articulação entre níveis de atenção?
 - a. Se sim, como?
 - b. No caso de não ter contribuído para melhoria ou de ter contribuído para piora da coordenação, você poderia explicar como?

Entrevistador – perguntar opinião sobre as contribuições em relação à comunicação e fortalecimento da confiança entre os profissionais da APS e da AAE, manejo dos pacientes, redução dos encaminhamentos desnecessários, estabelecimentos de fluxos coerentes e oportunos, programação da atenção e pré-cadastro de usuários de alto e muito alto risco, agendamento das solicitações da APS, supervisão das equipes da APS, segunda opinião.

31. (O4/O5/O9). A Planificação possibilitou outras mudanças na rede/região (unidades, APS, AAE, SADT, hospitais, etc.)?
 - a. Se sim, quais?
 - b. Essas mudanças têm contribuído para melhoria da articulação entre os níveis de atenção e para a melhoria da organização dos macroprocessos de trabalho? Como?
32. (O9). Você acha que as Oficinas e Tutorias foram condizentes com as necessidades dos serviços de saúde? Por quê?
33. (O2/O6). Você identifica alguma iniciativa de monitoramento e avaliação da implantação da Planificação utilizado pelo CONASS?
 - a. Se sim, quais?
 - b. São elaborados relatórios sistematizados e periódicos?
34. (O2/O6). Como se dá o compartilhamento das atividades de monitoramento e avaliação entre os envolvidos (divulgação de resultados)?
35. (O2/O6). São realizadas ações de organização, disseminação e compartilhamento do conhecimento produzido pela Planificação? Quais?
36. (O2/O6). Há algo que você gostaria de falar que não lhe foi perguntado?

Observações e impressões dos entrevistadores:



Pesquisa EfetivaPAS

- ESTUDOS 2 e 4 -

ROTEIRO DE ENTREVISTA

GERENTE e PROFISSIONAL – APS

Município:

Região de Saúde:

UF:

Instituição/Serviço de saúde:

Data:

Local da entrevista:

Hora de início:

Hora de fim:

Entrevistadores/Moderadores:

Nome do entrevistado:

Idade:

Gênero:

Formação profissional (curso de graduação):

Formação profissional (curso de pós-graduação de maior relevância):

Cargo/ função: () Gerente () Profissional

Tempo no cargo / função:

1. (O2). Como a equipe teve conhecimento sobre a Planificação?
2. (O2). Como foi o processo de seleção da unidade laboratório e do AAE?
3. (O2). A equipe teve alguma participação na definição da condição de saúde escolhida?
4. (O2). A gestão municipal ofereceu algum tipo de incentivo (incentivo financeiro, material) aos profissionais para operacionalização da Planificação?

5. (O2). Na sua percepção existe adesão da equipe à Planificação? Explique.
6. (O2/O6). A Planificação precisou ser adaptada para atender à realidade local (perfis epidemiológico/sociodemográfico)? Se sim, por que e como ocorreu?
7. (O2). No momento de adesão e seleção da unidade laboratório existiam as condições necessárias?
 - a. Quais mecanismos utilizados para promover tais condições?
8. (O2/O6). Quais os recursos (financeiros, humanos, materiais, de treinamento) foram empregados pelo município para implantação da Planificação?
9. (O2/O6). Como ocorre ou ocorreu a participação da gestão municipal de saúde no processo de implantação da Planificação na Unidade de Saúde? Quais setores da Secretaria Municipal de Saúde encontraram-se ou encontram-se envolvidos?
10. (O2/O6). Como você percebe a participação da instância regional, estadual e do Ministério da Saúde no processo de implantação da Planificação na Unidade?
11. (O2). Qual a participação da referência técnica municipal e regional na operacionalização da Planificação na unidade?
12. (O2). Existe algum tipo de mecanismo que proteja sua carga horária para participação na Planificação?
13. (O9) O que você achou das oficinas da Planificação?
14. (O9) O que você achou das tutorias da Planificação?
15. (O9) Qual a sua opinião sobre:
 - a. As instalações/espço físico onde ocorreram as oficinas e as tutorias?
 - b. A carga horária proposta para as oficinas e tutorias?
 - c. O Conteúdo programático das oficinas e tutorias?
 - d. O material didático utilizado?

Entrevistador - Se não for mencionado, perguntar sobre a necessidade de adequação dos conteúdos e/ou metodologia das oficinas à realidade local.

16. (O2/O9) O que você achou do desempenho dos tutores?
17. (O2/O9) O que você achou do desempenho dos facilitadores?
18. (O9) Qual a utilidade das oficinas e tutorias para você (aplicabilidade, relevância)?
19. (O9) O que você aprendeu com as oficinas e tutorias da Planificação?

Entrevistador – caso o entrevistado não mencione, perguntar pelos assuntos abaixo:

- *Reorganização dos macroprocessos da APS (Territorialização; Cadastramento das famílias; Classificação de riscos familiares; Diagnóstico local; Estratificação de risco das condições crônicas; Programação e o monitoramento por estratos de riscos; Gerenciamento de processos; Criação de procedimentos operacionais padrão; Gerenciamento de risco; Implantação de diretrizes clínicas; Estudos de fluxos).*

- *Reorganização dos microprocessos básicos da APS (Recepção, acolhimento e preparo; Vacinação; Curativo; Farmácia; Coleta de exames; Procedimentos terapêuticos; Higienização e esterilização; Gerenciamento de resíduos).*

- *Elaboração de Planos de Ação.*

- *Reorganização da atenção (aos eventos agudos; às condições crônicas não agudizadas; às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; ao autocuidado apoiado; às demandas administrativas; às demandas da atenção preventiva; às demandas da atenção domiciliar; ao sistema de gerenciamento).*

20. (O9) Houve algo que você esperava aprender e não aprendeu?
21. (O9) Você teria alguma sugestão para facilitar a aprendizagem dos conteúdos abordados nas oficinas e tutorias?
22. (O9) Na sua percepção as oficinas e tutorias contribuíram para a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas ao seu processo de trabalho?
23. (O9) Você conseguiu aplicar os conhecimentos obtidos na prática do serviço?

Entrevistador – caso o respondente relate dificuldades, perguntar que fatores dificultaram a aplicação prática dos conhecimentos. Caso o entrevistado não tenha tido dificuldades, perguntar quais fatores facilitaram a aplicação dos conhecimentos na prática do serviço.

24. (O9) Você teria alguma sugestão para melhorar a aplicação dos conhecimentos obtidos na prática?
25. (O9) Você teve apoio dos seus colegas de trabalho para aplicar os conhecimentos no dia a dia do serviço?
26. (O9) E das suas chefias, você teve apoio?
27. (O9) Você teve suporte material e financeiro para aplicação prática dos conhecimentos obtidos?
28. (O2/O9). Com a Planificação houve a necessidade de mudanças na rotina da unidade? Quais?

Entrevistador – caso não seja mencionado, solicitar que o entrevistado indique se e como as oficinas e tutorias contribuíram com as mudanças na rotina da unidade.

29. (O9) Foi possível perceber mudanças nos seus colegas de trabalho?
30. (O9) E na gestão/chefia, você percebe alguma mudança?
31. (O4/O9). Quais os macroprocessos de trabalho foram implementados na APS e AAE devido à Planificação?

Entrevistador – pode complementar/nortear a pergunta citando os macroprocessos de trabalho estabelecidos pela Planificação.

32. (O4/O9). A Planificação tem contribuído para melhorar a organização dos macroprocessos de trabalho na APS e na AAE?
- São visíveis elementos de mudança?
 - Quais?
33. (O2/O9). A equipe conta com diretrizes clínicas voltadas à condição de saúde selecionada?
- Se sim, houve necessidade de revisão?
 - Como foi o processo de elaboração ou revisão?
34. (O2/O6). Você considera que existe uma articulação suficiente entre o gestor municipal e o gerente da unidade laboratório (APS e AAE) para encaminhamento das demandas e necessidades da Planificação?
35. (O2/O5). Como se dá a coordenação/articulação da assistência ao paciente entre APS e AAE na rede/região?
- Que mecanismos institucionais são disponibilizados para que a equipe faça essa coordenação/articulação?
36. (O5/O9) A Planificação contribui para melhorar a coordenação/articulação entre níveis de atenção?
- Se sim, como?
 - No caso de não ter contribuído para melhoria ou de ter contribuído para piora da coordenação, você poderia explicar como?

Entrevistador – perguntar opinião sobre as contribuições em relação à comunicação e fortalecimento da confiança entre os profissionais da APS e da AAE, manejo dos pacientes, redução dos encaminhamentos desnecessários, estabelecimentos de fluxos coerentes e oportunos, programação da atenção e pré-cadastro de usuários de alto e muito alto risco, agendamento das solicitações da APS, supervisão das equipes da APS, segunda opinião.

37. (O4/O5/O9) A Planificação possibilitou outras mudanças na rede/região (unidades, APS, AAE, SADT, hospitais, etc.)?
- Se sim, quais?

- b. Essas mudanças têm contribuído para melhoria da articulação entre os níveis de atenção e para a melhoria da organização dos macroprocessos de trabalho?
- c. Como?

Entrevistador - Se não mencionam, perguntar por mudanças nas políticas, na estrutura e organização da rede/região, nos profissionais, nos macroprocessos.

- 38. (O9) Você acha que as oficinas e tutorias que você participou foram condizentes com as necessidades do seu serviço?
- 39. (O9) Em sua opinião, existe alguma parte das oficinas e tutorias que necessitaria ser modificada?
- 40. (O2/O6/O9) Quais os aspectos que você considera como fortalezas e fragilidades da operacionalização da Planificação?
- 41. (O2/O6/O9) Quais aspectos que você considera como da operacionalização da Planificação?

Entrevistador – caso não seja mencionado, solicitar que o entrevistado indique as fortalezas e fragilidades das oficinas e tutorias.

- 42. (O2/O6). Considerando as atribuições e ações de rotina desenvolvidas na Unidade de Saúde, você considera que gestão ou gerência da unidade assumiu algum risco ao implantar a Planificação? Se sim, quais e como isso aconteceu?
- 43. (O2/O6). Você identifica alguma iniciativa de monitoramento e avaliação da implantação da Planificação utilizado pelo CONASS?
 - a. Se sim, quais?
 - b. São elaborados relatórios sistematizados e periódicos?
 - c. Têm revelado os principais problemas/fragilidades da Planificação?
- 44. (O2/O6). Como se dá o compartilhamento das atividades de monitoramento e avaliação da Planificação entre os envolvidos (divulgação dos resultados)?
- 45. (O2/O6). As informações produzidas no processo de implantação da Planificação têm sido sistematizadas pela equipe condutora local e do CONASS?
 - a. Essas informações têm gerado conhecimentos novos sobre aspectos relacionados ao processo de planejamento e à Coordenação do Cuidado à Saúde?
 - b. Pode exemplificar?
- 46. (O6). Quais características da Planificação você considera que podem contribuir para a sua sustentabilidade na região de saúde?

47. (O6). Quais os mecanismos/dispositivos institucionais (administrativos, jurídicos, financeiros, políticos) a SMS/Unidade de Saúde utiliza/utilizou para garantir a continuidade da Planificação?
48. (O2/O6). Há algo que você gostaria de falar sobre Planificação e que não lhe foi perguntado?

Observações e impressões dos entrevistadores:



Pesquisa EfetivaPAS

- ESTUDOS 2 e 4 -

ROTEIRO DE ENTREVISTA

GERENTE e PROFISSIONAL – AAE

Município:

Região de Saúde:

UF:

Instituição/Serviço de saúde:

Data:

Local da entrevista:

Hora de início:

Hora de fim:

Entrevistadores/Moderadores:

Nome do entrevistado:

Idade:

Gênero:

Formação profissional (curso de graduação):

Formação profissional (curso de pós-graduação de maior relevância):

Cargo/ função: () Gerente () Profissional

Tempo no cargo / função:

1. (O2). Como a equipe teve conhecimento sobre a Planificação?
2. (O2). Como foi o processo de seleção da unidade laboratório e do AAE?
3. (O2). A equipe teve alguma participação na definição da condição de saúde escolhida?

4. (O2). A gestão municipal ofereceu algum tipo de incentivo (incentivo financeiro, material) aos profissionais para operacionalização da Planificação?
5. (O2). Na sua percepção existe adesão da equipe à Planificação? Explique.
6. (O2/O6). A Planificação precisou ser adaptada para atender à realidade local (perfis epidemiológico/sociodemográfico)? Se sim, por que e como ocorreu?
7. (O2). No momento de adesão e seleção da unidade laboratório existiam as condições necessárias? Quais mecanismos utilizados para promover tais condições?
8. (O2/O6). Quais os recursos (financeiros, humanos, materiais, de treinamento) empregados pelo município para implantação da Planificação?
9. (O2/O6). Como ocorre ou ocorreu a participação da gestão municipal de saúde no processo de implantação da Planificação na Unidade de Saúde? Quais setores da Secretaria Municipal de Saúde encontraram-se ou encontram-se envolvidos?
10. (O2/O6). Como você percebe a participação da instância regional, estadual e do Ministério da Saúde no processo de implantação da Planificação na Unidade?
11. (O2). Qual a participação da referência técnica municipal e regional na operacionalização da Planificação na unidade?
12. (O2). Existe algum tipo de mecanismo que proteja sua carga horária para participação na Planificação?
13. (O9). O que você achou das oficinas da Planificação?
14. (O9). O que você achou das tutorias da Planificação?
15. (O9). Qual a sua opinião sobre:
 - a. As instalações/espço físico onde ocorreram as oficinas e as tutorias?
 - b. A carga horária proposta para as oficinas e tutorias?
 - c. O Conteúdo programático das oficinas e tutorias?
 - d. O material didático utilizado?

Entrevistador - Se não for mencionado, perguntar sobre a necessidade de adequação dos conteúdos e/ou metodologia das oficinas à realidade local.

16. (O2/O9). O que você achou do desempenho dos tutores?
17. (O2/O9). O que você achou do desempenho dos facilitadores?
18. (O9). Qual a utilidade das oficinas e tutorias para você (aplicabilidade, relevância)?
19. (O9). O que você aprendeu com as oficinas e tutorias da Planificação?

Entrevistador – caso o entrevistado não mencione, perguntar pelos assuntos abaixo:

- Atividades relativas ao conhecimento da população adscrita (Territorialização; Identificação da população adscrita; Estratificação de risco; Levantamento de usuários para acompanhamento pela unidade).

- Reorganização dos macroprocessos da AAE (Porta de entrada da AAE fechada, com agenda demandada pela APS; Fluxos internos de atendimento; Acolhimento inicial; Agenda de atendimento e Atendimento organizado; Apoio diagnóstico (implantação de protocolos para exames; solicitações de exames; orientação para preparo e coleta de material; exames solicitados na própria unidade); Assistência farmacêutica (protocolos de medicamentos; implantação da farmácia clínica; dispensação de medicamentos; gestão da assistência farmacêutica).

- Reorganização dos microprocessos da AAE (Assistenciais (curativos; procedimentos terapêuticos; aferição de dados vitais; ECG); Relativos à segurança do paciente (prevenção de infecções relacionadas à medicamentos; troca de medicamentos; identificação de pacientes; prevenção de quedas; comunicação; Úlceras Por Pressão; uso seguro de materiais e EPIs, implantação e gestão dos Núcleos de Segurança do Paciente); Administrativos (marcação de exames e consultas).

- Atenção às condições crônicas de saúde (Gestão da condição de saúde do usuário com alto e muito alto risco (Fase de instabilidade: Manejo da condição; Condição estabilizada: Elaboração do plano de cuidado e supervisão da continuidade do cuidado na APS); Aplicação de tecnologias de cuidado da condição crônica (atenção contínua com plano de cuidado, atenção compartilhada); Apoio à educação permanente da APS.

- Integração entre a APS e AAE (Conhecimento e vinculação dos profissionais da APS com os da AAE; Programação da atenção ofertada aos usuários de alto e muito alto risco; Pré-cadastramento, estratificação dos usuários de alto e muito alto risco, a partir das listas enviadas pela APS; Agendamento das solicitações da APS; Manejo compartilhado (plano de cuidados; supervisão de continuidade); Comunicação com a APS através de formulários de referência e do plano de cuidado; Atividades educacionais voltadas para as equipes da APS; Supervisão das equipes da APS).

20. (O9). Houve algo que você esperava aprender e não aprendeu?
21. (O9). Você teria alguma sugestão para facilitar a aprendizagem dos conteúdos abordados nas oficinas e tutorias?
22. (O9). Na sua percepção as oficinas e tutorias contribuíram para a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas ao seu processo de trabalho?
23. (O9). Você conseguiu aplicar os conhecimentos obtidos na prática do serviço?

Entrevistador – caso o respondente relate dificuldades, perguntar que fatores dificultaram a aplicação prática dos conhecimentos. Caso o entrevistado não tenha tido dificuldades, perguntar quais fatores facilitaram a aplicação dos conhecimentos na prática do serviço.

24. (O9). Você teria alguma sugestão para melhorar a aplicação dos conhecimentos obtidos na prática?
25. (O9). Você teve apoio dos seus colegas de trabalho para aplicar os conhecimentos no dia a dia do serviço?
26. (O9). E das suas chefias, você teve apoio?
27. (O9). Você teve suporte material e financeiro para aplicação prática dos conhecimentos obtidos?
28. (O2/O9). Com a Planificação houve a necessidade de mudanças na rotina da unidade? Quais?

Entrevistador – caso não seja mencionado, solicitar que o entrevistado indique se e como as oficinas e tutorias contribuíram com as mudanças na rotina da unidade.

29. (O9). Foi possível perceber mudanças nos seus colegas de trabalho?
30. (O9). E na gestão/chefia, você percebe alguma mudança?
31. (O4/O9). Quais os macroprocessos de trabalho foram implementados na APS e AAE devido à Planificação?

Entrevistador – pode complementar/nortear a pergunta citando macroprocessos de trabalho estabelecidos pela Planificação.

32. (O4/O9). A Planificação tem contribuído para melhorar a organização dos macroprocessos de trabalho na APS e na AAE?
 - a. São visíveis elementos de mudança?
 - b. Quais?
33. (O2/O9). A equipe conta com diretrizes clínicas voltadas à condição de saúde selecionada?
 - a. Se sim, houve necessidade de revisão?
 - b. Como foi o processo de elaboração ou revisão?
34. (O2/O6). Você considera que existe uma articulação suficiente entre o gestor municipal e o gerente da unidade laboratório (APS e AAE) para encaminhamento das demandas e necessidades da Planificação?
35. (O2/O5). Como se dá a coordenação/articulação da assistência ao paciente entre APS e AAE na rede/região?
 - a. Que mecanismos institucionais são disponibilizados para que a equipe faça essa coordenação/articulação?
36. (O5/O9). A planificação contribui para melhorar a coordenação/articulação entre níveis de atenção?
 - a. Se sim, como?

- b. No caso de não ter contribuído para melhoria ou de ter contribuído para piora da coordenação, você poderia explicar como?

Entrevistador – perguntar opinião sobre as contribuições em relação à comunicação e fortalecimento da confiança entre os profissionais da APS e da AAE, manejo dos pacientes, redução dos encaminhamentos desnecessários, estabelecimentos de fluxos coerentes e oportunos, programação da atenção e pré-cadastro de usuários de alto e muito alto risco, agendamento das solicitações da APS, supervisão das equipes da APS, segunda opinião.

37. (O4/O5/O9). A Planificação possibilitou outras mudanças na rede/região (unidades, APS, AAE, SADT, hospitais, etc.)?
- Se sim, quais?
 - Essas mudanças têm contribuído para melhoria da articulação entre os níveis de atenção e para a melhoria da organização dos macroprocessos de trabalho? Como?

Entrevistador - Se não mencionam, perguntar por mudanças nas políticas, na estrutura e organização da rede/região, nos profissionais, nos macroprocessos.

38. (O9). Você acha que as oficinas e tutorias que você participou foram condizentes com as necessidades do seu serviço?
39. (O9). Em sua opinião, existe alguma parte das oficinas e tutorias que necessitaria ser modificada?
40. (O2/O6/O9). Quais os aspectos que você considera como fortalezas e fragilidades da operacionalização da Planificação?

Entrevistador – caso não seja mencionado, solicitar que o entrevistado indique as fortalezas e fragilidades das oficinas e tutorias.

41. (O2/O6). Considerando as atribuições e ações de rotina desenvolvidas na Unidade de Saúde, você considera que gestão ou gerência da unidade assumiu algum risco ao implantar a Planificação? Se sim, quais e como isso aconteceu?
42. (O2/O6). Você identifica alguma iniciativa de monitoramento e avaliação da implantação da Planificação utilizado pelo CONASS?
- Se sim, quais?
 - São elaborados relatórios sistematizados e periódicos?
 - Têm revelado os principais problemas/fragilidades da Planificação?
43. (O2/O6). Como se dá o compartilhamento das atividades de monitoramento e avaliação da Planificação entre os envolvidos (divulgação dos resultados)?

44. (O2/O6). As informações produzidas no processo de implantação da Planificação têm sido sistematizadas pela equipe condutora local e do CONASS?
- a. Essas informações têm gerado conhecimentos novos sobre aspectos relacionados ao processo de planejamento e à Coordenação do Cuidado à Saúde?
 - b. Pode exemplificar?
45. (O6). Quais características da Planificação você considera que podem contribuir para a sua sustentabilidade na região de saúde?
46. (O6). Quais os mecanismos/dispositivos institucionais (administrativos, jurídicos, financeiros, políticos) a SMS/Unidade de Saúde utiliza/utilizou para garantir a continuidade da Planificação?
47. (O2/O6). Há algo que você gostaria de falar sobre a Planificação e que não lhe foi perguntado?

Observações e impressões dos entrevistadores:

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO IMIP PARA COLETA DE DADOS



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP GRUPO DE GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE – GEAS/IMIP

CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos que o pesquisador **Diogenes Ferreira dos Passos**, desenvolva o seu projeto de pesquisa intitulado **Análise da Implementação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em dois municípios Maranhenses**, que está sob a coordenação/orientação do **Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli** cujo objetivo é **analisar o processo de implementação da Estratégia PAS em dois municípios Maranhenses a partir da percepção dos gestores, facilitadores e profissionais entrevistados**.

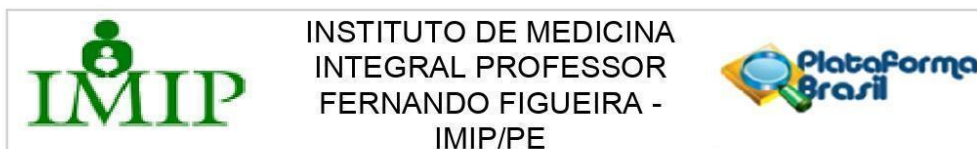
Cederemos o acesso aos dados da **Pesquisa Efetiva PAS**, que encontra-se armazenado no **Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira**, para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Recife, 25 de julho de 2024.

Isabella Chagas Samico
Isabella Chagas Samico
Coordenadora do Grupo de Gestão e Avaliação em Saúde – GEAS/IMIP

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA: PESQUISA EFETIVA PAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil - Pesquisa Efetiva PAS

Pesquisador: Isabella Chagas Samico

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34198320.5.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAUDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.142.814

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa ("PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1582226.pdf", de 26/06/2020) e/ou do Projeto Detalhado ("Projeto_Pesquisa_EfetivaPAS.pdf", de 24/06/2020).

INTRODUÇÃO

1. Regionalização e Redes de Atenção à Saúde Os sistemas de saúde contemporâneos têm enfrentado grandes desafios contextuais, tais como alterações no perfil demográfico e no estilo de vida da população, bem como uma transição epidemiológica inconclusa, que combina elevadas taxas de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas com altas incidências de doenças infecciosas e parasitárias. Esse cenário exige uma capacidade de adaptação e de incorporação tecnológica que muitas vezes caminha em ritmo mais acelerado que os fatores internos aos sistemas (como cultura e estrutura organizacional, recursos, financiamento e estilo de gestão), os quais estão sob a governabilidade setorial (OPAS, 2011). Assim, descreve-se a crise universal dos sistemas de saúde, concebidos e desenvolvidos com o propósito de enfrentar as condições e eventos agudos, desconsiderando a verdadeira "epidemia" contemporânea das condições crônicas. O resultado é que se tem uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-902

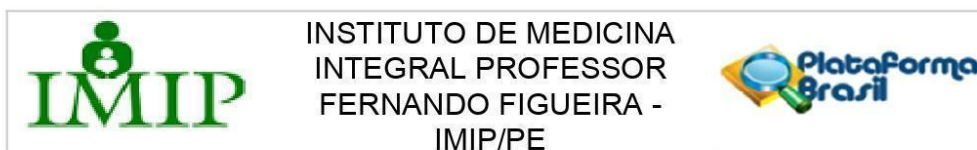
UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br

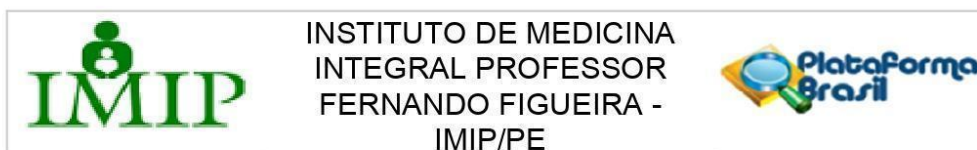


Continuação do Parecer: 4.142.814

de saúde desenvolvido no século XX, que se volta, principalmente, para uma agenda que foi hegemônica do século passado (Mendes, 2010). O contexto acima descrito também demanda transformações nas respostas sociais, expressas inclusive pela forma como os sistemas de saúde se organizam para ofertar ações e serviços. No Brasil, os ciclos políticos de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) compreenderam dois períodos, nos quais prevaleceram a descentralização para os entes subnacionais de governo, com protagonismo da esfera municipal (1988 a 2000) e o início do processo de construção de regiões de saúde ou da regionalização e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no segundo momento (2000 até os dias atuais) (Viana et al, 2017). Por ser um processo que abrange as dimensões social, política, institucional, econômica e cultural, a regionalização cria um mosaico de largo espectro, condicionado pela capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde, mas também pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações e cidadãos, em diferentes espaços geográficos (Viana & Lima, 2011). Considera-se que o processo de regionalização tende a interferir positivamente no acesso à saúde e na integralidade da atenção, pois permite: (i) observar como os determinantes sociais de saúde se expressam no território, (ii) atender uma população que não necessariamente se restringe aos territórios municipais, (iii) estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade e utilização dos recursos disponíveis e (iv) disponibilizar recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde (Lima et al, 2012a). Foi somente no contexto dos anos 2000, marcados por novas orientações na condução da política nacional de saúde, que a regionalização passou a ganhar relevo no cenário de implantação do SUS. A definição de região de saúde aparece pela primeira vez com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, cujo principal objetivo era a equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde (Lima et al, 2012b).

Vale ressaltar que regionalização da saúde no Brasil é um fenômeno complexo, tendo em vista as desigualdades e diversidades regionais, a abrangência das atribuições do Estado na saúde e a multiplicidade de atores (governamentais e não governamentais, públicos e privados) envolvidos na condução e na prestação da atenção à saúde (Viana et al, 2015). Na NOAS, a regionalização foi definida como a macroestratégia para o aprimoramento da descentralização, contemplando uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde. Pesquisa realizada por Viana & Lima (2011) investigou o processo de regionalização desenvolvido nos estados brasileiros no período de 2007 a 2010. O estudo inferiu que a regionalização é

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



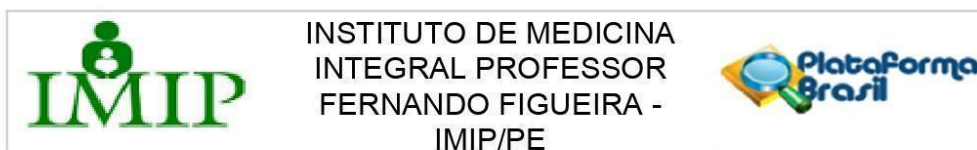
Continuação do Parecer: 4.142.814

dependente do contexto e das regras mais gerais que conformam a política e é influenciada pelas características específicas da implementação no plano estadual e pelos rumos ou pela direção que se deseja imprimir ao processo. No plano localregional, destacam-se o perfil socioeconômico e as características da rede de serviços de saúde, as condições de financiamento público em saúde e a dinâmica das relações público-privadas na saúde. Os resultados do estudo sugerem que os estados brasileiros se encontram em diferentes estágios da regionalização. Além da regionalização, o SUS definiu que a organização da assistência seria operada pelas RAS, visando à construção de sistemas integrados, também conhecidos nos diferentes países e pelas diferentes organizações internacionais como redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços integrados, cuidado integrado, dentre outros (Viana et al, 2017). A partir de dezembro de 2010, novas diretrizes foram formuladas, visando estimular a configuração de RAS e o processo de regionalização nos estados brasileiros. A Portaria nº 4.279, de 2010 (Brasil, 2010) definiu as regiões como

áreas de abrangência territorial e populacional sob a responsabilidade das RAS e o processo de regionalização como estratégia fundamental para sua configuração. Além disso, estabeleceu outros elementos constitutivos para o funcionamento das redes. No entanto, apesar dos aprimoramentos nas relações intergovernamentais verificados ao longo do processo de implantação do SUS, as estratégias e os instrumentos propostos ainda eram considerados insuficientes para prover todos os avanços necessários à regionalização (Lima et al, 2012b). Em 2011, o Decreto Presidencial nº 7.508

que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990 (Brasil, 2011), deu novo destaque às redes, estabelecendo instrumentos para sua efetivação. As normas caracterizam que as RAS são definidas por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, não existindo hierarquia entre os serviços (Brasil, 2010; 2011). Dessa definição emergem os conteúdos básicos das RAS: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob a coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 4.142.814

condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e devem gerar valor para a sua população. Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade

de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (Rosen & Ham, 2009). Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram seus objetivos e apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam, rompendo-se as relações verticalizadas e conformando-se em redes

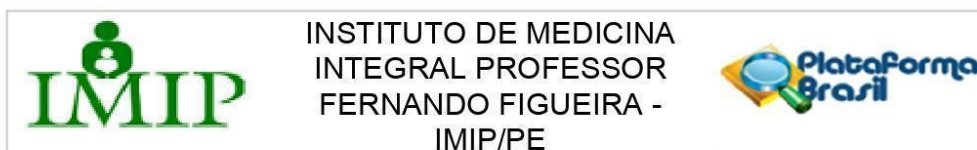
policêntricas horizontais, com a APS no seu centro de comunicação (Mendes et al, 2019). Portanto, não se trata da semântica comum de 'redes' de serviços, encontrada há décadas na literatura, mas de um conceito de RAS complexa definindo sistemas complexos adaptativos com capacidade autorregulatória em torno de um sentido ético da organização sistêmica: as necessidades sociais populacionais e individuais derivadas da integralidade dos direitos humanos e sociais, em amplas interações multiescalares e transeitoriais (Viana et al, 2018). A conformação de regiões e redes de saúde tornou-se estratégia da política nacional para lidar com a dimensão territorial da universalização da saúde e induzir mudanças na política, no planejamento e gestão do SUS, a fim de assegurar uma ação mais eficaz do Estado na garantia desse direito (Albuquerque, 2013).

Assim, a gestão do cuidado em rede regionalizada, na perspectiva de um sistema integrado, é vital no cerne de uma política social como o SUS, haja vista o conjunto de problemas de saúde cujo enfrentamento transcende a capacidade gestora de apenas um ente subnacional, ou seja, pautase na necessidade de um sistema articulado, interdependente e cooperativo, tendo múltiplas dimensões de integração, o qual relaciona a clínica e a governança às representações e aos valores coletivos (Hartz & Contandriopoulos, 2004). Duas ordens de problemas sobressaem nesse processo

de organização em regiões e redes: a primeira, refere-se à necessidade de uma liderança institucional, a ser exercida pelos estados da federação; bem como a necessidade de engajar profissionais de saúde como agentes de mudança, ao lado do incentivo à maior participação dos usuários nas decisões políticas (Viana et al, 2018). Desse modo, a busca por estratégias voltadas para o aprimoramento da organização do SUS em regiões e redes, com o apoio aos gestores estaduais e o desenvolvimento de habilidades e atitudes dos profissionais de saúde, tende a influenciar positivamente na qualificação dos processos assistenciais. 1.2. A Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) A Planificação da Atenção à

Saúde - PAS é uma estratégia desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



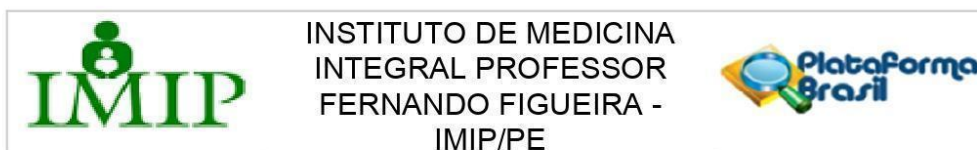
Continuação do Parecer: 4.142.814

(CONASS), com a finalidade de fomentar a organização dos macroprocessos de trabalho técnico-gerenciais das equipes e serviços de saúde. É reconhecida como um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada no âmbito das redes de atenção à saúde (CONASS, 2018). Originalmente,

esse processo de planificação teve início com foco na atenção primária, à época (2004) com a denominação de Planificação da Atenção Primária à Saúde – PAPS, como uma estratégia de organização da atenção primária e de implantação das redes. Partindo da realização de oficinas sobre redes de atenção à saúde nos estados, essa estratégia foi sendo adaptada e aperfeiçoada com ampliação do escopo e de metodologias de capacitação, considerando sempre a função imprescindível da atenção primária, incorporação de laboratórios de inovação da atenção às condições crônicas (LIACC), atividades de supervisão e tutorias, atenção ambulatorial especializada (AAE), assistência farmacêutica, apoio diagnóstico, sistemas de informação clínica e atenção hospitalar. A mudança na denominação da estratégia para Planificação da Atenção à Saúde – PAS se deu a partir da percepção de que, com a evolução da mesma e para a consolidação do papel da atenção primária à saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos assistenciais, a integração com a atenção especializada seria fundamental. Dessa forma, com esta ampliação para além da APS, constituiu-se na quarta geração do seu desenvolvimento (CONASS, 2018; CONASS, 2020-no prelo). A Estratégia PAS fundamentase nos referenciais teóricos da implantação das Redes de Atenção à Saúde – RAS, do Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC para o Sistema Único de Saúde e da Construção Social da Atenção Primária à Saúde – APS (Mendes 2011, 2012, 2015; CONASS, 2018). Apoia-se no referencial teórico da APS formulado por Starfield (2002a, 2002b) como um conjunto de intervenções no âmbito individual e coletivo envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Adicionalmente, no âmbito das redes de serviços, considera a coordenação, enquanto um atributo da APS, como a capacidade de garantir a continuidade da atenção com habilidades para reconhecer, encaminhar e promover a integração entre os serviços de saúde. Ainda no quadro teórico que constitui a Estratégia PAS, os macroprocessos da APS e da AAE são elementos fundamentais e estão ancorados no referencial teórico da construção social da APS. A complexidade da APS é levada em consideração na proposta da construção social com modificações do modelo de

gestão da saúde da população e da utilização de protocolos assistenciais baseados em evidência. Entretanto, para que as modificações propostas sejam alcançadas, é necessário alterar o modelo

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

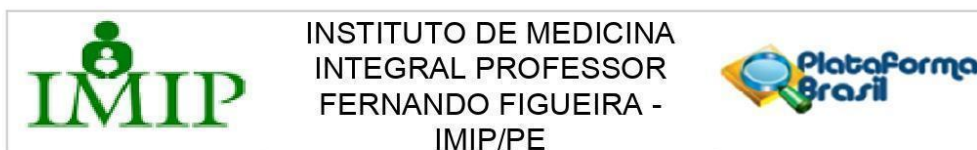


Continuação do Parecer: 4.142.814

atual de gestão de oferta, cujo foco é nos serviços de saúde, para um padrão dimensionado para as necessidades reais das pessoas (Mendes, 2015). A população-alvo desse modelo de construção social são as famílias e usuários cadastrados nas unidades de saúde da família. Assim, identificar as necessidades desta população e estabelecer estratificações de risco para o cuidado adequado são essenciais para o remodelamento da APS (Souza & Botazzo, 2013; Mendes, 2015). A construção social da APS deve envolver um conjunto de ações, principalmente quanto aos componentes de estrutura e de processo. Com relação à estrutura, as modificações devem estar centradas na capacidade instalada, nos recursos humanos, materiais e financeiros. Enquanto o componente de processo visa a organização da oferta por meio de macroprocessos alinhados à estratégia da APS. O conhecimento e aprimoramento dos processos da construção social são essenciais para uma otimização dos recursos, melhoria da comunicação e ampliação da visão do cuidado em saúde (Mendes, 2015). Sabe-se que a APS apresenta uma estrutura de oferta que não é capaz de responder socialmente às complexas demandas de cuidados primários (Souza & Botazzo, 2013). A construção social da APS propõe o agrupamento de demandas de ofertas similares e, ao mesmo tempo, a ampliação do escopo da oferta. As demandas na APS são, portanto, agrupadas em sete categorias de perfil de oferta: (1) atenção aos eventos agudos; (2) atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras; (3) atenção às demandas administrativas; (4) atenção preventiva; (5) atenção domiciliar; (6) atenção para o autocuidado apoiado e (7) atenção paliativa (Mendes et al., 2019). A organização dos macroprocessos possibilita respostas de natureza estruturais e processuais às diferentes demandas dos serviços. A APS engloba a organização da oferta por meio de todos os macroprocessos, além de microprocessos básicos. Estes microprocessos devem garantir condições de serviços de

qualidade na recepção, no acolhimento, nas salas de vacinação e curativo, farmácia, coleta de exames, higienização, esterilização e gerenciamento de resíduos (Mendes, 2015; 2019). No tocante à AAE, os macroprocessos referem-se às condições crônicas de alto e muito alto risco e constituem-se em: acesso regulado pela APS (estratificação de risco e estabilidade clínica), manejo por equipe multiprofissional, apoio às equipes de APS do território de abrangência, ações de supervisão do plano de cuidado dos usuários, integração das equipes APS e AAE (definição de equipes especializadas de referência para APS) e monitoramento de indicadores de cuidado das populações acompanhadas (Mendes, 2015; CONASS, 2018). Atualmente, a AAE está inserida em um sistema de saúde fragmentado, como um espaço institucional sem comunicação e coordenação com outros serviços ambulatoriais e hospitalares. Na AAE há uma centralização na

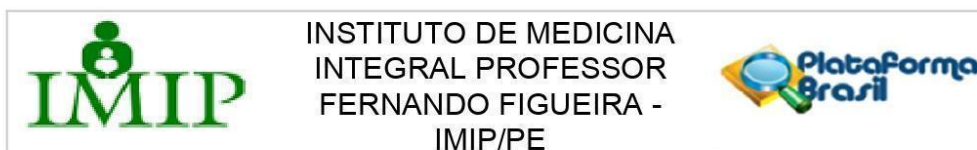
Endereço: Rua dos Coelhos, 300		CEP: 50.070-902
Bairro: Boa Vista		
UF: PE	Município: RECIFE	
Telefone: (81)2122-4756	Fax: (81)2122-4782	E-mail: comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 4.142.814

consulta médica individual com um desequilíbrio entre a oferta e a demanda. A proposta de organização da AAE está focada em um modelo construído com base em evidências científicas derivadas da Rede de Atenção à Saúde e dos modelos de atenção às condições crônicas implantados em diferentes países (Mendes, 2015; CONASS, 2016; 2018). A AAE é integrada na RAS ou a uma organização como ponto de atenção secundária ambulatorial (modelo PASA). Neste modelo, a coordenação do cuidado é compartilhada entre a APS e a AAE, porém com maior protagonismo dos cuidados primários. Para isto, existem quatro elementos que podem garantir uma melhor coordenação do cuidado entre os diferentes níveis de atenção e assim, as informações dos pacientes sejam enviadas e recebidas na íntegra e em tempo oportuno: (1) assegurar a responsabilização (accountability); (2) prover apoio à pessoa usuária; (3) desenvolver relações e acordos entre APS e AAE; e (4) desenvolver conectividade pela via de sistemas de informação clínica, preferivelmente por prontuários eletrônicos (Mendes, 2015; CONASS, 2016; 2018). O modelo PASA apresenta um conjunto de fundamentos como o princípio da suficiência, a complementaridade entre APS e AAE, a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas, os modelos de atenção às condições crônicas e o princípio da coordenação. O processo de estratificação de riscos da população, em relação às condições crônicas não agudizadas, é central na definição do modelo PASA. Dentre os modelos de condições crônicas existentes em diversos países, a Estratégia PAS vem trabalhando mais com o modelo da atenção crônica - MACC (chronic care model) implementado nos Estados Unidos (Wagner, 1998). A principal característica do MACC está na elaboração e compartilhamento de um plano de cuidado do paciente proposto por uma equipe multiprofissional de profissionais da APS e AAE (Wagner, 1998). Do ponto de vista operacional, a Estratégia PAS constitui-se em um conjunto de ações (oficinas, tutorias, treinamentos e capacitações teórico-práticas) direcionadas às equipes técnico-gerenciais de estados e municípios com envolvimento de todos os profissionais, visando o aprimoramento de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e atitudes necessárias à organização e qualificação da atenção à saúde. Em linhas gerais, a sua operacionalização acontece a partir das seguintes ações: seleção da região de saúde por parte da secretaria estadual pactuada com os gestores municipais; realização de oficinas de APS, com preparação de facilitadores locais e apoio sob a condução de técnicos do CONASS; seleção de unidade básica de saúde (UBS) na qual serão desenvolvidas atividades de melhoria dos processos para ser unidade de referência para outras unidades e municípios, capacitando técnicos e gerentes das secretarias e tutores locais; definição de unidade AAE; constituição de grupos condutores regional

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

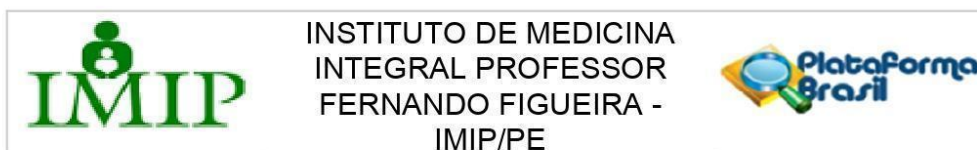


Continuação do Parecer: 4.142.814

e municipal responsáveis pela condução das intervenções propostas. Este processo é flexível no sentido de se adaptar aos diferentes contextos, necessidades e demandas regionais, estaduais, municipais e dos territórios de abrangência dos serviços (CONASS, 2018; Evangelista et al., 2019). Como afirmam Evangelista et al. (2019), o aspecto que torna a Estratégia PAS diferenciada é a integração da teoria à prática, tendo como autores principais do processo, os profissionais de saúde. A PAS vem sendo desenvolvida em 25 regiões de onze estados da federação, promovendo a organização da RAS nessas regiões, com reflexões sobre os processos de trabalho e implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), possibilitando a integração dos diversos pontos de atenção. Nesse cenário, percebe-se a transformação e capilaridade da Estratégia PAS ao longo do tempo de sua implementação, com elementos de consolidação, de ajustes e outros inovadores que caracterizam as suas gerações. Concomitante a este desenvolvimento, diversas evidências vêm sendo produzidas por meio de documentos, estudos, pesquisas e relatos de experiências que abrangem desde registros sobre as bases conceituais e operacionais, processos de implantação, relato de casos e, em menor frequência, avaliações de implantação e de resultados (Moysés et al., 2013; CONASS, 2018; Evangelista et al., 2019; CONASS, 2020—no prelo). Em estudo de revisão (CONASS, 2020 no prelo) realizado com o objetivo de identificar o perfil da literatura (publicações e relatos de experiências) sobre o desenvolvimento da Estratégia PAS no Brasil, no período de 2008 a 2019, a partir da análise de 159 estudos, demonstrou-se maior número de registros no estado do Ceará (32,7%); maior prevalência de relatos de experiência e de trabalhos de conclusão de curso (63,5% e 32%, respectivamente); maior parte apresentados em eventos da área da saúde (63,5%), sendo o ano de 2016 com maior frequência quanto ao desenvolvimento dos estudos (33%) e o ano de 2019 com maior número de registros (51%). Em que pese estes quantitativos, os autores atentam para a necessidade de se gerar evidências mais robustas sobre os resultados da Estratégia PAS. Por outro lado, este estudo de revisão possibilitou uma sistematização da produção gerada sobre a estratégia com elevado potencial de contribuição para nortear as ações, tomadas de decisão e desenvolvimento de novas evidências.

1.3. A Coordenação entre níveis de Atenção à Saúde A maior parte dos países da América Latina vem desenvolvendo reformas em seus modelos de atenção à saúde a partir do fortalecimento da atenção primária à saúde considerando-a como norteadora do cuidado ao longo do contínuo assistencial. Em que pese os esforços, dificuldades e desafios são enfrentados pelos sistemas e serviços de saúde para que se tenha uma adequada conformação das redes assistenciais e uma efetiva coordenação do cuidado (WHO, 2008; Giovanella & Almeida, 2017; Almeida et al., 2018). Nesse contexto, as Redes Integradas de Serviços de Saúde - RISS no âmbito da América Latina e as

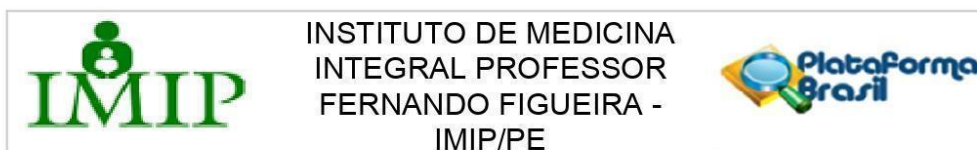
Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 4.142.814

Redes de Atenção à Saúde - RAS no caso do Brasil (PAHO, 2010; Mendes, 2011) se constituem em intervenções possíveis que possibilitam uma atenção à saúde mais eficiente, integral e de maior qualidade e contribuem para uma coordenação entre níveis mais efetiva. Entretanto, ainda são poucas as reformas com foco na coordenação dos cuidados. (Herrera et al., 2007) (Montenegro et al., 2011). Do ponto de vista conceitual, as RISS são definidas como um conjunto de organizações que oferecem uma atenção coordenada por meio de um contínuo de cuidados a uma população determinada, responsabilizando-se pelos custos e resultados na saúde da população (PAHO, 2010), enquanto as RAS constituem-se em arranjos organizativos, poliárquicos, formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial. Compõem-se por três elementos: população, estrutura operacional e modelos de atenção à saúde (Mendes, 2011). A inadequada ou ausência de coordenação do cuidado tem sido um dos principais obstáculos para a organização de sistemas integrais de saúde, pois é reconhecida como mecanismo capaz de garantir a continuidade da atenção e otimizar o uso dos recursos em saúde (PAHO, 2010). Estudos de revisão da literatura (Powell et al., 2008) destacam dificuldades na atenção primária à saúde em desenvolver sistemas consistentes para a coordenação do cuidado, tais como registros integrados de pacientes, sistemas de informação, avaliações e centrais de regulação compartilhadas. O conceito de coordenação é diverso e multidimensional. Na literatura encontram-se diferentes definições a partir de referenciais de diferentes autores. Mitchell & Shortell (2000) definem coordenação como o gerenciamento de um sistema de intercâmbios e enfatizam o papel da comunicação para o fortalecimento desse processo. Por outro lado, Starfield (2002a, 2002b) em seus estudos sobre a atenção primária, amplia o conceito e considera a coordenação como a capacidade de garantir a continuidade da atenção na rede de serviços, com habilidades para reconhecer, encaminhar e promover a integração entre os serviços de saúde. Já Hartz & Contandriopoulos (2004) reforçam este elemento articulador entre os serviços e entendem a coordenação como a principal finalidade dos processos de integração de serviços de saúde. Neste mesmo sentido, Calnan et al. (2006) afirmam que a coordenação tem a perspectiva de articular de forma sincronizada diversos serviços e ações de saúde e para tanto deve haver disponibilidade de uma rede assistencial integrada com todos os níveis de atenção. Por seu turno, Terraza-Núñez et al. (2006) definem a coordenação assistencial como um acordo entre todos os serviços relacionados com a atenção do paciente, independente do lugar onde se oferte, de maneira que se harmonize e se alcance um objetivo comum, administrando os possíveis conflitos, com foco na

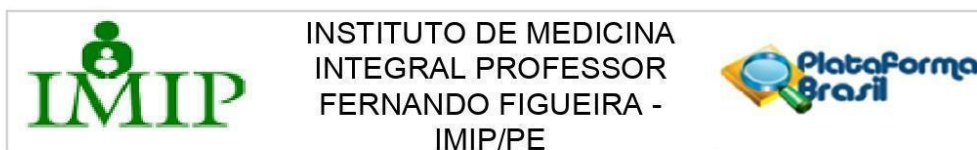
Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 4.142.814

interação entre provedores. A partir de estudos sobre sistemas e serviços de saúde, Reid et al. (2002) e Haggerty et al. (2003) sistematizaram em uma tipologia, as diferentes formas de abordagem e análise para a coordenação da atenção à saúde, considerando três tipos: coordenação da informação, da gestão clínica e administrativa. A coordenação da informação traduz-se pela transferência da informação clínica e biopsicossocial e a utilização dessas informações por profissionais de outro nível da atenção para tomada de decisão clínica, abrangendo assim duas dimensões: transferência e utilização da informação. A coordenação da gestão clínica é a provisão da atenção de forma sequencial e complementar, dentro de uma estratégia compartilhada por diferentes níveis de atenção, sendo caracterizada por três dimensões: coerência da atenção, acessibilidade entre níveis e o adequado seguimento do usuário. A coordenação administrativa refere-se ao acesso coordenado do usuário na continuidade de sua assistência considerando suas necessidades. Caracteriza-se pela existência de mecanismos, como circuitos administrativos e centrais de referências e ordenação do acesso. Se por um lado, a integração clínica é reconhecida como o maior nível de coordenação, o termo continuidade compreende a forma como o usuário percebe a coordenação, com coerência e integrada, dos serviços e ações ao longo do tempo (Reid et al., 2002; Vargas et al., 2011; Vázquez et al., 2015). Embora não se verifique consenso na literatura com relação à melhor abordagem para a avaliação da coordenação e continuidade entre níveis de atenção à saúde, há estudos que evidenciam que insuficiências ou ausência de coordenação entre os níveis de atenção são frequentemente causas de precária qualidade assistencial, observando-se duplicação de exames, excesso na medicalização, encaminhamentos inadequados e manejos clínicos incompatíveis entre os diferentes níveis e serviços (Ovretveit, 2009; Bodenheimer, 2008; Vázquez et al., 2009; Vázquez et al., 2015). Em estudo realizado no Brasil (três municípios da região nordeste) e Colômbia, em meados dos anos 2000, para avaliar o desempenho de redes de serviços de saúde demonstrou fragilidades quanto aos resultados intermediários (acesso e coordenação entre níveis) e finais (qualidade da atenção). Identificaram-se barreiras de acesso relacionadas às políticas de saúde e estruturais, escassa transferência da informação clínica entre os níveis de atenção e insuficiências na qualidade da atenção ao diabetes mellitus quanto a exames diagnósticos e seguimento clínico (Vargas et al., 2015). Mais recentemente, Vázquez et al. (2015) desenvolveram um estudo multicêntrico (Pesquisa Equity – LA II - www.equity-la.eu) em seis países da América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Uruguai) durante o período de 2013 a 2019 com o objetivo de avaliar a efetividade de estratégias de integração da atenção na melhoria da coordenação e na qualidade da atenção das redes de serviços de saúde. A

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

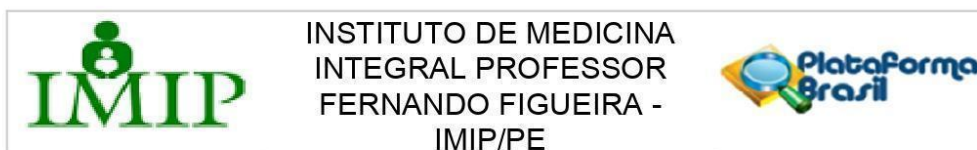


Continuação do Parecer: 4.142.814

partir dos resultados de estudo de linha de base, que identificou limitada coordenação e continuidade da atenção entre a atenção primária e especializada, implementaram-se intervenções para melhoria na comunicação e consensos entre os profissionais. A avaliação da efetividade demonstrou, de forma geral, mudanças positivas quanto ao conhecimento e confiança entre os profissionais, concordância no manejo de casos e melhoria na continuidade da atenção percebida pelos usuários. Evidenciou-se a importância de estratégias do tipo bottom-up e participativas com vistas à institucionalização e sustentabilidade das intervenções (Vázquez, 2019). Se por um lado há evidências sobre a necessidade de se fortalecer a coordenação entre níveis de atenção como um dos elementos fundamentais para a integração adequada das redes de serviços de saúde com consequente melhoria da qualidade, com uma assistência mais resolutive, por outro constata-se a necessidade de desenhos de pesquisas que abordem a efetividade de intervenções que melhorem a integração e coordenação da atenção à saúde.

1.4. Avaliação da Efetividade de Intervenções em Saúde A avaliação, reconhecida como atividade inerente ao processo de aprendizagem, deve também ser considerada como um instrumento intimamente relacionado à tomada de decisão, seja esta de natureza técnica e/ou política, tendo como objetivo maior modificar o curso de situações problemáticas visando o bem-estar social. Entretanto, sua aplicabilidade no campo da saúde invariavelmente associa o conceito de objetividade e subjetividade, ou seja, informações quantitativas e qualitativas, pois mudanças na situação de saúde de uma população não se limitam apenas ao setor saúde, o que confere à avaliação um certo grau de dificuldade, particularmente em termos de efetividade e impacto. A partir dessas considerações, pode-se reconhecer a Estratégia PAS como uma intervenção complexa e dinâmica, constituindo-se enquanto um sistema organizado de ação que tem por finalidade modificar o curso de um fenômeno para corrigir uma situação problemática em determinado contexto. Como todo sistema organizado de ação apresenta objetivos, elementos estruturais (recursos, estruturas organizacionais e simbólicas), atores e suas práticas, processos de ação e produção de bens e serviços (Champagne et al., 2011a). Intervenções complexas tem como características: multiplicidade de finalidades, natureza difusa das relações de autoridade, grande número de atividades com envolvimento de diversos atores interdependentes, imprecisão do horizonte temporal, diversidade de contextos (político, econômico, social, cultural, organizacional dentre outros), dinâmica de autorreorganização, multiplicidade de níveis de análise, complexidade das relações causais, presença de paradoxos e obtenção de resultados semelhantes com diferentes recursos (Champagne et al., 2011a). Esses aspectos são particularmente importantes quando da identificação e escolha do desenho metodológico a ser utilizado em seu processo

Endereço: Rua dos Coelhos, 300		CEP: 50.070-902
Bairro: Boa Vista		
UF: PE	Município: RECIFE	
Telefone: (81)2122-4756	Fax: (81)2122-4782	E-mail: comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 4.142.814

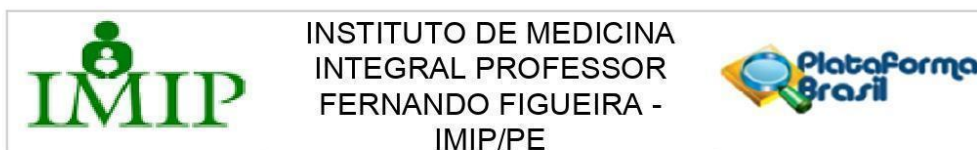
avaliativo. A complexidade do mundo contemporâneo que convive com antigos e novos problemas e respectivas intervenções passíveis de resolvê-los, o volume e a velocidade de dados e informações e o papel cada vez maior da tecnologia/biotecnologia e inteligência artificial são desafios concretos que devem ser tomados em conta na prática avaliativa (Champagne et al., 2011a; Stufflebeam & Coryn, 2014). Dentre os aspectos centrais e desafiadores relacionados à avaliação de intervenções, em particular de intervenções complexas, está o de se determinar se os resultados alcançados pela intervenção são decorrentes de suas ações/atividades específicas, independentemente de outros fatores. É neste caso, portanto, que se insere a avaliação de efetividade ou dos efeitos. É uma questão considerada relevante e com crescente demanda por parte de gestores de políticas e programas. Entretanto, em que pese o uso cada vez maior do foco em resultados para prestação de contas, alocação financeira e tomada de decisão, tais avaliações ainda são desenvolvidas com pouca frequência (Abe & Miraglia, 2018; Champagne et al., 2011b; Gertler et al., 2018). A efetividade pode ser definida, em

âmbito populacional, como a provisão de serviços baseados no conhecimento científico para todos que se possam beneficiar. No âmbito individual, a efetividade se refere ao grau de provimento de uma atenção adequada para o alcance dos resultados desejados ou previstos para o paciente, considerando-se o estágio corrente do conhecimento (Arah et al., 2003). A avaliação de efetividade ou análise dos efeitos para alguns autores

(Champagne et al., 2011b) é considerada a tipologia mais clássica no campo da avaliação de intervenções. Consiste em determinar a eficácia das intervenções por meio do estudo das relações causais entre uma intervenção e seus efeitos. Considera o conjunto dos efeitos possíveis de uma intervenção e apresenta como objeto a relação de causalidade entre intervenção e efeitos. No âmbito desta tipologia, sistematizam as abordagens metodológicas em dois grandes eixos: Desenhos da pesquisa experimental – Experimentação Provocada (ensaios clínicos ou de intervenção randomizados) e Desenhos da pesquisa experimental – Experimentação Invocada (ensaios clínicos ou de intervenção não randomizados e observacionais). Outras sistematizações metodológicas podem ser utilizadas tais como o modelo de análise com três níveis de inferência de efetividade - adequação, plausibilidade e probabilidade - proposto por Habicht et al. (1999). Ao se considerar a avaliação de efetividade, é necessário delimitar o contexto no qual a intervenção encontra-se inserida. Esta pode sofrer influência de elementos contextuais de nível macro (políticas e diretrizes nacionais), nível meso

(diretrizes, normas desenvolvidas por gestores locais/regionais) e nível micro (ações, dispositivos, ferramentas desenvolvidas por gestores locais e

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

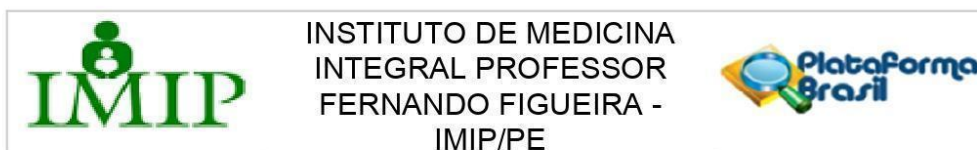


Continuação do Parecer: 4.142.814

profissionais) (Vásquez & Vargas, 2009). No contexto das políticas públicas e desenvolvimento social, considerando que a avaliação de efetividade tem por finalidade identificar os efeitos produzidos sobre uma população-alvo de determinada intervenção, ressalta-se a necessidade de se ter atenção à principal dificuldade que é a da garantia da vinculação entre as ações da intervenção e as mudanças observadas. Em vista disto, a utilização de estratégias teórico-metodológicas complementares é recomendada com vistas à captação de fatores que possam estar influenciando os resultados obtidos nas avaliações de efetividade (Sano & Filho, 2013). Diversos autores (Worthen et al., 2004; Champagne et al., 2011b; Victora, 2013; Patton, 2008 e 2018) discutem sobre a necessária incorporação de diferentes enfoques quando da realização de avaliações de efetividade e impacto de intervenções. Considerar elementos da implantação é fundamental, pois a concepção e descrição de uma intervenção nem sempre se refletem no seu processo de implantação (formas diversas de implantação). A análise da implantação possibilita a distinção entre falhas na teoria e falhas na implantação de uma intervenção e contempla processos envolvidos na sua dinâmica interna e na produção das mudanças após início do desenvolvimento de determinada intervenção. Alinha-se, dessa forma, à superação dos limites do modelo da caixa preta das avaliações de efetividade no qual a intervenção é identificada como variável dicotômica (ausência/presença) e com características homogêneas,

independentes do contexto (Champagne et al. 2011c). Cabe destacar que se deve ter atenção ao momento de desenvolvimento da avaliação de efetividade, evitando-se análises precoces, muitas vezes consequência do pouco tempo de implantação da intervenção. Da mesma forma, avaliações tardias nas quais os resultados não terão mais sentido para os envolvidos e para a tomada de decisão. Por vezes, a intervenção não se encontra adequadamente implantada (ou até não implantada), com a presença de intervenções concomitantes e fatores contextuais. Sendo assim, é possível a complementariedade de avaliações de efetividade com abordagens participativas que se traduzem por processos avaliativos mais inclusivos e colaborativos. Como exemplos tem-se a 'avaliação participativa (participatory evaluation)', 'avaliação para empoderamento (empowerment evaluation)', 'avaliação com foco na utilização' (utilization-focused evaluation), 'avaliação colaborativa' (Rodríguez-Campos, 2012) e 'avaliação para o desenvolvimento (developmental evaluation)' (Patton, 2008, 2018). Na conformação das redes de atenção à saúde (RAS), a coordenação entre diferentes níveis de atenção (atenção primária, especializada e hospitalar) é um dos elementos fundamentais. Avaliações da efetividade de intervenções que identifiquem mudanças e inovações ainda são pouco realizadas no contexto brasileiro e América Latina (Fratini et al, 2008; Vázquez et al., 2015; Vázquez et al, 2017; Vargas et al., 2018; Jesus et al, 2018;

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

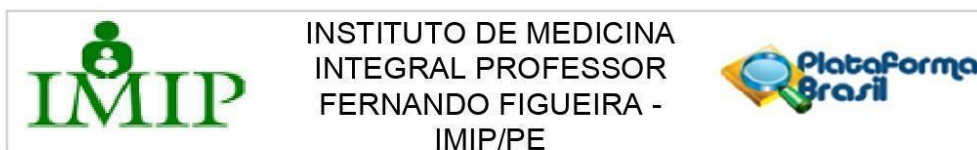


Continuação do Parecer: 4.142.814

Oliveira et al., 2019; Gallego-Ardila et al., 2019). Nesse sentido, tendo-se em conta o perfil epidemiológico da população brasileira com aumento da expectativa de vida, da prevalência de doenças crônicas e persistência de agravos agudos e transmissíveis associado à fragmentação da atenção à saúde, em especial os serviços de atenção especializada - média e alta complexidade (Mendes, 2012; Sengupta, 2013; Giovanella et al., 2018), é inegável a necessidade de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, dos processos de regionalização e da atenção primária como coordenadora do cuidado à saúde e de processos e resultados mais efetivos de articulação entre os diferentes níveis de atenção. Some-se a esse contexto o atual momento de pandemia (Covid 19), sem precedentes na história da saúde pública mundial. Há que se adaptar e incorporar novos 'modos de fazer, de pensar e de avaliar'. Em recente reflexão acerca de possíveis implicações de processos avaliativos relacionados a esta emergência global, Patton (2020) adverte para a necessidade de se incorporar novos paradigmas, percepções e atitudes no desenvolvimento de avaliações, incluindo-se as intervenções, suas concepções e implementações, neste novo contexto, sendo incontornável a necessidade de se adaptar a sistemas ainda mais dinâmicos e complexos, preparando-se para o desconhecido, para incertezas, turbulências, falta de controle, não linearidades e fatos inesperados.

1.5. A Pandemia de COVID-19 Desde dezembro de 2019, o mundo enfrenta a ameaça global da COVID-19. Uma nova forma do vírus corona, que provocou uma epidemia, seguida de uma pandemia e está causando um impacto sem precedentes na população geral e nos sistemas de saúde dos vários países afetados (Nacoti et al., 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) determinou em 11 de março de 2020 que o mundo se encontrava diante de uma nova pandemia devido à Síndrome Respiratória Aguda Grave do coronavírus tipo-2 (SARS-CoV-2). A OMS definiu um Plano Estratégico de Preparação e Resposta para a COVID-19 no qual cada país deve definir suas ações seguindo o seu cenário. O Plano visa: (1) interromper e reduzir a velocidade da transmissão; (2) oferecer atendimento otimizado a todos os pacientes; e (3) minimizar o impacto da epidemia nos sistemas de saúde, serviços sociais e atividade econômica (WHO, 2020a). Isso envolveu uma série de medidas, respostas e políticas públicas por todos países no mundo, dos quais variaram de certa forma significativa entre cada país, dependendo do seu contexto político, econômico, social e de saúde. Devido ao excesso de demanda por busca dos serviços, os sistemas de saúde, independentemente de sua forma de organização, foram pressionados a ampliar sua capacidade de resposta de maneira urgente. Os sistemas de saúde da China, Itália, Espanha, Estados Unidos e, mais recentemente, o Brasil buscam medidas para ampliar o número de leitos hospitalares, adquirir equipamentos de proteção individual e médicos, aumentar capacidade de

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

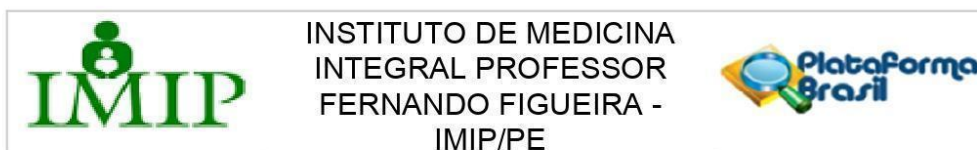


Continuação do Parecer: 4.142.814

testagem, contratar profissionais de saúde, implementar o telessaúde, elaborar novos fluxos de trabalho e protocolos clínicos (Bedford et al., 2020; Remuzzi & Remuzzi, 2020). O telessaúde foi apresentado como solução para os cenários da COVID-19 em que o distanciamento é definido como um mecanismo de conter a disseminação do vírus (Hollander et al., 2020). Entretanto, estruturas regulatórias e de pagamento, credenciamento em hospitais e centrais de regulação, além da própria implementação dos softwares levam tempo para serem concluídas, justo o tempo que a COVID-19 não espera. No Brasil, a Lei Nº 13.979, de fevereiro de 2020, apresentou medidas para o enfrentamento nacional da emergência em saúde pública a fim de dar suporte as ações desenvolvidas por estados e municípios (Brasil, 2020a; Croda et al., 2020). Em 20 de março, o Ministério da Saúde reconheceu a transmissão comunitária no país, como uma medida estratégica para garantir um esforço coletivo de todos os brasileiros para reduzir a transmissão do vírus (Croda et al., 2020). A COVID-19 vem avançado rapidamente pelos municípios e regiões do país. Atualmente (maio/2020), o Brasil possui um acumulado de 438.238 casos confirmados e 26.754 de óbitos de COVID-19 (28/05/2020) (Brasil, 2020b). No Brasil, dentre as regiões de saúde com os maiores coeficientes de incidência, as cinco primeiras localizaram-se na região Norte, sendo as três primeiras no Amazonas (Rio Negro e Solimões, com 12.213,5/1.000.000 de habitantes, Triângulo, com 11.764,6 e Alto Solimões, com 10.422,2), e as demais no estado do Amapá (Área Sudoeste, com 8.426,6 e Área Central, com 7.260,8). Com relação ao coeficiente de mortalidade, as regiões de saúde que apresentaram os maiores valores foram a 1ª Região Fortaleza, no Ceará (564,9/1.000.000 de habitantes); Metropolitana I, no Pará (542,7/1.000.000

de habitantes) e outras quatro no Amazonas, a saber: Manaus, Entorno e Alto Rio Negro (502,3); Rio Negro e Solimões (456,5); Alto Solimões (436,7) e Triângulo (423,6). (Brasil, 2020c). Até o momento (maio/2020), a curva epidêmica do número de casos no Brasil demonstra uma taxa crescente, lenta e gradual no início, mas seguida por uma aceleração até a aproximação do pico epidêmico (Global Change Data Lab, 2020). No Brasil, o alerta para reduzir o pico epidêmico foi realizado na tentativa de diminuir a carga imposta ao sistema de saúde (Castro, 2020; Vilela, 2020). Entretanto, as insuficientes medidas e a baixa capacidade de resposta dos serviços de saúde e seus gestores estão sendo vencidas pela COVID-19. As desigualdades territoriais apontam que nem todas as regiões de saúde constituídas contam com recursos ou capacidade de financiamento e gestão compatíveis com as necessidades de implementação de ações de enfrentamento da pandemia. Ações isoladas e/ou sem apoio e articulação regional, estadual e federal podem resultar em aumento das desigualdades de oferta e acesso aos serviços de saúde durante a pandemia (Regiões e Redes, 2020). É importante destacar

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 4.142.814

a premência de uma integração entre os serviços de saúde na organização descentralizada. As regiões de saúde da Itália, por exemplo, evidenciaram a necessidade de uma melhor integração da competência descentralizada, mesmo quando há boa infraestrutura de informações de saúde, para que informações precisas e oportunas sejam alcançadas durante a pandemia (Regiões e Redes, 2020; Armocida et al., 2020; Carinci, 2020). Desastres e pandemias representam desafios únicos para a prestação de cuidados em saúde. Espera-se que sejam tomadas medidas multissetoriais coordenadas por todos os entes federados, juntamente com a sociedade, para garantir a implementação eficaz de medidas em resposta ao contexto político, econômico e social para mitigar as sequelas da COVID-19 no Brasil.

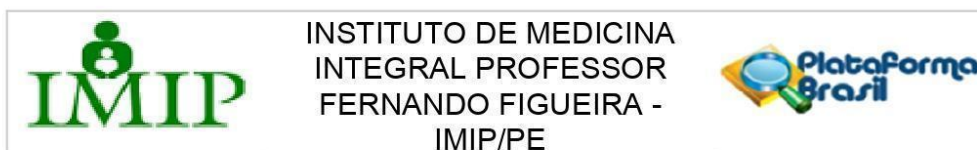
HIPÓTESE:

A Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é efetiva quanto à melhoria dos processos de trabalho e qualidade da assistência, com efeitos positivos no aprimoramento de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e organização e qualificação dos processos assistenciais nas regiões de saúde do estudo.

METODOLOGIA PROPOSTA

5.1. Desenho e Período de Referência do Estudo: Pesquisa avaliativa, de análise da efetividade com desenhos do tipo experimentação: estudo comparativo ex post e séries temporais (Champagne et al., 2011b). Serão utilizadas abordagens quantitativas e qualitativas – método misto (Creswell, 2009). O estudo terá como período de referência os anos 2013 a 2019 tendo em vista que em 2013 teve início a fase da quarta geração do desenvolvimento da Estratégia PAS com a incorporação da atenção ambulatorial especializada (AAE). 5.2. Áreas de estudo: será realizado em cinco Regiões de Saúde distribuídas em quatro regiões geográficas do Brasil. Definiu-se uma Região de Saúde em cada um dos seguintes estados: Rondônia (Norte), Maranhão (Nordeste), Goiás (Centro-Oeste), Rio Grande do Sul (Sul) e o Distrito Federal. Considerou-se o Distrito Federal por apresentar características específicas em relação às unidades federadas. Em cada região de saúde, serão incluídos o município sede e um segundo município ou região administrativa (caso do Distrito Federal) onde se localizam as unidades “laboratório” que são aquelas onde a Estratégia PAS encontra-se implantada. Considera-se unidade laboratório: unidade básica de saúde (APS), unidade de atenção ambulatorial especializada (AAE) e serviço de apoio diagnóstico e tratamento (SADT). A seleção das áreas de estudo ocorreu de forma intencional, definida pelos representantes do CONASS, tendo como critério de seleção a continuidade no desenvolvimento da Estratégia PAS

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 4.142.814

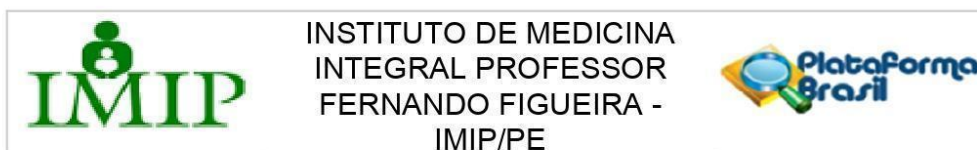
em regiões de saúde. 5.3. População e Amostra: A população do estudo será composta, em cada uma das cinco regiões: Gestores das regiões de saúde (03) e secretarias estaduais (03) e municipais (03) de saúde, Gerentes/Diretores (03 – APS; 03 – AAE; 03 – SADT), Grupos Condutores Regional (01) e Municipal (01) da Estratégia PAS, Profissionais das unidades de saúde (10 – APS; 10 – AAE; 10 – SADT) que participaram/participam de todas as etapas de implantação da Estratégia PAS bem como os Facilitadores (02), Tutores (02) e Técnicos (02) do CONASS. Serão incluídos usuários (30) maiores de 18 anos que são assistidos nas unidades de saúde selecionadas para o estudo. Total estimado de 430 (86 por região). 5.4. Etapas da Pesquisa: será desenvolvida por meio de quatro estudos segundo os objetivos específicos (OE) definidos. A opção por este formato considerou o agrupamento dos objetivos que possuem aspectos metodológicos comuns. Estudo piloto: Será realizado um estudo piloto para testagem dos instrumentos de coleta dos dados no estado do Espírito Santo (Sudeste), no município de São Mateus. ESTUDO 1: Estudo exploratório, de caracterização das redes temáticas selecionadas a ser realizado como etapa prévia, de mapeamento (pré-campo) para identificar e descrever as características das redes de estudo relacionadas à infraestrutura, aspectos organizacionais, de processos de trabalho e elementos contextuais. ESTUDO 2: Estudo de avaliação do processo de implantação - análise de implantação (Champagne et al., 2011c) e de efeitos (ex post e série temporal) (Champagne et al., 2011b) da Estratégia PAS. ESTUDO 3: Estudo de séries temporais, de abordagem quantitativa (Champagne et al., 2011b) para captar mudanças em indicadores de resultados. ESTUDO 4: Estudo avaliativo, de abordagem qualitativa, utilizando elementos conceituais de avaliação de treinamentos (Abbad, 1999; Abbad et al., 2003). A coleta dos dados em cada estudo será realizada por meio de análise documental e de sistemas de informação, entrevistas, grupos de discussão e análises de diários de campo. Para os dados quantitativos, serão realizadas análises descritivas, análise multivariada (identificar efeitos de variáveis explicativas sobre os resultados) e modelos estatísticos. Para os dados qualitativos será realizada análise temática de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a efetividade da Estratégia “Planificação da Atenção à Saúde - PAS” na melhoria da organização e qualificação dos processos assistenciais em cinco regiões de saúde do Brasil.

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 4.142.814

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar as redes temáticas selecionadas nas cinco Regiões de Saúde, com foco na atenção primária à saúde (APS) e atenção ambulatorial especializada (AAE);
2. Analisar os condicionantes do desenvolvimento da Estratégia PAS nas cinco regiões de saúde e identificar elementos facilitadores e obstáculos para sua implementação;
3. Identificar os macroprocessos de trabalho nas redes de APS e AAE;
4. Determinar as mudanças e inovações na organização dos macroprocessos de trabalho nas redes de APS e de AAE após a implantação da Estratégia PAS;
5. Analisar as mudanças e inovações na coordenação entre níveis de atenção à saúde (APS-AAE) após a implantação da Estratégia PAS;
6. Identificar os fatores que influenciam na sustentabilidade da Estratégia PAS;
7. Analisar as mudanças em indicadores de resultados de saúde selecionados;
8. Compreender como os diversos atores envolvidos percebem e interpretam os efeitos das ações educacionais enquanto elemento central da Estratégia PAS;
9. Identificar as estratégias desenvolvidas no combate à Covid 19 nas Regiões do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

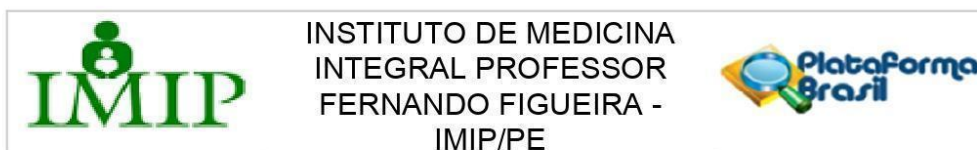
Riscos:

Quanto aos riscos e desconfortos, esse estudo talvez possa causar incômodo em revelar informações sobre os serviços de saúde. Entretanto as informações e os resultados serão analisados e divulgados de forma agregada para garantir a confidencialidade e anonimato.

Benefícios:

O estudo trará benefícios, como a identificação de problemas relacionados à assistência nos serviços de saúde, ao trabalho dos profissionais, conhecimento sobre a Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde – PAS implantada nas áreas do estudo, melhor compreensão sobre a assistência nos serviços, as fragilidades e limitações das redes de atenção à saúde nas regiões selecionadas para o estudo e conhecimento sobre os efeitos e impactos da Estratégia PAS nas áreas do estudo. Os resultados poderão subsidiar ações e tomadas de decisão com vistas à melhoria da qualidade do trabalho dos profissionais e da assistência à população nas regiões do

Endereço: Rua dos Coelhos, 300	CEP: 50.070-902
Bairro: Boa Vista	
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756	Fax: (81)2122-4782
	E-mail: comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 4.142.814

estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto original Multicêntrico Nacional de centro coordenador intitulado: Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil - Pesquisa Efetiva PAS, pesquisadora responsável Isabella Chagas Samico.

Tamanho da Amostra no Brasil: 430

O Projeto será financiado integralmente pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS.

Haverá uso de fontes secundárias de dados: Coleta e análise de dados de documentos institucionais (análise documental) e dos sistemas de informação (indicadores de estrutura, processo e resultados).

O estudo não é multicêntrico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos listados abaixo foram analisados e se apresentam em conformidade:

- TCLE: "TCLE_Estudo_Quantitativo_Profissionais_Pesquisa_EfetivaPAS.pdf", "TCLE_Estudo_Qualitativo_Profissionais,"TCLE_Usuarios_Pesquisa_EfetivaPAS.pdf" anexados em 24/06/2020, atendendo à Resolução CNS Nº 466/2012

- Carta de Anuência da instituição de coleta de dados pertencente ao SUS assinada pelo Secretário Executivo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS ("Carta_Anuencia_Projeto_Pesquisa_EfetivaPAS.pdf" anexado em 24/06/2020).

Recomendações:

Não há.

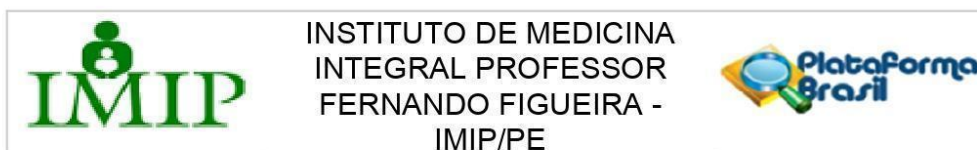
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

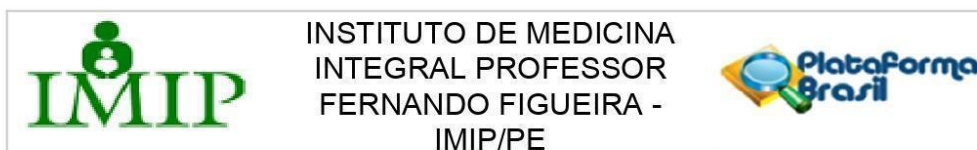
Endereço: Rua dos Coelhos, 300		CEP: 50.070-902
Bairro: Boa Vista		
UF: PE	Município: RECIFE	
Telefone: (81)2122-4756	Fax: (81)2122-4782	E-mail: comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 4.142.814

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1582226.pdf	26/06/2020 10:02:04		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_PesquisaEfetivaPAS.pdf	26/06/2020 09:59:12	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_ZulmiraHartz.pdf	26/06/2020 09:34:55	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_TaniaRehem.pdf	26/06/2020 09:34:38	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_SuelyVidal.pdf	26/06/2020 09:33:48	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_SofiaAvila.pdf	26/06/2020 09:33:21	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_PedroHenriqueMarques.pdf	26/06/2020 09:33:05	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_NelsonIbanez.pdf	26/06/2020 09:32:48	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_LucianaDubeux.pdf	26/06/2020 09:32:08	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_LizaUchimura.pdf	26/06/2020 09:31:45	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_IsabellaSamico.pdf	26/06/2020 09:31:30	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_IndiraCabralOliveira.pdf	26/06/2020 09:31:15	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_GabriellaMedeiros.pdf	26/06/2020 09:31:02	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_EronildoFelisberto.pdf	26/06/2020 09:30:47	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_AnaPaulaChancharulo.pdf	26/06/2020 09:30:08	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_AnaLuizaAvilaViana.pdf	26/06/2020 09:29:55	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	CVLattes_AnaCoelhoAlbuquerque.pdf	26/06/2020 09:29:12	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	Comprovante_SIGAP_IMIP.pdf	26/06/2020 09:21:21	Isabella Chagas Samico	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_Projeto_Pesquisa_EfetivaPAS.pdf	24/06/2020 11:52:54	Isabella Chagas Samico	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios_Pesquisa_EfetivaPAS.pdf	24/06/2020 11:50:34	Isabella Chagas Samico	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Estudo_Qualitativo_Profissionais_Pesquisa_EfetivaPAS.pdf	24/06/2020 11:50:23	Isabella Chagas Samico	Aceito

Endereço: Rua dos Coelhos, 300**Bairro:** Boa Vista**CEP:** 50.070-902**UF:** PE**Município:** RECIFE**Telefone:** (81)2122-4756**Fax:** (81)2122-4782**E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 4.142.814

Ausência	TCLE_Estudo_Qualitativo_Profissionais Pesquisa_EfetivaPAS.pdf	24/06/2020 11:50:23	Isabella Chagas Samico	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_Quantitativo_Professionai s_Pesquisa_EfetivaPAS.pdf	24/06/2020 11:50:07	Isabella Chagas Samico	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_EfetivaPAS.pdf	24/06/2020 11:47:53	Isabella Chagas Samico	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 08 de Julho de 2020

Assinado por:

Lygia Carmen de Moraes Vanderlei
(Coordenador(a))

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-902

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: PESQUISA EFETIVA PAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Participantes a partir dos 18 anos de idade)

Gestores e Profissionais de Saúde - Estudo Qualitativo

Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Seis Regiões de Saúde no Brasil- Pesquisa Efetiva PAS

Você está sendo convidado (a) a participar dessa pesquisa porque é um profissional desta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo avaliar a efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde - Estratégia PAS na melhoria da organização e qualificação dos processos assistenciais em cinco regiões de saúde do Brasil.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Essa pesquisa será realizada em uma região de saúde de cada um dos estados de Rondônia, Maranhão, Goiás, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal. Serão realizadas entrevistas e grupos de discussão com gestores das regiões, gerentes/diretores e profissionais de unidades de atenção primária (APS), atenção especializada (AAE) e serviço de apoio diagnóstico e tratamento (SADT), como também com facilitadores, tutores e técnicos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e usuários destes serviços de saúde. Será utilizado um roteiro e um gravador para registro em áudio.

BENEFÍCIOS

O estudo trará benefícios, como a identificação de problemas relacionados à assistência nos serviços de saúde, ao trabalho dos profissionais. Melhor compreensão sobre as fragilidades e limitações da atenção à saúde nas regiões que fazem parte do estudo e sobre os efeitos da Estratégia PAS. Os resultados poderão subsidiar ações e tomadas de decisão que poderão beneficiar o trabalho dos profissionais e os usuários nas regiões do estudo.

RISCOS

Quanto aos riscos e desconfortos, esse estudo talvez possa lhe causar incômodo em revelar informações sobre os serviços de saúde, mas você tem o direito de recusar a responder qualquer pergunta. Além disso, as informações serão analisadas e divulgadas de forma agregada para garantir a confidencialidade e anonimato.

CUSTOS

Não haverá nenhum tipo de custo ou remuneração pelas informações fornecidas.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações declaradas serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Isabella Chagas Samico (pesquisadora responsável) no telefone (81) 33225729, de 2ª a 6ª feira, das 08:00 às 17:00h ou pelo e-mail: isabella@imip.org.br. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelho, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: (81) 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h e 13:30 às 16:00h.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Nome e Assinatura do Participante	_____ Data
---	----------------------

_____ Nome e Assinatura da Testemunha Imparcial	_____ Data
---	----------------------

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao profissional indicado acima.

_____ Nome e Assinatura do Responsável pela Obtenção do Termo	_____ Data
---	----------------------

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador



Impressão digital
(opcional)