

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO  
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Kelly Rayssa Campos Cardoso

A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE PLANIFICAÇÃO DO SUS NO ESTADO DE  
MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE DO PROJETO SAÚDE EM REDE

Belo Horizonte

2021

Kelly Rayssa Campos Cardoso

A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE PLANIFICAÇÃO DO SUS NO ESTADO DE  
MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE DO PROJETO SAÚDE EM REDE

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em administração pública.

Orientador: Prof. Me. Marcos Arcanjo de Assis

Belo Horizonte  
2021

C198i Cardoso, Kelly Rayssa Campos.  
A implementação do modelo de planificação do SUS no estado de Minas Gerais [manuscrito] : uma análise do projeto saúde em rede / Kelly Rayssa Campos Cardoso. – 2021.  
[12], 111 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2021.

Orientador: Marcos Arcanjo de Assis

Bibliografia: f. 104-110

1. Política de saúde pública – Minas Gerais. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) – Minas Gerais. 3. Planificação da atenção à saúde – Minas Gerais. 4. Projeto saúde em rede – Minas Gerais. 5. Avaliação – Políticas públicas – Minas Gerais. 6. Planejamento de saúde – Minas Gerais. I. Assis, Marcos Arcanjo de. II. Título.

CDU 614:32(815.1)

Kelly Rayssa Campos Cardoso

A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE PLANIFICAÇÃO DO SUS NO ESTADO  
DE MINAS GERAIS: uma análise do Projeto Saúde em Rede

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Administração Pública da Escola de  
Governos Professor Paulo Neves de  
Carvalho, da Fundação João Pinheiro,  
como requisito parcial para a obtenção do  
título de bacharel em Administração  
Pública.

**Aprovada na Banca Examinadora**



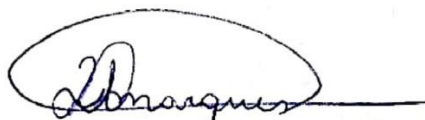
---

Prof. Me. Marcos Arcanjo de Assis (Orientador) - Fundação João Pinheiro / Órgão



---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Danielle Ramos de Miranda Pereira (Avaliadora) – Fundação João  
Pinheiro / Órgão



---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Helena França Marques Maia (Avaliadora) – Fundação João  
Pinheiro / Órgão

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2021

A luta por um modelo de sistema público de saúde sob a égide da universalidade, integridade e equidade faz parte da conquista de uma geração que lutou pelos valores da democracia. A esses, dedico esse trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter chegado até aqui.

Ao meu companheiro pelo apoio e por todos os momentos de paz.

Aos meus pais pelo amor e pela paciência.

Ao meu irmão pelo carinho e companheirismo.

Aos meus amigos e amigas por ofertarem o seu tempo e por compreenderem a minha ausência.

Ao meu orientador, Marcos Arcanjo, pelos sábios conselhos e por toda ajuda, aprendi e tenho aprendido muito com você.

Ao meu exemplo profissional, Bruno Magalhães, por sempre me ouvir.

A todos e todas que disponibilizaram seu tempo para esse trabalho.

E, por fim, a equipe do Saúde em Rede, por toda vivência e experiência compartilhada.

Um galo sozinho não tece uma manhã: ele precisará sempre de outros galos. De um que apanhe esse grito que ele e o lance a outro; de um outro galo que apanhe o grito de um galo antes e o lance a outro; e de outros galos que com muitos outros galos se cruzem os fios de sol de seus gritos de galo, para que a manhã, desde uma teia tênue, se vá tecendo, entre todos os galos.

[...]

João Cabral de Melo Neto

## RESUMO

A Planificação da Atenção à Saúde é um sistema de gestão e organização das Redes de Atenção à Saúde com o objetivo de atender, conforme necessidade, às demandas e à condição de saúde da população. O Saúde em Rede é um projeto estratégico do governo de Minas Gerais que leva o modelo da planificação aos 853 municípios do estado. Esse trabalho de conclusão de curso realizou uma avaliação de implementação da etapa piloto do projeto Saúde em Rede, tomando como referência cinco dimensões avaliativas, definidas à luz de modelos de avaliação de implementação de Draibe (2001), Jannuzzi (2016) e Oliveira e outros (2021): i) adesão, receptividade ao projeto e visões sobre sua expansão; ii) recursos humanos aplicados; iii) informação, infraestrutura e instrumentos de gestão do projeto; iv) estrutura e operação da governança e v) estratégias de monitoramento. O estudo é de abordagem qualitativa e utilizou dados de entrevistas com agentes envolvidos, além de relatórios feitos pelos agentes que aplicam as capacitações e questionários respondidos pelos participantes. Os dados foram codificados conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), com auxílio do *software Atlas Ti*. Os resultados apontam para alguns pontos críticos principais do processo de implementação do projeto, como o apoio da gestão municipal, o engajamento dos profissionais, a rotatividade de profissionais, o não envolvimento do legislativo e da comunidade, inadequação do material didático e uma fraca incorporação dos instrumentos à rotina de trabalho. Como sugestões de aprimoramento estão estratégias educacionais, sensibilização dos gestores, readequação dos materiais didáticos e envolvimento de outros atores.

**Palavras-chaves:** Avaliação. Avaliação de implementação; Planificação da Atenção à Saúde; Projeto Saúde em Rede.

## ABSTRACT

Health Care Planning is a system of management and organization of Health Care Networks with the objective of responding to the health condition of the population. Saúde em Rede is a strategic project of the Minas Gerais state government that takes the planning model to the 853 municipalities in the territory. This work made an evaluation of the implementation of the pilot stage of the Health in Network project, taking as reference five evaluative dimensions, defined in light of the frameworks of Draibe (2001), Jannuzzi (2016) and Oliveira et al (2021): i) adhesion, receptivity and expansion; ii) human resources; iii) information, infrastructure and management instruments; iv) governance and v) monitoring. The study has a qualitative approach and used data from interviews with the agents involved, as well as reports made by the agents who apply the trainings and questionnaires answered by the participants. The data were coded according to Bardin's content analysis technique (1977), with the help of the Atlas Ti software. The main results showed as critical points: the support of the municipal management, the engagement of professionals, the turnover of professionals, the non-involvement of the legislature and the community, inadequate didactic material, and a weak incorporation of the instruments to the work routine. Suggestions for improvement include educational strategies, sensitization of managers, readjustment of teaching materials, and the involvement of other players.

**Keywords:** Evaluation. Implementation Evaluation; Health Care Planning; Project Saúde em Rede.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AAE</b>	Atenção Ambulatorial Especializada
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CCS</b>	Centros Comunitários de Saúde
<b>CEAE</b>	Centro Estadual de Atenção Especializada
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>COSEMS/MG</b>	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais
<b>EAD</b>	Ensino à Distância
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>GRS</b>	Gerência Regional de Saúde
<b>HAS/DM</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica/Diabetes Mellitus
<b>ICSAPS</b>	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde
<b>MACC</b>	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OT</b>	Oficina Tutorial
<b>OT's</b>	Oficinas Tutoriais
<b>PAS</b>	Planificação da Atenção à Saúde
<b>PDAPS</b>	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
<b>PDCA</b>	<i>Plan</i> (Planejar) <i>Do</i> (Fazer) <i>Check</i> (Verificar) <i>Act</i> (Agir)
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PROADI-SUS</b>	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
<b>PSC</b>	Programa de Saúde em Casa
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SBIBAE</b>	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
<b>SES/MG</b>	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UR</b>	Unidade de Registro
<b>URS</b>	Unidades Regionais de Saúde
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>O MODELO DE PLANIFICAÇÃO NO BRASIL</b> .....	18
2.1	Situando o problema: as condições crônicas de saúde e a tripla carga de doença .....	18
2.2	A Atenção Primária à Saúde como estratégia da Redes de Atenção à Saúde .....	22
2.2.1	APS: uma breve trajetória do modelo de assistência à atenção primária em saúde.....	22
2.2.2	A APS e as Redes de Atenção à Saúde .....	25
2.2.3	A Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios.....	28
2.3	O modelo de planificação do SUS: a estruturação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil .....	31
2.4	A trajetória do modelo de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) .....	33
2.4.1	A experiência mineira: O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde .....	35
3	<b>PROJETO SAÚDE EM REDE: A MATERIALIZAÇÃO DO MODELO DE PLANIFICAÇÃO EM MINAS GERAIS</b> .....	38
3.1	O projeto: objetivos e governança .....	38
3.2	O processo de execução do projeto: atores envolvidos e atividades .....	40
3.3	O projeto piloto do Saúde em Rede: o cenário geral da pesquisa.....	44
4	<b>AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E A AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO</b> 46	
4.1	A Política pública: as dimensões de um conceito .....	46
4.2	A avaliação no ciclo de vida .....	48
4.3	A avaliação de implementação: ao que se atribui valor? .....	51
4.3.1	O que as avaliações de implementação ensinam?.....	55
5	<b>MÉTODO</b> .....	59
5.1	Abordagem metodológica e fontes e técnicas de coleta de dados .....	62
5.2	Técnicas de sistematização e análise de dados .....	66
5.2.1	Análise geral da incidência dos temas sobre implementação .....	69
6	<b>A IMPLEMENTAÇÃO DA ETAPA PILOTO DO SAÚDE EM REDE: O QUE OCORRE E O QUE SE PODE APRENDER?</b> .....	72
6.1	Perfil dos Entrevistados e das Unidades Laboratório: uma breve análise .....	72
6.2	Adesão, receptividade e expansão do projeto Saúde em Rede .....	75
6.2.1	Participação e engajamento .....	75
6.2.2	Expansão interna do projeto.....	80
6.2.3	Variáveis favoráveis à implementação.....	82
6.2.4	Pandemia.....	83
6.2.5	Críticas ou aprovação da metodologia .....	84
6.2.6	Operacionalização e/ou incorporação dos instrumentos .....	86
6.3	Recursos Humanos .....	87

6.3.1	Capacitação.....	87
6.3.2	Condições de trabalho.....	88
6.4	Dimensão da Informação, infraestrutura e instrumentos de gestão .....	90
6.4.1	Comunicação e relações institucionais .....	90
6.4.2	Recursos escassos e financiamento estadual .....	93
6.5	Dimensão Governança.....	94
6.5.1	Gestão municipal.....	94
6.5.2	Autonomia.....	95
6.6	Monitoramento.....	96
6.7	Síntese dos achados da avaliação.....	97
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	100
	REFERÊNCIAS.....	104
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semi-estruturada aplicada aos tutores do projeto .....	111
	APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista semi-estruturada aplicada aos Facilitadores do projeto .	113
	APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista semi-estruturada aplicada aos Analistas do projeto .....	115
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	117
	APÊNDICE E – Quadro de apoio para codificação .....	120
	ANEXO A - Quadro síntese das Unidades de Registro e Unidades de Significação na Análise de Conteúdo.....	122
	ANEXO B - Quadro síntese da construção de categorias na Análise de Conteúdo .....	123

## 1 INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho de conclusão de curso é a Planificação da Atenção em Saúde em Minas Gerais e o seu objeto é a implementação do Projeto Saúde em Rede, estratégia do governo mineiro para promover o ordenamento do cuidado em saúde básica no estado. A pesquisa identifica os nós críticos da implementação do Projeto, à luz de modelos de avaliação de processos de políticas públicas, buscando sugerir pontos de aprimoramento para a gestão.

A Atenção Primária à Saúde (APS) como um modelo estratégico das práticas em saúde, tem-se expandido no mundo desde a década de 1960 a fim de ampliar o acesso à assistência em saúde e superar o tradicional enfoque médico-curativo, fundado no paradigma flexneriano que tem como foco a doença e suas causas biológicas. Essa concepção reducionista não considera as necessidades por uma atenção integralista, coletivista, territorializada e participativa (GIOVANELLA, 2018).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem ao longo da história ganhando vários contornos, construindo novas estratégias e incorporando à voz de um sistema pautado nas diretrizes da universalidade, equidade e integralidade. Entretanto, as tentativas de organização e racionalização do sistema de saúde brasileiro, se por um lado proporcionaram um desenho e um fluxo lógico de funcionamento, por outro, reafirmaram uma visão fragmentada e que não condiz com a necessidade da população. Tal perspectiva produz consigo ineficiência alocativa, além de intimidar as inovações e inflacionar o sistema público de saúde (MENDES, 2011; MENDES 2015).

Nesta lógica há um movimento que pressupõe uma atitude de reflexão acerca da condição atual da saúde pública no Brasil e aponta para as falhas de um sistema que, historicamente, vem reafirmando uma visão hospitalocêntrica e desarticulada. (MENDES, 2011).

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) surge a partir do entendimento de que os sistemas de saúde devem operar em coerência à situação de saúde dos cidadãos. O que ocorre na prática é que nos últimos anos vivenciamos, para além de um sistema de saúde fragmentado, uma transição demográfica e uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças. Essa última é uma condição exclusiva dos países em desenvolvimento: a não superação das doenças infecciosas e carenciais,

a grande demanda assistencial devido às causas externas e o crescimento das doenças crônicas. Essa causa de saúde, portanto, não pode ser respondida por um sistema resistente à homogeneização e que se volte ao atendimento dos processos agudos ou da agudização das doenças crônicas (MENDES, 2011, BRASIL, 2015).

Neste contexto que o estado de Minas Gerais, desde 2019, vem desenvolvendo a planificação do SUS na voz no projeto Saúde em Rede. Operado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, o projeto propõe organizar os processos de trabalho da APS pela via da Educação Permanente em Saúde, estruturando o cuidado primário como ordenadora do sistema (MINAS GERAIS, 2021)

A etapa piloto – objeto desse trabalho, vem ocorrendo nos 29 municípios da macrorregião do Jequitinhonha, com o apoio da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), além do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) (MINAS GERAIS, 2021).

O projeto é estruturado em encontros formativos (*workshops* e formação de tutores) e tutorias. Nos *workshops* os profissionais de saúde passam por um alinhamento conceitual do modelo. Nas formações de tutores, alguns profissionais eleitos pela gestão municipal são capacitados para que realizem as tutorias, que são os momentos teóricos e práticos em equipe. Estão envolvidos no projeto diversos atores de diferentes níveis e instituições. Como agentes formadores estão, profissionais da SBIBAE, da SES/MG, do CONASS e das Regionais de Saúde (MINAS GERAIS, 2021).

Diante da complexidade do projeto, reforça-se a importância da avaliação de política, entendendo-se esta como um fator imprescindível ao planejamento e como estratégia chave da garantia do debate acerca da eficiência e eficácia das políticas públicas (RAMOS e SCHABBACH, 2012).

Ramos e Schabbach (2012) apresentam a avaliação como a lógica de atribuir valor, um julgamento sobre algo. Para o momento da implementação da política, a avaliação tem um valor inestimável, já que é aqui que reside a possibilidade de descolamento entre demanda originária e o que foi ou é executado pelos agentes implementadores. Na prática, é na implementação de uma política pública que grande parte da possibilidade de insucesso habita (JANNUZZI, 2019).

Esse fato liga-se à complexidade dessa etapa que envolve os processos operacionais, o papel dos gestores e implementadores, o desenho institucional, o jogo

de poderes, as relações institucionais, dentre outros elementos que, se mal aplicados, avaliados e geridos, podem levar a descontinuidade da política (RUA, 2014; SILVA e MELO, 2000; JANNUZZI 2019). Logo, esse processo precisa ser assistido pelos agentes formuladores a fim de identificar tantos possíveis gargalos no processo quanto práticas exitosas.

Entendendo o projeto Saúde em Rede como uma estratégia de governo que tem por intuito transformar uma realidade, torna-se essencial uma avaliação a fim de oferecer um panorama acerca do seu desenvolvimento, capacidades e entraves. Diante disso, esse trabalho tem como objetivo geral avaliar o processo de implementação do projeto Saúde em Rede na etapa piloto, identificando:

- os possíveis entraves e obstáculos durante a implementação que podem influenciar negativamente esse momento;
- os desafios e barreiras para execução das práticas vivenciados pelos agentes;
- a existência de adaptações bem como a motivação para elas;
- as potencialidades percebidas, dignas de replicação e que servem de experiência para outras políticas;
- os pontos de aprimoramento para superação dos desafios

A principal pergunta avaliativa deste estudo é: quais os possíveis nós críticos e as potencialidades à implementação do projeto Saúde em Rede?

A avaliação de implementação do Saúde em Rede se justifica, de um ponto de vista substantivo, porque conhecer os desafios e boas práticas da execução do projeto contribui para corrigir rotas rumo a uma planificação da atenção à saúde mais qualificada. Isso é potencialmente importante para que a planificação gere o valor fundamental de garantir às pessoas o direito à saúde e, portanto, o bem-estar e proteção social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como assegurar que os recursos públicos (materiais, humanos e financeiros) sejam bem empregados. Essa justificativa ficará mais evidente ao longo do trabalho.

Do ponto de vista mais aplicado, o estudo contribui como prática avaliativa, somando-se às avaliações sobre programas e estratégias do SUS e, especificamente, contribuindo como mais uma experiência de avaliação de implementação, ao aplicar um modelo que dialoga com outros comumente aplicados neste tipo de avaliação.

Além disso, duas ponderações acerca da replicação do modelo devem ser consideradas e se somam à relevância deste estudo. Primeiro, ele fornece aprendizados sobre o projeto que podem ser imediatamente utilizados pelos gestores da Secretaria, tendo em vista as próximas expansões previstas para os demais municípios do estado, de modo a superar os entraves ou pontos de melhoria identificados e aplicar as adequações. Outra contribuição importante reside em avaliar a aplicação do modelo de planificação pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), já que essa instituição esteve envolvida no projeto piloto e também desenvolve iniciativas semelhantes em diversos outros estados brasileiros por meio do PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde).

Para realizar a avaliação, utilizou-se da triangulação de técnicas de coleta, sistematização e análise de dados. O modelo de avaliação foi elaborado considerando as dimensões avaliativas propostas por Draibe (2001), Jannuzzi (2016) e Oliveira *et al* (2021) que apontam elementos operacionais, recursos e instrumentos de trabalho, relações das estruturas de governança, divulgação de informações e monitoramento como relevantes para as avaliações de implementação. A luz destes elementos, o modelo de avaliação do Saúde em Rede toma em perspectiva cinco dimensões avaliativas: i) *adesão, receptividade e expansão*, investigando aspectos relacionados à aceitabilidade dos agentes e iniciativas de replicação do modelo; ii) *recursos humanos*, com o objetivo de expor questões que dizem respeito à gestão de pessoas, como a capacitação dos agentes; iii) *informação, infraestrutura e instrumentos de gestão*, que envolve questões como a comunicação, infraestrutura e ferramentas de gestão; iv) *governança*, discorrendo sobre relações entre atores, mecanismos de governança e autonomia dos agentes e, por fim; v) *monitoramento*, que reflete sobre essa etapa, as formas de execução, barreiras e o seu desenvolvimento.

Compondo o banco de dados, foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos no projeto com distintas atribuições (facilitadores, tutores e analistas), 86 relatórios redigidos por atores-chaves, além das respostas ao questionário de avaliação dos *workshops* preenchidos por diversos atores ao final das capacitações. Uma análise de conteúdo à luz da teoria de Bardin (1977) foi realizada com o auxílio do *software Atlas Ti*.

Esse trabalho é composto, para além dessa introdução e considerações finais, de mais 6 (seis) capítulos. O capítulo 2 apresenta o tema geral do estudo, o

*Modelo de Planificação da Atenção em Saúde*, com destaque para a situação problema que o modelo de planificação busca responder, os conceitos de atenção primária em saúde, as características do modelo e sua trajetória de aplicação no Brasil. O capítulo 3 descreve o *Projeto Saúde em Rede*, objeto da avaliação de implementação, apresentando seus objetivos e estrutura de governança, os atores envolvidos, atividades e caracteriza a etapa piloto, foco do estudo. No capítulo 4, discute-se sobre avaliação de *políticas públicas*, especificamente sobre a avaliação de implementação, trazendo conceitos, modelos aplicados e resultados de alguns estudos avaliativos deste tipo. O capítulo 5 apresenta a *metodologia* da avaliação, descrevendo as dimensões avaliativas do modelo, as técnicas e métodos de pesquisa. Por fim, o Capítulo 6 descreve e analisa os *resultados* da avaliação do projeto, organizando os achados a partir de cada dimensão avaliativa do modelo.

## 2 O MODELO DE PLANIFICAÇÃO NO BRASIL

O modelo de planificação do Sistema Único de Saúde (SUS) visa desenvolver a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nos territórios, modificando os processos de trabalho das equipes assistenciais e da gestão de modo que os sistemas de saúde operem em coerência à situação de saúde dos cidadãos. O Capítulo 2 trata da temática da planificação e sua trajetória no Brasil e a experiência em Minas Gerais. Essa discussão é necessária para a pesquisa porque traz à luz a concepção teórico-conceitual e o modelo do projeto Saúde em Rede, traçando sua trajetória de evolução e experiências semelhantes. Ele se divide em 4 seções: A seção 2.1 tem como objetivo *refletir acerca da situação problema* da qual parte o modelo de planificação como resposta à uma necessidade pública. Na seção 2.2 apresenta-se as *estratégias para consolidação do modelo* de planificação do SUS: as Redes de Atenção à Saúde e a Atenção Primária à Saúde. A seção 2.3 traz o *modelo de planificação* do SUS e suas metodologias constituintes e por fim, a seção 2.4 discute a *trajetória da planificação* no Brasil elencando as principais experiências e principais mudanças ao longo das gerações.

### 2.1 Situando o problema: as condições crônicas de saúde e a tripla carga de doença

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico no mundo, associados ao novo estilo de vida e ao crescimento da vida urbana, transformaram o modo como os sistemas de saúde devem operar, centrando em estratégias para o enfrentamento das condições crônicas de saúde (BRASIL, 2015; MENDES, 2011).

O termo condições de saúde, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), difere-se do clássico conceito baseado na etiopatogenia<sup>1</sup> das doenças, ou seja, das doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. As condições de saúde dizem sobre a circunstância na saúde das pessoas e se correlaciona com duas variáveis-chaves: i) o tempo de duração da doença; e a ii) a resposta social que os sistemas de saúde, usuários ou profissionais adotam e/ou

---

<sup>1</sup> Refere-se as causas e mecanismo de desenvolvimento de uma patologia. Seu estudo é fundamental por ter relação com a criação de medidas preventivas que visam mitigar a proliferação de doenças. (ETIOPATOGENIA, 2021).

deveriam adotar, se “reativa ou proativa, se episódica ou contínua ou se fragmentada ou integrada” (MENDES, 2011, p.13).

Casos em que as condições clínicas persistem no tempo, devendo ser aplicada uma conduta assistencial proativa, contínua, centrada no cuidado integral, com um plano de cuidado mais ou menos permanente são tipificados como condições crônicas de saúde<sup>2</sup>. Essa conceituação é de suma relevância já que amplia o campo tradicional amparado somente nas doenças crônicas, incorporando os estados fisiológicos, como a gravidez e o período perinatal, os ciclos de vida, como puericultura e a senicultura, doenças infecciosas persistentes, como AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), hanseníase e tuberculose, condições fisiológicas e estruturais debilitantes, como deficiências osteomusculares e amputações (BRASIL 2015; MENDES 2011, 2015).

Apesar dos ciclos de evolução da condição crônica de saúde serem distintos da condição aguda, no percurso de uma doença, essas trilhas podem se entrelaçar em certos momentos, os chamados eventos agudos. Esses eventos são descritos como aqueles momentos episódicos em que a doença ou sintomas podem manifestar-se de maneira exorbitante, ou descompensada, assim como ocorrem nos quadros emergenciais de hipertensão ou hiperglicemia. A descompensação de uma condição crônica de saúde é associada, em grande parte, pela falha assistencial do cuidado, já a agudização é, em sua maior parte, passível de prevenção. Diversos estudos apontam que metade das readmissões hospitalares podem ser impedidas por meio de um seguimento clínico continuado e com estratégias eficazes que identifiquem e considerem o perfil sociodemográfico dos pacientes no plano de cuidado. (RABELO-SILVA *et al*, 2018; MARGOTO *et al*, 2009; MENDES, 2012, 2020)

Nessa lógica, boa parte dos estudos em saúde conjugam os eventos de agudização com o mau manejo das condições crônicas. Casos de insuficiência cardíaca descompensada, por exemplo, mantém uma relação íntima com o uso irregular de medicamentos ou a não-adesão ao tratamento contínuo. Entre as causas mais frequentes de internação por má adesão ao tratamento, parte dos pacientes relatam dificuldade de acesso ao serviço de saúde, atendimento inadequado nos serviços de saúde, problemas familiares e problemas de esquecimentos. Além disso,

---

<sup>2</sup> Mendes (2011) ainda considera que uma condição crônica de saúde foge de um padrão assistencial com foco na doença e na queixa. Isso diz sobre o próprio conceito da condição que não se ampara somente na existência de uma doença.

mais da metade das internações hospitalares por insuficiência cardíaca descompensada são acompanhadas de um histórico de internações prévias (RABELO-SILVA *et al*, 2018; MARGOTO *et al*, 2009). A planificação do SUS tem, portanto, a capacidade de intervir na ocorrência nos casos de readmissão hospital por acompanhar previamente e integralmente o usuário, evitando a descompensação.

No Brasil, a condição de saúde é delineada tanto pela transição demográfica acelerada quanto por uma transição epidemiológica singular<sup>3</sup>, convencionalmente chamada de tripla carga de doenças.

A respeito da transição demográfica, as projeções quanto às transformações na estrutura etária brasileira para os próximos 80 anos apontam que o percentual de pessoas acima de 65 anos atingirá 30% da população total, em oposição, os mais jovens representarão 13% da população. Esses dados apontam que o Brasil passa por uma forte transição do perfil demográfico devendo nas próximas décadas, superar a experiência dos países desenvolvidos (BONIFÁCIO e GUIMARÃES, 2021).

Para as políticas em saúde, o envelhecimento populacional significa um crescimento das doenças crônicas. Hoje, apenas 20,9% da população acima dos 65 anos declararam não possuir nenhuma doença crônica, isso significa, portanto, que 79,1% da população idosa demandam acompanhamento contínuo e integral (MENDES, 2011, 2015).

Assim, a previsão de um envelhecimento populacional a níveis alarmantes associado às altas taxas de prevalência de doenças crônicas na terceira idade, podem trazer consigo a presunção do crescimento dos números de morbimortalidade no Brasil nas próximas décadas.

Em conjunção, há ainda o cenário epidemiológico de tripla carga de doença<sup>4</sup>. Essa condição brasileira diz respeito a não superação das doenças infecciosas e carências ao longo da história, bem como a reaparecimento de doenças antes superadas, tal como a febre amarela; o desafio das doenças crônicas frente ao

---

<sup>3</sup> Santos-Preciado *et al* (2003), entende a transição epidemiológica como as mudanças relacionadas às condições de saúde – morte, mortalidade e invalidez, de uma dada população, e que se associa a outros fatores (sociais, econômicos e demográficos). Diferente do ocorrido nos países desenvolvidos em que o crescimento populacional teve uma agenda em etapas sequenciais, nos países em desenvolvimento velhos e novos problemas de saúde coexistem. É por esse motivo que nesses locais a transição epidemiológica também pode ser referenciada como acumulação epidemiológica ou modelo prolongado e polarizado (BRASIL, 2015).

<sup>4</sup> Originalmente o termo “Tripla carga de doença” surge com Frenk *et al* (1991), em seu estudo acerca do perfil de transição epidemiológica na América Latina.

crescimento dos fatores de risco e; o crescimento das causas externas, como, por exemplo, as condições osteomusculares debilitantes decorrentes dos casos de violência (MENDES, 2011). Assim, ocorre concomitantemente uma situação de tripla carga de doenças e um quadro de predominância das doenças crônico-degenerativas em detrimento das doenças transmissíveis, apesar destas desempenharem um papel importante nas condições de saúde brasileira (SCHRAMM *et al*, 2004).

Deve-se considerar ainda, que para além de uma transição demográfica, o domínio das condições crônicas tende, conforme a literatura reforça, a desapontar com o avanço dos determinantes sociais, como estilo de vida, hábitos alimentares e sobrepeso. Nessa lógica, Mendes (2011, p. 31) traz à reflexão a interdependência entre as condições crônicas e a pobreza; se por um lado a “pobreza favorece o aparecimento das doenças crônicas, de outro, as condições crônicas aprofundam a pobreza”.

A problemática apresentada aponta vários desafios e indica que a circunstância na saúde das pessoas não será solucionada apenas com modelos intervencionistas exclusivos do campo biomédico. O manejo do cuidado – tão urgente diante do quadro de vulnerabilidade social brasileira – demanda reestabelecer a coerência da situação epidemiológica e demográfica, junto a um modelo de atenção à saúde sustentável, que opere centrado na integralidade do paciente.

Entretanto, vem-se reafirmando no Brasil um modelo fundado em noções arcaicas de cuidado à saúde fragmentado, sob uma visão hospitalocêntrica, e que vem se mostrando incompetente frente ao fracasso das respostas sociais às condições crônicas ao longo da história.

Ao contrário dos modelos fragmentados, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como estratégias de enfrentamento às doenças crônicas, em um sistema coordenado e contínuo, alicerçado na integração a uma dada população (MENDES, 2011). Supera-se nesse novo modelo, o padrão burocrático e hierárquico da atuação pública, procurando descentralizar o cuidado com o objetivo de construir políticas mais harmônicas: alinhadas às condições de saúde (MENDES, 2011, 2015). Para isso, a Atenção Primária à Saúde (APS) surge como parte importante nesse novo modelo, assim como será tratado na próxima seção.

## 2.2 A Atenção Primária à Saúde como estratégia da Redes de Atenção à Saúde

A discussão sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e sua relação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) é o tema desta seção. Inicialmente, apresenta-se a trajetória da APS, seguida da reflexão sobre a Atenção como um componente importante das RAS e sobre as potencialidades e desafios da Estratégia de Saúde da Família na APS.

### 2.2.1 APS: uma breve trajetória do modelo de assistência à atenção primária em saúde

A Atenção Primária a Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo importante em diversos sistemas de saúde no mundo ao longo da história. Embora tenha tomado contornos distintos desde os seus primeiros passos, várias marcas se perpetuam nos novos modelos emergentes ou naqueles que buscam adaptar-se frente às mudanças do novo século. Ainda hoje diversos pontos estruturais são amplamente utilizados no cuidado, como a definição de territórios, definição de população e a atenção prioritária aos grupos vulneráveis (figura 1) (ARANTES, 2016).

Inicialmente, vale ressaltar a contribuição do modelo da Alemanha e de Paris ao introduzir a **descentralização ao cuidado em saúde**. A experiência alemã organizou a atenção definindo regiões de atuação médica estatal já no início do século XIX. Posteriormente, em 1892, em Paris, foram implantados centros de saúde em diversas localidades, cujas ações visavam atendimentos específicos (ARANTES, 2016).

Já no ano de 1910, nos Estados Unidos, foram criados os Centros Comunitários de Saúde (CCS). Esses centros atendiam a população de risco de um território definido e, em algumas cidades, estenderam-se para o meio rural, trazendo pela primeira vez na história o **modelo de referência** de uma população à uma unidade física específica. Entretanto, o modelo não perdurou, sendo desmantelado com a publicação do Relatório Flexner em 1910, que trouxe uma série de modificações nos currículos médicos e acabou alterando os rumos da atenção médica, agora operando sobre um **viés curativista e na valorização dos processos**, refletindo nas práticas de saúde até os dias atuais (ARANTES, 2016; DOMINGUEZ, 2013).

Assim, houve um rompimento com os determinantes sociais da saúde, o que ajudou na iniciação de um tipo de cuidado voltado para o tratamento da doença e

uma conseqüente desvalorização dos demais tipos de ações pertencentes ao ramo da atenção primária, como as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.

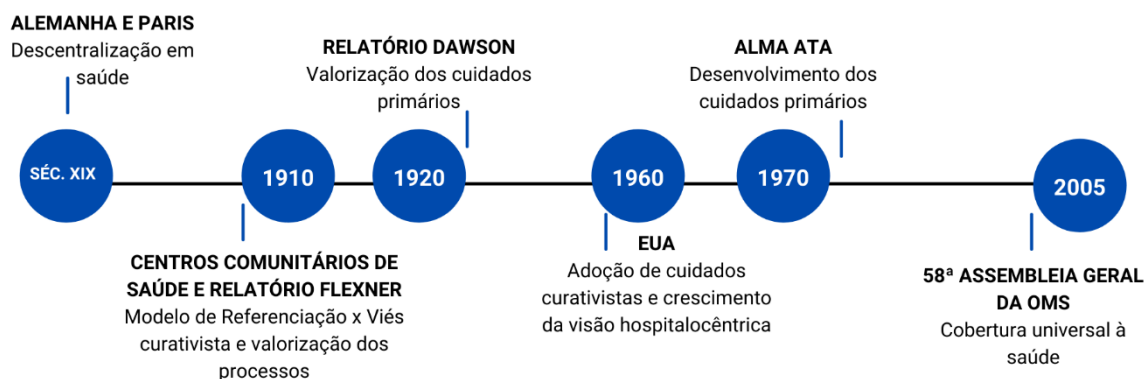
Já em 1920, com a publicação do Relatório Dawson, ocorreu a primeira iniciativa estatal para a valorização dos cuidados primários à saúde no Reino Unido. O documento definiu os **níveis de atenção à saúde e suas respectivas funções**, além de trazer uma noção de **hierarquização dos serviços** (FAUSTO e MATTA, 2007).

Com a forte assimilação do modelo flexneriano nos Estados Unidos, também conhecido como biomédico, os CCS foram paulatinamente desmontados, o que provocou a desvalorização dos princípios organizacionais adotados até então para prestação da assistência à saúde. Grande parte do mundo ocidental já tinha esse modelo consolidado como hegemônico após 1945, devido à influência econômica, cultural e científica dos Estados Unidos. Com o crescimento desse modelo, o nível básico de saúde nos Estados Unidos passou a não ter o mesmo padrão de acesso e resolutividade quando comparado com países da Europa Ocidental e o Canadá. Ademais, o país passou a gastar cada vez mais com o setor de saúde. Assim, devido ao desenvolvimento do modelo flexneriano no sistema capitalista, identificaram-se, na década de 1960, investimentos para construção de grandes hospitais, o que fez com que a assistência à saúde fosse centralizada nessas instituições. Entende-se, portanto que com o avanço do modelo biomédico e, conseqüentemente **a adoção de cuidados de saúde tipicamente curativistas, oportunizou-se o crescimento da visão hospitalocêntrica**, que ainda permanece dominante (FAUSTO e MATTA, 2007; ARANTES 2016).

Em contrapartida, alguns acontecimentos em nível mundial contribuíram para o **desenvolvimento dos cuidados primários na década de 1970**. Entre eles, a realização da primeira Conferência sobre População e a 28ª Assembleia Mundial de Saúde para priorizar a construção de Programas Nacionais de APS, a erradicação da varíola e a Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde que ocorreu na cidade de Alma Ata e definiu os pressupostos para a APS (ARANTES, 2016).

A partir de 2005, por meio da publicação de um dos relatórios da 58ª Assembleia Geral da OMS, o conceito de **cobertura universal à saúde foi defendido**. Na busca por corrigir fragilidades identificadas no desenvolvimento da APS, em 2007, a OMS propôs sua renovação, de modo a ajustá-la às realidades, com análise crítica de seu significado e propósito (DOMINGUEZ, 2013).

Figura 1 – Linha do tempo: contribuições para estruturação da APS



Fonte: Fausto e Matta (2007); Domingues (2013); Arantes (2016). Elaboração própria.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 prevê o direito à saúde como direito de todos e dever do estado, com a implantação de políticas que objetivem o acesso igualitário às ações e serviços de saúde. O conceito de **universalidade**, compreendida juntamente com os outros princípios (**integralidade e equidade**) adotados no país interrompeu com a tradição existente no período anterior ao SUS em que o acesso ao serviço de saúde era exclusivo a alguns (ARANTES, 2016; VIANA e MACHADO, 2008).

Com a Constituição de 1988, também é adotado o modelo de hierarquização do SUS, que é uma forma de organizar o sistema por níveis de atenção à saúde, organizadas por níveis de complexidade tecnológica crescente: baixa ou primária (APS), média ou secundária (hospitais secundários e ambulatórios especializados) e alta complexidade ou terciário (hospitais). Assim, os usuários são atendidos conforme a necessidade e a complexidade do quadro clínico que apresentam (BRASIL, 2000).

Sobre o sistema de saúde atual brasileiro, Viana e Machado (2008) chamam atenção para o maior desafio operacional: a coexistência de dois tipos distintos de modelo operacional. Para os autores:

O SUS incorpora dois modelos assistenciais produtivos: um primeiro que inicia sua implantação na Primeira República e que permanece até os dias atuais, o de saúde pública, complementado por uma **rede descentralizada de serviços ambulatoriais municipais/estaduais** [...] O segundo é desenvolvido após a emergência do sistema

previdenciário, em 1930, composto por uma **rede hospitalar com ênfase na oferta privada e com alta dependência tecnológica** externa em todos os segmentos do complexo industrial da saúde e provedora de serviços, primeiro para Previdência, depois para o SUS e hoje também para as operadoras de saúde (planos e seguros). Ambos os modelos convivem no SUS e sua integração é dificultada por uma série de motivos, entre outros, pela natureza distinta dos equipamentos/serviços presentes em um e outro, pela adoção de diferentes modalidades de prestação, acesso e financiamento e pela presença de diferentes grupos de atores na base política de sustentação desses arranjos (VIANA E MACHADO, 2008, p. 675, grifo nosso).

Embora com todos os desafios, entende-se que um sistema de saúde pautado em princípios tais como os do SUS, tem-se a APS como o ponto central para garantia a esses direitos, mesmo em condições desfavoráveis (econômicas e sociais) tais como as vivenciadas na história brasileira (VIANA e MACHADO, 2008). É sobre isso que versa a próxima subseção.

### 2.2.2 A APS e as Redes de Atenção à Saúde

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conceituando a RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de densidade tecnológica diferentes, que possuem todos os seus sistemas de apoio (técnico, logístico e de gestão) integrados sobre um único objetivo: a garantia à integralidade do cuidado. Estrutura-se ali a assistência à saúde sobre o desenho das redes temáticas, que são, em suma, redes estruturadas por cinco linhas de cuidado<sup>5</sup>. Essa adoção corrobora com o modelo preconizado pela OMS de uma rede integrada sobre as condições de saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010)

Além de estruturar a RAS, o documento reforça o que a literatura já apontava: a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado ao centralizar em si a resolução dos cuidados primários, o domínio das

---

<sup>5</sup> Linhas de cuidado são estratégias relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, as quais são implementadas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde, sobre uma temática. Após a publicação da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, foram pactuadas a implantação de cinco linhas de cuidado: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015).

condições de saúde nos territórios e apontá-la como um serviço de alta descentralização e capilaridade (BRASIL, 2015). Esses contornos da APS a tornam o elemento central da RAS, conforme Mendes (2011, p.88) adjetiva, o “nó intercambiador” de todo sistema.

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. Por isso, **há quem sugira que a APS deve “ocupar o banco do motorista” para dirigir o sistema de atenção à saúde** (BRASIL, 2015, p. 27, grifo nosso).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção básica, aqui entendida como termos equivalentes, é definida como o conjunto de ações em saúde que atuam sejam no âmbito individual quanto no coletivo a fim de proporcionar aspectos relativos à promoção, proteção e prevenção à saúde (GIOVANELLA, 2018).

Na concepção advinda com o Programa de Saúde da Família em 1994, a APS importa para si pressupostos essenciais da Declaração de Alma-Ata: o acesso universal e a caracterização do modelo como porta de entrada para o sistema de saúde, a indissociabilidade do campo da saúde com o desenvolvimento econômico-social, além da participação social. Essa concepção coaduna-se com os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), ao apontar para uma narrativa voltada à atenção integral do sujeito e para a prática da coletividade (GIOVANELLA, 2018; MENDES, 2011).

Durante muito tempo, e em um certo nível ainda é, a APS foi comumente associada com práticas de serviços de saúde pouco tecnológicos e, portanto, pouco significativas ao sistema de saúde (GIOVANELLA, 2018; MENDES, 2011).

Entretanto, a APS expressa, para além desse restrito entendimento, um rol de ações e práticas em saúde voltadas para à promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, podendo, também, ser operada tanto no âmbito individual quanto coletivo. Referindo-se a sua aplicação, destacam-se as práticas gerenciais e sanitárias desenvolvidas sob o viés democrático e participativo, em equipe e com o uso da tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade (LAVRAS, 2011).

Considerando os modelos da APS, no Brasil, vários tipos de APS vigentes responsabilizam-se sobre a assistência à saúde primária. Essa consideração é fundamental para estruturar um tipo ideal que ampare a RAS. Assim, Mendes (2015) diz que, apesar de adotarem o nome generalista de Estratégia de Saúde da Família, coexistem 4 (quatro) modelos bem diferentes entre si: Tradicional; *Semachko*; Medicina de família e comunidade *estricto senso* e; Estratégia de Saúde da Família, com os detalhes no quadro 1.

Quadro 1 – Os modelos de APS no Brasil

<b>Tipo de modelo</b>	<b>Formas de operação</b>
<b>Tradicional</b>	Contam com a atuação de profissionais sem especificidade em saúde da família, operando com ênfase em consultas médicas e de enfermagem.
<b><i>Semachko</i></b>	Operam sobre três especialidades: clínico, gineco-obstetra e pediatra. Baseado na experiência russa.
<b>Medicina de família e comunidade</b>	Atuam sobre a lógica da consulta médica sob o cuidado de especialistas em medicina da família e da comunidade. São fruto da experiência canadense e europeia.
<b>Estratégia de Saúde da Família</b>	Tem como centralidade o cuidado primário de uma equipe multiprofissional, que atua sobre a estratégia da interdisciplinaridade do cuidado, em consultas individuais ou em grupo.
<b>Mistos</b>	São modelos que articulam com mais de um tipo em uma mesma equipe de saúde.

Fonte: Mendes (2015). Elaboração própria.

Estudos que medem a coerência entre as diretrizes e objetivos da APS<sup>6</sup> com os diversos modelos existentes no Brasil, vem apontando que, mesmo aqueles casos em que foi detectado que a ESF estivesse “contaminada” por técnicas dos demais modelos alternativos, ainda assim, a estratégia obteve melhores resultados, independente da região em os testes fossem realizados (BRASIL, 2015, p. 30).

Estes estudos indicam que ESF tem se mostrado um modelo preparado para a proposta do cuidado primário, fazendo-se importante abordar as potencialidades e os desafios envolvidos para a consolidação da APS pela ESF.

<sup>6</sup> Os trabalhos referidos na literatura utilizaram a metodologia do Instrumento de avaliação da atenção primária, *PCA Tool (PCATool – Primary Care Assessment Tool)*. São eles: Elias *et al* (2006), estudando o caso de São Paulo; Van Stralen *et al* (2008) com diversos municípios de Goiás e Mato Grosso; Chomatas (2013) em Curitiba.

### 2.2.3 A Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada uma estratégia que visa a consolidação da APS ao permitir uma reorientação do processo de trabalho em correspondência com as diretrizes do cuidado primário, ganhando-se em alcance e resolutividade e uma relação positiva entre custo e efetividade. É por essa lógica que a ESF, antes conhecida como o Programa de Saúde da Família (PSF), é hoje, entendida como a via que tem como objetivo a modificação do modelo de assistência à saúde brasileira. A equipe da ESF é multidisciplinar, com obrigatoriamente médico (generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou da Família e Comunidade), enfermeiro (generalista ou especialista em Saúde da Família), auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2019).

Entre o rol de serviços disponíveis na ESF, estão aqueles relacionais à multidisciplinariedades de atuação, envolvendo desde consultas, exames, vacinas e programas, em diversos serviços abrangentes em áreas de cuidado como: vigilância em saúde; promoção à saúde; atenção e cuidados centrados no idoso, na criança e no adolescente; saúde bucal, dentre outros (BRASIL, 2019).

Em primeiro destaque, acrescenta-se a contribuição da ESF para o cuidado primário à saúde. A expansão da ESF nos últimos anos, para pequenos municípios, zonas rurais e grupos marginalizados, antes nunca acessados, tornou a assistência em saúde mais capilarizada. Nessa mesma lógica, permitiu-se que um serviço fosse acessível o suficiente para ser potencialmente a porta de entrada do serviço de saúde, além de ampliar a possibilidade de garantia à participação pela comunidade. Todos esses elementos unem-se à própria característica da ESF: a presença territorial dos profissionais de saúde e sua relação estreita com a população, a presença de uma equipe multiprofissional atentando-se ao cuidado integral do usuário e da família, a orientação comunitária e à competência cultural, que permitem compreender e entender o processo saúde-doença-cuidado daquela comunidade (ARANTES, 2016; BRASIL, 2019).

A ESF também tem contribuído no que se refere ao aspecto assistencial, com a ampliação e manutenção dos princípios da universalidade, integridade e equidade, e vem se destacando como modelo de cuidado primário, ao:

[...]obter melhor desempenho do que o modelo de APS tradicional devido ao trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar, que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária (ARANTES, 2016, p. 63).

Contudo, apesar da contribuição para a assistência à saúde e em defesa do modelo da RAS brasileiro desde seu surgimento, a ESF enfrenta e mantém diversos entraves políticos/institucionais, administrativos/organizativos e técnicos assistenciais, conforme apresentado em síntese no quadro 2.

Quadro 2 – Desafios da ESF na APS no Brasil

<b>Tipo de desafio</b>	<b>Breve descrição</b>
<b>Financiamento</b>	Entender a importância do financiamento para ampliação territorial e aprimoramento do modelo, trazendo a questão da desigualdade regional e assistencial como critérios, a fim de garantir uma fonte a partir das reais demandas em saúde.
<b>Formação acadêmica dos profissionais de saúde</b>	Os modos como os profissionais de saúde são formados, reforçam um modelo de valorização na doença e na assistência especializada, elevando a importância dos níveis de maior densidade tecnológica em detrimento da atenção primária à saúde (MENDES, 2015; ARANTES, 2016). Há, nesse contexto, a necessidade de mudanças no caráter formativo, incluindo uma formação mais humanística e política e que tenha como foco a verdadeira necessidade da população.
<b>Recursos Humanos</b>	O crescimento e a manutenção das formas das relações de trabalho baseada em contratos temporários e/ou relações precárias dos profissionais atuantes da ESF, são um grande desafio à consolidação da ESF. São, por consequência à essa problemática, o alto fluxo de entradas e saídas que acaba por impedir que os vínculos com as comunidades sejam criados.
<b>Intersetorialidade</b>	Não superação histórica quanto à integração entre os setores relacionais à diversos elementos, como decisões políticas e administrativas para rompimento do modelo fragmentado e hierarquizado.
<b>Acesso aos serviços</b>	É a dimensão organizativa que mais demanda investimento. Principalmente nas questões ligadas ao acesso das pessoas, organização da oferta de serviço, horário de funcionamento dentre outros.
<b>Entrada do sistema</b>	A principal dificuldade, nesse quesito, está na concorrência entre serviços. Dois caminhos possíveis de respostas para essa falha são traçados: a deficiente e baixa resolutividade da APS tem feito com que o fluxo de atendimento se direcione a outros serviços; e a própria cultura populacional de um modelo assistencial centrado na doença. Consequentemente a isso, tem-se o uso mais recorrente a serviços de urgência e emergência.
<b>Serviços especializados</b>	A falta ou ausência de serviços especializados de referência na rede acaba por prejudicar o atendimento do paciente dentro da APS na medida em que não é possível a contra-referência no sistema. Além da ausência de encaminhamentos, não são comuns os diagnósticos nesses serviços. Assim, sem quantificar, por exemplo, o tamanho e o tempo de aguardo por atendimento nesses níveis de atenção não há uma dimensão do tamanho da desassistência.

<b>Diagnóstico do serviço</b>	São registrados deficientes informações quanto à prestação do serviço e quanto a saúde nos territórios. Entre os problemas está a subutilização dos sistemas oficiais de saúde.
<b>Participação social</b>	Limitada participação social na gestão das Unidades de Saúde da Família (USF) e pouco envolvimento dos Conselhos Municipais de Saúde com as questões da ESF vem sendo registrados na literatura. A participação social acaba por influenciar outros problemas como “o acesso, o primeiro contato, a integralidade da atenção e a integração da APS à rede de atenção” (p.61).

Fonte: Arantes (2016). Elaboração própria.

Boa parte dos desafios enfrentados pela ESF/APS estruturam-se em uma dimensão administrativa/organizativa (ARANTES, 2016; BRASIL, 2015; MENDES, 2011, 2015). A interface com os serviços da atenção especializada são uns dos principais exemplos da necessidade urgente de uma mudança do *modus operandi* do sistema.

De forma concreta, as filas de espera de atendimento e usuários sem indicação superlotam a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)<sup>7</sup>, gerando uma distorção ao fluxo operacional lógico do SUS, na medida em que ali são atendidos predominantemente usuários com doenças de baixa complexidade. Esse cenário comum no sistema de saúde público brasileiro é resultado de uma fragilidade organizacional (MENDES 2015). De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), um sistema de tamanha complexidade que opere centrado em um serviço de alto custo financeiro acaba por gerar um “modelo de atenção caro e sem efetividade” (CONASS, 2018, p.135).

Isso acontece porque boa parte dos atendimentos em saúde tem-se concentrado fora do nível de atenção primária, embora exista um consenso de que a maior parte da resolução dos problemas de saúde recorridos à AAE podem ser resolvidos dentro da APS em um menor custo operacional e com maior acessibilidade territorial (MENDES, 2011).

A literatura mostra que a atenção primária resolutiva dá conta de **90%** das necessidades de saúde da população e um dos resultados da planificação é reduzir os encaminhamentos da atenção primária para a especializada (MENDES, 2011, p. 78, grifo nosso).

<sup>7</sup> A Atenção Ambulatorial Especializada consiste no conjunto de ações e práticas assistenciais articuladas a partir processos de trabalho de maior densidade tecnológica. Ocupam o nível secundário no modelo da pirâmide de hierarquização do SUS e podem receber diferentes denominações: Ambulatório de Especialidades Médicas, Núcleo de Especialidades da Saúde, Centro de Referência Especializada, dentre outras. (SOLLA e CHIORO, 2012)

Como antecipado, é a partir dos estudos dessas fragilidades que surgem iniciativas que versem sobre a organização dos processos de trabalho centrados na APS. Mendes (2011), professor pioneiro da estratégia, defende que não há como organizar o sistema de saúde sem concentrar os esforços sobre a APS, afinal, é sobre a lógica da RAS que os novos moldes operacionais do SUS devem se apoiar. E é sobre esse fundamento que a planificação do SUS surge como resposta às fragilidades encontradas, sendo esse o tema da próxima seção.

### **2.3 O modelo de planificação do SUS: a estruturação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil**

Diante do contexto da condição de saúde brasileira e da RAS como elemento estratégico de solução, surge a Planificação da Atenção à Saúde (PAS) com o objetivo de avaliar e aprimorar o papel das RAS nos estados brasileiros, incorporando, para além de uma simples estratégia de aperfeiçoamento, métodos para o fortalecimento da APS por meio do desenvolvimento das competências das equipes para o planejamento e organização da assistência ao usuário.

Trata-se de uma metodologia proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em que são operadas um conjunto de oficinas, tutorias e capacitações aos profissionais das equipes assistenciais e de gestão em APS, com o objetivo de desenvolver um pensar sobre o trabalho focado na necessidade do usuário, baseando-se no modelo teórico-operacional da Construção Social da Atenção Primária à Saúde e nas diretrizes clínicas do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

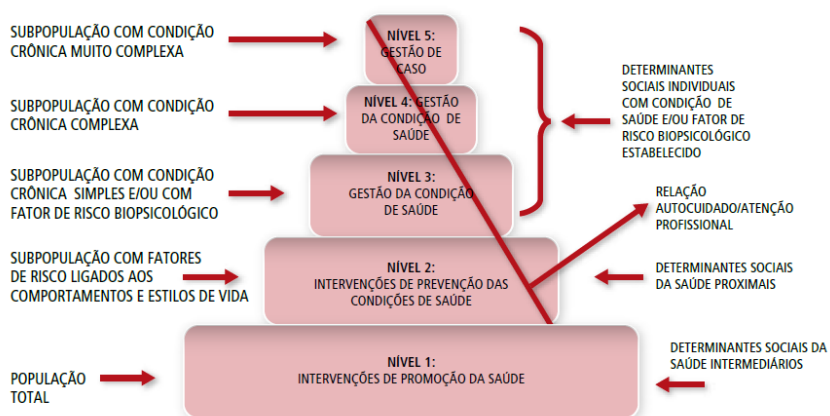
O MACC<sup>8</sup> é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, assim como outros modelos de atenção de sistemas de saúde pelo mundo. Trata-se de uma metodologia pensada sobre a especificidade do país, acolhendo, portanto, diversos pontos da identidade da condição de saúde brasileira. São estruturas do modelo: as populações e subpopulações estratificadas (aquelas que serão assistidas conforme classificação), os diferentes níveis de determinantes de saúde e por fim, os cinco tipos de intervenções de saúde (se de promoção, preventiva, gestão da

---

<sup>8</sup> Proposto pelo professor Eugênio Vilaça Mendes, com base em outros modelos internacionais: Modelo de Atenção Crônica de Wagner (1998), Modelo da Pirâmide de Riscos (2005), Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead.

condição de saúde crônica simples, gestão de condição de saúde crônica complexa ou de gestão de caso), conforme se apresenta na Figura 2. Esse modelo diz que qualquer condição crônica pode ser subdividida em 3 (três) níveis, sendo que 75% das condições crônicas podem ser manejadas na atenção primária com o foco na promoção e prevenção (nível 1 e 2), 25 a 30% necessitam de um cuidado da atenção especializada (nível 3 e 4) e, 1 a 5% necessitam de um cuidado um acompanhamento mais próximo pela gestão de caso (nível 5). A pirâmide aponta, portanto, como deve ser o desenho da rede da APS, estruturando uma divisão clara dos papéis da equipe multidisciplinar, a forma de oferta dos serviços, além de dar suporte às decisões clínicas (MENDES, 2011).

Figura 2 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



Fonte: Mendes (2011)

A Planificação à Atenção à Saúde também adota o modelo de suporte operacional da Construção Social da Atenção Primária à Saúde, que traz um conjunto de elementos necessários com o intuito de equilibrar a oferta e demanda dos serviços de saúde. Nesse sentido, Mendes (2015) propõe uma série de estruturas e processos que permitem respostas satisfatórias às diferentes demandas.

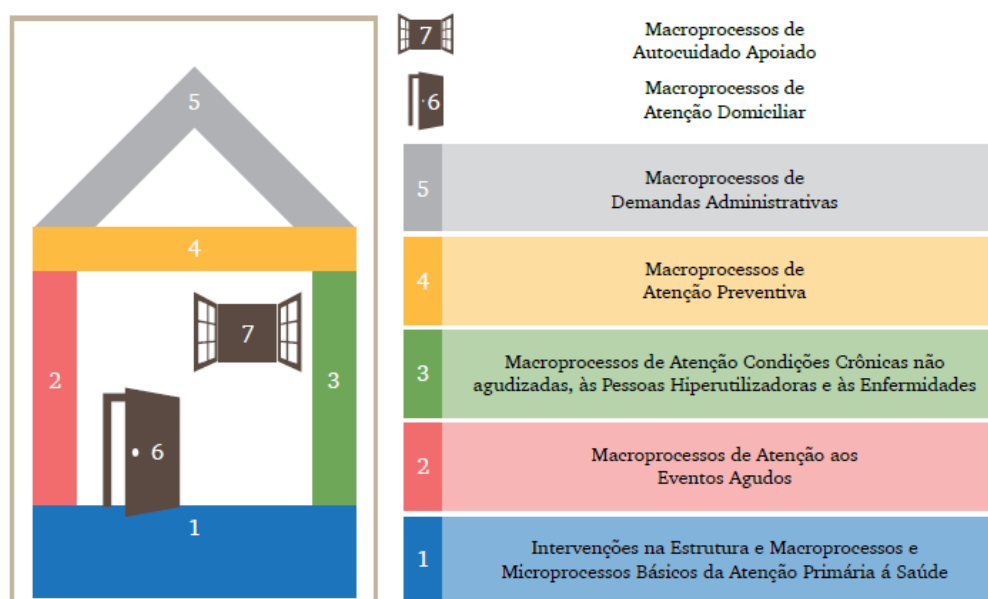
Para isso é utilizado a metáfora da construção de uma casa, conforme apresentado na figura 3. Essa metáfora estrutura um fluxo sequencial lógico de mudança, propondo mudanças estruturais de 7 (sete) macroprocessos<sup>9</sup> da APS, primeiro a partir da

<sup>9</sup> De acordo com Mendes (2015), o processo de mudança implica o adensamento tecnológico a fim de fornecer respostas efetivas, envolvendo assim, alterações nas estruturas e nos processos. A respeito dos processos, as mudanças fazem relação com organização da oferta do serviço por meio de elementos chamados de macro e microprocessos básicos. É por meio desse modelo que novos instrumentos surgiram na 3ª geração da planificação a fim de auxiliar os executores da política.

base (alicerce) e posteriormente pelas paredes, teto, telhado, porta e janela. Entender a existência desse modelo se faz necessário, já que é por ela que ocorre a estruturação das mudanças *in loco* nos territórios de saúde.

O modelo da planificação, portanto, tem como objetivo estruturar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), incorporando a lógica clínica de funcionamento do sistema de saúde fundamentado no MACC e uma lógica operacional da Construção Social da Atenção Primária à Saúde, estruturando uma ordem de priorização e as formas pelas quais as mudanças são aplicadas nas unidades de saúde. A operacionalização desses sistemas, ocorre nas oficinas por meio das atividades e produtos produzidos pelos profissionais. Portanto, ambos instrumentos (MACC e a Construção Social da APS), fazem parte da estrutura do modelo da PAS e, portanto, do projeto Saúde em Rede.

Figura 3 – A Construção Social da Atenção Primária à Saúde

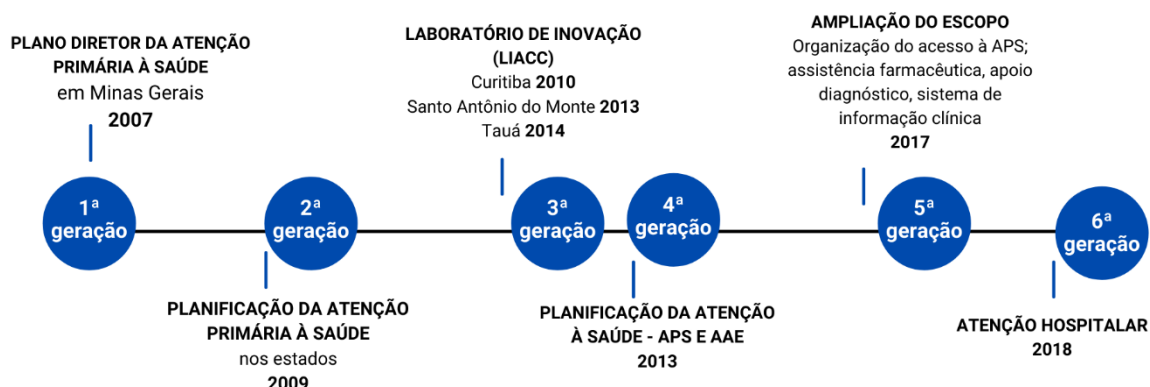


Fonte: Mendes (2015)

## 2.4 A trajetória do modelo de Planificação da Atenção à Saúde (PAS)

Desde 2004 iniciativas vem surgindo no Brasil em prol de um modelo que tenha a APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado em saúde. Sobre a gerência do CONASS, a planificação iniciou com diversas oficinas nos estados brasileiros. Esse ponto de partida foi fundamental para que novas iniciativas surgissem. A estrutura da trajetória da PAS pode ser visualizada na figura 4.

Figura 4 – Linha histórica da planificação da atenção à saúde



Fonte: Mendes (2016). Elaboração própria.

Inaugurando a primeira geração, nasce em 2007, em Minas Gerais, o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais (PDAPS) que contou com o apoio do CONASS (CONASS, 2018) e da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP). Com o PDAPS em Minas Gerais as estratégias de reestruturação da RAS ganharam corpo nas denominadas tutorias de capacitação municipal, sendo classificada como a 1ª geração da PAS, por estruturar de forma mais robusta um modelo operacional para implementação da política de planificação (MENDES, 2016).

Já na 2ª geração, semelhante ao que fora operado em Minas Gerais por meio do PDAPS, o CONASS seguiu desenvolvendo em diversos estados as oficinas de planificação, promovendo, assim como no estado mineiro, um alinhamento teórico conceitual. A segunda geração foi importante para que por meio da experiência construída ali fosse criada a Portaria nº 4.279, de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, cujo tema trata das diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Ainda como consequência desse momento, está o Decreto nº 7508/11 que cria as regiões de saúde. Embora, tenha-se grandes avanços nesse ínterim, ficou claro que somente a aplicação do modelo por meio das oficinas não estava produzindo o efeito transformador esperado, na medida em que, na prática, os profissionais de saúde não aplicavam o aprendido na teoria (MENDES, 2016).

Assim, na 3ª geração o modelo é reestruturado, incluindo a organização por meio dos macroprocessos da APS, com o gerenciamento dos processos sob

auxílio do ciclo de PDCA<sup>10</sup> em que, há o mapeamento, redesenho e implantação dos processos trabalhados. É na 3ª geração que é incluído a figura do tutor como agente transformador e corresponsável. Também surgem nesse momento as Unidades Laboratório, locais que recebem a proposta, aplicam e posteriormente replicam para outras unidades de saúde. Três experiências surgem nesta geração: Curitiba (PR), Santo Antônio do Monte (MG) e Tauá (SP) (MENDES, 2016).

A 4ª geração avança ao incluir na política de planificação a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), compreendendo que para haver comunicação entre APS e AAE, além de estruturar a atenção básica, a especializada deveria ser incluída ao modelo. Já na 5ª geração – modelo que vigora atualmente – houve uma ampliação do escopo, ao agregar três grandes áreas ao plano de organização dos processos: a assistência farmacêutica, o apoio diagnóstico e a organização do acesso à APS, além do envolvimento dos hospitais (MENDES, 2016).

Portanto, a Planificação da Atenção à Saúde tem-se mostrando, ao longo da história, como um modelo flexível, adequando-se à novas tecnologias, experiências e especificidades locais. Inaugurando a trajetória da planificação no Brasil, o PDAPS tornou-se uma referência e trouxe consigo aprendizados importantes ao modelo, nesse sentido, maiores detalhes do modelo serão apresentados na próxima subseção.

#### **2.4.1 A experiência mineira: O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, surge em 2007 no estado de Minas Gerais como parte do Choque de Gestão, operado pelo então governador, Aécio Neves da Cunha. A ideia de reformas gerenciais com o objetivo de modernizar o aparato estatal e superar os entraves burocráticos da administração pública, promoveu, entre diversas mudanças, a estruturação de iniciativas na saúde mineira que naquele momento apresentava diversos indicadores de saúde deficitários (ARANTES, 2016; MARQUES *et al*, 2009; SOARES *et al*, 2010).

Nesse contexto, o PDAPS, desenvolveu um conjunto de oficinas nos 853 municípios, com o objetivo de consolidar as RAS por meio do fortalecimento da APS, estruturando o então Programa Saúde em Casa (PSC) (ARANTES, 2016).

---

<sup>10</sup> *Plan* (Planejar) *Do* (Fazer) *Check* (Verificar) *Act* (Agir).

Por meio da ESP/MG – responsável pela celebração de acordos de Cooperação com as Universidades – o estado promoveu parcerias com as universidades regionais. Essas universidades disponibilizavam tutores que eram responsáveis por ministrarem os conteúdos nas oficinas, em parceria com as Gerências Regionais de Saúde (GRS). Em participação, as GRS indicavam responsáveis técnicos para acompanhar junto às Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nas microrregionais, a implementação do modelo. Além disso, o PDAPS contou com incentivos financeiros para investimento estrutural (infraestrutura das unidades e maquinário e equipamentos) e de pessoal (ARANTES, 2016).

O plano foi operacionalizado em 2 etapas, entretanto, frente ao grande número de municípios em Minas Gerais, foi reestruturado para ser concretizado em 3 (três) fases, conforme a tabela 1 desdobra.

Tabela 1 – Participantes do PDAPS por fase

Fases do PDAPS	Municípios participantes	
	Nº	%
Fase 1	28	3,28%
Fase 2	455	53,34%
Fase 3	370	43,38%
<b>Total</b>	<b>853</b>	<b>100%</b>

Fonte: Arantes (2016)

A operacionalização se deu sobre “uma lógica de descentralização”, na medida em que os tutores das universidades e os técnicos da GRS eram capacitados para então formarem os facilitadores, ou seja, aqueles pelos quais iriam replicar as oficinas nos municípios. Havia ainda o momento de dispersão, quando os facilitadores e profissionais de saúde implementavam o aprendizado teórico na prática (ARANTES, 2016, p. 74).

Com o fim do PDAPS, diversos estudos passaram a registrar os ganhos obtidos, as potencialidades e as fragilidades, a fim de subsidiar intervenções futuras. Arantes (2016, p.82), de um modo geral, afirma que a aplicação do PDAPS se mostrou positiva, já que permitiu um alinhamento teórico-conceitual e desenvolveu “um novo olhar dos profissionais quanto à relação APS/rede assistencial de saúde”. Os resultados incluem ainda a redução da taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS), aumento da proporção de sete ou mais consultas de pré-natal e redução da mortalidade infantil e materna.

Já Costa *et al* (2011) em um estudo com grupos focais, destacaram diversas potencialidades do PDAPS tais como a organização da APS, capacitação profissional e a integração multiprofissional.

Observa-se também que 14 anos após o início da implementação do PDAPS, os contornos da metodologia se mantêm sobre os novos programas e projetos de incentivo à planificação do sistema de saúde, como é o caso do Saúde em Rede, analisado nesta pesquisa e tema do próximo capítulo.

### 3 PROJETO SAÚDE EM REDE: A MATERIALIZAÇÃO DO MODELO DE PLANIFICAÇÃO EM MINAS GERAIS

Nesse capítulo é apresentado, na seção 3.1, o projeto Saúde em Rede, seus objetivos e o modelo de governança. Na seção 3.2 é apresentada as ações realizadas e, por fim, na seção 3.3 é feita uma breve descrição da sua etapa piloto (cenário da pesquisa). Estas informações são necessárias a fim de apresentar o objeto desse estudo, levantando aspectos de sua execução e particularidades.

#### 3.1 O projeto: objetivos e governança

O projeto Saúde em Rede é um projeto estratégico do Governo de Minas Gerais, gerido pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) e, assim como outras iniciativas da Planificação da Atenção à Saúde, utiliza um conjunto de estratégias educacionais, fundamentadas na Educação Permanente em Saúde (EPS)<sup>11</sup>, procurando desenvolver as habilidades e competências necessárias à prática da assistência (MINAS GERAIS, 2019, 2021).

Nessa lógica, a proposta do projeto reside em fomentar, por meio de ações educacionais baseadas em metodologias ativas, momentos de reflexões acerca do *modus operandi* das equipes e dos serviços de saúde a fim de contribuir com a (re)organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Os objetivos são:

- i) estruturar a rede de atenção à saúde, por meio da reorganização de processos de trabalho; ii) incorporar e aprimorar os espaços de discussão e redefinição de práticas e processos de trabalho em saúde, sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde; iii) fortalecer o trabalho em equipe e as práticas interprofissionais colaborativas, no âmbito da RAS; iv) fortalecer o papel das Unidades Regionais de Saúde (URS) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), junto aos municípios, na conformação e na consolidação das RAS no âmbito regional; v) reorganizar e aprimorar as ações e os serviços que envolvem a linha de cuidado materno-infantil, no âmbito da APS e AAE (MINAS GERAIS, 2021, p. 9)

Em Minas Gerais, a organização desses processos ocorre nas linhas de cuidado Materno-infantil e Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (HAS/DM). Iniciado em 2019, o projeto contou com uma primeira etapa piloto nos 29

---

<sup>11</sup> Conceito pedagógico em que a produção do conhecimento em saúde é construída a partir das interações entre os profissionais (MINAS GERAIS, 2021).

municípios da macrorregião do Jequitinhonha, com o apoio da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), além do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG). Pretende-se atingir todos os 853 municípios até 2022 (MINAS GERAIS, 2019, 2021).

Já a expansão do projeto ocorre sobre 3 (três) ondas, conforme o quadro abaixo. As expansões iniciam-se em anos distintos, porém, há uma sobreposição no curso da execução do projeto, posto que cada onda dura aproximadamente 12 (doze) meses. Assim como na etapa do piloto, a expansão do projeto conta com o apoio do CONASS e do COSEMS/MG, tendo como apoiador técnico-pedagógico, diferentemente do piloto, da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2021).

Tabela 2 – Distribuição das participações projeto Saúde em Rede

<b>Etapa</b>	<b>Nº de municípios</b>	<b>Microrregiões</b>	<b>Ano de início</b>
Piloto	29	4	2019
1ª Onda	144	19	2020
2ª Onda	287	29	2021
3ª Onda	393	37	2022

Fonte: documentos internos. Elaboração própria.

Em retorno ao objeto de estudo desse trabalho, que é a etapa piloto, é importante considerar que a participação do estado ocorre via adesão ao programa *PlanificaSUS*, também denominado “*A organização da Atenção Ambulatorial em Rede com a Atenção Primária à Saúde*”, operacionalizado pela SBIBAE que é financiada pelo Governo Federal por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018).

O *PlanificaSUS* compõe-se da mesma metodologia da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), tendo, portanto, como fundamentação teórica o modelo teórico-operacional da *Construção Social da Atenção Primária à Saúde* e as diretrizes clínicas do *Modelo de Atenção às Condições Crônicas* (MACC) citados na seção anterior. Propõe-se apoiar o planejamento, organização e operacionalização da

planificação apoiando as secretarias estaduais e municipais de saúde nos 26 estados brasileiros (SBIBAE, 2019, 2020).

Nos espaços de governança do projeto em âmbito estadual estão o *Grupo Condutor Estadual* e o *Grupo Condutor Regional*. O *Grupo Condutor Estadual*, instituído pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.936, de maio de 2019, está sob a coordenação da SES/MG e conta com representação das suas Subsecretarias e do COSEMS/MG, podendo ser convocado a participar os representantes municipais e outros técnicos vinculados à SES/MG. Entre o rol de atribuições do grupo, estão aspectos relativos à operacionalização do projeto, como definição do cronograma, das regiões e das linhas de cuidado prioritárias, e em nível mais estrutural estão a organização e gerência do equilíbrio entre a demanda e oferta de atendimentos especializados e a estruturação dos macro e microprocessos da APS e da AAE no estado (MINAS GERAIS, 2021).

Já o *Grupo Condutor Regional* é composto por representações da Superintendência Regional de Saúde do território, gestores municipais, coordenação do projeto e analistas, para discussão dos principais pontos críticos e ganhos do projeto nos municípios. Além disso, pactuam o cronograma, promovem a comunicação interinstitucional e monitoram os municípios que necessitem de apoio. Contam com encontros mais frequentes, institucionalizados dentro de uma semana padrão, conforme será apresentado (MINAS GERAIS, 2019, 2021).

Como estrutura física é composto por *Unidades Laboratórios* da APS e AAE, em nível municipal e regional, onde são desenvolvidas as tutorias. Funcionam como modelo para as demais unidades de saúde do território. Essas unidades são escolhidas sobre indicação dos gestores municipais e tem um papel fundamental para a replicação interna do projeto (SBIBAE, 2019).

### **3.2 O processo de execução do projeto: atores envolvidos e atividades**

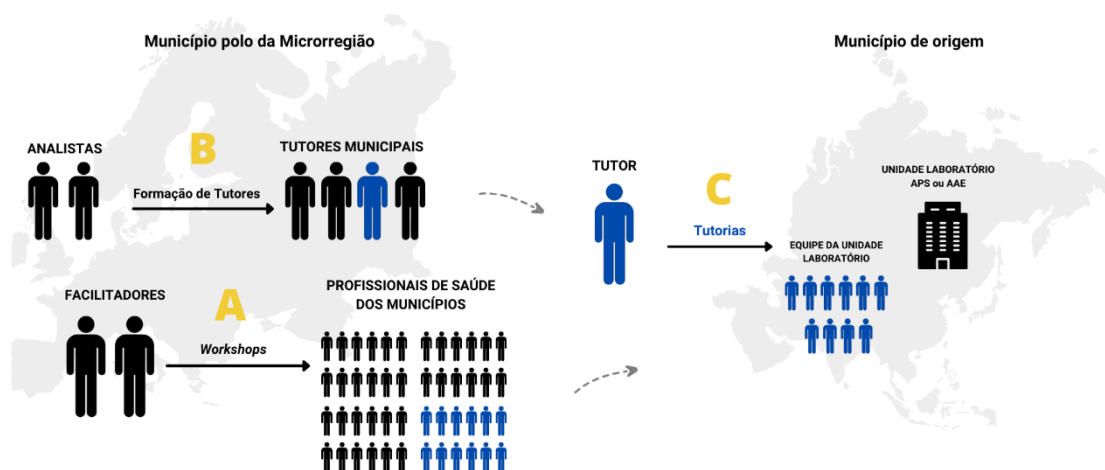
Os principais agentes executores do projeto e suas respectivas atribuições são:

- *Analistas* são profissionais da SBIBAE e da SES/MG, responsáveis por ministrarem a formação dos tutores e acompanhar e apoiar a implementação do projeto nos municípios;

- *Facilitadores* são aqueles agentes capacitados via EAD e são responsáveis por reproduzir os conteúdos aos profissionais de saúde (*workshops*), promovendo um nivelamento nos conceitos do modelo. São profissionais das regionais de saúde, do COSEMS/MG e da SES/MG;
- *Tutores* são os profissionais dos municípios agentes da transformação, responsáveis por replicar o conteúdo aprendido dentro da unidade laboratório municipal. São responsáveis por conduzir os momentos de resgate teórico junto aos profissionais da unidade e por realizar e monitorar a execuções das atividades acordadas entre estes. Respondem também pelos produtos que devem ser produzidos e o preenchimento das ferramentas de gestão do projeto.

A operacionalização do projeto se dá sobre 3 (três) vias principais: os *workshops*, a *formação dos tutores* e as *tutorias*.

Figura 5 – Esquema de operacionalização simplificado



Fonte: Minas Gerais (2021); SBIBAE (2019). Elaboração própria

Os *workshops* são os encontros com os profissionais de saúde da APS e da AAE, onde acontecem o alinhamento teórico dos temas centrais da planificação. São utilizadas diversas metodologias didáticas (estudos de casos, leitura de texto de

apoio, aulas expositoras, estudos dirigidos e trabalhos em grupos) para impulsionar o desenvolvimento de competências e habilidades para organização e qualificação dos processos de trabalho (figura 5, parte A). Esses momentos são ministrados por uma dupla de facilitadores. Após a capacitação, os profissionais de saúde retornam ao seu município de origem para colocar em prática, junto ao tutor, o que foi aprendido na teoria (SBIBAE, 2020).

A *formações dos tutores* é o encontro com todos os tutores, presencialmente, onde são estimulados a reflexão quanto aos processos de trabalho e aprendem na prática o que foi construído na teoria via EAD (figura 5, parte B). Esses momentos são ministrados pelos analistas e ocorrem no município polo da microrregião de saúde (SBIBAE, 2020).

As *tutorias* ou *Oficinas Tutorias* (OT's), são os momentos conduzidos pelos tutores nas unidades da APS e AAE e contam com a participação de todos os profissionais da unidade (figura 5, parte C). Neles, uma série de atividades e produtos são construídos em equipe com o objetivo de implementar novos instrumentos/rotinas de trabalho e identificar lacunas e oportunidades de melhoria. Entre eles, estão a construção de um *Plano de Ação*, que visa registrar as tarefas que serão desenvolvidas para o alcance dos objetivos, indicando prazos e responsáveis pelo empenho e o *Instrumento para Avaliação dos Macroprocessos* que é um diagnóstico de auxílio ao monitoramento, indicando o desenvolvimento do modelo no município ao longo do projeto e auxiliando os profissionais quanto aos itens necessários à conformação ao modelo. Esse instrumento é composto de diversas perguntas direcionadas à APS e à AAE, com respostas fechadas, e, para construção de um diagnóstico no marco inicial de implementação é aplicado um primeiro questionário (linha de base) para acompanhamento da evolução, conforme o modelo abaixo (SBIBAE, 2019, 2020).

Figura 6 – Instrumento para avaliação dos macroprocessos da AAE.

Estrutura da Unidade - Espaço físico e ambiência - Etapa 1 (Linha de Base)	
Os espaços físicos da unidade ambulatorial, principalmente com relação às linhas de cuidados prioritizadas, encontram-se de acordo com os parâmetros do documento Carteira de Serviços para organização do Ambulatório de Atenção Especializada e do Instrumento de avaliação da Carteira de Serviços para organização do Ambulatório de Atenção Especializada	Parcialmente
O balcão de atendimento na recepção é livre, sem grades ou vidros, garantindo a proximidade entre trabalhadores e usuários e tem altura adequada, permitindo que o usuário e seu acompanhante informem seus dados assentados	Parcialmente
A quantidade de salas, consultórios para o atendimento individual e espaços para atendimentos coletivo é adequada para o quantitativo de profissionais responsáveis pelas linhas de cuidado prioritizadas	Parcialmente
O local definido para o Ponto de Apoio é estratégico, garantindo a visibilidade mínima de três lados (frente, direita e esquerda) para o monitoramento dos atendimentos dos profissionais	Não existe
A ambiência dos espaços físicos foi avaliada por meio da utilização do Instrumento de avaliação da Ambiência do Ambulatório de Atenção Especializada e de acordo com as recomendações da Política de Humanização (MS), sendo elaborado plano de ação para sua melhoria	Parcialmente
Os espaços atendem às exigências da política de acessibilidade, garantindo a circulação segura de pessoas cadeirantes ou com deficiência visual	Parcialmente
A ambiência da unidade ambulatorial considera as particularidades dos usuários com as condições de saúde de atendimento priorizado	Parcialmente
Estrutura da Unidade - Equipamentos - Etapa 1 (Linha de Base)	
Os equipamentos da unidade ambulatorial, principalmente com relação às linhas de cuidados prioritizadas, encontram-se de acordo com os parâmetros do documento Carteira de Serviços para organização do Ambulatório de Atenção Especializada e do Instrumento de avaliação da Carteira de Serviços para organização do Ambulatório de Atenção Especializada	Concluído
A unidade dispõe de contrato de manutenção permanente de equipamentos médicos-hospitalares, com cronograma real e efetivo	Concluído
A unidade realiza diariamente um checklist de equipamentos, de acordo com as normas técnicas	Concluído

Fonte: e-Planifica.

Toda a metodologia do PlanificaSus é estruturada em 6 (seis) temas: i) A integração da APS e AAE em rede; ii) Território e Gestão de Base Populacional; iii) O acesso à RAS; iv) Gestão do Cuidado; v) Integração e Comunicação na RAS e vi) Monitoramento e Avaliação, que acontecem em 11 (onze) oficinas tutoriais e 6 (seis) *workshops* (quadro 3).

As atividades acontecem em uma *semana padrão* de 5 eventos consecutivos. A *semana padrão* é a forma cronológica com as quais as principais atividades do projeto acontecem e, em linhas gerais, é composta por: um dia de monitoramento, um dia de encontros formativos (*workshops* e/ou formação tutorial), um dia de tutoria, um dia para acompanhamento e finalização das atividades e, por último, um dia de reunião com o grupo condutor regional (SBIBAE, 2019, 2020).

A sistematização das atividades e a correspondência com os temas, podem ser observadas no quadro 3:

Quadro 3 – Esquema operacional do PlanificaSUS no piloto.

Etapa	Temática	Workshop	Tutoria
<b>Preparatória</b>	A Planificação da Atenção à Saúde		
<b>1</b>	A integração da APS e AAE nas RAS	1	1
<b>2</b>	Território e Gestão de Base Populacional	2	2.1 e 2.2

<b>3</b>	O acesso à RAS	3	3.1 e 3.2
<b>4</b>	Gestão do Cuidado	4	4.1, 4.2, 4.3 e 4.4
<b>5</b>	Integração e Comunicação na RAS	5	5
<b>Controle</b>	Elaboração do Plano Controle	6	6

Fonte: Elaboração própria.

Conforme descrito no quadro, cada etapa conta com um número próprio de etapas operacionais (*workshops* e tutoria), sendo que em alguns momentos podem ocorrer mais de um evento dentro de uma mesma temática. Em exemplo, a etapa 3, que trata do acesso à RAS, é composta pelo *workshop* 4 e duas tutorias (tutoria 3.1 e 3.2) (SBIBAE, 2020).

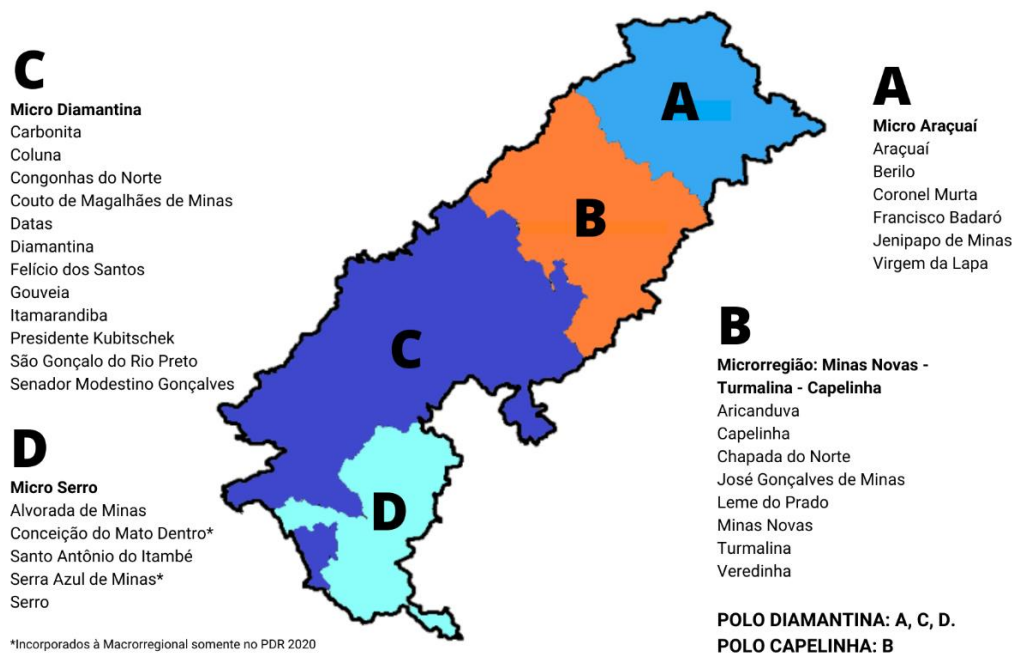
Assim como previsto no cronograma acordado entre entidades, até o final de 2020 foram concluídas a etapa 4 do projeto. Após a etapa 4, foram realizadas algumas etapas de contingência para tratar da organização dos processos de trabalho para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 e, posteriormente o projeto foi interrompido devido à crise sanitária, retomando as atividades no segundo semestre de 2021.

### 3.3 O projeto piloto do Saúde em Rede: o cenário geral da pesquisa

O piloto do projeto Saúde em Rede está sendo desenvolvido na macrorregional do Jequitinhonha desde 2019, e vem retomando suas atividades após o período de interrupção ocorrido devido à pandemia da Covid-19.

A macrorregional de saúde do Jequitinhonha da qual opera o piloto é composta por dois polos (Diamantina e Capelinha), 4 microrregiões e 31 municípios, entretanto, participaram do piloto 29 municípios, já que as cidades de Conceição do Mato Dentro e Serra Azul de Minas só foram incorporados à macrorregião com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2020, conforme esquema a seguir:

Figura 7 – Macrorregional do Jequitinhonha: microrregiões e municípios



Fonte: PDR 2020. Elaboração própria.

Na microrregional de saúde de Diamantina, estão envolvidos com o projeto: 21 unidades da APS, 01 Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), 33 tutores, 47 facilitadores e uma estimativa de 2010 profissionais de saúde capacitados. Já na microrregional de Capelinha, são: 8 unidades da APS, 01 CEAE, 15 tutores, 20 facilitadores e uma estimativa de 1046 profissionais de saúde capacitados.

Portanto, entende-se que o Saúde em Rede é um projeto complexo, na medida em que a estruturação envolve diversas organizações (entes federados, instituição não pública), atores distintos munidos de preferências e interesses próprios, com a conseqüente produção de regras e acordos que definem como funcionam os processos de trabalhos de uma equipe, em prol do coletivo. Há ainda de se considerar que o Saúde em Rede é um projeto que adota um modelo de âmbito nacional (planificação), determinado por múltiplos fatores, conforme discutido no Capítulo 2.

Diante disso, é considerável garantir a continuidade da intervenção, assegurando a aplicabilidade dos recursos (sejam eles humanos ou financeiros), para o que a avaliação do projeto pode ser bastante útil. Uma introdução ao tema da avaliação é apresentada no próximo capítulo.

## 4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E A AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO

Esse capítulo tem o objetivo de situar teoricamente e com algumas experiências empíricas o que é a avaliação de implementação. Isso é necessário para traçar um quadro teórico e estruturar conceitualmente o que está sendo desenvolvido nessa pesquisa, além de indicar a importância do modelo de avaliação adotado. Para isso, é preciso, primeiro, definir políticas públicas (seção 4.1) em seguida trazer os modelos de avaliações nos ciclos de políticas públicas (seção 4.2) e, por fim, dar destaque a avaliação de implementação (seção 4.3).

### 4.1 A Política pública: as dimensões de um conceito

Na comunidade acadêmica não há um consenso acerca da definição de política pública, ou, na visão da professora Celina Souza (2006), uma melhor definição para essa. Secchi (2014) ousa ainda considerar que qualquer definição existente é arbitrária na medida em que há tantos pontos díspares entre os estudiosos.

Fato é que, para compreender a avaliação de implementação, realizada neste trabalho no Projeto Saúde em Rede, é importante entender o que é política pública. Para isso, alguns conceitos podem ser explorados pelos elementos que os constituem. No primeiro deles o *processo* diz sobre a política como um elemento humano, portanto, que envolve aspectos intrínsecos deste, como i) decisões, ii) ações e iii) intencionalidade (Lima e D'Ascenzi, 2016; Rosa *et al*, 2021). Rua (2014, p. 19), neste sentido, adota o termo como um “conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos”

Em segundo está a *finalidade*, como um objetivo pelo qual opera a política. Nessa lógica, o conceito de política pública envolve a modificação de uma realidade em prol de um bem necessário e/ou mudança de realidade. Rosa *et al* (2021), exploram como ponto desse elemento as ações públicas que envolvam a manutenção da ordem social, como demanda emanada da sociedade. Dessa forma, falar em política pública como uma finalidade envolve também considerar que as políticas devem necessariamente gerar impacto social (Lima e D'Ascenzi, 2016; Rosa *et al*, 2021).

Em terceiro, está a política como uma questão *substantiva*. Nesse sentido a política é influência de onde reside, ou seja, inclui em si elementos da cultura,

crenças e valores de onde está inserida. Há de se considerar, portanto, as diferenças locais e temporais envolvidas. Rosa *et al* (2021, p.18), afirma que “isso acontece porque as políticas expressam a cultura da sociedade na qual foram geradas ou a absorvem nos processos de apropriação e implementação”. Os autores ainda constroem a discussão sobre a percepção de diferentes entendimentos daquilo que se concebe como política em consonância com aquilo em que se entende ser como prioridades/necessidades. Há, por exemplo, diferentes políticas em sociedades mais igualitárias e democráticas, que envolvam aspectos participativos em comparação com sociedades menos igualitárias e democráticas (Lima e D’Ascenzi, 2016; Rosa *et al*, 2021).

Em quarto ponto está a *dinâmica* que considera a política pública pela decorrência de contextos plurais de interesses e ideias. A política é um sistema permeado de conflitos entre atores, que se relaciona com diferentes níveis de consensos, controvérsias, recursos disponíveis, preferências, dentre outros (Lima e D’Ascenzi, 2016; Rosa *et al*, 2021).

Por fim, o quinto elemento é a *consequência*, ou seja, a política é decorrência de uma ordem local, ou um “sistema de ação que orienta e delimita a ação”. Em suma, a política pública é tida como espaço que envolve uma articulação entre atores e o manejo dos recursos disponíveis, considerando-se, assim, dois aspectos principais: os atores envolvidos e as instituições tanto formais como informais que operam (Lima e D’Ascenzi, 2016).

E é diante da coexistência de tantas premissas e dimensões do conceito de políticas públicas que Souza (2006, p.6) traz à luz a ideia de multidisciplinaridade do campo, ao apontar que a discordância interpretativa não é em si a ausência de “coerência teórica e metodológica”, mas, ao invés disso, ao assumir o caráter holístico do termo é compreensível a influência de distintos saberes na interpretação.

[...] as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores (SOUZA, 2006, p. 6)

Diante das premissas conceituais de política pública e entendendo a multidisciplinariedade do campo, é considerável apontar aspectos que corroboram

com a conceituação do projeto Saúde em Rede, à luz de sua apresentação no Capítulo 3, como uma política pública, são eles:

- a visão por uma **mudança de uma realidade**: a forma como o sistema público de saúde opera que não condiz com a condição de saúde das pessoas;
- a **garantia e prática dos direitos previstos** de acesso à saúde sobre as bases dos princípios do Sistema Único de Saúde, a universalidade, equidade e integralidade;
- a **ação pública** a favor daquilo que é público, ou seja, a garantia dos direitos adquiridos no Constituição Federal de 1988;
- envolve o **uso dos recursos** públicos, sejam eles financeiros ou humanos;
- é uma **estratégia de governo**, em prol de uma melhor execução do gasto público em saúde, incluída, portanto, na agenda de governo;
- pressupõe o envolvimento de **entes de diversas esferas e a participação de diversos atores** implicados com a mudança e os espaços de governança.

Face a essas considerações, cabe indicar a importância da avaliação para manutenção e aperfeiçoamento das políticas públicas, discussão apresentada na próxima seção.

## 4.2 A avaliação no ciclo de vida

Munido desse entendimento, vale trazer à tona outra importante reflexão no tema que diz respeito ao ciclo de políticas públicas. A sequenciação da política pública é uma importante estratégia de recorte para analisar pontos específicos diante da complexidade envolvida no campo.

Assim, o processo de elaboração das políticas públicas *ou ciclo de políticas públicas* tem por objetivo aperfeiçoar a compreensão sobre a política e o processo político, bem como fornecer subsídios para o aperfeiçoamento ou mudança no curso de gestão dessas. Essa sistematização, amplamente utilizada entre os estudiosos,

propõe fornecer parâmetros visuais acerca da vida de uma política e, embora possua diversas versões ao longo dos anos, deve ser compreendida como um modelo flexível em que as fases não são independentes entre si ou cronologicamente definidas. Compreender o ciclo de políticas públicas é, na visão de Secchi (2014), fundamental já que:

[...]ajuda a organizar as ideias, faz que a complexidade de uma política pública seja simplificada e ajuda políticos, administrados e pesquisadores a criar um referencial comparativo para casos heterogêneos” (SECCHI, 2014, p. 34).

Nesse sentido, o ciclo da política pública é constituído das seguintes fases, a saber: formação de agenda, formação das alternativas, tomada de decisão, implementação e avaliação (RUA, 1998, 2014; SILVA e MELO, 2000).

Apesar de a avaliação estar posicionada geralmente ao final do ciclo, a lógica avaliativa, entendida com a atribuição de juízo de valor a uma política pública, programa ou projeto governamental, se aplica em todas as etapas do ciclo, sendo que, em cada uma delas, as perguntas avaliativas são diferentes e buscam respostas sobre o valor de aspectos igualmente distintos da política.

Diversos estudiosos defendem a avaliação como um instrumento estratégico de governo que revela, de forma sistematizada, elementos chaves para apreciação da intervenção estatal. A trajetória histórica da avaliação no seio dos estudos sobre as políticas públicas a expõe como uma fonte primordial à manutenção das políticas já que visa responder à eficácia, efetividade, sustentabilidade e *accountability* (RUA, 1998, 2014; DRAIBE, 2001).

O termo avaliar é utilizado sobre várias circunstâncias no cotidiano, quando, a exemplo, um professor faz uso do método para testar a assimilação do conteúdo por parte de seus alunos e, reforçar se as técnicas metodológicas aplicadas estão sendo suficientes. Avaliar significa, portanto, estabelecer o valor de algo, entretanto, ao que se refere à avaliação de políticas públicas a definição é, embora não consensual, mais complexa do que isso.

No estudo de Thoenig (2014, p.1) a avaliação é definida como o caminho pelo qual se é possível “aperfeiçoar a capacidade de aprender como conduzir mudanças bem-sucedidas e definir resultados alcançáveis nos campos da eficiência e eficácia”. Essa lógica amplia o modo de ver a avaliação somente como uma etapa necessária às boas práticas no setor público, inserindo um ponto importante: a

experiência como produto. Essa reflexão é importante na medida em que muitas produções têm sido executadas somente por cumprimento de uma agenda de governo. Trevisan e Bellen (2008), chamam a atenção nesse sentido ao apontar diversos exemplos em que a produção de conteúdo sem a aplicabilidade tornou a avaliação de política pública em uma etapa vazia. Assim, embora o fundamento da avaliação considera-a como resposta à eficiência e eficácia operativa, ela acabou por não se converter em uma ferramenta indispensável à gestão, trazendo ao discurso a necessidade de que se (re)fundamentar a avaliação pública como parte importante do ciclo.

A *formação de agenda* é a etapa inicial do ciclo de políticas públicas em que alguns problemas emergidos se transformam em questões prioritárias governamentais, ocupando um espaço na *agenda* pública. Aqui a *avaliação diagnóstica* tem como objetivo mapear a necessidade da intervenção e elaborar um estudo factual, orientando a formulação da política quanto à viabilidade de sua aplicação (RUA, 1998; RAMOS e SCHABBACH, 2012).

A partir da definição dos problemas, há a *formação de alternativas*, momento em que são apresentadas soluções, definindo o objetivo e as linhas de ações. A fim de verificar a adequação da proposta ao objetivo, a *avaliação de desenho* é utilizada nessa etapa com o objetivo de subsidiar os avaliadores quanto à finalidade da política e o alcance ou não dos resultados a partir o que foi desenhado como resposta (RUA, 1998; RAMOS e SCHABBACH, 2012).

Após a construção das alternativas e a tomada de decisão (aqui entendida como a resposta em que os atores políticos assumem frente ao problema), está a *implementação*. Essa é a fase em que o planejamento é colocado em prática, e onde os recursos são direcionados à escolha política. Nessa etapa, a *avaliação de processo* ou *avaliação de implementação* tem como objetivo fornecer indicativos quanto aos problemas e dificuldades a fim de se efetuarem correções e adequações no curso da política (RUA, 1998; RAMOS e SCHABBACH, 2012).

E, por fim, a *avaliação somativa*, aquela que ocorre após a implementação do projeto e corresponde a última fase do ciclo de política, a *avaliação*. No sentido de fornecer indícios de que a política alcançou de fato as metas e objetivos e quais foram os entraves que não permitiram o resultado almejado (RUA, 1998; RAMOS e SCHABBACH, 2012).

Considerando que o presente estudo se pauta na avaliação da implementação, faz-se necessário ampliar a discursão acerca dessa estratégia, o que se faz a seguir.

#### 4.3 A avaliação de implementação: ao que se atribui valor?

Problemas complexos requerem intervenções complexas e avaliações precisas. Envolvem diferentes atores em níveis estratégicos distintos, multiplicidade operacional e um investimento humano, tecnológico e financeiro estratégico. A preocupação quanto à manutenção desses programas é tema central da avaliação de implementação, ofertando referências quantitativas e qualitativas a respeito do projeto.

Nessa lógica, a avaliação da etapa de implementação, também conhecida como *avaliação de processo*, tem como objetivo central dar suporte e melhorar a gestão de programas ou projetos em desenvolvimento por meio da análise da performance, identificando as barreiras para se alcançar o sucesso e ofertando informações para mudança, centrando, portanto, sobre prática para alcance dos resultados (SECCHI, 2014).

Dia após dia, lá na ponta onde os serviços são prestados, a realidade teima em revelar sua complexidade, não antecipada no desenho original da intervenção, exigindo soluções *ad hoc* emergenciais. Esses remendos acabam se tornando soluções “provisórias-permanentes” **a menos que uma reflexão mais substantiva seja realizada**, tão melhor quanto mais bem esclarecida por alguma estratégia de avaliação (JANNUZZI, 2019, p. 74, grifo nosso).

Considerando-se ainda que esse tipo de avaliação ocorre concomitantemente com o desenvolvimento de uma política, a de se considerar a significância da aplicabilidade desse método ao ofertar aos agentes executantes a oportunidade de uma adequação/mudança de conteúdo da política antes de sua conclusão, o que na prática traz consigo o benefício de ampliar as chances por melhores resultados (JANNUZZI, 2019).

A fim de alcançar os objetivos pelos quais as práticas e estudos de avaliações se propõem, vários métodos surgiram ao longo dos anos. Sob a ancoragem de tradições filosóficas, as práticas avaliativas adotaram objetivos e funcionalidades distintas em sua trajetória, convergindo-se em metodologias de

pesquisa em uma crescente ou baixa de dominância em determinados períodos históricos (BOULLOSA *et al*, 2021).

Ao que pese a tradição positivista, tem-se um diálogo com o campo da neutralidade da intervenção, apoiando em estruturas e evidências quantitativamente mensuráveis. Nelas o avaliador é insento do processo e de preferências, apontando a política e seus instrumentos como “fatos e valores”. Associando à teoria científico-experimental, as práticas gerencialistas, também parte do campo positivista, somam ao modelo à ideia de funcionalidade da avaliação, considerando os valores da eficácia e eficiência como elementos importantes e, assim, a concepção de que a avaliação deve e pode produzir conhecimento ao Estado (BOULLOSA *et al*, 2021, p. 9).

Esse modelo vem ao longo da história propondo diversos métodos e técnicas avaliativas, prescrevendo, em linhas gerais, elementos que seriam essenciais às pesquisas de avaliação. Embora as críticas dessa abordagem ampliaram-se com o surgimento de outras epistemologias ao longo dos anos, é fundamental considerar que em décadas as abordagens mais tradicionais pautaram o campo avaliativo, desenvolvendo modelos de avaliação, ou seja, um conjunto de dimensões relacionadas à política que é avaliada e que são tomadas em perspectiva para orientar o estudo avaliativo, ao que Boullosa *et al* (2021) chama de modelos pré-determinados de avaliação.

A esse respeito, Draibe (2001) e Jannuzzi (2019), estruturam modelos de avaliação de implementação, estabelecendo, a partir da dinâmica e das variáveis em jogo nesta fase do ciclo de vida, dimensões ou componentes avaliativos, por vezes chamados de subprocessos ou sistemas operacionais da implementação de um programa ou projeto público.

Draibe (2001) apresenta 6 (seis) sistemas ou subprocessos que compõem o que ela chama de *Anatomia do Processo Geral de Implementação* (figura 8). A metodologia tem por objetivo identificar fatores que operam como facilitadores ou como impeditivos à implementação de uma política pública ou programa. São eles, a saber: processos de monitoramento e avaliação internos; processos de seleção do público-alvo e dos atores envolvidos com a execução; processos de divulgação e informação; processos de capacitação; sistema gerencial e decisório e sistemas logísticos e operacionais.

O *processo de monitoramento e avaliação* tem como objetivo investigar a ocorrência, frequência, forma e uso dessas técnicas, buscando levantar a existência

de falhas e ou potencialidades presentes nessas práticas. Já os *processos de seleção* dizem respeito aos critérios de escolha para os agentes participantes ou o público-alvo daquele programa, produzindo perguntas acerca da construção desse momento e da existência de fatores impeditivos ou facilitadores presentes. No que se refere aos *processos de divulgação e informação*, procura-se estruturar perguntas que fazem referência ao compartilhamento e a clareza das informações ofertadas sobre o objeto investigado, questionando, por exemplo, se os agentes entendem quais são as diretrizes e objetivos de um dado programa e os prazos envolvidos. Há ainda o *processo de capacitação*, que busca pesquisar acerca da qualificação e preparo dos agentes envolvidos em uma dada política ou programa de governo. Quando existentes, há de considerar a qualidade desse momento, questionando as formas, recursos e métodos utilizados no aprendizado dos agentes. Ao que se refere aos *sistemas gerenciais e decisórios*, cabe aqui uma reflexão acerca da existência ou não de uma estrutura hierárquica e o grau de descentralização e/ou centralização dos processos, envolvendo, também investigar sobre a autonomia dos operadores da política. Já os *sistemas logísticos e operacionais* fazem referência a avaliação das atividades pelas quais permitem a execução da política ou do programa, incluindo, assim, questões que dizem respeito aos recursos, sejam eles financeiros ou materiais (DRAIBE, 2001).

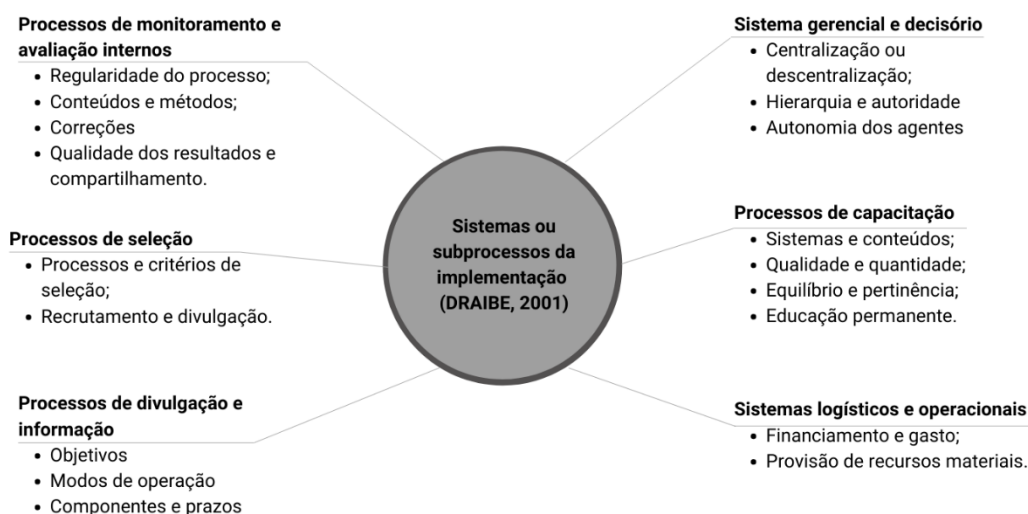
Jannuzzi (2016) considera como componentes do processo de avaliação de implementação de uma política: a organização institucional; a participação e controle social; os recursos humanos; os serviços e programas; os recursos orçamentários; os equipamentos e instrumentos de gestão (figura 8).

Na primeira dimensão, *organização institucional*, considera-se como parte importante da avaliação os mecanismos políticos e de governança envolvidos tais como, mandatos, centralização e descentralização, dentre outros. A *participação e o controle social* dizem respeito aos mecanismos de *accountability* existentes ou não em uma determinada política, respondendo nesse ponto, por exemplo, sobre as formas existentes e em quais contextos operam esses instrumentos. Já a temática dos *recursos humanos* envolve avaliar o perfil da oferta de pessoal, os vínculos empregatícios e a existência ou não de capacitação aos agentes implementadores. Os *serviços e programas* fazem referência ao tamanho e a qualidade da cobertura oferecida e o efeito social produzido por aquela intervenção. Já os *recursos orçamentários* fazem referência ao financiamento do governo, avaliando tanto

quantitativamente (suficiência dos recursos), quanto qualitativamente (forma dos gastos), dentre outros. E por último, os *equipamentos e instrumentos de gestão* que avaliam a infraestrutura, serviços de tecnologia, sistemas de pesquisa, dentre outros (JANNUZZI, 2016).

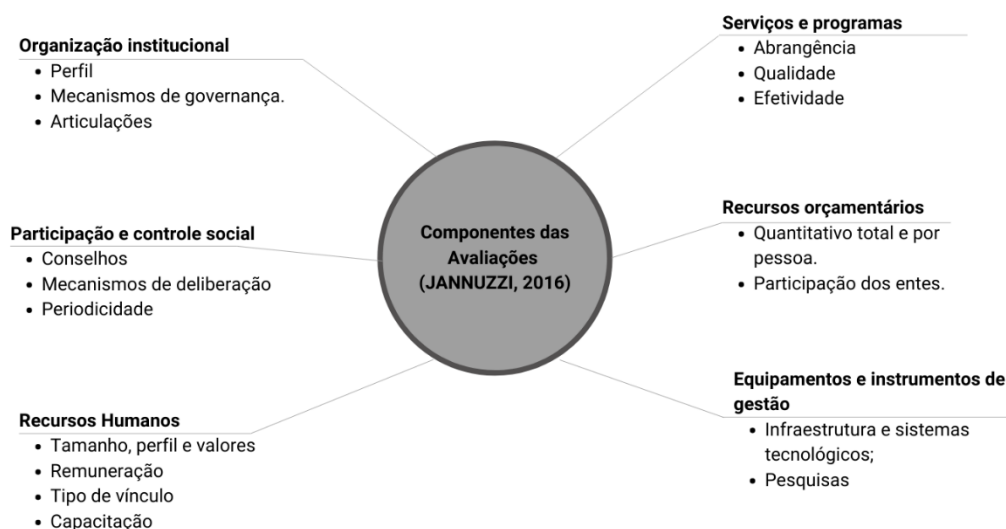
Vertentes críticas à esse *modus operandi* tradicional vem emergindo, sob o argumento de que os modelos podem afastar a realidade própria do campo de estudos em políticas públicas: não há como isentar a prática avaliativa da intersubjetividade dos agentes avaliadores. A operacionalização das avaliações disciplinada por manuais, guias e normas sistematizados na literatura enrigesse a dinâmica do próprio campo e fragiliza à produção, já que não considera a pluralidade dos saberes, das vivências e das realidades distintas. Entretanto, a proposta não esgota a discussão, ao contrário, inaugura uma possibilidade de criações, entendendo a existência de outras construções epistemológicas no campo e instigando reflexões acerca de modelos próprios e próximos da realidade observada (BOULLOSA *et al*, 2021).

Figura 8 – Anatomia do processo de implementação segundo Draibe (2001) e Jannuzzi (2016)



## COMPONENTES DA AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO

SEGUNDO DRAIBE (2001) E JANNUZZI (2016)



Fonte: Draibe (2001); Jannuzzi (2016). Elaboração própria.

### 4.3.1 O que as avaliações de implementação ensinam?

Diversos estudos vêm reafirmando a importância da avaliação de implementação como um instrumento de gestão importante para assegurar a continuidade das ações governamentais definidas e planejadas nas etapas anteriores (RUA, 2014; SECCHI, 2014). Alguns resultados da avaliação de implementação serão apresentados nesta subseção.

Rocha *et al* (2008) avaliaram a implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste, considerando 3 (três) dimensões de análise: a político-institucional, a organização da atenção, e o cuidado integral. Os autores identificaram diversos entraves à implementação, entre eles, a precarização do trabalho e a participação social, a integração entre APS com a RAS, além do excesso de demanda e sobrecarga de trabalho dos agentes, limitações na acessibilidade dos serviços, dentre outros. Por outro lado, alguns elementos-chaves do processo de implementação foram considerados, dentre eles, os vínculos e percepções positivas do programa, a presença da estratégia em áreas de risco e o aprendizado institucional. Esses resultados trazem a reflexão de que para além de indicar os problemas enfrentados para consecução dos objetivos, a avaliação de implementação permite definir pontos estratégicos para manutenção e equilíbrio da política e que podem ainda serem replicados em iniciativas semelhantes.

Zani e Costa (2014), ao avaliarem a implementação do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf), com o intuito de identificar as condições que propiciam ou acabam por entrar o processo, definiram cinco eixos avaliativos: conteúdo, contexto, capacidade, compromisso e clientes/coalizões. Os eixos de análise estruturam aspectos relativos à forma (público-alvo, objeto e metodologia), arena da implementação (governança, burocracia e operacionalização), capacidade (estrutura de atendimento, política, custos e outros), compromisso (atuação dos agentes) e clientes/coalizões (movimentos sociais e disputas). Como resultado da avaliação, os autores apontam que o maior entrave vivenciado pelo programa hoje diz respeito à sistema de assistência técnica, principalmente o acompanhamento dos agricultores na elaboração dos projetos e na aplicação dos créditos, acabando por fomentar uma deficiência que limita o alcance dos objetivos no Pronaf, apontando que a complexidade das políticas envolve também a necessidade de convergência dos interesses tanto daqueles que formulam quanto daqueles que são usuários da política.

Semelhante, Pierantoni e Vianna (2003) realizaram avaliação de processos do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS), envolvendo três dimensões avaliativas: indicadores de eficácia (envolvendo aspectos como a natureza institucional, agentes e os processos envolvidos na implementação), variáveis intervenientes (como recursos humanos, logística, governança) e variáveis dependentes (atores, por exemplo). Concluíram como elemento decisivo à

implementação a profissionalização dos recursos humanos chave. Além disso, a descontinuidade da gestão pode impedir a institucionalização dos processos, independente da capacidade institucional e do investimento dispensado à implementação do sistema. Assim, considera-se que as variáveis envolvidas em uma política, embora em universos distintos, são interdependentes e podem influenciar igualmente no sucesso ou insucesso da política.

Já no estudo de avaliação de processo do Programa de Microcrédito do estado do Espírito Santo, Premoli e Cirino (2014) concluem que as variáveis determinantes ao alcance das metas foram os: incentivos financeiros recebidos do programa, jornadas de trabalho, número de visitas do suporte técnico e tempo para cobrança dos clientes inadimplentes. Como o objetivo do estudo limitou-se ao desempenho das agências de crédito, os autores apontam que a influência do perfil dos agentes mantém uma relação direta com o desempenho do programa, principalmente pelo fato de existir uma alta rotatividade nos cargos referidos, e que nem sempre todas as respostas são fornecidas pelas avaliações, cabendo sempre, portanto, um olhar crítico dos agentes avaliadores.

Por fim, Oliveira *et al* (2021), ao realizar a avaliação de implementação do Regime de Estudo não Presencial durante a pandemia da Covid-19 na Rede Estadual de Minas Gerais, concluiu que a política adotada acabou por linearizar a oferta, apontando para um possível aprofundamento das desigualdades sociais e educacionais, por se tratar de um modelo que adota estratégias tecnológicas. Os autores pautaram a avaliação em 7 (sete) dimensões: acesso; receptividade; percepções; tecnologia; conteúdo; adesão e, por fim, conexão entre os eixos. Observou-se ainda a dificuldade de se criar vínculos de adesão ao programa, em virtude da resistência a adaptar-se às estratégias de um modelo diferente e que servia como referência tanto aos alunos quanto aos responsáveis. Entende-se, portanto, que uma intervenção pública deve atentar-se para quem ela se destina, quais são as verdadeiras necessidades e quais suas condições e preferências.

Assim, as avaliações de implementação podem trazer evidências relevantes sobre diferentes aspectos de um programa ou política, tais como os elementos que estruturam e mantêm a política, os entraves decorrentes da falta de recursos humanos, de insuficiência financeira e material, de não assistência ao usuário, ou da importância do agente executante e do usuário e da dependência entre variáveis por vezes ignoradas.

Assim, as avaliações de implementação são úteis porque são estratégias para melhoria e amadurecimento na gestão das políticas. Ademais, não têm caráter fiscalizatório ou punitivo, ao contrário, podem fornecer indicativos de gargalos no processo e do que vem dando certo;

No capítulo 5 a seguir, apresenta-se a metodologia desta avaliação, as técnicas de coleta de dados, sistematização e interpretação dos resultados.

## 5 MÉTODO

Neste capítulo será apresentada a metodologia adotada para avaliar a implementação do Projeto Saúde em Rede. Inicialmente descreve-se o modelo e as dimensões avaliativas consideradas e, nas seções seguintes, situa-se a abordagem metodológica e as técnicas de pesquisa aplicadas.

Como já mencionado, o objetivo desta pesquisa é mapear e compreender os pontos críticos e fortes do Projeto Saúde em Rede, em sua etapa do piloto, a partir das percepções dos agentes sobre a implementação do programa, considerando diferentes dimensões do processo de implementação apontadas pela literatura. Utiliza-se uma combinação dos modelos avaliativos de Draibe (2001), Jannuzzi (2019) e Oliveira *et al* (2021), conforme apresentado na seção 4.3.1.

Draibe (2001) considera como composição do modelo de avaliação da implementação: processos de monitoramento e avaliação internos; processos de seleção; processos de divulgação e informação; processos de capacitação; sistema gerencial e decisório e sistemas logísticos e operacionais. Jannuzzi (2016) considera como componentes da avaliação de implementação uma política: a organização institucional; a participação e controle social; os recursos humanos; os serviços e programas; os recursos orçamentários; os equipamentos e instrumentos de gestão. Ambos modelos, se ancoram sobre a avaliação de estratégias operacionais da execução dos programas.

À luz destes modelos, para a avaliação de implementação do Saúde em Rede, foram considerados os seguintes elementos: i) processos de monitoramento; ii) sistema gerencial e decisório; iii) processos de divulgação e informação; iv) sistemas logísticos e operacionais; v) organização institucional; vi) participação e controle social; vii) equipamentos e instrumentos de gestão e; viii) recursos humanos. Estas dimensões gerais foram agrupadas em quatro dimensões avaliativas, conforme sua correspondência temática.

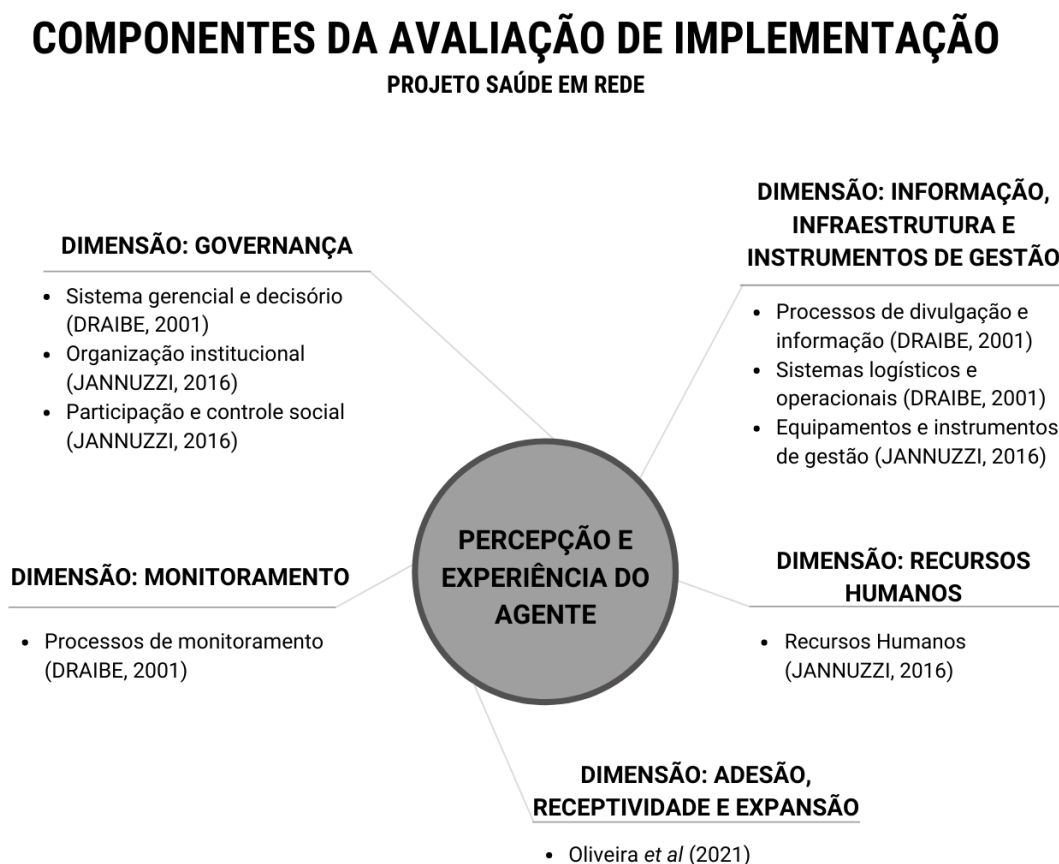
Durante o processo de construção do modelo, percebeu-se a necessidade de incorporar mais uma dimensão. Por se tratar de um projeto que visa alterar o fluxo organizacional do trabalho, incorporou-se a dimensão da adesão, recepção e expansão do projeto. Recorde-se que parte dos achados dos estudos avaliativos de implementação revisados no capítulo anterior apontaram esses elementos como pontos críticos relevantes, como o de Oliveira *et al* (2021), que percebeu a adesão à

um novo *modelo de ensino remoto* era um componente importante e com relação estreita com os resultados da política.

Assim, estruturou-se um modelo de avaliação da implementação do Saúde em Rede com 5 (cinco) dimensões, a saber: i) Adesão, receptividade e expansão; ii) Governança; iii) Monitoramento; iv) Informação, infraestrutura e instrumento de gestão e v) Recursos Humanos. A figura 9, apresenta o esqueleto do modelo proposto.

No centro do modelo encontra-se a *Percepção e experiência do agente*, estruturando todo o processo investigativo da avaliação. A indicação desse componente parte da aceitação à proposta de Boullosa *et al* (2021), no qual entende que às práticas avaliativas não deveriam negar o “eu”, antes, portanto, devem considerar os atores sociais envolvidos e suas influências nos rumos dos processos avaliativos. A importância do modelo proposto reside em assumir que as singularidades interpretativas contribuem para que a expressão final seja fiel à realidade e aponte o potencial democrático da avaliação ao reafirmar os valores da “cidadania e equidade” (OLIVEIRA e GUSSEI, 2016, p. 98).

Figura 9 – Modelo de avaliação de implementação.



Fonte: elaboração própria.

A dimensão *governança* busca analisar as relações entre atores, gerências e instituições, levantando quais fragilidades e potencialidades existem dessas articulações. São consideradas também aspectos referentes a autonomia dos agentes, buscando investigar sobre o grau de centralização ou descentralização do processo decisório.

Já a dimensão do *monitoramento* tem como objetivo levantar considerações acerca da execução dessa etapa no projeto, como o uso das ferramentas e o desenvolvimento dessa ação junto à equipe. Procura investigar também a existência de possíveis entraves e dificultadores para operacionalizar o monitoramento.

Já a dimensão *adesão, receptividade e expansão* procura avaliar como foi a aceitação e disposição dos agentes ao primeiro contato com o projeto. Além disso

procura-se apurar sobre iniciativas de expansão interna e quais fatores se relacionam a esses elementos.

A dimensão *recursos humanos* tem como objetivo pesquisar sobre aspectos que envolvam a gestão de pessoas, tais como, capacitação dos agentes, recrutamento e seleção dos participantes.

E por fim, a dimensão *informação, infraestrutura e instrumentos de gestão* que busca dizer acerca dos canais e fluxos de informações existentes, a infraestrutura disponível e as ferramentas utilizadas no processo de implementação.

### **5.1 Abordagem metodológica e fontes e técnicas de coleta de dados**

A abordagem geral de aproximação e análise dos dados é qualitativa, pois trata-se de uma investigação na qual a análise possui um enfoque indutivo e tem os sujeitos, o ambiente e suas relações como fonte de dados. Godoy (1995) considera que esse tipo de abordagem tem como cerne compreender os fenômenos segundo à perspectiva dos sujeitos, não tendo como foco final o resultado, porém o processo e seus significados.

No que tange às técnicas de coleta dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos no projeto. Estruturou-se um roteiro de entrevistas (apêndice A, apêndice B e apêndice C) com base nas dimensões do modelo de avaliação apresentado na seção anterior. Também se realizou análise documental, de diversos relatórios redigidos por atores-chaves à execução das práticas com os profissionais de saúde, além das respostas ao questionário de avaliação dos *workshops* preenchidos por diversos atores aos finais das capacitações.

A pesquisa teve como participantes os analistas, facilitadores, tutores municipais e profissionais da equipe de saúde. Procurou-se entrevistar um conjunto diversificado de atores envolvidos que considerasse o modelo de operacionalização do projeto apresentado na seção 3.2. A lógica de escolha dos sujeitos participantes das entrevistas ocorreu de forma aleatória entre atores com a mesma função e não havia um quantitativo pré-definido. Foi fornecido à pesquisadora uma listagem prévia de possíveis entrevistados e, durante as seleções, buscou-se uma heterogenia quanto à unidade ou órgão de lotação entendendo a importância de ampliação dos repertórios. Seguindo esses critérios, foram entrevistados 13 atores, conforme

sistematizado no quadro 4, sendo 6 (seis) tutores, 5 (cinco) facilitadores e 2 (dois) analistas.

As entrevistas ocorreram entre agosto e setembro de 2021 sendo realizada pela própria pesquisadora. Os sujeitos eram contatados e informados quanto ao objetivo da pesquisa e, conforme o interesse do participante, eram agendados de acordo com a disponibilidade. Devido à pandemia da Covid-19 e a localização geográfica dos entrevistados, as entrevistas foram realizadas via plataforma de videoconferência. Antes da entrevista era disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice D), para concordância do participante. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Conforme os dados foram sendo coletados, gradualmente foi-se alcançando o ponto de saturação teórica exposto por Miles e Huberman<sup>12</sup> (1984 *apud* AIRES, 2011). A saturação teórica é percebida conforme não surgem novos elementos a partir da pesquisa. A partir daí, entende-se não ser mais necessária ampliar o banco de dados com novas entrevistas.

Como já mencionado, a entrevista foi orientada por um roteiro semiestruturado pelo qual oferecia ao entrevistado liberdade para expor suas ideias e experiências de forma espontânea. Para isso, o tempo de duração era flexível quanto ao desejo do entrevistado, durando em média 1 hora.

Quadro 4 – Codificação dos entrevistados por função

<b>Código</b>	<b>Função no projeto</b>	<b>Nível de atenção</b>	<b>Unidade/Órgão</b>
<b>P1</b>	Tutor(a)	APS	Municipal
<b>P2</b>	Tutor(a)	APS	Municipal
<b>P3</b>	Tutor(a)	APS	Municipal
<b>P4</b>	Tutor(a)	APS	Municipal
<b>P5</b>	Tutor(a)	APS	Municipal
<b>P6</b>	Tutor(a)	AAE	Regionalizado
<b>P7</b>	Facilitador(a)	Não se aplica	URS
<b>P8</b>	Facilitador(a)	Não se aplica	URS
<b>P9</b>	Facilitador(a)	Não se aplica	COSEMS
<b>P10</b>	Facilitador(a)	Não se aplica	SES/MG

<sup>12</sup> MILES, M.; HUBERMAN, A. (1984,1994): **Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods.** Newbury Park, CA: Sage.

<b>P11</b>	Facilitador(a)	Não se aplica	SES/MG
<b>P12</b>	Analista	Não se aplica	SES/MG
<b>P13</b>	Analista	Não se aplica	SBIBAE

Fonte: elaboração própria.

Ampliando a base de dados, foram analisados um conjunto extenso de Relatórios de Atividades e algumas das respostas ao Questionário de Avaliação dos *workshops*. Sobre a primeira fonte, trata-se de uma gama significativa de documentos de posse da Coordenação da SES/MG que dizem sobre as práticas executadas pelos facilitadores nos territórios. Logo após o retorno para o território de origem, esses profissionais eram convidados a elaborar um relatório sobre a execução dos *workshops* descrevendo sua experiência e visão dessas práticas.

Os relatórios incluíam questões como o número total de presentes, o engajamento dos profissionais, os desafios e entraves operacionais, os discursos dos participantes, dentre outros elementos ricos para a pesquisa. Ao todo foram analisados 86 relatórios, que representaram os 4 *workshops* executados e abarcaram todas as microrregiões de abrangência do piloto, conforme detalhamento da tabela 3. Importante registrar que nenhum dos documentos levantados foram descartados da análise.

Tabela 3 – perfil dos Relatórios de Atividades

<b>Momento</b>	<b>Microrregião</b>	<b>% de municípios representados na análise</b>	<b>Nº de participações relatadas</b>
<i>Workshop 1</i>	Diamantina	33%	230
	Serro	33%	160
<i>Workshop 2</i>	Araçuaí	83%	421
	Diamantina	92%	726
	M. Novas - Turmalina - Capelinha	100%	880
	Serro	100%	258
<i>Workshop 3</i>	Araçuaí	50%	134
	Diamantina	100%	827
	M. Novas - Turmalina - Capelinha	100%	760
	Serro	100%	165
<i>Workshop 4</i>	Araçuaí	83%	408
	Diamantina	92%	703
	M. Novas - Turmalina - Capelinha	100%	622

Serro	100%	209
<b>Total</b>		<b>6053</b>

Fonte: Elaboração própria

Já a segunda base de dados refere-se as respostas ao Questionário de Avaliação dos *workshops*, divulgados pela Coordenação da SES/MG aos profissionais que participaram dos *workshops* das etapas 2, 3 e 4. Trata-se de um questionário que poderia ser respondido de forma anônima, com 24 a 27 perguntas fechadas e 1 campo aberto. Esse instrumento tinha como objetivo investigar a percepção dos profissionais de saúde quanto ao projeto, à metodologia, à didática dos facilitadores, ao perfil dos respondentes, dentre outros elementos.

Ao todo foram obtidas 849 respostas, coletadas entre setembro de 2019 a janeiro de 2020. Para análise da pesquisa foi utilizado o campo aberto em que o respondente era convidado a incluir de forma não obrigatória “Comentários e/ou Sugestões”. Ao filtrar as respostas nesse campo, a base de dados foi reduzida para um total de 157 respostas, conforme detalhamento da tabela 4.

Tabela 4 – Número de respostas por etapa e categoria profissional

<b>Categoria profissional</b>	<b>Etapa 2</b>	<b>Etapa 3</b>	<b>Etapa 4</b>
Agente Comunitário de Saúde	27	18	7
Agente de Combate a Endemias	3	1	0
Assistente social	1	0	0
Atendente de farmácia	1	0	0
Auxiliar Administrativo	6	1	0
Auxiliar de Enfermagem	2	0	0
Auxiliar de Saúde Bucal	1	1	0
Auxiliar de Serviços Gerais	0	0	1
Dentista	9	0	1
Enfermeiro	16	4	3
Farmacêutico	3	0	0
Fisioterapeuta	6	3	1
Médico	2	2	1
Motorista	1	1	0
Psicóloga	1	1	0
Recepcionista	6	3	0
Técnico em Enfermagem	9	4	1
Técnico em Saúde Bucal	4	0	0

Vigia	2	0	0
Não informado	1	1	1
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>40</b>	<b>16</b>
<b>Total geral</b>			<b>157</b>

Fonte: elaboração própria

## 5.2 Técnicas de sistematização e análise de dados

As entrevistas e os documentos coletados foram organizados e codificados com o auxílio do *software Atlas Ti*, versão 7.5.7. Optou-se pelo uso dessa ferramenta por considerar que o *software* permitiria maior rigor no processo de análise além de otimizar o estudo diante do volume de dados textuais.

A utilização do *Atlas Ti* permitiu organizar e gerir a base de dados de forma mais dinâmica e sistematizar as narrativas com maior agilidade por meio do recurso de codificação da ferramenta. Klüber (2014), ao estudar as possíveis potencialidades do *software* nas análises qualitativas, considera que o recurso poupa tempo mantendo o rigor, o que está relacionado à gestão e organização do trabalho, que exige esforço e investimento nas inferências e interpretações.

Nessa mesma lógica, Silva e Leão (2018) apontam que o *software* possui uma interface que permite cumprir uma gama de objetivos, mas é impossível não considerar a dependência ao referencial teórico do pesquisador. Assim, a aplicabilidade do programa corrobora com a metodologia da pesquisa de Boullosa *et al* (2021) – teoria aplicada nesse estudo, ao não desconsiderar os repertórios dos agentes pesquisadores e permitir a construção de uma produção reflexiva.

Os autores concluem ainda que a ferramenta pode ser uma boa escolha para pesquisadores de diversas áreas e para as pesquisas qualitativas à luz da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), técnica de análise de dados do qual o presente estudo faz uso.

Bardin (1977) descreve a Análise de Conteúdo como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, adaptáveis na forma, com o objetivo de inferir sobre uma realidade explícita ou implícita no discurso. Como etapas do método, estão os procedimentos de seleção, codificação ou exploração, tratamento dos dados,

inferência e interpretação dos resultados, todas presentes nesse trabalho, sequencialmente apresentados.

Na etapa de codificação, todo o *corpus* de análise, foram importados para o *software* e codificados da seguinte maneira: i) *Corpus* 1: entrevistas - código P1 ou P13; ii) *Corpus* 2: Relatórios de Atividades – código P14 ao P99 e iii) *Corpus* 3: Respostas ao Questionário de Avaliação dos *workshops* – código P100 ao P102.

Como etapa pré-codificação, após todos os 3 *corpus* de dados serem inseridos no programa, as bases de dados passaram por um processo de leitura exaustiva, de forma que permitisse à pesquisadora criar uma proximidade com os assuntos tratados. Assim os 102 documentos foram lidos a fim de, conforme Bardin (1977) exporem, conceberem hipóteses provisórias acerca do objeto estudado e determinar as Unidades de Registros (UR's) que serão utilizadas.

As UR's, são os segmentos do conteúdo base que permitem aplicar uma regra de categorização ou quantificação adotada ao longo de toda a análise e que pode ser, como exemplo, de natureza linguística (palavras ou frases) ou de natureza semântica (temas) (BARDIN,1977).

Após um prévio levantamento das UR's, com a leitura dos documentos, iniciou-se as referências nos 102 documentos da base de dados. Dentro do *software* as UR's são registradas por *codes* (códigos), que são os termos destacados no ponto original do arquivo. O processo de demarcação é uma das etapas mais exaustivas para o pesquisador na medida em que demanda uma leitura minuciosa de cada parte do texto. Bardin (1977) irá adjetivar esse momento como uma fase “longa e fastidiosa” (BARDIN, 1977, p.131).

Como o processo de codificação possui uma importância significativa dentro da Análise de Conteúdo é indicado que, para o exercício das marcações das UR's, seja construído um resumo de apoio ao pesquisador. Essa ferramenta de apoio permite, conforme defendido por Silva e Leão (2018), que o pesquisador retome em outros momentos à significação das UR's a fim de manter uma uniformidade no processo de codificação. O quadro de apoio elaborado para a pesquisa pode ser consultado no Apêndice E. Por meio dele é possível compreender a lógica das codificações e a posterior estruturação da anatomia do método.

Na última fase da codificação está a classificação e agregação em categorias. Nesse momento, Bardin (1977) apresenta a ideia de unidade de contexto como aquele registro para compreensão e codificação das UR's. Assim, as UR's

agrupadas pela mesma semântica formam as unidades de contexto, ou, de acordo com Oliveira (2008), em temas ou unidades de significação. Cada tema é quantificado automaticamente pelo *software* pela frequência de aparição ao longo do projeto.

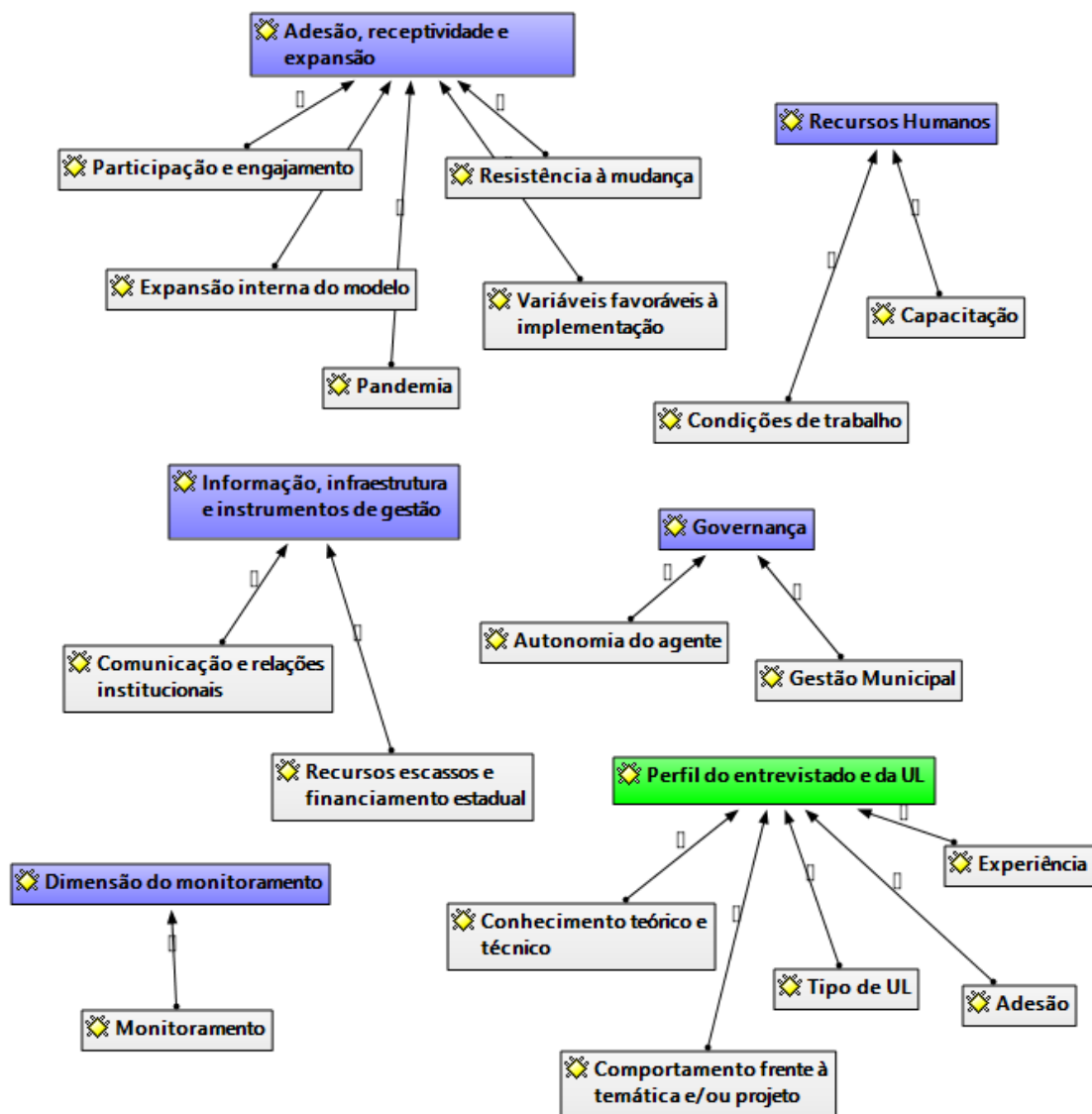
Logo após, os temas são classificados em categorias temáticas (BARDIN, 1977). Em correspondência à metodologia do projeto, o termo *categoria temática* será reajustado para *dimensão* a fim de criar uma lógica cadenciada racional.

Dessa forma foram extraídas do banco de dados 17 temas agrupados em 6 (seis) dimensões: i) adesão, receptividade e expansão; ii) recursos humanos; iii) informação, infraestrutura e instrumentos de gestão; iv) governança; v) monitoramento iv) perfil do entrevistado e da UL (Unidade Laboratório), conforme figura 10.

Durante as codificações, foram feitas demarcações acerca dos perfis dos entrevistados e da Unidade Laboratório do qual o entrevistado participou durante a implementação. Para essa dimensão, foram vinculados 5 (cinco) temas: i) conhecimento teórico e técnico; ii) experiência; iii) comportamento frente à temática e/ou projeto; iv) tipo da unidade laboratório e v) adesão ao projeto.

A construção do perfil foi motivada a fim de compreender melhor os participantes da entrevista e fornecer subsídios à investigação. As UR's correspondentes ao *perfil*, fazem, portanto, parte exclusivamente do *corpus* das entrevistas.

Figura 10 – Relações entre códigos e categorias temáticas



Fonte: *Atlas Ti*. Elaboração própria

### 5.2.1 Análise geral da incidência dos temas sobre implementação

Bardin (1977) ao validar a etapa de tratamento de dados, afirma a importância da sistematização por gerar valor à pesquisa. Para a autora, essa etapa pode ser apresentada por operações estatísticas simples a fim de colocar em amostra as informações da análise.

Em reação ao proposto pela autora, Oliveira (2008), a partir das experiências de aplicação do modelo de análise de conteúdo pelos alunos de graduação e pós-graduação em enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro,

desenvolveu uma proposta de sistematização da técnica de análise de conteúdo temático-categorial, com a finalidade de contribuir com o campo da pesquisa qualitativa. A autora propõe dois instrumentos simples para suporte à sistematização dos resultados (anexos A e B). Os indicadores estatísticos simplificados dessa pesquisa podem ser acompanhados nas tabelas 5 e 6.

Tabela 5 – Síntese da construção de categorias na análise de conteúdo

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/TEMA	% UR/TEMA	DIMENSÃO	Nº UR / CATEGORIA	% UR / CATEGORIA
Participação e engajamento	233	26,72			
Expansão Interna do projeto	17	1,95			
Variáveis favoráveis à implementação	75	8,60			
Pandemia	16	1,83	Adesão, receptividade e expansão	529	60,66
Críticas ou aprovação da metodologia	161	18,46			
Operacionalização e/ou incorporação dos instrumentos	27	3,10			
Gestão Municipal	91	10,43	Governança	133	15,25
Autonomia do agente	42	4,82			
Monitoramento	16	1,83	Monitoramento	16	1,83
Comunicação e relações institucionais	92	10,55	Informação, infraestrutura e instrumentos de gestão	110	12,61
Recursos escassos e financiamento estadual	18	2,06			
Capacitação	19	2,18	Recursos Humanos	84	9,63
Condições de trabalho	65	7,45			
<b>TOTAL UR</b>	<b>872</b>	<b>100</b>		<b>872</b>	<b>100</b>

Fonte: elaboração própria.

Tabela 6 – Síntese das Unidades de Significação por *corpus* analisado

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	NÚMERO DE UNIDADES DE REGISTRO (UR)			TOTAL UR	Nº TOTAL DE CORPUS ANALISADOS
	CORPUS	CORPUS	CORPUS		
	01	02	03		
Autonomia do agente	16	26	0	42	872

Capacitação	10	7	2	19
Comunicação e relações institucionais	60	29	3	92
Condições de trabalho	45	17	3	65
Críticas ou aprovação da metodologia	57	60	44	161
Expansão Interna do modelo	13	4	0	1
Gestão Municipal	45	40	6	91
Monitoramento	57	0	0	16
Operacionalização e/ou incorporação dos instrumentos	12	15	0	27
Pandemia	16	0	0	16
Participação e engajamento	99	108	26	233
Recursos escassos e financiamento estadual	11	5	2	18
Variáveis favoráveis à implementação	21	21	33	75
<b>TOTAL UR</b>	<b>421</b>	<b>332</b>	<b>119</b>	<b>872</b>

Fonte: elaboração própria

Observa-se que no tocante às categorias temáticas, os conteúdos mais abordados (tabela 5) dizem sobre a *participação e o engajamento* dos profissionais (26,72%) seguido por unidades que fazem referência à *metodologia* utilizada no projeto (18,46%), *comunicação e relações institucionais* (10,55%) e *gestão municipal* (10,43%), dando indícios acerca das temáticas que mais são destacadas pelos agentes dessa pesquisa.

Em atenção a ocorrência pelo *corpus* de análise (tabela 6) e que, portanto, dizem sobre a percepção dos agentes por função, o tema mais comum pelas entrevistadas e pelos facilitadores nos relatórios foi a *participação e o engajamento* (99 citações). Já para os profissionais participantes dos *workshops* o tema mais recorrente é a *metodologia* do projeto (44 citações).

Essas indicações prenunciam os possíveis dificultadores da implementação do projeto pela visão dos agentes. Os detalhes das temáticas e a forma como ela aparecem na avaliação serão apresentadas no próximo capítulo.

## **6 A IMPLEMENTAÇÃO DA ETAPA PILOTO DO SAÚDE EM REDE: O QUE OCORRE E O QUE SE PODE APRENDER?**

Esse capítulo apresenta os resultados da avaliação de implementação do Saúde em Rede, bem com tece considerações para o aprimoramento do projeto. O Capítulo se estrutura considerando cada uma das dimensões do modelo, com seus respectivos temas e elementos relevantes. A seção 6.1 faz um compilado acerca do *perfil* dos agentes entrevistados e uma apresentação sobre o tipo das Unidades Laboratórios e características importantes levantadas pelos entrevistados. Na seção 6.2 são apresentados os resultados da dimensão *adesão, receptividade e expansão*, envolvendo aspectos como a participação e engajamento, fatores favoráveis, metodologia e instrumentos. Em seguida, discute-se a dimensão da gestão dos *recursos humanos*. A seção 6.4 trata dos temas da dimensão da *informação, infraestrutura e instrumentos de gestão*, trazendo para a discussão questões da comunicação e dos recursos. Na 6.5 são tratados os aspectos relativos à *governança* e seus instrumentos e, por fim, na última seção são apresentadas as considerações acerca da dimensão *monitoramento*. Os principais resultados da avaliação estão destacados em negrito ao longo do texto.

### **6.1 Perfil dos Entrevistados e das Unidades Laboratório: uma breve análise**

Todas as entrevistadas são mulheres entre 29 a 60 anos de idade, em maior parte tutoras municipais, seguidas por facilitadoras e analistas. Todas relataram ter experiência anterior ao projeto, tanto no nível de atenção (APS ou AAE), quanto ao tema da planificação e RAS. O tempo de experiência variou entre 4 a 15 anos. Em sua maioria são graduadas em enfermagem e possuem experiência no Programa de Saúde da Família. Todas as tutoras da APS entrevistadas são coordenadoras da Atenção Primária à Saúde e 1 (uma) tutora é gerente do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE). Oito das treze entrevistadas possuem pós-graduação, sendo 5 em nível de especialização em Saúde da Família ou Gestão Pública em Saúde e 3 possuem mestrado.

Encontrou-se uma percepção padrão das entrevistadas de legitimidade ao modelo e entendimento do projeto como fonte importante e necessária para o desenvolvimento e aprimoramento da assistência em saúde.

Eu amo a Estratégia Saúde da Família. Eu acho que é a única forma que a gente tem realmente de fazer a Atenção Primária realmente ser efetiva e resolutive, né!? É uma metodologia muito bacana, era **tudo que a gente precisava** (Entrevistada\_P1, grifo nosso).

Eu acho que **era isso que a gente precisava**, um projeto que viesse para mudar todo esse conceito que a gente já sabe que não funciona, dessa lógica de condições agudas para condições crônicas (Entrevistada\_P6, grifo nosso).

Eu falo que o Saúde em Rede é uma **ferramenta muito importante**. Acho que o Eugênio Vilaça foi visionário quando construiu a metodologia (Entrevistada\_P13, grifo nosso).

Em relação ao perfil das unidades laboratórios, foram identificados dois tipos: **unidades exclusivas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e unidades mistas**. Aquelas denominadas de Unidades Mistas de Saúde, ou seja, que prestam tanto atendimento em atenção básica e integral à saúde quanto como unidade de internação, podendo dispor de atendimentos de urgência e emergência, foram citadas como ponto de atenção para implementação do modelo de planificação do SUS. Entre os desafios citados, **está a adequação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao modelo da planificação do SUS**, sobretudo na **orientação da comunidade local sobre as mudanças nas unidades de saúde**. O exemplo mais concreto desse desafio é a dificuldade por parte dos usuários em entender o que se trata por atendimento por demanda programada e, portanto, não urgente, e atendimento de demanda espontânea, urgente. Os relatos revelam que adequar a agenda programada se tornou um desafio para as equipes já que acabou por trazer desconforto e em alguns casos, conflito com a comunidade local. Na percepção das entrevistadas antes do projeto isso não era um problema, pois o usuário acessava a unidade e era assistido por ordem de chegada.

[...] e aí a gente conseguiu uma estrutura exclusiva para o PSF e aí melhorou. Porque agora a população entende o que é melhor, o que é urgência, o que é na unidade mista e, o que é realmente Estratégia da Saúde da Família. Porque antes, até então, era só conhecido como “o hospital” então: “- eu vou lá no hospital” (Entrevistada\_P2).

Aqui tem uma cultura assim, fora do comum que foi uma questão dificultadora. A população estava ali estranhando já que a unidade de saúde é uma Unidade Mista. Não dá para executar todas as ações, aqui é uma Unidade Mista (Entrevistada\_P4).

Outro nó crítico abordado refere-se as Unidades Laboratórios que **não possuem a figura do gerente de unidade de saúde**. O perfil do gerente de unidade

de saúde foi reconhecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 e tem por atribuição garantir o planejamento em saúde, a gestão e a organização dos processos de trabalho dentro da unidade. Quanto ao projeto Saúde em Rede, a participação do gerente garante que as atividades acordadas durante as práticas em equipe aconteçam e, tratando-se de processos de trabalho, sejam incorporadas às rotinas da unidade de saúde. Embora a existência do gerente não garanta o sucesso ou insucesso da implementação, o que acontece é que **os tutores não se sentem confortáveis em conduzir os processos de mudança junto à equipe e terem que lidar com as decorrências comuns dessa dinâmica, como imposição de tarefas aos colegas, cobranças e advertências àqueles que não cumprem os acordos, atividades típicas dos gerentes.**

[...]a gente não tinha coordenador nem gerente da unidade, então, a gente ficava meio soltos. Aí, e aqui eu vejo uma situação inversa, a gente fica querendo trabalhar e a gestão [Secretário Municipal de Saúde e Prefeito] fica mais perdida do que cego em tiroteio comparada a gente (Entrevistada\_P4).

Durante uma conversa pós atividade, [tutora] nos relatou as dificuldades que têm enfrentado para a adesão [...] o fato do município estar sem gestor municipal de Saúde (Relatório\_P18).

Portanto, considera-se dois desafios relacionais à unidade laboratório e para as demais unidades onde serão implementadas o modelo de planificação do SUS. O primeiro é a mudança dos processos de trabalho que podem afetar as dinâmicas da própria comunidade assistida, como no caso da adoção da agenda programa em unidades mistas. É fundamental que a implementação seja acompanhada de uma agenda de educação junto à comunidade.

Outro ponto apresentado é a importância do gerente da unidade de saúde na condução da implementação, na assessoria junto aos tutores e no desenvolvimento para cumprir com o papel das RAS. Conforme a literatura vem apontando à figura do gerente tem-se mostrado essencial na organização dos processos administrativos, na ampliação da capacidade de resposta e no fortalecimento do vínculo com a comunidade local. Além do mais, em unidades em que não há a figura deste profissional são os profissionais da assistência, em sua maioria, enfermeiras, que consomem seu período de trabalho com as questões gerenciais em detrimento das funções assistenciais. Nesse caso, os resultados dessa

pesquisa reforçam a importância do gerente, corroborando com a literatura atual (DANTAS e MELO, 2001; NUNES, 2018).

Os encaminhamentos, portanto, apontam a necessidade do envolvimento da comunidade como ponto estratégico da implementação diante da não aceitação das mudanças impostas às unidades de saúde, e corroboram com a literatura acerca da importância do papel do gerente da unidade de saúde para implementação e reestruturação dos processos de trabalhos.

## 6.2 Adesão, receptividade e expansão do projeto Saúde em Rede

Vários relatos das entrevistas e textos dos documentos descrevem questões acerca do espaço de construção do modelo de planificação, entrelaçando questões técnicas e políticas que dizem respeito à adesão, recepção e replicação do projeto. Conforme sinalizado no capítulo anterior, os assuntos emergidos desse tema possuem maior incidência, portanto, trata-se de uma seção mais extensa. As repercussões são agrupadas em 6 (seis) tópicos, a saber: i) participação e engajamento ii) expansão interna do projeto; iii) variáveis favoráveis à implementação; iv) pandemia; v) críticas ou aprovação da metodologia e vi) operacionalização e/ou incorporação dos instrumentos.

### 6.2.1 Participação e engajamento

A respeito do tema *participação e engajamento* dos profissionais, as análises indicam que essa tem sido uma das maiores preocupações para os facilitadores e tutores. Pela voz dos facilitadores, há uma preocupação quanto à **falta de envolvimento dos profissionais durante os workshops, encontrando dificuldades como timidez, cansaço físico, ausência de interesse e dispersão do grupo.**

Em todos os dias tivemos a percepção de que muitos profissionais (*talvez a maioria*) estavam muito preocupados no “cumprimento” das tarefas e com objetivo de finalizarem mais rapidamente para irem embora, o que em muitas ocasiões atrapalhou a condução das discussões (Relatório\_P24).

Ocorreu uma diminuição no número de participantes, quando comparado ao workshop 1, tendo a gestora relatado “falta de interesse e comprometimento por parte de alguns (Relatório\_P27).

Observa-se pouca participação dos profissionais nas discussões, por mais que as facilitadoras estimulem a fala dos mesmos. (Relatório\_P59).

Considerando a estimativa do número de profissionais do município, constante na planilha para a participação nos *workshops*, nesta quarta etapa, houve a presença de 162 participantes, um número significativamente reduzido. Tem-se observado essa redução gradual da participação dos profissionais ao longo dos *workshops*, o que pode impactar negativamente nos resultados do Projeto (Relatório\_P98).

Já sob a visão dos tutores, o tema da *participação e engajamento* diz respeito à execução das atividades durante e após as oficinas tutoriais. Em cada oficina tutorial, uma série de produtos são elaborados, planejados e acordados entre a equipe. Os tutores entrevistados queixam da **fraca participação da equipe e do não cumprimento das atividades planejadas, principalmente pelos profissionais médicos**. Para esses agentes, os médicos são “espelho” (Entrevistada\_P1) para a ESF, já que são a referência do paciente e coordenador do cuidado, atuando conjuntamente com os outros pontos da rede.

Me deixava muito chateada, era porque na hora de fazer o Plano de Ação, de colocar a mão na massa para a gente pode mudar a realidade. Não tem aquele engajamento que você precisa, entendeu? [...] eu sempre tive uma certa dificuldade com alguns médicos, primeiro eles não gostam muito de serviço burocrático. Isso eu acho que já é até de formação deles mesmo, mas, se não gosta, pelo menos dá apoio. Porque se ele não fizer, mas ele der apoio para enfermeiro ou para quem for o tutor na condução, as pessoas vão acreditar (Entrevistada\_P1).

Os profissionais não estavam implicados fazer acontecer, então era baixíssima a participação do restante que não era as enfermeiras e os técnicos, porque geralmente que executa isso é a enfermagem. Os médicos não estavam nem aí (Entrevistada\_P4).

Porque assim, foi um pouco difícil para alguns firmarem esse compromisso (Entrevistada\_P11).

Outro ponto de **influência na participação da equipe é a presença da gestão municipal**. Diferente do que já foi apresentado, a permanência da gestão municipal nos *workshops* foi capaz de influenciar o envolvimento da equipe de forma antagônica: favorecendo positivamente em termos quantitativos, ao reafirmar o compromisso da administração com o projeto e, negativamente ao que se refere a qualidade das exposições dos profissionais. Isso porque a assistência da gestão

municipal foi o motivo pelo qual os participantes se sentiram constrangidos em manifestar suas opiniões, conforme os relatos abaixo.

[...] a gente via que alguns ficavam um pouco inibidos para falar (Entrevistada\_P1).

A presença do coordenador e do gestor durante o *workshop* tendeu a monopolizar a discussão e a inibir muito os demais participantes, principalmente para trabalhar as perguntas disparadoras que provocavam discussões sobre os problemas da integração da APS e AAE (Relatório\_P15).

[...] apesar de positiva a presença da gestora, percebe-se que nos momentos de discussão em grupo, a permanência da mesma limita algumas falas, sendo que, ao final, houve, inclusive, alguns “ruídos” em função de algumas percepções diferentes (Relatório\_P27).

Esse grupo ficou um pouco prejudicado nas discussões devido ao número grande de ACS e também porque o gestor esteve presente nesse grupo, o que na nossa avaliação inibiu bastante o grupo (Relatório\_P67).

Ainda sobre a *participação e engajamento*, o tema da resistência à mudança foi recorrente nas análises. Como as atividades do projeto podem ser compreendidas como um momento de mudança no *modus operandi* das equipes de saúde e dos serviços de uma dada rede de atenção, é esperado que o tema da resistência à mudança esteja presente nos discursos dos agentes da rede de implementação. Embora a resistência seja um fenômeno comum às organizações, pouco se estuda sobre o porquê de os indivíduos se comportarem de determinada maneira: “poucos agentes de mudança avaliam meticulosamente quem poderia resistir à iniciativa de transformação específica e por quais motivos” (HERNANDEZ e CALDAS, 2001, p.35).

Eu acho que a questão realmente cultural daqui, então essa resistência com o projeto, resistência da mudança (Entrevistada\_P6).

[...] vê aqui tem uma certa resistência, muitas coisas assim os profissionais colocam: “- Ah, não! Mas, a Regional podia fazer isso, o Estado podia fazer aquilo (Entrevistada\_P7).

Sempre há àqueles que fazem resistência. A gente sabe (Entrevistada\_P13).

Diversos pontos surgiram durante as análises que sugerem a existência de uma resistência à mudança por parte dos atores, sejam por i) *medo do desconhecido*, ii) *descrença, desconfiança e desmotivação* ou iii) *memória de experiências prévias*.

Quanto ao primeiro tema, muitos atores **resistem à implementação por medo daquilo que não lhe é conhecido**. Embora, haja uma mudança desse comportamento com o avançar da implementação, Hernandez e Caldas (2001) afirmam que é fundamental ao se implantar uma mudança ter atenção à resistência momentânea, para que não se perdue e torne uma negação ao que é proposto de forma permanente.

[...] minha dificuldade foi essa, a princípio sabe, a equipe viu primeiro isso como mais trabalho, mais papel, e aí depois com o desenvolvimento no decorrer do projeto que eles começaram a enxergar que era realmente mais trabalho no início para no futuro ter menos trabalho [...] (Entrevistada\_P3).

[...] na oficina de abertura todo mundo fica assustado, pensa assim: poxa, esse povo vai me dar mais trabalho, eu já tenho tanto trabalho, lá vem ele discutindo comigo mais coisa para mim fazer mais coisa. Depois disso mudou” (Entrevistada\_P13).

Associado a esses temas, notou-se que **junto à implementação surgiu um sentimento de descrença e desconfiança quanto à institucionalização das mudanças**. Embora comum em todo o *corpus* analisado, essa questão emergiu substancialmente nas respostas ao *Questionário de Avaliação dos workshops*<sup>13</sup>, os quais foram respondidos pela equipe de saúde e que emerge uma preocupação quanto à descrença advinda da própria equipe que operacionalizará a proposta.

O curso em si é muito bom, os tutores são ótimos, pena que a realidade é bem diferente, falar na teoria é maravilhoso, **ótimo seria colocar em prática mesmo** [...] (Questionário\_P101, grifo nosso).

Espero que coloque em prática (Questionário\_P101).

Espero que aconteça na prática (Questionário\_P101).

[...] espero que ponham em prática (Questionário\_P100).

Gostaria muito de que tudo saia do papel (Questionário\_P100).

Gostei muito dessa ideia, mas infelizmente há muitos profissionais **desacreditados** numa melhoria e acredito que isso possa atrapalhar o andamento desse projeto (Questionário\_P100, grifo nosso).

Quanto às dificuldades e expectativas do Projeto, muitos profissionais mostraram-se ansiosos e preocupados com o fato de que ele seja realmente implementado na prática e traga soluções efetivas para os problemas. Alguns relataram que esperam que o Saúde em Rede “não fique só no papel” (Relatório\_61).

<sup>13</sup> Atente-se ao fato de que as numerações dos Questionários foram agrupadas por momento: respostas do *workshop* 2 – P100, respostas do *workshop* 3 – P101 e respostas do *workshop* 4 – P102.

Outro ponto crítico à implementação foi a **memória de experiência prévias que fracassaram ou não se completaram, o que acaba por gerar uma descrença e desconfiança no sucesso** do Saúde em Rede. São experiências que levaram a rupturas no processo de financiamento e que, como consequência, os agentes tendem a associar o projeto como desperdício de recursos e esforços.

Então eu fico pensando o seguinte: a gente sempre tem aquela coisa assim de que os projetos vêm, e permaneçam né?! Eu sei que é uma proposta do governo, do governador, do governo Zema, de implantar o Saúde em Rede em todo estado de Minas Gerais, e eu acho louvável isso, porque o projeto em si ele é muito bom mesmo. **Mas, e aí? Será que isso vai continuar?** (Entrevistada\_P9, grifo nosso)

Lá vem outro programa que **não vai dar em nada** (Entrevistada\_P3, grifo nosso).

[...] isso é um problema crônico na saúde né? Na saúde pública, **coisas que começam e não terminam**, de coisas que vem e que depois mudam (Entrevistada\_P10, grifo nosso).

Tudo que vimos **já foi em algum momento implantado**, porém, a APS precisa dar continuidade as ações (Questionário\_P100, grifo nosso).

Devido à estreita relação com o *Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde* (PDAPS), o projeto Saúde em Rede é, em muitas narrativas, associado como uma extensão do antigo programa. Embora essa conexão seja, para alguns, vista com bons olhos, para outros há **uma lembrança daquilo que “não deu certo” que “morreu”** (Entrevistada\_P3), podendo, semelhante, se repetir com o Saúde em Rede. A desconfiança quanto à continuidade do projeto e quanto à incorporação das rotinas de trabalho acabam por gerarem uma fragilidade na implementação, conforme pode ser percebido nas falas abaixo:

[...], mas os profissionais falavam assim: ah, isso aí já teve, o Plano Diretor, mas aí não deu continuidade. O pessoal já **começou meio desacreditado**, sabe? (Entrevistada\_P11, grifo nosso).

Nas discussões todo mundo falava: “Ah, isso aqui é lá do Plano Diretor”. Então, acaba que um projeto sempre deixa uma sementinha, né? [...] **quando mudou a gestão, isso não deu continuidade. Então, eles achavam que ia continuar na mesma** (Entrevistada\_P1, grifo nosso).

Durante a oficina foi relatada pelos participantes a importância da continuidade do Projeto Saúde em Rede, mesmo após troca de gestão. Observou-se uma boa expectativa dos participantes, porém, medo da **descontinuidade das ações conforme ocorreu com o**

**Plano Diretor da APS.** Alguns demonstraram também a preocupação se o Projeto “sairia, de fato, do papel” (Relatório\_P32, grifo nosso).

### 6.2.2 Expansão interna do projeto

O tema da expansão interna se relaciona com um aspecto do desenho do projeto. Em cada município foi indicado, pelo gestor municipal, a unidade laboratório, uma espécie de unidade modelo, referência para que as outras unidades de saúde vejam que é possível organizar os processos de trabalho e gerar valor ao usuário dentro do modelo de planificação.

Assim como no PDAPS, a metodologia leva em conta a dificuldade de operacionalizar um projeto em um serviço tão capilarizado e extenso como a APS (MARQUES *et al*, 2009; SBIBAE, 2019). É na implementação que os agentes devem elaborar um plano de expansão e, junto aos gestores, acordarem a ampliação do modelo para as demais unidades.

Entretanto, alguns municípios anteciparam o processo de expansão. O primeiro indício aponta que as **iniciativas de replicação do modelo são associadas pelos agentes à importância de padronização do atendimento à população**. Esses agentes entendem que a expansão deveria acontecer para que não houvesse, em um mesmo território, divergências na forma de prestação de um serviço público.

Eu optei por fazer junto para o município **caminhar junto** né!? [...] então, não compensava eu mudar todo um processo em uma equipe e não mudar na outra, então, a gente optou por fazer a expansão de uma vez e foi muito bom. Apesar de ter sido muito pesado de trabalho, foi bom, **a gente caminhou junto** (Entrevistada\_P2, grifo nosso).

[...] porque são só duas equipes da saúde da família, aí uma era unidade laboratório e a outra não era. A que não era unidade laboratório **rodava o Saúde em Rede também para o município andar junto**. Não faria sentido o município rodar com um e não fazer com outro (Entrevistada\_P5, grifo nosso).

E essa coisa da vacina foi um reflexo muito bom, principalmente ali na unidade Sede de Capelinha, que depois “Eu quero que faz isso nos outros postos, nós temos que levar isso para os outros postos, porque aqui já está agendando (Entrevistada\_P13).

Informou ainda, que a proposta é expandir em janeiro de 2020 o projeto Saúde em Rede para as outras duas unidades **trabalharem juntos** (Relatório\_P74, grifo nosso).

Além do entendimento da importância da padronização dos serviços na região, outros quatro fatores estão associados à expansão: i) perfil e o envolvimento do tutor municipal; ii) recursos humanos; iii) engajamento e participação dos profissionais de saúde da unidade não laboratório; e por fim, iv) apoio da gestão local;

Como agente de mudança, **o tutor foi associado como o sujeito central nas iniciativas de expansão interna**, seja de forma direta ao replicar as tutorias para outras unidades de saúde ou pelo apoio técnico para incorporação dos instrumentos e rotinas nas unidades não laboratório. Em ambos casos, **a proatividade, a aceitabilidade e interação com os profissionais de outras equipes também estiveram presentes nessa associação.**

Já pela visão do tutor, a existência da expansão interna esteve ligada principalmente com o apoio **da gestão local e o engajamento e participação dos profissionais da unidade não laboratório.** A disponibilidade de recursos humanos, principalmente, um profissional proativo que assumisse a liderança dos processos, foi importante como apoio para expansão. Como impeditivos foram citados: ausência de apoio da gestão municipal, carga de trabalho excessiva e a falta de profissionais para suporte à execução. O quadro 5 sintetiza esses resultados.

Quadro 5 – Resumo das variáveis e influências na expansão interna, sob a visão dos tutores da APS

Variáveis	Referências
<b>Apoio da gestão municipal</b>	Eu acho que é a questão da gestão, porque se o gestor tiver empenhado, sai (Entrevistada_P7).
<b>Perfil do tutor</b>	Então, alguns municípios, a depender do tutor, expandiram simultaneamente, de 29, acho que 30% já fizeram simultâneo: muito pelo perfil do tutor (Entrevistada_P12).  Eu sempre tive um bom relacionamento [relacionamento com a equipe não laboratório] (Entrevista_P2).
<b>Disponibilidade de Recursos Humanos</b>	Teve muitos municípios que eles deixaram profissional por conta disso, a maioria não. Mas, esses que dedicaram mais, com certeza conseguiram. De fato, eles conseguiram (Entrevistada_P7).  A gente tem que parar com a expansão porque sem o enfermeiro lá na unidade estava ficando muito difícil. E eu como tutora não dava conta de dar o suporte para os agentes saúde como elas

---

	precisavam, porque precisava de ter um enfermeiro lá na unidade (Entrevistada_P11).
<b>Engajamento da equipe da Unidade não laboratório</b>	[...] a equipe que não era unidade de laboratório ela teve até um destaque, porque eles eram mais participativos. Mas eu já sabia disso quando iniciei, que isso ia acontecer, que a outra equipe poderia ter uma participação um pouco melhor [em comparação a equipe laboratório do município] (Entrevistada_P5).

---

Fonte: elaboração própria

### 6.2.3 Variáveis favoráveis à implementação

Para o tema *variáveis favoráveis à implementação*, 2 (dois) aspectos principais foram arrolados. No primeiro deles, está a **janela de oportunidade pelo momento em que foi implementado o projeto, sobre o ponto de vista político e técnico**. Junto à implementação do Saúde em Rede, deu-se início ao novo modelo de financiamento da APS, o programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Esse novo modelo de financiamento tem como objetivo favorecer o acesso dos usuários na APS, o vínculo com as equipes de saúde e a responsabilização dos gestores e dos profissionais pelos indivíduos assistidos.

Os critérios base para distribuição do financiamento passam a ser a capitação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas. De uma forma geral, o município passa a ser financiado: i) pela ponderação entre vulnerabilidade socioeconômica, aspectos demográficos e ajuste municipal, ii) pelo desempenho de 21 indicadores e iii) pelo credenciamento e/ou adesão a programas e ações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

Nessa lógica, o Saúde em Rede foi fundamental como pilar a essa nova política de financiamento já que a (re)organização dos processos de trabalho, além de implementar estratégias operacionais específicos da assistência, edifica constituintes básicos para o novo financiamento da atenção primária, como o cadastro das famílias adstritas.

Eu falo que para a macro Jequitinhonha isso foi muito bom, porque auxiliou muitos municípios nessa corrida, pois foi muito rápido o novo financiamento - a entrada do Previne Brasil. O Saúde em Rede deu esse **suporte para os municípios**, mesmo que ainda nesse trabalho de laboratório, mas só de ter todos os profissionais entendendo da necessidade de realinhar, de reorganizar o serviço, foi muito bom (Entrevistada\_P9, grifo nosso).

Outro elemento favorável à adesão e incorporação dos processos são o próprio **potencial do projeto em aflorar resultados positivos em pouco tempo de aplicação**. São resultados ligados a indicadores organizacionais, como a integração entre a equipe, e indicadores gerenciais, como o mapa do território e classificação de vulnerabilidade e risco das famílias, dentre outros. Independentemente dos resultados listados, os frutos colhidos com a implementação do projeto surgem como um potencial para transpor barreira de resistência à mudança e enraizar o modelo da planificação nos territórios.

Os resultados foram muito bons para o próprio paciente, para o próprio usuário e equipe. A diferença que teve nos questionários na fase de avaliação do usuário: a gente viu as respostas que tinha dado e as mudanças que tiveram durante o pouco tempo do programa e foram resultados positivos (Entrevistada\_P2).

[...] a equipe está mais unida, ocorreram pequenas mudanças como a utilização de um cômodo que era inutilizado, que sentem que o Saúde em Rede é a “coisa certa na hora certa”, perceberam algumas mudanças positivas, assim as expectativas com relação ao projeto também estão positivas (Relatório\_P36).

#### 6.2.4 Pandemia

Em contraposição às *variáveis favoráveis à implementação*, o surgimento da *pandemia* da Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, acabou por influenciar negativamente a implementação. Isso porque diante da **crise sanitária vivenciada nos municípios, toda a força operacional e emocional dos agentes esteve direcionada ao enfrentamento da doença**.

[...] a pandemia atrapalhou bem os processos. Deu um impacto bem grande, porque foi bem no momento de implementação mesmo das etapas, e virou tudo de cabeça pra baixo (Entrevistada\_P2).

Agora com a pandemia mesmo a gente vai fazer a retomada. Eu já percebi que algumas coisas ficaram para trás a gente tem que fazer a retomada (Entrevistada\_P3).

[...] por causa da pandemia o projeto não teve aquela finalização que a gente desejava, mas eu acho que contribuiu bastante (Entrevistada\_P5).

[...] eu estava sentindo que eles estavam se encaixando na teoria e na prática, então veio a pandemia (Entrevistada\_P8).

Nessa lógica, a pandemia tornou-se um marco na linha histórica da implementação do projeto, de um antes e depois, que trouxe insegurança quanto ao

futuro e uma sensação de “perda” dos ganhos com a implementação. Os discursos de “*não sei como será a partir de agora*” (Entrevistada\_P3) ou “*estava caminhando tudo muito bem, a gente viu que ia dar resultado e aí veio a pandemia*” (Entrevistada\_P1), foram recorrentes durante as entrevistas, sinalizando a necessidade de atenção sobre essas tratativas na retomada do projeto.

### 6.2.5 Críticas ou aprovação da metodologia

**Um desafio à implementação é a barreira imposta pelo hermetismo da linguagem dos materiais didáticos, figurando-se como um instrumento de cerceamento do acesso ao conhecimento e educação.** São utilizados textos complexos e com linguagem técnica e rebuscada que não condizem com o que é proposto pela iniciativa: um modelo construído através da participação dos diversos atores dos serviços de saúde, numa construção coletiva que oportuniza a mudança dos processos de trabalho em saúde em todos os seus pontos da assistência ao usuário, desde sua chegada (portaria, recepção) até o atendimento da assistência (terapêutica, médica) (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018). Esse modelo, portanto, inclui a participação de toda equipe, ou seja, pessoas de diversos níveis de escolaridade, como médicos, enfermeiros, odontólogos, agentes comunitários de saúde, auxiliar de serviços gerais, recepcionistas e porteiros.

[...] e quando você tem um nível médio, no caso de um atendente, vigia, porteiro? Teve município que também participou o motorista, que às vezes não tem nível fundamental. E aí não entendiam muita coisa (Entrevistada\_P7).

Os textos são complexos. Foi complexo para mim, imagine para uma agente comunitário, imagine para um auxiliar administrativo, para os próprios os médicos que não entende nada de gestão? Médicos e enfermeiros. Então assim os guias, eles são muito complexos (Entrevistada\_P8).

Era uma linguagem muito técnica. Até para nós referência técnica era difícil para entender (Entrevistada\_P11).

[...]uma linguagem muito academicista, com pouca prática. Então, eu acho que foi um dificultador (Entrevistada\_P12).

Em relação à metodologia de replicação dos conteúdos abordados, houve dificuldade tanto na leitura e compreensão do texto, quanto na participação efetiva durante as discussões. Por se tratar de turmas heterogêneas com diversos graus de escolaridade, alguns profissionais se sentiram inibidos (Relatório\_P18).

Referiram conteúdo extremamente denso para esta etapa, textos grandes, muitas atividades, e linguagem de difícil compreensão para todos os profissionais, das diferentes categorias (Relatório\_P50).

Assim, a linguagem acadêmica e técnica se tornou uma barreira de acesso para os profissionais de baixo nível escolar. Em solução, os facilitadores se viam na obrigação de readequar as dinâmicas das práticas: interpretando os textos e usando técnicas pedagógicas criativas e acessíveis. Embora a iniciativa facilite o processo educacional, a fragilidade nesse elemento preocupa os agentes já que, na visão destes, a falta de acessibilidade diz muito sobre o potencial de alcance do modelo, reforçando ainda mais uma desigualdade estrutural.

[...] era uma linguagem muito técnica, não era muito bem entendido, compreendido por todos os profissionais. Porque nas oficinas participavam desde ACS, técnico de enfermagem, profissionais de nível médio, até profissionais de nível superior. Então essa dificuldade do conteúdo, era visível, **a gente tinha que interpretar esse conteúdo traduzir de uma maneira mais fácil, uma linguagem mais fácil para passar para eles** (Entrevistada\_P11, grifo nosso)

[...] muitas vezes eu **tinha que sair do programado** que era discutir todos os textos após leitura e ao invés de discutir, eu realmente **reinterpretava o texto, rerepresentava o texto** para os alunos com uma linguagem que, eu acredito que era mais fácil para eles. E só depois disso, que eles tinham uma capacidade de fazer alguma pergunta, porque senão eles nem entendiam (Entrevistada\_P8, grifo nosso).

**Com a alteração da metodologia** obtivemos uma maior participação de todos os envolvidos e acreditamos, que houve também, um maior entendimento do conteúdo, que era bastante complexo (Relatório\_P71, grifo nosso).

Outra crítica faz referência às **práticas exaustivas dos workshops**: basicamente as aulas eram preenchidas com muitos textos longos, de letras pequenas e, portanto, de difícil leitura. Por esses métodos, os agentes entendem que a adesão não foi melhor do que poderia ser, já que:

[...] **não atinge a todos**. Era uma experiência exaustiva tanto para mim quanto para os profissionais de saúde que ficavam o dia inteiro em uma sala, operacionalizando um material complexo demais (Entrevista\_P8, grifo nosso).

**Era cansativo** o que eu acho. Pelo tempo sabe!? Eu também entendo, não dava para fazer rápido, corrido, tinha que discutir muito e tal, então, tinha que ser uma coisa mais demorada para ter um efeito que eles queriam que tivesse. Mas, acabava que era cansativo (Entrevistada\_P5, grifo nosso)

Outro ponto levantado diz sobre **a não convivência entre facilitadores e tutores, e, portanto, o distanciamento e a falta de interação entre atores gerando efeitos contraproducentes à implementação**. Na visão dos facilitadores a não participação da parte prática junto aos tutores deixa uma lacuna no que poderia ser um *feedback* que a observação da prática pode oferecer àqueles que são parte da formação: *“as atividades posteriores ficam distantes”* (Entrevistada\_P8) e a possibilidade de uma maior interação também. Igualmente, os tutores percebem que esse contato seria oportuno na medida em que forneceria o apoio que a experiência e conhecimento que esses agentes têm a oferecer.

Os facilitadores não participavam dos momentos dos tutores, ficava uma coisa meio dividida. Eu não sabia o que eles faziam, e nem eles, talvez eles soubessem o que o facilitador fazia (Entrevistada\_P9).

Acho que deveria ter um *feedback*, as reuniões conjuntas de tutores e facilitadores para discutir melhor essas questões das oficinas, as dificuldades, como lidar com essas dificuldades (Entrevistada\_P11).

É ruim o fato de o tutor não estar presente nas discussões e também os facilitadores deveriam receber relatórios da tutoria e os planos para acompanhamento dessas ações e poder contribuir mais com a prática sabendo onde estão os gargalos da prática e podendo abordá-los nos *workshops* (Relatório\_P62).

#### 6.2.6 Operacionalização e/ou incorporação dos instrumentos

Quando questionados acerca do uso dos instrumentos da metodologia – como o Instrumento para avaliação da estrutura e da ambiência, Mapa de pessoal da unidade de saúde, Estratificação de Risco da Família, Plano de cuidado familiar, Cadastro familiar ou Processo de territorialização, os agentes demonstram não terem nenhuma dificuldade em manusear os instrumentos.

Entretanto, é possível questionar o entendimento destes quanto à funcionalidade já que há o entendimento de que os agentes utilizam desses instrumentos apenas no momento da execução da tarefa no projeto, sem retorná-los em momentos oportunos a fim de atualizá-los e/ou servisse dos propósitos dos quais lhes são feitos. **A incorporação dos instrumentos à rotina de trabalho demonstrou ser frágil, já que não há uma apropriação dos recursos, que existem somente para o cumprimento da tarefa imposta**, tornando-se um impeditivo à implementação.

A carência da compreensão do objetivo se reflete na mesma intensidade com os instrumentos de gestão do projeto. Nessa lógica a reflexão acerca dos processos educacionais adotados nas formações, que, embora sejam recheados do *como* fazer, carecem de o *porquê* fazer, assim como refletido nos discursos abaixo:

Muita coisa também que foi feita não continua mais (Entrevistada\_P4).

[...] não faziam ligação com o que aquele instrumento vai gerar para a equipe, até para fazer com que as pessoas se apaixonem pelo instrumento, entenda a função dele existir. Então o mapa pessoal não é simplesmente colocar o nome das pessoas e cargo e horário que ela trabalha. O que isso vai refletir? [...]. É essa tradução do instrumento, por exemplo, quando eu falo do mapa pessoal, eu falo: gente, esse instrumento é vivo, tem que ser revisitado, saiu alguém, ele tem que ser atualizado. São coisas que devem ser trágicas para a vivência da equipe (Entrevistada\_P12).

## 6.3 Recursos Humanos

### 6.3.1 Capacitação

Sobre *capacitação*, os **tutores se sentem qualificados e preparados para atuação**, avaliando esse momento como *suficiente* (Entrevistada\_P5) e adequado. Em contraposição, as opiniões dos facilitadores divergem entre si, **alguns não se sentem preparados e aptos a ensinar**. Parte dessa avaliação é resultado da formação em modalidade EAD como inadequada aos estilos cognitivos e características pessoais ou da falta de outros métodos didáticos.

[...] a gente **não tinha uma preparação boa** então às vezes tinha assunto novos, tanto para mim quanto para outra pessoa que estava participando comigo. **Então como você vai falar com propriedade de uma coisa que nem você sabe muito bem? Faltou essa formação anterior**, para a gente ter mais tranquilidade de replicar (Entrevista\_P10, grifo nosso).

A gente realizava o curso EAD, e era auto instrutivo, a gente tinha que ler os materiais e fazer atividade, mas assim, a gente **não tinha com quem discutir ou se preparar** (Entrevistada\_P11, grifo nosso).

Ainda como impeditivo à implementação está a seleção dos profissionais atuantes na linha de frente do projeto. Para os agentes dessa pesquisa, um dos **pontos críticos é a inclusão de profissionais com o perfil adequado, diante das nomeações livres de tutores e facilitadores pela gestão municipal [prefeitos e secretários municipais de saúde] e chefias, respectivamente.**

Pessoas que tenham já um perfil mesmo né?! Aquela pessoa que acredita na atenção primária de fato como uma forma de organização do sistema e além de tudo é que seja um profissional comprometido (Entrevistada\_P1).

Era difícil ver algum andamento por causa do perfil em si, no meio do Saúde em Rede teve uma troca e aí entrou uma outra enfermeira toda engajada da APS, que trabalhou a vida inteira na APS, tem perfil de APS. E aí deslanchou (Entrevistada\_P5).

### 6.3.2 Condições de trabalho

**A indisponibilidade, vínculos precários e a não fixação profissional dos profissionais da APS e AAE representam um dos grandes desafios à implementação, fragilizando o projeto pela não incorporação definitiva das mudanças e do saber institucional.** Assim, a rotatividade de recursos humanos tornou-se um entrave pela saída ou entrada de membros nos momentos iniciais, o que acaba por não enraizar as novas dinâmicas organizacionais, principalmente aqueles casos em que grandes alterações são feitas. A literatura aponta que a rotatividade de recursos humanos na atenção primária à saúde, é associada à ausência de um plano de carreira e valorização profissional (SEIDL *et al*, 2014; GIOVANELLA, 2017, 2018).

A transição do funcionalismo público se deu em consequência dos concursos municipais homologados e, em outros casos, ao fim dos vínculos informais de trabalhadores frente às contratações pela nova gestão eleita. Essa problemática também foi apontada na pesquisa de Costa *et al* (2011) sobre o PDAPS<sup>14</sup>. Os autores descrevem que:

[...]o contrato informal de trabalho dos membros da equipe da ESF, sendo temporário, com renovação a cada seis meses, impossibilita o estabelecimento de vínculo do profissional com o trabalho e a comunidade atendida. Sendo assim, esses cargos ficam nas mãos dos gestores, mantendo a tradição da barganha política partidária, principalmente nos pequenos municípios. Para superar essa problemática, cabe aos gestores assegurar aos profissionais de saúde na ESF, a diminuição da alta rotatividade dos trabalhadores (COSTA *et al*, 2011, p. 565)

São muitos os registros acerca dessa problemática, como se seguem:

---

<sup>14</sup> O estudo qualitativo realizado com grupo focais entre os anos de 2008-2009 em municípios de duas microrregionais do Norte de Minas Gerais e teve como objetivo levantar as fragilidades e as potencialidades no processo de implantação junto aos profissionais de saúde participantes do plano.

Da época do planifica SUS que começou, lá dentro da unidade de saúde ficou eu e mais um. Saiu uma médica, saiu enfermeiro, saiu o outro enfermeiro, saiu técnico, saiu dentista. Então, assim as coisas vão se perdendo (Entrevista\_P4).

O problema de lá é a equipe de enfermagem que não tem nenhum profissional efetivo e a rotatividade é muito grande, que é o que atrapalha e dificulta bastante. Porque o enfermeiro é a liga da equipe então a gente tem esse problema (Entrevista\_P5).

Você capacita uma equipe, aí depois troca a gestão e muitos são contratos e muitos são demitidos. Troca secretária, troca coordenadora, e aí aquilo se perde, se perde no caminho (Entrevistada\_P11).

Ressalta se que os profissionais participantes em todas as turmas da primeira e da segunda etapa relataram: “ Provavelmente não nos veremos na próxima etapa, todo mês de outubro os servidores contratados são dispensados e recontratados em abril do ano seguinte”. (Relatório\_P29)

O município está passando por um momento delicado com a dispensa de cerca de 1/3 dos profissionais de saúde decorrente do concurso público. Essa questão refletiu, intensamente, na motivação e na participação dos profissionais no *workshop*. Ressalta-se que, dentre os profissionais participantes, estavam apenas aqueles que não seriam dispensados. Registra-se a preocupação das facilitadoras com a continuidade do projeto, uma vez que 1/3, aproximadamente, dos profissionais pegará o projeto em estágio avançado (Relatório\_P53).

O número reduzido se deu em função da demissão coletiva dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que ocorre rotineiramente no mês de dezembro (Relatório\_P90).

Motivação ruim devido rotatividade de profissionais. Em breve será homologado concurso e vários funcionários serão substituídos e eu, provavelmente, serei um deles (Relatório\_P100).

Outro embate à implementação são as dificuldades dos agentes quanto à **dupla carga de serviço**. Conciliar as atividades de rotina do cargo com as demandas exigidas pelo projeto, tornou-se uma tarefa exaustiva. Para os tutores, o acúmulo de trabalho após o retorno da formação tutorial mais aos produtos exigidos nas tutorias, são incompatíveis com os prazos estabelecidos. Ao retornar para o município, a indicação é que as tutorias e a elaboração dos produtos ocorram após uma semana. Há ainda de se considerar que a maioria dos tutores são enfermeiros e Coordenadores da APS e que possivelmente tenha-se muitas atribuições. Esse espaço curto de tempo acabou reprimindo uma potencialidade bem maior que poderia ter sido gerada.

A minha dificuldade é, porque é assim, eu não consigo ficar só com essa atribuição, é uma coisa complexa (Entrevistada\_P3).

Não era a questão em si, é pelo papel que desempenhava e aí teve que desenvolver dois papéis. A sobrecarga é muito grande, sem falar das coisas que a gente já tinha que fazer dentro da unidade de saúde (Entrevista\_P4).

A maioria dos Municípios acabaram colocando enfermeiros que estavam na assistência, o que acabou sobrecarregando muitos profissionais. Eu acho que eles ficaram bem sobrecarregados (Entrevistada\_P5).

A sobrecarga no início foi grande a gente tinha muito trabalho, muito pouco tempo para realizar aí assim, era quase tudo eu sozinha então foi assim, bem puxado bem puxado mesmo (Entrevistada\_P6).

A gente sente mais que o município não libera, a flexibilidade da carga horária do tutor. O tutor está em acúmulo de função, ele é o enfermeiro da unidade, ele é o tutor do projeto, ele é o coordenador da atenção primária, ele faz várias coisas no município. São municípios muito pequenos né?! Então eles vão acumulando várias funções, e isso é um grande nó que a gente tem (Entrevistada\_P13).

A agenda protegida, uma das pactuações entre SES/MG e município, é uma solução pouco respeitada, principalmente pela falta de recursos humanos nas unidades de saúde.

Eu tinha o compromisso da minha agenda reservada, e aí isso era muito sagrado, diferente de outros colegas (Entrevistada\_P12).

Necessidade da garantia de agenda protegida para ações de educação permanente (Relatório\_98).

## 6.4 Dimensão da Informação, infraestrutura e instrumentos de gestão

### 6.4.1 Comunicação e relações institucionais

No processo de *comunicação*, tanto o acesso à informação quanto a interação entre interlocutores foram avaliadas positivamente. Isso implica dizer que no que se refere aos espaços de comunicação existentes entre a Coordenação do projeto [SES/MG e SBIBAE] e os agentes, **a disponibilização das informações e a interação entre atores foi apropriada, dando espaço à participação e ao diálogo, principalmente naquilo que se relaciona com a parte operacional.**

Estão sempre à disposição. Todas as vezes que eu tive qualquer dificuldade, seja para preencher uma planilha ou de entender qualquer coisa, era só eu mandar mensagens (Entrevistada\_P1).

Então o pessoal deu todo apoio né?! Deu uma assistência para a gente. Foi muito bom, excelente. Melhor impossível (Entrevistada\_P2).

Há uma percepção padrão de que, embora haja um estímulo à participação dos agentes e um espaço de comunicação aberto ao diálogo, as decisões sobre a implementação do projeto são, em suma, centralizadas, principalmente as mais burocráticas, o que **evidencia um espaço de interação mais vertical ou assimétrico entre os agentes.**

Era uma coisa conversada também da gestão para gestão aí (Entrevistada\_P4).

Eram decisões daí de cima mesmo, a gente não tinha muita opção de estar alterando não. Às vezes já vinha alguma alteração e aí o pessoal “ah não sei o quê” e aí já dava aquela confusão (Entrevistada\_P5).

Davam todo o apoio, mas essas questões mais burocráticas mesmo, quem travavam com elas era a coordenação (Entrevistada\_P7).

Por outro lado, a **falta de clareza sobre a compreensão da agenda/cronograma e sobre a sistematização do funcionamento do projeto, gerou um desconforto inicial.** O aplicativo de mensagens instantâneas, *WhatsApp*, é o veículo de comunicação mais utilizado e melhor avaliado, sobretudo para envio de mensagens curtas, como divulgação de prazos, mudanças nos cronogramas e esclarecimento de dúvidas.

A gente tinha que entender com muita clareza de como seria o processo, para poder passar isso para os profissionais. Então como o início foi um pouco conturbado, ficou um pouquinho difícil, sabe? De entender como que vai funcionar, como que isso se encaixa, em questão de cronograma, em questão de logística (Entrevistada\_P5).

Não teve problema não, e a gente teve uma dificuldade muito grande de que a equipe na época, era menor né? A equipe do Saúde em Rede, e aí cronograma essas questões de logística, às vezes dava um pauzinho (Entrevistada\_P12).

Outro ponto de discursão levantado pelos facilitadores diz sobre a **ausência de um espaço de *feedback* acerca das experiências e vivência nos territórios.** Para eles, apesar do fomento por parte da Coordenação para a realização dos relatórios das atividades após a execução dos *workshops*, não havia um retorno quanto às informações repassadas e quais os caminhos poderiam ser tomados quanto

a algumas problematizações trazidas pelos profissionais. Os agentes entendem que o compartilhamento das experiências é importante para prática no projeto.

Os resultados apontam ainda que **o não envolvimento de atores fundamentais [legislativo; setores estratégicos; chefias imediatas e comunidade] ao sucesso do Rede de Atenção à Saúde, é um ponto de fragilidade à implementação, ao não construir uma rede de sustentação e apoio permanente.** Entre eles foram citados, o legislativo dos municípios, o apoio e envolvimento dos setores da vigilância sanitária e epidemiológica nos municípios e da SES/MG, as chefias imediatas e equipes dos facilitadores e dos Conselhos Municipais de Saúde.

Corroborando com os achados, Costa *et al* (2011) ao avaliar a implementação do PDAPS em Minas Gerais, observou que o não envolvimento da comunidade foi fator determinante ao processo de implementação da visão dos agentes.

Embora o envolvimento desses atores fundamentais seja demandada/aconselhada aos tutores, incluindo-a como tarefa das oficinas, na prática, isso não ocorre. Devido à alta demanda de trabalho desses profissionais e uma série de produtos e atividades que o próprio projeto requer, os agentes se veem obrigados a escolher aquelas tarefas que lhes sejam prioritárias.

Apenas uma ocorrência de um trabalho mais robusto de sensibilização da comunidade foi relatada. Nesse caso, isso se deu à necessidade do fechamento da unidade para realização da agenda do projeto, quando os profissionais desenvolveram uma série de comunicados e divulgaram nas redes sociais a fim de informar à comunidade e reduzir os atritos quanto à falta de assistência naquele dia. Entretanto, no geral, o **envolvimento da comunidade foi avaliado como deficitário.**

As facilitadoras manifestaram que seria muito proveitoso se os profissionais de saúde de outros setores estivessem participando como do hospital, do CAPS I, da vigilância, enfim, de todos os setores (Relatório\_P45).

Os profissionais disseram, ainda, que o Saúde em Rede deveria também trabalhar com a educação e orientação da população, pois acreditam que esse seja um dos grandes problemas do município (Relatório\_P61).

Na minha opinião acharia importante a participação de outros servidores públicos municipais participarem (Vereadores, prefeito, outras lideranças que são envolvidos com a população em geral, etc) (Questionário\_P100).

Igualmente, uma crítica se faz ao **não envolvimento das Regionais de Saúde** com as questões decisivas e operacionais do projeto. Entende-se que não há condições técnicas e informacionais para lidar com a complexidade territorial e as peculiaridades locais, isso pode explicar também as dificuldades de pactuação com os municípios no cumprimento das agendas, daí entender que a implementação deve estar associada à uma política regional.

[...]inclusão da Regional, no processo porque ela não era incluída, e ela que é a detentora da informação no município. Um exemplo em [nome do município] não compareceram em um momento, então eu mandei um e-mail para Regional, a Regional já entrou em contato com gestores, e eles já se manifestaram. Então se eles tivessem participado desde o início a gente não teria que recorrer à Regional só quando a gente identificava um problema no território [...] é um ator que era desconectado do território, então: “quem que é ela? Então eu acho assim, é um ganho grande de inserir a Regional no processo, tanto de acompanhamento quanto de desdobramento (Entrevistada\_P12).

#### 6.4.2 Recursos escassos e financiamento estadual

Em relação ao *financiamento e escassez de recursos*, para os agentes é o **baixo valor político do projeto é a causa da falta de investimento financeiro do Poder Público em apoio à implementação do projeto**. Várias mudanças necessárias levantadas pelo modelo, com o objetivo de aperfeiçoar os serviços prestados à comunidade, demandam recurso financeiro, o que não ganha atenção pela pouca visibilidade envolvida. A ampliação dessa crítica é que o próprio fato de que os resultados de um sistema fragmentado são, em última instância, valorizados e reforçados por políticos, gestores, profissionais e pela população (Brasil, 2015, p.24).

Os municípios não valorizam...como que eu posso dizer? Essas capacitações, qualificações de RH, **isso não tem valor político**, sabe? Mas isso não é o problema de lá, é um problema histórico (Entrevistada\_P12, grifo nosso).

## 6.5 Dimensão Governança

### 6.5.1 Gestão municipal

Observou-se que o envolvimento da gerência municipal mantém uma relação estreita com o êxito do projeto. A **difículdade de mobilização dos gestores municipais (secretários municipais de saúde e prefeitos) tanto no que se refere ao investimento de recurso financeiro para uma estrutura adequada ao projeto, quanto ao apoio para sensibilização das equipes de saúde, mostrou-se um ponto de fragilidade à implementação.** Esse achado vai ao encontro da pesquisa de Costa *et al* (2011) que consideram ainda que a superação de todas os impasses encontrados na implementação do PDAPS, envolve o apoio dos gestores e dos profissionais de saúde.

Eles [tutores] passavam uma semana fora para treinamento e precisava de dinheiro: dinheiro para poder sair para comer para poder ficar em um hotel, um carro que possa levar. Todas as dificuldades eles enfrentaram aqui na região. Muito raramente um ou outro que falava: - eu não tenho problema com isso e recebo tudo que necessito para poder trabalhar (Entrevistada\_P9).

Inúmeras dificuldades de acesso ao Projeto Saúde em Rede foram relatadas pelos profissionais/servidores: para a participação nos workshops, os profissionais/servidores são convocados pela gestão, mas não recebem qualquer tipo de apoio, inclusive para deslocamento, precisando utilizar de carros/motos próprios, arcando com o combustível, ou mesmo custeando um táxi, além de terem que gastar com alimentação (almoço) (Relatório\_P49).

Ainda concernente à gestão municipal outra preocupação é quanto à **mudança do quadro funcional decorrente do ano eleitoral.** Um ponto destacado, para além do que será tratado nos próximos tópicos desse trabalho, é que em muitos municípios o piloto é implantado com o apoio de uma gestão diferente daquela que assumiria um ano após o início do projeto, o que traz o desafio da sustentabilidade e credibilidade do projeto com os profissionais, diante de um apoio incerto da nova gestão.

Eu acredito que os novos gestores, eles não estão totalmente por dentro desse programa como os outros estavam, participaram da inserção, da assinatura de um termo de compromisso. Então eu acho que a dificuldade inicialmente vai ser essa né, de implementar novamente (Entrevistada\_P2).

Ela [gestão] me apoiava. Eu tinha o apoio dos secretários, eles iam para o grupo condutor e a gente contava com o suporte deles, e na medida do possível estava tudo sendo praticado, sendo cumprido, né!? Mas agora eu não sei, eu não conheço o grupo que está lá, de gestor, tem secretário novo (Entrevistada\_P13).

### 6.5.2 Autonomia

Sobre o tema da *autonomia dos agentes*, os resultados encontrados podem ser analisados em referência trabalho de Silva Filho (2013), que identifica três tipos de autonomia: a substantiva, a técnica e a objetiva. A primeira se refere ao controle sobre a escolha de qual tarefa será desempenhada, quando, como e sobre quais objetivos. A autonomia técnica diz respeito ao controle dos processos de produção e do ritmo de execução das tarefas. Já a autonomia objetiva trata da liberdade para cumprir a missão, ou seja, a autonomia para desempenhar suas atribuições sem ser forçado a interrompê-lo, comum em situações de escassez de recursos, funções extremamente padronizadas, jogos de poder, dentre outras.

**A presença de autonomia técnica foi um fator positivado, permitindo que a implementação ocorresse em um ambiente mais adaptado às realidades dos territórios e das pessoas.** Os agentes da rede relatam possuir autonomia principalmente, sobre os processos dos produtos e os ritmos de execução das tarefas. Ela é exercida na adequação metodológica dos *workshops* pelos facilitadores, seja pela limitação dos recursos técnicos, seja pelo número de participantes, ou pelo nível de engajamento e preferência dos profissionais de saúde e, principalmente, para facilitar a compreensão dos conteúdos.

Não tinha como dar conteúdo **sem mudar alguma dinâmica** que às vezes assim, não fizesse muito sentido. A gente tinha às vezes alguma outra dinâmica que seria mais interessante (Entrevistada\_P10, grifo nosso).

Após recebermos um retorno do gestor do município de que os participantes, especialmente os de nível médio e fundamental, não estavam compreendendo o conteúdo, **decidimos alterar a metodologia proposta** (Relatório\_P71, grifo nosso).

A metodologia de leitura em roda com todos os participantes ao mesmo tempo tem demonstrado ser cansativa e não tem prendido a atenção dos participantes, então optamos por dividi-los em grupos menores para a leitura e a discussão das perguntas disparadoras e posteriormente discutiram o assunto com os demais membros (Relatório\_P95).

**Já a autonomia substantiva mostrou-se deficitária, dessensibilizando a busca por soluções e a adequações frente às realidades dos territórios.** Os discursos apontam para um baixo grau de autonomia substantiva, mantendo relação com a execução dos padrões estabelecidos para cumprimento das tarefas e adequações dos instrumentos para a realidade do território mineiro.

Por exemplo, deveríamos ter as placas todas as placas indicativas do serviço. Isso era um desgaste tremendo porque eu não tenho dinheiro para fazer isso e eles colocavam que eu tinha que fazer. Outro exemplo o meu mapa, eu tenho um mapa pequeno de papel, as minhas placas algumas são de papel. Então não é na placa grande como eles dizem que tem que ser eu não tenho condição de fazer, mas, eu tenho ele impresso como tem que ser, com todos os profissionais com carga horária. Para mim a informação estava lá, estava divulgada, estava disponível, só não estava da forma como eles querem que sejam. E aí? Isso é passível de ser realizado da forma como eles querem? Não. Mas está passível de ser entendido? A comunicação está sendo passada? Está. Então algumas coisas desse tipo fogem da nossa alçada, foge até de a gente conseguir, porque simplesmente não dá (Entrevista\_P6).

## 6.6 Monitoramento

A **percepção dos agentes quanto ao monitoramento<sup>15</sup>, foi como um momento “cansativo”** (Entrevistadas\_P4, Entrevistada\_P5, Entrevistada\_P6), principalmente, no que se refere ao preenchimento do Diagnóstico da Rede de Atenção à Saúde. Esse instrumento é respondido pelos tutores e pela equipe, e tem como objetivo fornecer indicativos quanto à evolução das mudanças dos processos. São 259 perguntas para a APS e 256 perguntas para a AAE (figura 6 do capítulo 3), em respostas fechadas com os termos “concluído”, “não concluído” ou “parcialmente”. Embora extensivo, o diagnóstico tem como objetivo criar indicativos do desenvolvimento municipal e exteriorizar os gargalos e pontos de atraso para efetivação das RAS.

Esse momento, é, portanto, importante para o fortalecimento da política de planificação, pois permite medir o grau de implementação da intervenção e os seus efeitos *in loco*. Assim, monitorar e avaliar as ações implementadas e não implementadas é uma ampla necessidade para assegurar a consolidação do modelo nos municípios, entretanto, **há uma carência dos agentes na compreensão da**

---

<sup>15</sup> Esse momento é conduzido junto às equipes nas tutorias e tem como objetivo levantar dados acerca da Rede de Atenção à Saúde, sendo conduzido pelo tutor.

**importância desse momento e dos seus efeitos sobre a política**, o mesmo observado quanto aos instrumentos das rotinas de trabalho.

Aquilo lá era cansativo, era cansativo, a hora que eu sentava com as meninas para, e elas falavam: a não, lá vem esse negócio de novo?!  
(Entrevistada\_P5)

## 6.7 Síntese dos achados da avaliação

Diante da densidade de informação presente nesse capítulo, serão sistematizados no quadro abaixo os resultados associados às sugestões de aprimoramento.

Quadro 5 – Quadro síntese: desafios nas unidades de saúde

<b>Questões/desafios identificados</b>	<b>Sugestões de aprimoramento</b>
<b>Perfil</b>	
Resistência à mudança por parte da população local.	Estratégias educacionais com a comunidade assistida; Envolvimento do Conselho Municipal de Saúde na implementação do projeto.
Unidades de saúde sem a figura da gerência	Estabelecer atribuições ou tarefas de coordenação e gerência entre os demais profissionais da unidade
<b>Adesão, receptividade e expansão</b>	
Baixo envolvimento e participação dos profissionais	Estratégias que ampliem o fluxo de comunicação com os profissionais de saúde; Adoção, preferencialmente, por metodologias mais participativas.
Resistência à mudança	Estratégias de comunicação que amplie o canal de dúvidas dos agentes; Incorporação de estratégias em que os agentes exponham suas ansiedades e frustrações.
Baixo índice de iniciativas de expansão interna e/ou iniciativas frustradas	Reforço educacional junto aos gestores quanto ao perfil indicado para tutores do projeto a fim de atrair profissionais proativos e com espírito de liderança; Sensibilização dos gestores sobre à expansão interna; Estratégias de divulgação e marketing para outras unidades de saúde a fim de revelar possíveis lideranças internas.

Incorporação das mudanças corrompida devido ao surgimento da Pandemia da Covid-19	Repescagem dos conteúdos já ministrados.
Didática dos materiais incompatíveis com diferentes níveis educacionais	Readequação dos materiais didáticos, com a inclusão dos atores na construção do novo formato.
Práticas exaustivas	Readequação das técnicas pedagógicas.
Inexistência de interação entre facilitadores e tutores	Instituição de práticas e atividades compartilhadas entre os atores; Estimular e facilitar a participação dos facilitadores nas tutorias municipais.
Não assimilação dos objetivos dos instrumentos	Incorporar aos encontros formativos os objetivos e a importância de cada instrumento.
<b>Recursos Humanos</b>	
Insegurança técnica dos facilitadores	Ampliação da agenda de capacitação desses profissionais; Incluir momentos de <i>feedback</i> e trocas de experiências entre profissionais.
Rotatividade no quadro de funcionários públicos municipais	Valorização profissional e incentivo à fixação do trabalho; Sensibilização da gestão municipal.
Dupla carga de serviços	Defesa da agenda protegida; Disponibilização de um profissional exclusivo ao projeto.
<b>Informação, Infraestrutura e Instrumento de gestão</b>	
Comunicação verticalizada e ausência de <i>feedback</i> aos profissionais	Inclusão de práticas de <i>feedback</i> e aproximação com os agentes;
Incompreensão dos processos operacionais e de agenda do projeto	Reestruturação da forma de apresentação das informações.
Envolvimento de agentes externos ao projeto deficitário	Incorporação de estratégias de divulgação e sensibilização dos atores.
Sinais de uma política pouco regionalizada	Incorporação das Regionais de Saúde no projeto.
Falta de investimento financeiro	Educação dos atores (políticos e da comunidade) quanto à importância do fortalecimento da APS.
<b>Governança</b>	
Dificuldade de mobilização da gestão	Estratégias de sensibilização dos gestores, envolvendo outras instituições como COSEMS, Conselho Municipal de Saúde e lideranças comunitárias.

Mudança dos gestores municipais	Plano de contato e sensibilização após novas eleições municipais.
Autonomia substantiva deficitária	Envolvimento dos agentes nas discursões adaptações e discussões dos matérias didáticos e dos instrumentos.
<b>Monitoramento</b>	
Monitoramento como um trabalho estafante.	Estratégias educacionais que fomentem o aprendizado quanto aos benefícios e objetivos do monitoramento.

Fonte: elaboração própria.

Observa-se que em face do apresentado nesse capítulo, a complexidade do projeto se confirma. Entre os achados, os dados de maior incidência se assemelham com aqueles tratados no referencial teórico desse trabalho, entre eles, os temas da gestão, dos recursos humanos, da participação, da resistência à mudança e do acesso ao usuário.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de planificação do SUS tem ganhado força nos últimos anos como estratégia de desenvolvimento da Redes de Atenção à Saúde (RAS) a fim de superar a fragmentação do sistema e aperfeiçoar a operacionalização da assistência em saúde. O Saúde em Rede, projeto da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, é uma estratégia que visa desenvolver o modelo no estado e encontra vários desafios frente à complexidade da planificação.

Viu-se ao longo deste trabalho que a planificação responde a um problema social de grande relevância. A resposta que a planificação dá é organizar a articulação das redes de atenção à saúde a fim de garantir um acesso à saúde em sua totalidade.

O Saúde em Rede é um projeto complexo porque conta com uma estrutura de governança robusta que tem como objetivo promover mudança em todo o território mineiro, desenvolvendo práticas com a finalidade de gerar valor ao cidadão. Sua etapa piloto, foco da avaliação, se desenvolve sobre circunstâncias distintas, como a ocorrência da Pandemia da Covid-19 e a parceria com uma instituição não governamental.

A avaliação de implementação do Saúde em Rede se baseou em dimensões avaliativas comumente aplicadas em estudos similares, destacando aspectos do processo de execução que podem evidenciar nós críticos e entraves concretos. A triangulação de fonte de dados (entrevistas e documentos) foi útil para diversificar o *corpus* de evidências sobre as percepções dos agentes envolvidos acerca de sua experiência na execução do projeto, que indica os elementos desafiadores à implementação do projeto.

Dos resultados da avaliação, alguns pontos críticos das cinco dimensões avaliadas merecem destaque. O *apoio e mobilização da gestão municipal* mostrou-se uma variável fundamental para o sucesso tanto à implementação quanto à consolidação das mudanças nos processos de trabalho da APS nos territórios. Para lidar com esse nó crítico, há a necessidade de sensibilização das autoridades, principalmente após a mudança do quadro funcional decorrente de mudança de gestão. Estruturar um modelo de diálogo permanente com a gestão e uma rede de contato direto são possíveis estratégias que permitem criar uma maior proximidade com esses atores e a sustentabilidade das mudanças na forma de realizar a APS.

Outro ponto de atenção é o *não envolvimento de atores fundamentais*, como o legislativo, setores estratégicos, chefias imediatas, conselhos municipais de saúde e a comunidade. Isso dificulta a construção de uma rede de apoio e vínculos entre serviços e atores, basilar para a operação do modelo de planificação. Neste sentido, a *tímida participação das Regionais de Saúde* também se mostrou como um ponto de fragilidade. Sugere-se que o envolvimento desses atores deixe de ser uma sugestão/tarefa e seja considerado uma prioridade, incorporando-se ao escopo do projeto. Além disso, pela proximidade com o território, é importante estruturar o projeto situando a Regional de Saúde como protagonista do projeto

Outro entrave identificado pela avaliação é a *ausência de um espaço mais próximo entre os agentes* (facilitadores, tutores e coordenação), já que se entende que o compartilhamento das experiências é importante para prática, o apoio e a escuta são fundamentais para o sucesso da implementação, tornando essencial a criação de canais de escuta e *feedback* com esses profissionais e entre profissionais.

Do ponto de vista do engajamento e participação dos profissionais, observou-se uma atitude de *resistência à mudança* pelos profissionais envolvidos, associada tanto ao medo do desconhecido trazido pelo modelo de planificação, quanto à descrença e desconfiança da sua aplicação perene, levando à desmotivação com a mudança, como ainda à memória de experiências prévias malsucedidas. Em relação à descrença e memória prévia, a *alusão ao Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde* (PDAPS) foi recorrente, no sentido de uma iniciativa governamental frustrada. Percepções dessa mesma frustração se repetiu com o Saúde em Rede e fragilizaram a implantação do projeto, já que afetam o investimento de tempo, recursos humanos e materiais. Como estratégia de aprimoramento, indica-se a ampliação do canal de comunicação com os profissionais de saúde e construção de técnica da gestão da mudança.

Outro nó crítico é a *barreira de acesso imposta pela linguagem técnica e acadêmica dos materiais didáticos* do projeto. Já que o modelo da planificação é estruturado entendendo que todos os profissionais da unidade de saúde fazem parte da assistência à saúde e contribuem para a estratégia de humanização do atendimento, é importante considerar os diferentes níveis educacionais existentes em uma unidade. São motoristas, porteiros, recepcionistas, agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos acessando o mesmo conteúdo, pelo mesmo objetivo.

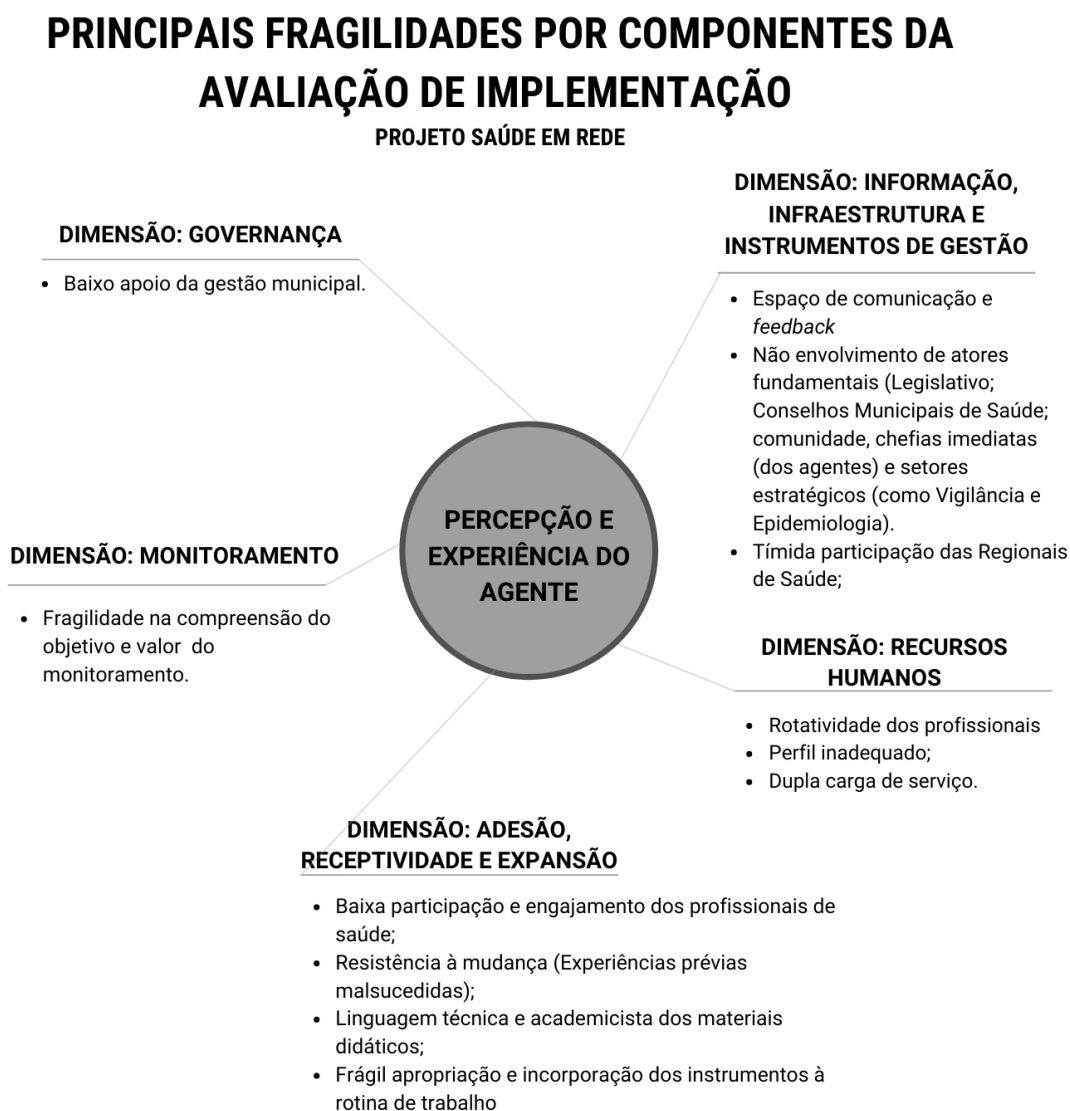
Nesse caso, faz-se necessário uma readequação do material a fim de proporcionar a inclusão de todos os profissionais.

Outra observação é a *frágil apropriação e incorporação dos instrumentos à rotina de trabalho* dos profissionais, o que parece estar relacionado a dificuldades de assimilação de suas funções. Os profissionais aprendem a operacionalizar os instrumentos e cumprem a tarefa de realizá-los no momento indicado, entretanto, em um sistema dinâmico cuja realidade está em permanente transformação, os instrumentos também devem ser revisitados e incluídos na rotina do dia a dia desses profissionais. Sugere-se ampliar as ações de treinamento e orientação desses profissionais, para além do modo como tem sido operado, enfatizando os objetivos, as funcionalidades, a importância e aplicabilidade desses instrumentos nas práticas profissionais.

Na dimensão avaliativa de recursos humanos três pontos são destacados: *o perfil dos tutores; a rotatividade de profissionais e a dupla carga de serviço*. Em relação ao perfil, foi observado uma relação estrita entre o engajamento e a afinidade pela temática com o grau de adesão e iniciativas de expansão interna. Diante das livres nomeações pela gestão municipal, fica claro a necessidade de sensibilizar os gestores quanto a escolha do profissional que irá conduzir as mudanças nos territórios.

A rotatividade dos profissionais também é um desafio à implementação, na medida em que fragiliza o projeto pela não incorporação definitiva das mudanças organizacionais. Unido a isso, há ainda o excesso de trabalho para os agentes, que tem que conciliar as atividades de rotina do cargo com as demandas exigidas nas atividades do Saúde em Rede, tornando-se uma tarefa exaustiva. A médio prazo, o apoio da gestão municipal torna-se essencial a fim de conscientizá-los quanto aos recorrentes dessas mudanças. A curto prazo, é importante estruturar uma repescagem para esses novos profissionais. É importante também, que a adoção da agenda protegida e a proteção pelo cumprimento estrito do horário de trabalho sejam plenamente garantidas para o profissional. A Figura 11 apresenta a síntese dos resultados da avaliação.

Figura 11 - Síntese dos principais achados da avaliação



Fonte: Elaboração própria

Por fim, espera-se que os gestores da SES-MG e da SBIBAE se atentem a esses resultados e que por eles novas dinâmicas surjam.

Para aqueles que pretendem avaliar o modelo, devem considerar o fato de ser uma política de âmbito nacional. Diante disso, urge a proposição de uma estratégia que seja socialmente referenciada e capaz de se sobrepor a lógica de homogeneização territorial. Propõe-se que avaliações como essa observem a importância de se considerar a diversidade dos lugares e de todos os usuários, profissionais e agentes operadores que estão implicados na implementação do Saúde em Rede.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J. **Avaliação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais**. 2016. 276 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

AIRES, L. Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional. **Universidade Aberta**, Lisboa, p. 1-70, 2011. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/2028>. Acesso em: 10 set. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa: [s. n.], 1977.

BONIFÁCIO, G.; GUIMARÃES, R. Projeções Populacionais por idade e sexo para o Brasil até 2100. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA**, Rio de Janeiro, p. 1-65, 2021. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_2698.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2698.pdf). Acesso em: 19 nov. 2021.

BOULLOSA, R. F; OLIVEIRA, B. R; ARAÚJO, E. T; GUSSI, A. F. Por um antimanual de avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Avaliação**, Rio de Janeiro, p. 1-16, vol.10, n.1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/rbaval202110005>. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em 10 out. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 19 nov. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. **Previne Brasil - Novo modelo de financiamento para a APS**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 10 nov. 2021

CHOMATAS, E.; VIGO, A.; MARTY, I.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828>. Acesso em: 10 set. 2021.

COSTA, S. M. *et al.* Processo de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária

à Saúde no norte de Minas Gerais, Brasil: fragilidades e potencialidades. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, 2011. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/274/243>. Acesso em: 10 set. 2021.

DANTAS, T. C. C; MELO, M. L. C. O trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 3, p. 494-499, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8w6bYK5dfFws7RJPFJVGfws/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021

DOMINGUEZ, B. Universalidade: o necessário resgate de um sentido perdido. **Radis**, São Paulo, n. 127, p. 16-19, 2013. Disponível em: [https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis127\\_web.pdf](https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis127_web.pdf). Acesso em: 14 nov. 2021.

DRAIBE, S. M. **Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: [s. n.], 2001.

ELIAS, P. E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>. Acesso em 10 set. 2021.

ETIOPATOGENIA. *In*: Priberam: dicionário. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/etiopatogenia>. Acesso em: 21 nov. 2021

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, p. 43-67, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39171/2/Modelos%20de%20Aten%c3%a7%c3%a3o%20-%20Aten%c3%a7%c3%a3o%20Prim%c3%a1ria%20%c3%a0%20Sa%c3%bade.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2021.

FILHO, L. O. S. **A autonomia do servidor público no Brasil**. Rio de Janeiro, 2013. 158 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Empresarial) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2013.

FRENK, J.; *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washigton, p. 16-19, 1991. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16560/v111n6p485.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 out. 2021.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00118816>. Acesso em: 16 nov. 2021.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 out. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00029818>. Acesso em: 16 nov. 2021.

GODOY, A. S. Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57 - 63, 1 abr. 1995.

HERNANDEZ, J. M. da C.; CALDAS, M. P. Resistência à mudança: uma revisão crítica. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 31-45, 2001.

HOSPITAIS PROADI-SUS. **A organização da Atenção Ambulatorial Especializada em rede com a Atenção Primária À Saúde**. São Paulo: Hospitais Proadi-SUS, 2018. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/25/planificasus>. Acesso em: 20 nov. 2021

JANNUZZI, P. M. Eficiência econômica, eficácia procedural ou efetividade social: Três valores em disputa na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. **Desenvolvimento em Debate**, Rio de Janeiro: [s. n.], 2016. 117 - 142 p. v. 4.

JANNUZZI, P. M. A implementação no centro da Avaliação de Políticas Públicas. **Revista Aval**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 17, 2019.

KLUBER, T. E. Atlas/t.i. como instrumento de análise em pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica. **ETD - Educação Temática Digital**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 5 - 23, 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/1326>. Acesso em: 29 out. 2021.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, p. 867-874, 2011.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Análise de Políticas Públicas. *In*: FERNANDES, R. M C.; HELLMANN, A. (org.). **Dicionário Crítico: Política de Assistência Social no Brasil**. 1. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2016. cap. 3, p. 18-21.

MARGOTO, G; COLOMBO, R. C. R; GALLANI, M. C. B. J. Características clínicas e psicossociais do paciente com insuficiência cardíaca que interna por descompensação clínica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100006>. Acesso em: 10 ago. 2021

MARQUES, A. J. S. *et al.* Os 20 anos do SUS e as conquistas recentes em Minas Gerais. **O Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais**. Minas Gerais, p. 11 - 308, 10 jul. 2009. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/choque\\_gestao\\_saude\\_minas\\_gerais.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/choque_gestao_saude_minas_gerais.pdf). Acesso em: 14 nov. 2021.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. [s. n.] Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. [s. n.] Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015.

MENDES, E. V. A Planificação da Atenção à Saúde. **Revista Consensus**, Goiás, p. 6 - 11, 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Projeto Estratégico - Saúde em Rede: Organizar e Integrar**, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/saudeemrede>>. Acesso em: 24 abr. 2021.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/1\\_noticias/10\\_2020/2\\_out-nov-dez/28-10\\_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS\\_PDRMG.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf). Acesso em 10 set. 2021.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.936, de maio de 2019**. Institui o Grupo Condutor da Planificação da Atenção à Saúde (GCPAS), no âmbito do Estado de Minas Gerais, e regulamenta o seu funcionamento. Belo Horizonte: 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.051**, de 13 de novembro de 2019. Diário Oficial [do] Estado de Minas Gerais: Caderno 1 - Diário do Executivo, Belo Horizonte, ano 127, n. 224, p. 27, 13 nov. 2019.

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública. **Guia das Oficinas Tutoriais na Atenção Primária à Saúde (APS)**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2021.

NUNES L. O. *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Rev Panamericana de Salud Publica**, n. 42, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>. Acesso em: 15 out. 2021

OLIVEIRA, B. R. de; OLIVEIRA, A. C. P. de; JORGE, G. M. dos S.; COELHO, J. I. F. Implementação da educação remota em tempos de pandemia: análise da experiência do Estado de Minas Gerais. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 16, n. 1, p. 84–106, 2021. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/13928>. Acesso em: 22 nov. 2021.

OLIVEIRA, B. R.; GUSSI, A. F. Políticas públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. **Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas**, Madrid, p. 1 - 12, 2016.

OLIVEIRA, D. C. Análise do Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. **Organización Panamericana de la Salud**, Washington, n. 4, p. 3-102, 2010. Disponível:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 nov. 2021

PIERANTON, C. R.; VIANNA, A. L. Avaliação de Processo na Implementação de Políticas Públicas: a Implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS) no Contexto das Reformas Setoriais. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 59-92, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312003000100004>. Acesso em: 6 set. 2021.

PREMOLI, M. V. Z.; CIRINO, J. F. Avaliação de processo em políticas e programas públicos: o caso do programa de microcrédito Nossocrédito – ES. **Planejamento e políticas públicas - PPP**, Brasília, n. 42, p. 271-300, 2014. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/303/326>. Acesso em: 30 set. 2021.

RABELO-SILVA, E. R. *et al.* Fatores precipitantes de descompensação da insuficiência cardíaca relacionados a adesão ao tratamento: estudo multicêntrico-EMBRACE. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 39, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170292>. Acesso em: 10 ago. 2021

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, p. 1271-1294, 2012.

ROCHA, P. de M. *et al.* Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 69-78, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300012>. Acesso em: 20 nov. 2021

ROSA, J. G. L. da. *et al.* **Políticas Públicas**: introdução. 1 ed. Jacarta, Porto Alegre: 2021.

RUA, M. G. **Análise de políticas públicas**: conceitos básicos. Mimeografado, 1998.

RUA, M. G. **Políticas públicas**. Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

SBIBAE. **Workshop 1**: A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. Hospital Israelita Albert Einstein: São Paulo, 2019. Disponível em:

[https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria\\_etapa1\\_aps\\_guiia\\_workshop.pdf](https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa1_aps_guiia_workshop.pdf). Acesso em: 10 set. 2021

SBIBAE. **Guia para a Oficina Tutorial**. Hospital Israelita Albert Einstein: São Paulo, 2020. Disponível em: [https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria\\_etapa1\\_aps\\_guiia.pdf](https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa1_aps_guiia.pdf). Acesso em: 10 set. 2021

SCHRAMM, J. M. de A *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>. Acesso em 20 out. 2021

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos**. 2ª Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 38, p.94-108, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>. Acesso em 14 out. 2021

SILVA, L. R. C.; DAMACENO, A. D.; MARTINS, M. C. R.; SOBRAL, K. M.; FARIAS, I. M. S. Pesquisa documental: alternativa investigativa na atuação docente. **IX Congresso Nacional de Educação - EDUCERE, III Encontro brasileiro de psicopedagogia**, Paraná, p. 4555 - 4565, 2009. Disponível em: [http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/3124\\_1712.pdf](http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/3124_1712.pdf). Acesso em: 11 out. 2021.

SILVA, L. A.; LEÃO, M. B. C. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciência & Educação (Bauru)**, Bauru, p. 715 - 728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011>. Acesso em: 29 out. 2021.

SILVA, P. L. B., MELO, M. A. B. O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: Características e Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos. **Caderno de Pesquisa**. Campinas, NEPP, UNICAMP. n. 48, 2000. Disponível em: [https://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula\\_22.pdf](https://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf). Acesso em: 21 abr. 2021.

SOARES, V. B.; DARBILLY, L. V. C.; VIEIRA, M. M. F. O choque de gestão em Minas Gerais: uma análise a partir do paradigma multidimensional de Benno Sander. **Encontro de Administração Pública e Governança**. Vitória, p. 1 - 12, 2021. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enapg490.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.

SOLLA, J.; CHIORO, A.; GIOVANELLA, L. Atenção ambulatorial especializada. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil 2**, Rio de Janeiro, p. 547 - 576, 2012.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v.8, n. 16, p. 20-45, 2006

THOENIG, J.C. A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 54-71, 2014. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/325>. Acesso em: 24 out. 2021.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000300005>. Acesso de 20 out. 2021

VAN STRALEN, T. B. de S.; BELISÁRIO, S. A.; VAN STRALEN, C. J.; LIMA, A. M. D.; MASSOTE, A. W.; OLIVEIRA, C. di L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 148-158, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>. Acesso em: 10 set. 2021.

VIANA, A.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008.

ZANI, F. B.; COSTA, F. L. da. Avaliação da implementação do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar - novas perspectivas de análise. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 889-912, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121555>. Acesso em: 10 set. 2021.

## **APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semi-estruturada aplicada aos tutores do projeto**

### **1. Identificação**

Nome:

Fale um pouco sobre seu cargo e sua função:

Quanto tempo você está no projeto:

### **2. Conhecimentos gerais e experiência sobre o Projeto Saúde em Rede**

- a. Conte um pouco sobre o que você sabe do projeto.
- b. Quais são as suas atribuições no projeto?
- c. Como é sua experiência com o projeto e como você se sente operacionalizando o projeto?

### **3. Dimensões da avaliação de implementação do projeto Saúde em Rede**

#### *3.1 Experiência e percepções sobre a implementação*

- a. Como foi a implementação do projeto?
- b. Como você vê sua participação como agente executor/implementador do projeto? E como você se sente em relação a ele?
- c. Quais foram os desafios e dificuldades para a implementação do projeto e por quê? O que facilitou o processo de implementação e por quê?

#### *3.2 Infraestrutura, Monitoramento e Metodologia*

- a. As informações recebidas nas Formações foram suficientes para aplicar as tutorias? O que você tem a dizer sobre as Formações?
- b. Quais as ferramentas e os instrumentos de gestão existentes no projeto e o que você tem a dizer sobre eles?
- c. Como e quando você registra as informações nas Plataforma do Planifica? Depois de registrado você tem o hábito de acompanhar os registros?

#### *3.3 Governança*

- a. Em casos de dúvidas ou em casos em que há necessidade de uma mudança na execução do projeto, o que você faz?
- b. Como você percebe a relação com a Coordenação do projeto?
- c. No seu ponto de vista, como as decisões são tomadas?

d. O projeto sobre adaptações durante sua implementação? E em quais contextos e em quais razões? Quais pessoas estão envolvidas nessas adequações?

#### *3.4 Receptividade, adesão e replicação*

a. Sobre o seu ponto de vista, como o projeto foi recebido na unidade?

b. O que tem sido feito para que o projeto cresça em outras unidades?

#### **4. Sugestões**

a. O que você acha que poderia ser feito para melhorar a implementação do projeto nas unidades?

b. Você acha que existe a necessidade de alguma mudança ou adaptação no processo de implementação do projeto?

## **APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista semi-estruturada aplicada aos Facilitadores do projeto**

### **1. Identificação**

Nome:

Fale um pouco sobre seu cargo e sua função:

Quanto tempo você está no projeto:

### **2. Conhecimentos gerais e experiência sobre o Projeto Saúde em Rede**

- a. Conte um pouco sobre o que você sabe do projeto.
- b. Quais são as suas atribuições no projeto?
- c. Como é sua experiência com o projeto e como você se sente operacionalizando o projeto?

### **3. Dimensões da avaliação de implementação do projeto Saúde em Rede**

#### *3.1 Experiência e percepções sobre a implementação*

- a. Como foi a implementação do projeto?
- b. Como você vê sua participação como agente executor/implementador do projeto? E como você se sente em relação a ele?
- c. Quais foram os desafios e dificuldades para a implementação do projeto e por quê? O que facilitou o processo de implementação e por quê?

#### *3.2 Infraestrutura, Monitoramento e Metodologia*

- a. As informações recebidas foram suficientes para aplicar as formações? O que você tem a dizer sobre sua capacitação?
- b. Quais as ferramentas e os instrumentos de gestão existentes no projeto e o que você tem a dizer sobre eles?
- c. O que você tem a dizer sobre o dia do monitoramento?
- d. Você tem o hábito de acompanhar os registros na Plataforma do Planifica e como você aplica essa informação no dia a dia do projeto?

#### *3.3 Governança*

- a. Em casos de dúvidas ou em casos em que há necessidade de uma mudança na execução do projeto, o que você faz?
- b. Como você percebe a relação com a Coordenação do projeto?
- c. No seu ponto de vista, como as decisões são tomadas?

d. O projeto sobre adaptações durante sua implementação? E em quais contextos e em quais razões? Quais pessoas estão envolvidas nessas adequações?

#### *3.4 Receptividade, adesão e replicação*

a. Sobre o seu ponto de vista, como o projeto foi recebido na unidade?

b. O que tem sido feito para que o projeto cresça em outras unidades?

#### **4. Sugestões**

a. O que você acha que poderia ser feito para melhor a implementação do projeto nas unidades?

b. Você acha que existe a necessidade de alguma mudança ou adaptação no processo de implementação do projeto?

## **APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista semi-estruturada aplicada aos Analistas do projeto**

### **1. Identificação**

Nome:

Fale um pouco sobre seu cargo e sua função:

Quanto tempo você está no projeto:

### **2. Conhecimentos gerais e experiência sobre o Projeto Saúde em Rede**

- a. Conte um pouco sobre o que você sabe do projeto.
- b. Quais são as suas atribuições no projeto?
- c. Como é sua experiência com o projeto e como você se sente operacionalizando o projeto?

### **3. Dimensões da avaliação de implementação do projeto Saúde em Rede**

#### *3.1 Experiência e percepções sobre a implementação*

- a. Como foi a implementação do projeto?
- b. Como você vê sua participação como agente executor/implementador do projeto? E como você se sente em relação a ele?
- c. Quais foram os desafios e dificuldades para a implementação do projeto e por quê? O que facilitou o processo de implementação e por quê?

#### *3.2 Infraestrutura, Monitoramento e Metodologia*

- a. O que você tem a dizer sobre a capacitação dos agentes (Facilitadores e Tutores)?
- b. Quais os desafios ou facilitadores existentes no momento da aplicação do projeto nos territórios no que se refere à Formação dos Tutores e nas Tutorias?
- c. Quais as ferramentas e os instrumentos de gestão existentes no projeto e o que você tem a dizer sobre eles?
- d. O que você tem a dizer sobre o dia do monitoramento?
- e. Você tem o hábito de acompanhar os registros na Plataforma do Planifica e como você aplica essa informação no dia a dia do projeto?

#### *3.3 Governança*

- a. Quem são os atores envolvidos na execução o projeto e quais são as atribuições desses atores?
- b. Como funciona a comunicação entre atores e instituições?
- c. Existe um fluxo de comunicação e o que você tem a dizer sobre esse fluxo?

### *3.4 Receptividade, adesão e replicação*

- a. Sobre seu ponto de vista, como o projeto foi recebido nos territórios?
- b. Quais as propostas existentes para replicação do projeto dentro de um dado território e qual a participação da Coordenação nesse processo?

### **4. Sugestões**

- a. O que você acha que poderia ser feito para melhor a implementação do projeto nas unidades?
- b. Você acha que existe a necessidade de alguma mudança ou adaptação no processo de implementação do projeto?

## **APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Gostaria de lhe convidar a participar, de maneira voluntária, da pesquisa denominada “*A implementação do modelo de planificação do SUS no Estado de Minas Gerais: uma análise do projeto Saúde em Rede*”, que tem por objetivo avaliar o processo de implementação do projeto Saúde em Rede da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, especificamente da etapa piloto, com o foco na experiência e percepção do agente.

O estudo é realizado pela pesquisadora Kelly Rayssa Campos Cardoso, sendo coordenado pelo Professor Mestre Marcos Arcanjo de Assis. A pesquisa espera produzir conhecimento que possa ser útil a estudiosos, à sociedade e a Coordenação do projeto Saúde em Rede, para a compreensão e o aperfeiçoamento das discussões e ações nas temáticas sobre implementação de políticas públicas e sobre o modelo de Planificação do SUS.

Caso você concorde, sua participação no estudo será no sentido de participar de uma entrevista que versam sobre processo de implementação do projeto Saúde em Rede, com o foco sobre sua percepção e experiência nessa etapa. As entrevistas serão realizadas online, em formato de teleconferência, gravadas e, posteriormente transcritas, armazenadas e utilizadas pela discente apenas para fins da pesquisa, sem a identificação do participante. Além disso, estará consentindo que seu processo de trabalho seja acompanhado pelo discente.

Você terá sua privacidade respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, te identificar, será mantido em sigilo. Sua imagem não será utilizada para fins de apresentação dos resultados da pesquisa. Também é garantido a você o livre acesso às informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas implicações, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação. Os dados gerados nessa pesquisa ficarão disponíveis para futuros estudos e podem ser utilizados em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente em congressos, mantidas as condições de privacidade e sigilo. Esses dados utilizados na pesquisa são confidenciais e não serão utilizados para outros fins.

A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que você é tratada pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

De acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, não existe pesquisa sem riscos e, no caso deste estudo, os riscos que podem ser associados são: constrangimento ou

desconforto em responder à alguma pergunta da entrevista ou ter o dia a dia de trabalho observado. Para minimizar esses riscos, você pode optar por não responder a determinadas questões e/ou interromper ou desistir da participação em qualquer momento da pesquisa, mesmo que já tenha colaborado de alguma forma para o estudo. Caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização.

Em relação aos benefícios da pesquisa, são eles: a) o preenchimento de uma lacuna no que se refere os processos de implementação de políticas públicas, seja para entender as interações existentes nele ou os estilos de implementação adotados; b) servir de apoio para a Coordenação do Saúde em Rede para execução das próximas Ondas de Expansão do projeto nos municípios; c) assegurar o alcance da aplicabilidade do investimento público na medida em que trata de um análise da implementação de uma política pública e, por fim, d) fornecer uma análise quanto à execução do modelo adotado pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).

Este termo de consentimento será arquivado pela pesquisadora e poderá ser arquivada por você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, ela avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Lembrando que a sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

O prof. Marcos Arcanjo de Assis, da Fundação João Pinheiro, é o coordenador da pesquisa e você poderá manter contato com ele por meio do telefone (31) 8430-2721 e do endereço eletrônico marcos.assis@fjp.mg.gov.br.

---

Eu, ....., ..... anos, documento

de identificação ....., estou sendo convidado/a a participar da pesquisa denominada “*A implementação do modelo de planificação do SUS no Estado de Minas Gerais: uma análise do projeto Saúde em Rede*”, que estuda a implementação do piloto do projeto Saúde em Rede. O estudo é realizado pela pesquisadora Kelly Rayssa Campos Cardoso, sendo coordenado pelo Professor Mestre Marcos Arcanjo de Assis.

Tendo compreendido a natureza, os métodos, riscos, benefícios e objetivos da pesquisa, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, e que tenho o direito de recusar a participação ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Obtive informações sobre o projeto e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Este documento tem duas vias, sendo uma minha e a outra do pesquisador responsável.

- Autorizo a gravação e utilização de imagem para fins acadêmicos
- Não autorizo a gravação e utilização de imagem para fins acadêmicos

---

Nome completo da participante

Data

---

Assinatura do participante

**Nome do pesquisador responsável:** Marcos Arcanjo de Assis  
Endereço: Alameda das Acácias, 70. Fundação João Pinheiro, campus Pampulha (Sala C-428).  
Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31275-150 Telefone: (31) 8430-2721 |  
E-mail: marcos.assis@fjp.mg.gov.br

---

Assinatura do pesquisador responsável

Data

**Nome da Pesquisadora:** Kelly Rayssa Campos Cardoso

Endereço: Rua Aurélio Lopes, 236. Belo Horizonte, MG-Brasil. CEP: 30626002. Telefone:  
(31) 985240280 | E-mail: rayssacdossantos1@gmail.com

---

Assinatura da pesquisadora

Data

Em caso de dúvidas, você poderá consultar a pesquisadora ou a Fundação João Pinheiro, ora representada pelo pesquisador responsável, por meio dos endereços de e-mail citados acima.

## APÊNDICE E – Quadro de apoio para codificação

Códigos	Descrição
<b>DIMENSÃO: ADESÃO, RECEPTIVIDADE E EXPANSÃO</b>	
<b>1. Nessa dimensão estão relacionados indícios acerca da aceitabilidade, disponibilidade e admissão do projeto pelos agentes no momento da implementação. Além de registros sobre a existência ou ausência de replicação do modelo internamente.</b>	
1.1 Participação e engajamento	Discursos que apontam para a existência ou ausência de envolvimento e participação dos agentes no projeto.
1.2 Expansão Interna do modelo	Discursos sobre a ampliação interna do projeto e/ou de iniciativas para isso.
1.3 Variáveis favoráveis à implementação	Discursos próprios que legitimam e variáveis situacionais que atuam como facilitadores da implementação.
1.4 Pandemia	Referências que apontam a pandemia como um elemento de relevância à implementação e os resultados decorrentes.
1.5 Críticas ou aprovação da metodologia	Discursos contrários ao a favor da metodologia utilizada.
1.6 Operacionalização e/ou incorporação dos instrumentos	Relatos que apontam certa fragilidade para operacionalizar os instrumentos próprios da metodologia.
<b>DIMENSÃO: RECURSOS HUMANOS</b>	
<b>2. Nessa dimensão são expostos variáveis que dizem respeito à gestão de pessoas.</b>	
2.1 Condições de trabalho	Codificação que envolva todas as questões relacionadas as formas de trabalho

---

2.2 Capacitação

Referências sobre as capacitações e seus elementos constitutivos.

### **DIMENSÃO INFORMAÇÃO, INFRAESTRUTURA E INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

**3. Nessa dimensão estão relacionados os aspectos que envolvem os canais e fluxos de informações existentes, a infraestrutura disponível, as ferramentas utilizadas.**

3.1 Comunicação e relações institucionais

Discursos que descrevem os canais, fluxos e ruídos de comunicação existentes entre atores e as relações institucionais. Se estão existentes ou não.

3.2 Recursos escassos e financiamento estadual

Codificação que envolva o discurso quanto ao recurso financeiro.

### **DIMENSÃO GOVERNANÇA**

**4. Nessa dimensão são registradas as relações entre atores, gerências e instituições: suas fragilidades, potencialidades e considerações acerca desse componente. Registros acerca da autonomia dos agentes.**

4.1 Gestão Municipal

Nessa codificação são indicados os discursos que apontam a presença ou ausência do suporte da gestão local para execução do projeto e seus encaminhamentos.

4.2 Autonomia do agente

Grau de autonomia na prática do agente executor. São registrados tantos aspectos os discursos que apontam os indícios de presença quanto de ausência dessa temática.

### **DIMENSÃO MONITORAMENTO**

**5. Registros sobre o monitoramento do projeto: sua execução, ferramentas, percepção dos agentes, forma de desenvolvimento dessa ação.**

5.1 Monitoramento

Todos os apontamentos que dizem ao momento do monitoramento do projeto.

---



## ANEXO B - QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

(Modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. Análise do Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. *Revista Enfermagem UERJ*. 2008)

Identificação da Pesquisa:

Nº Páginas Analisadas:

<b>2</b> TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	<b>4</b> Nº UR/TEMA	<b>6</b> % UR/TEMA	<b>7</b> CATEGORIAS	<b>8</b> Nº UR / CATEGORIA	<b>9</b> % UR / CATEGORIA	<b>10</b> OBSERVAÇÕES
TOTAL UR						