



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

**PLANIFICASUS COMO INSTRUMENTO PARA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL
ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
UMA ANÁLISE A PARTIR DOS PARÂMETROS
DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ**

CARLA JORDANA DA SILVA PEREIRA

Foz do Iguaçu
2024



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS
DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

**PLANIFICASUS COMO INSTRUMENTO PARA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL
ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
UMA ANÁLISE A PARTIR DOS PARÂMETROS
DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ**

CARLA JORDANA DA SILVA PEREIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Giuliano Silveira Derrosso.

Foz do Iguaçu
2024

Carla Jordana da Silva Pereira

**PLANIFICASUS COMO INSTRUMENTO PARA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL
ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
UMA ANÁLISE A PARTIR DOS PARÂMETROS
DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Profº. Drº. Giuliano Silveira Derrosso.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Carmen Justina Gamarra
UNILA

Profº. Drº. Carlos Guilherme Meister Arenhart
UNILA

Profª. Drª. Regiane Bezerra Campos
UNILA

Foz do Iguaçu, 14 de outubro de 2024.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Carla Jordana da Silva Pereira

Curso: Bacharelado em Saúde Coletiva

	Tipo de Documento
(..X..) graduação	(.....) artigo
(.....) especialização	(..X..) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais

Título do trabalho acadêmico: PlanificaSUS como instrumento para a consolidação da Atenção Primária à Saúde e reorganização da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde: uma análise a partir dos parâmetros da 4ª Região de Saúde do Paraná

Nome do orientador(a): Profº. Drº. Giuliano Silveira Derrosso

Data da Defesa: 14 / 10 / 2024

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 14 de outubro de 2024.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a minha mãe, Iélita, minha fonte de inspiração. Seu amor incondicional e apoio foram fundamentais para cada fase da minha trajetória. Sou eternamente grata por tudo que fez e faz por mim, e, por ser meu maior exemplo de força, determinação e persistência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me fortalecer e amparar ao longo dos anos, por renovar minhas forças para seguir em frente e por ser meu alívio nos momentos de tribulação.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Giuliano, pelo constante apoio, orientação, incentivo, paciência e, sobretudo, amizade durante o desenvolvimento deste trabalho e da graduação.

Aos membros da banca examinadora, por aceitarem o convite para avaliar meu trabalho. Suas contribuições e sugestões me ajudaram a enriquecer minha pesquisa.

Aos enfermeiros, Walter e Érica, pela disposição, carinho e por estarem sempre solícitos em me auxiliar.

À minha família, meus irmãos, tia, avó, e sobrinhos, pela compreensão durante minha trajetória acadêmica, pelos momentos de lazer, e pelo amparo nos momentos de dificuldades. Em especial aos meus pais, que “sob muito sol, fizeram-me chegar até aqui, na sombra”, com muito esforço e dedicação me guiaram e sustentaram até aqui. Pai e mãe, obrigada pela paciência, exortações e acolhimento.

As minhas amigas, que considero como irmãs, Guida, Geíza, Livia, Juliane, Francieli, Lidia, Estela, Jordana e Dunia pelos momentos de descontração, pelas palavras de encorajamento, e pela verdadeira e sincera amizade.

Aos colegas de curso, dentre eles os que mais me apoiaram durante essa trajetória, Natalia, Thayna, Lucas, Isaac e Vitória. Em especial, a minha dupla e parceira de todas as horas, Cassia, quem esteve comigo nas horas mais difíceis, quem aguentou minhas reclamações e surtos, quem sempre me encorajou a persistir, sem ela, com certeza minha trajetória na graduação não seria a mesma! Nossos momentos de descontração e risadas sem fim tornaram essa jornada mais leve e divertida. Neste momento de encerramento de ciclo, percebo que, para as novas etapas que virão quero estar ao lado desta grande amiga a qual a Universidade me presenteou, para que, novamente, possamos enfrentar novos desafios juntas, como sempre fizemos. Cassia, obrigada por ser quem você é, por acreditar no meu potencial e por sempre se fazer presente.

A todos, com carinho e amor, o meu mais sincero agradecimento!

*O SUS não deve ser visto como um problema sem
solução, mas como uma solução com problemas.*
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

RESUMO

A presente proposta de pesquisa teve por objetivo descrever o funcionamento e a finalidade do PlanificaSUS, projeto que estimula a educação permanente, uma estratégia de qualificação dos profissionais, o qual é proporcionado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com parceria do Ministério da Saúde (MS) junto ao Hospital Israelita Albert Einstein. O estudo buscou abordar a contribuição do projeto para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) e reorganização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), referentes às Redes de Atenção em Saúde (RAS), e ainda, exemplificou as temáticas que regem o PlanificaSUS. Para realização desta pesquisa foi traçado um objetivo geral, que seria: analisar e compreender os processos que formulam o PlanificaSUS; e os resultados alcançados a partir da perspectiva dos profissionais da 4ª Região de Saúde do Paraná. A metodologia baseou-se na pesquisa qualitativa e documental, e contou com entrevistas semi-estruturadas, as quais tiveram o objetivo de compreender a implementação do PlanificaSUS na prática e seus processos. A pesquisa buscou responder: como foi o processo de implementação e os benefícios do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde do Paraná. Com esta pesquisa esperou-se conhecer a implementação do projeto, suas particularidades, e os benefícios após a sua implementação. Os resultados alcançados da pesquisa mostraram que é preciso uma gestão comprometida e participativa, profissionais empenhados e qualificados, equipes dos diferentes níveis de atenção integradas e que trabalhem de maneira contínua, e a relevância do planejamento para a melhoria dos fluxos de assistência dos serviços de saúde, para que assim, o projeto se desenvolva em sua plenitude.

Palavras-chave: PlanificaSUS; Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Educação Permanente; Atenção Primária à Saúde.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue describir el funcionamiento y la finalidad del PlanificaSUS, un proyecto que promueve la educación permanente, una estrategia para cualificar a los profesionales, ofrecido por el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), en asociación con el Ministerio de Salud (MS) y el Hospital Israelita Albert Einstein. El estudio buscó abordar la contribución del proyecto para la consolidación de la Atención Primaria de Salud (APS) y la reorganización de la Atención Ambulatoria Especializada (AEE), referente a las Redes Asistenciales de Salud (RAS), y también ejemplifica los temas que rigen el PlanificaSUS. Para llevar a cabo esta investigación, se estableció un objetivo general: analizar y comprender los procesos que formulan el PlanificaSUS; y los resultados alcanzados desde la perspectiva de los profesionales de la 4ª Región Sanitaria de Paraná. La metodología se basó en la investigación cualitativa y documental, con entrevistas semiestructuradas destinadas a comprender la implementación del PlanificaSUS en la práctica y sus procesos. La investigación buscó responder: cómo se implementó el PlanificaSUS en la 4ª Región Sanitaria de Paraná y cuáles fueron sus beneficios para la gestión de la salud en la región. El objetivo de esta investigación fue conocer la implementación del proyecto, sus particularidades y los beneficios tras su implementación. Los resultados de la investigación mostraron la necesidad de una gestión comprometida y participativa, de profesionales comprometidos y cualificados, de equipos integrados de los diferentes niveles asistenciales que trabajen de forma continuada, y la importancia de un planeamiento que mejore los flujos asistenciales en los servicios sanitarios, para que el proyecto pueda desarrollarse plenamente.

Palabras clave: PlanificaSUS; Planeamiento en Salud; Gestión sanitaria; Formación Continuada; Atención Primaria.

ABSTRACT

The proposal aims to describe the function and purpose of PlanificaSUS, a project that encourages permanent education, a strategy for qualifying professionals which is provided by the National Council of Health Secretaries (CONASS), in partnership with the Ministry of Health of Brazil (MS) and the Hospital Israelita Albert Einstein. The study seeks to discuss the project's contribution to the consolidation of Primary Health Care (PHC) and the reorganization of Specialized Outpatient Care (SEA), in relation to the Health Care Networks (RAS), and also exemplifies the themes that govern PlanificaSUS. In order to conduct this research, a general objective was set: to analyze and comprehend the processes that formulate PlanificaSUS; and the results achieved from the perspective of the professionals of the 4th Health Region of Paraná. The methodology is based on qualitative and documentary research, and will include semi-structured interviews, the aim of which is to understand the implementation of PlanificaSUS in practice and its processes. The research seeks to answer: how was PlanificaSUS implemented in the 4th Health Region of Paraná, and which are the benefits for health management in the region. With this research, we expect to know the veracity of the project, its peculiarities, and the benefits after the implementation. The results of the research showed that there is a need for commitment and participative management, committed and qualified professionals, teams from the different levels of care that are involved and work continuously with each other, and the relevance of planning to improve care flows in health services, so that the project can be fully developed.

Key words: PlanificaSUS; Health Planning; Health Management; Permanent Education; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Planificação da Atenção à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ProadiSUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Regional de Saúde/ Região de Saúde
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SESA-PR	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SES-DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidades Federativas
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	19
2.2 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	20
2.3 FUNDAMENTAÇÕES TEÓRICAS NORTEADORAS.....	21
2.3.1 Construção Social da Atenção Primária à Saúde.....	21
2.1.3 Modelo de Atenção às Condições Crônicas.....	23
2.4 PLANIFICASUS.....	25
2.4.1 Etapa 1 - A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde.....	26
2.4.1.1 Atenção Primária à Saúde.....	26
2.4.1.2 Atenção Ambulatorial Especializada.....	29
2.4.1.3 Redes de Atenção à Saúde.....	31
2.4.2 Etapa 2 - Território e Gestão de Base Populacional.....	34
2.4.2.1 Gestão de Base Populacional.....	34
2.4.2.2 Território em Saúde.....	35
2.4.3 Etapa 3 - O Acesso às Redes de Atenção em Saúde.....	36
2.4.4 Etapa 4 - Gestão do Cuidado.....	37
2.4.4.1 Gestão da Condição de Saúde.....	39
2.4.4.2 Gestão de Caso.....	39
2.4.5 Etapa 5 - Integração e Comunicação na RAS.....	40
2.4.6 Etapa 6 - Monitoramento e Avaliação.....	40
2.4.7 Etapa 7 - Autocuidado Apoiado na APS e AAE.....	42
2.4.8 Etapa 8 - Cuidados Continuados e Paliativos na APS e AAE.....	43
2.4.9 Etapa 9 - Segurança do Paciente.....	44
2.4.10 Etapa 10 - Macroprocessos da Vigilância em Saúde.....	45
3 METODOLOGIA.....	47
3.1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	47
3.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	48
3.2.1 Critério de Inclusão.....	50
3.2.2 Critério de Exclusão.....	50
3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	50
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	51
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ.....	51
4.2 IMPLEMENTAÇÃO DO PLANIFICASUS NA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ..	54
4.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS E GESTOR DA 4ª REGIÃO	

DE SAÚDE DO PARANÁ.....	55
.....	55
4.3.1 Adesão do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde.....	56
4.3.2 Desenvolvimento das Etapas do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde.....	58
4.3.3 Desafios e Impasses do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde.....	60
4.3.4 Benefícios do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde.....	63
4.3.4.1 <i>Integração da APS e AAE</i>	66
4.3.4.2 <i>Qualificação das Equipes</i>	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTOR REGIONAL.....	80
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS.....	82
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO.....	84

1 INTRODUÇÃO

O PlanificaSUS é uma estratégia que busca desenvolver e estimular conhecimentos, habilidades e atitudes, para que se consolide a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o propósito de implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2021). O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e da organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) são ferramentas essenciais para a Saúde Pública, por isso, devem ser priorizadas e encorajadas, de maneira em que busquem seguir as premissas definidas pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e no Art. 196 da Constituição Federal, a qual apresenta que a saúde é um direito de todo cidadão, e, sendo assim, cabe ao Estado garantir a saúde para todos, através da formulação e execução de políticas socioeconômicas que assegurem o acesso universal, equânime e integral, de maneira que os serviços de saúde propaguem ações promotoras, protetivas e recuperativas.

Pensando nisso, o Estado deve pensar em estratégias, projetos e ações para que o bem estar biopsicossocial dos cidadãos alcance seu mais alto nível, para que isso seja possível, é necessário compreender as reais necessidades de determinada população do território. A partir de estudos sobre: A Construção Social da APS (Mendes, 2011); Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC); RAS e planejamento, dividiu-se o projeto PlanificaSUS, em 10 etapas, para que em cada etapa haja um enfoque específico na temática apresentada.

Em consonância com os materiais disponibilizados pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), o projeto divide suas etapas da seguinte maneira: Etapa 1: A integração da APS e AAE em Rede, busca apresentar os conceitos de APS, AAE e da RAS, e a partir da introdução é pontuado novas formas de como integrar as unidades de cuidados; Etapa 2: Território e Gestão de Base Populacional, tem por objetivo pontuar os conceitos de território, da gestão de base populacional, da vigilância em saúde e da construção social da APS e a importância das interações desses processos; Etapa 3: O Acesso à RAS, visa pontuar os conceitos de acesso aos serviços, dos perfis de demanda e oferta, e das ferramentas para sua organização; Etapa 4: Gestão do Cuidado, tende a conceitualizar a condição de saúde, a estratificação de risco e a gestão da clínica, com o enfoque em uma proposta de nova gestão na APS; Etapa 5: Integração e Comunicação na RAS; tem por finalidade promover

a integração entre APS e AAE, fortalecendo a comunicação e a integralidade do cuidado centrada no usuário; Etapa 6: Monitoramento e Avaliação; nesta fase é feito um acompanhamento dos indicadores para monitorar e organizar o andamento das ações; Etapa 7: Autocuidado Apoiado na APS e AAE; tem o intuito de entender a relação do autocuidado apoiado com os indicadores de monitoramento, para auxiliar equipes e profissionais de saúde na avaliação dos resultados; Etapa 8: Cuidados Continuados e Paliativos na APS e AAE; visa o desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade dos atendimentos e na identificação precoce de situações evitáveis; Etapa 9: Segurança do Paciente; tem por objetivo assegurar os microprocessos básicos na APS e AAE; e por fim, na Etapa 10: Macroprocessos da Vigilância em Saúde, exploram as estratégias relacionadas à Vigilância em Saúde, buscando fortalecer ainda mais a complementaridade de conhecimentos e atitudes sobre os processos de trabalho.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o Hospital Israelita Albert Einstein buscaram uma medida para a melhoria na organização da APS e AAE pensando nas RAS. Segundo o site oficial da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR) desde 2018, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (ProadiSUS), elaborou-se uma metodologia para operacionalizar a PAS, denominada PlanificaSUS. Como principal estratégia, o projeto visa aprimorar o processo de educação permanente através da qualificação dos servidores, das equipes e gestores, para isso, o projeto investe em workshops, palestras, oficinas e cursos, para que o processo de aprendizagem seja resolutivo em sua completude. Alguns dos principais objetivos do projeto é estimular a integração, a interprofissionalidade e mudar a perspectiva do modelo de cuidado em vigência, sendo assim, a partir destes objetivos entende-se que o PlanificaSUS é uma ferramenta de mudança.

O projeto tem o enfoque em 4 Linhas de Cuidado da RAS, que são: Saúde do Idoso, Saúde Mental, Condições Crônicas e Atenção Materno-Infantil. A proposta do CONASS e da SBIBAE é que o projeto seja aderido nas 27 Unidades Federativas (UF) brasileiras, e a cada Secretaria de Estado irá definir em qual linha prioritária seguirá, e sucessivamente irá expandir para as demais linhas de cuidado. No Paraná, o foco está na linha de cuidado prioritário em Saúde do Idoso, e busca expandir para as demais linhas de cuidado em todas as regiões de saúde do estado (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2021). Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR), no estado, o projeto piloto do

PlanificaSUS iniciou-se na 4ª Região de Saúde de Irati/PR, e está avançando.

Pensando nisso, o presente estudo tem por objetivo compreender o funcionamento e a finalidade do PlanificaSUS, e a relevância do projeto para a consolidação da APS e reorganização da AAE, referentes às redes de atenção, além disso, será exemplificado os resultados, avanços, potencialidades, desafios e impasses do projeto na 4ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, a qual foi a região de saúde pioneira do projeto no estado.

Visto isso, a pesquisa buscará investigar: **Como foi o processo de implementação e os benefícios do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde do Paraná.**

Pensando nas temáticas apresentadas, para realização desta pesquisa foi traçado um objetivo geral, que seria: Analisar e compreender os processos que formulam o PlanificaSUS, e os resultados alcançados a partir da perspectiva dos profissionais da 4ª Região de Saúde do Paraná. E complementando o objetivo geral apresenta-se também os objetivos específicos, que são:

1. Entender a proposta de Planificação da Atenção à Saúde e seus principais referenciais teóricos;
2. Compreender o processo de construção social da Atenção Primária à Saúde e o funcionamento da Atenção Ambulatorial Especializada;
3. Entender a proposta de Redes de Atenção à Saúde;
4. Compreender os processos de implementação do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde do Paraná;

A relevância da seguinte pesquisa dá-se levando em consideração o modelo de gestão do SUS, que é o modelo da gestão da oferta, o qual opera com indivíduos que não são divididos por seus riscos distintos, por isso, há uma dificuldade na estratificação das necessidades dessa população, pois, é desconhecido as diferentes demandas de saúde, devido a homogeneização da população (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b).

Compreender as questões sociais, como a determinação social, neste modelo torna-se essencial para uma gestão universal, equânime e integral, e faz-se fundamental devido a falta de compreensão das demandas de saúde e de intervenções nos riscos e vulnerabilidades das pessoas em modelos de gestão anteriores. A planificação da saúde visa um olhar para a gestão da saúde da população, que busca um

sistema que esteja comprometido nas medidas sanitárias e economicamente, de maneira que seja possível entender os principais obstáculos nas ações e serviços de saúde (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b).

A operacionalização da RAS é um grande desafio para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), pois, para que seja efetiva é necessário uma organização contínua das atenções primária, secundária e terciária; a integração dos sistemas de atenção em saúde é fundamental para aprimorar os princípios do SUS, a eficiência, a efetividade e a qualidade dos serviços de saúde. Com o intuito de efetivar a proposta da PAS através do PlanificaSUS, é essencial o aperfeiçoamento da gestão da saúde da população, que é um método com enfoque nas necessidades reais da população usuária. Ademais, o desenvolvimento de estratégias e planejamento para a melhoria do atendimento dos serviços para os usuários é primordial no processo de implantação do projeto (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b).

A pesquisa poderá contribuir para o conhecimento do PlanificaSUS para estudantes, servidores públicos, profissionais da saúde, gestores e aos interessados na temática, para expandir as particularidades do projeto, conhecendo a metodologia, e os protocolos aplicados na APS e AAE. Pensando nisso, para a gestão e o sistema de saúde, o reconhecimento do projeto deverá ser indispensável, pois ele estimula a metodologia de educação permanente, que é essencial para a qualificação das equipes.

Outro fator relevante que a pesquisa poderá estimular é a ação de vigilância da situação de saúde da população, visto que, a partir do conhecimento adquirido nos workshops do PlanificaSUS, por parte das equipes de atenção à saúde, é preciso desenvolver ações de monitoramento, estudos e análises que reconheçam a necessidade do planejamento adequado, do estabelecimento de estratégias prioritárias e da avaliação das ações de saúde pública. Também poderá contribuir para o aperfeiçoamento das ações protetivas e promotoras da saúde, bem como, as medidas de prevenção e controle de riscos, doenças e agravos. Deste modo, a APS e AAE obtém medidas humanizadas, acolhedoras e eficientes para com os usuários do serviço. (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2023c)

A seguinte proposta de pesquisa poderá, também, servir como base para o desenvolvimento de pesquisas e discussões, as quais podem assegurar o direito à saúde da população e estimular ações pertinentes à saúde. O maior aprofundamento de pesquisa sobre o PlanificaSUS é a chave para um melhor desenvolvimento do projeto e abrangência do conhecimento nesta área, além de ampliar a sua visibilidade e relevância.

Portanto, é importante a divulgação e compartilhamento das propostas do PlanificaSUS, para que o projeto seja conhecido e executado na sua completude, e de maneira que a participação popular e seus direitos sejam reconhecidos e efetivados.

Para que haja um levantamento de resultados autênticos viu-se necessário a realização de uma pesquisa qualitativa e documental, através de entrevistas semi-estruturadas, as quais serão organizadas com o objetivo de compreender como foi a implementação do PlanificaSUS na prática, e quais pontos fortes e fracos para seu desenvolvimento. Na parte da pesquisa de campo espera-se conhecer a veracidade do projeto, e por isso é necessário o desenvolvimento de entrevistas, as quais buscaram questionar sobre as particularidades, as mudanças após a implementação do projeto e se o desenvolvimento foi benéfico para a região. Ademais, visando a autenticidade das informações buscou-se entrevistar: gestores regionais e municipais, profissionais e tutores.

Diante dos elementos expostos, esta proposta de pesquisa irá investigar as potencialidades, desafios e o desenvolvimento do projeto PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde Irati-PR, pensando nisso, a pesquisa se estruturou em: Referencial Teórico, onde será exposto a pesquisa bibliográfica sobre as temáticas de planejamento e suas estratégias, gestão do SUS e sobre o PlanificaSUS; além de trazer a explicação sobre o que é a PAS, APS, AAE e a RAS para o SUS. Outro ponto relevante para o desenvolvimento do trabalho é o levantamento de informações feitas na 4ª RS do Paraná, onde será transcrito trechos das entrevistas com os profissionais que foram entrevistados, e haverá a explicação mais detalhada do projeto, de acordo com a visão dos entrevistados, que participaram do desenvolvimento do projeto na região.

O presente trabalho se estruturou da seguinte forma: no primeiro capítulo é apresentado o referencial teórico da pesquisa, em que traz uma abordagem sobre o Planejamento em Saúde e Planificação da Atenção em Saúde, além das fundamentações teóricas as quais o PlanificaSUS se baseia. No segundo capítulo explica-se no que se baseiou o enquadramento metodológico da pesquisa, os procedimentos da coleta e as considerações éticas no desenvolvimento do estudo. No terceiro capítulo, é abordado sobre a caracterização da 4ª RS do Paraná, juntamente com a explicação da implementação do projeto, e os resultados da pesquisa, de acordo com as análises das entrevistas realizadas. Por fim, no último capítulo, apresentam-se as considerações finais desta pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com o Ministério da Saúde (2002a), em 1978, a Conferência de Alma-Ata reiterou-se de forma enfática que a saúde constitui um direito humano fundamental e deve ser compreendida como um estado de pleno bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. Destacou-se que alcançar o mais elevado nível possível de saúde é a principal meta social global, cuja realização demanda a colaboração de diversos setores sociais e econômicos, indo além do âmbito exclusivo da saúde (Brasil, 2002a). A partir disso, impulsionou mundialmente debates e movimentos que assegurassem o direito à saúde individual e coletiva, e mobilizou ações para promover a saúde no âmbito global. (Organização Pan-Americana da Saúde, 2011).

Concomitante a isso, no Brasil, acontecia o movimento da Reforma Sanitária, a qual contribuiu para o avanço da democracia e cidadania no país e para o processo de transformações sociais significativas, principalmente na área da saúde (Megier *et al*, 2019). Buscava-se, com esse movimento, a garantia que: saúde é direito de todos e dever do estado (Fundação Oswaldo Cruz, 2016). Com isso, Menicucci (2014) aponta que a Reforma Sanitária fundamentou-se no reordenamento ideológico, devido à transformação dos princípios fundamentais da política de saúde, e, institucional devido à criação do sistema único, por isso, este movimento é fundamental para outro marco na saúde pública brasileira: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual desencadeou as diretrizes para a construção de um sistema público, descentralizado e único no país (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019a).

Megier *et al* (2019) aponta que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, propôs a adoção de um modelo de saúde alinhado aos princípios da Declaração de Alma-Ata, além da reorganização e operacionalização dos serviços por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8080/1990 (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019a; Brasil, 2011a).

Para fortalecer esse novo paradigma de saúde, que substituiu o modelo tradicional de assistência, foram implementados programas que visam consolidar os princípios e diretrizes previstos no Art. 198 da Constituição Federal Brasileira, como o Programa Saúde da Família, proposto em 1994, que posteriormente tornou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006, a qual fundamentou-se como “estratégia

prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde” (Megier *et al*, 2019; Brasil, 2011a) como reafirmado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual consta, também, que os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) são sinônimos, pois ambos alinham-se com os princípios e diretrizes delimitados e preestabelecidos (Brasil, 2017).

Em concordância ao que se estabelece em lei, determinou-se esforços para o fortalecimento da APS/AB por meio da educação permanente dos gestores e profissionais e na designação de diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme estabelecido pelas Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2011a; Brasil, 2010a).

Nesse contexto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) desempenhou o papel central na tríade federativa, com isso, priorizou esforços no desenvolvimento e implantação das RAS no Sistema Único de Saúde (SUS) (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015a). Vale ressaltar que considera-se a ESF como o modelo mais eficiente para a organização da APS, e sobretudo, visa fortalecer a compreensão prática e operacional da APS como coordenadora das RAS, bem como incentivar a mobilização e a adesão às iniciativas de planificação nos serviços de saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2017a).

Com o passar dos anos, para melhor estruturação de planejamento do SUS, o CONASS propôs a implementação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) para o SUS, que tem por objetivo a educação permanente de profissionais tanto da APS quanto da Atenção Ambulatorial Especializada (AEE), incentivando a capacitação constante e qualificação apropriada para as brechas do sistema (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2021).

Com isso, o CONASS em parceria do Ministério da Saúde (MS) junto ao Hospital Israelita Albert Einstein, desde 2018, buscaram uma medida para a melhoria na organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), pensando nas redes de atenção, então, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (ProadiSUS), elaboraram uma metodologia para operacionalizar a Planificação da Atenção à Saúde (PAS), denominada PlanificaSUS (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2021).

Contudo, para compreender a complexidade do PlanificaSUS, mostra-se necessário conhecer o embasamento teórico do planejamento em saúde e nuances que contribuíram para a construção das estratégias orientadoras do projeto PlanificaSUS.

2.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Planejamento é uma iniciativa estratégica da gestão pública com o propósito de redirecionar os programas e projetos governamentais para ampliar a eficiência, eficácia e efetividade das ações das políticas de saúde (Brasil, 2016). Pode-se, também, pensar no ato de planejar como “ (...) a arte de elaborar o plano de um processo de mudança” (Tancredi; 1998, p. 13). Nessa perspectiva, o ato de planejar envolve estabelecer prioridades, mobilizar recursos e esforços em direção a objetivos previamente acordados, seguindo uma lógica transparente e dinâmica para orientar os processos no âmbito do sistema de saúde em suas diversas instâncias (Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2024).

Para Mehry (1994) o planejamento pode ser utilizado como uma ferramenta de ação governamental na elaboração de políticas, como parte integrante do processo de gestão em organizações e como uma prática social. Isto posto, é importante ressaltar que o planejamento da gestão do SUS deve estar bem articulada e administrada, pois, é com uma gestão de qualidade que a maior parte das demandas serão solucionadas.

Na lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, pontua-se que é fundamental cooperação técnica com os estados, municípios e o Distrito Federal para elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS, para que haja apoio e auxílio entre as partes e cada particularidade presente nas três esferas seja contemplada (Brasil, 1990).

Menegolla e Sant’anna (1991, p.13) abordam que, “a história do homem é um reflexo do seu pensar sobre o presente, passado e futuro” com isso, entende-se que para pensar estrategicamente e planejar ações para melhor desenvolvimento do objetivo, é necessário a análise do passado e presente visando melhorias e ações benéficas para o futuro.

Entende-se por planejamento um processo de previsão de necessidades e racionalização de emprego dos meios materiais e dos recursos humanos disponíveis, a fim de alcançar objetivos concretos, em prazos determinados e em etapas definidas, a partir do conhecimento e avaliação científica da situação original (Martinez e Oliveira Lahone, 1997 *apud* Menegolla e Sant’anna, 1991, p. 16).

Menegolla e Sant’anna (1991) ao citar Martinez e Oliveira Lahone (1997), pontuam que a definição apresentada adequa-se às características inerentes e

fundamentais do planejamento em quaisquer áreas em que se apresente.

Pensando em seguir as premissas definidas pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e no Art. 196 da Constituição Federal para o SUS, notou-se indispensável planejar estratégias que deem suporte aos profissionais e gestores nos níveis primário e secundário para que formulem soluções para garantir o que consta na lei, se concretize. Visto isso, coube ao CONASS legitimar a proposta da PAS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2017).

2.2 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A PAS abrange uma série de atividades educacionais destinadas a aprimorar os conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes dos profissionais da área, tais características são essenciais para organizar e aprimorar os processos assistenciais, isso inclui estimular a reflexão sobre o funcionamento dos serviços e as práticas das equipes, promovendo a melhoria contínua dos processos de trabalho. Vale ressaltar, que essa abordagem envolve a participação e apoio dos trabalhadores da atenção primária e secundária (Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, 2021).

O aprimoramento da planificação ocorre à medida que é colocada em prática. A prática contínua resulta em melhorias e adaptações, visto que não se trata apenas de teorias, mas de transformações reais nos processos clínicos, administrativos, e nas relações entre equipes e usuários, e interprofissionais. Essas mudanças impactam positivamente a vida dos profissionais, proporcionando conhecimento e segurança no cuidado, e beneficiam as pessoas usuárias com melhorias nos processos clínicos, administrativos e interpessoais com a equipe (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019).

O CONASS ao apresentar o projeto da PAS, que estimula a educação permanente, fundamentou-se na necessidade de fortalecer a APS e AAE pensando nas RAS no SUS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2017a).

Com a finalidade de disseminar a PAS, formulou-se o projeto “PlanificaSUS” cuja abordagem conta com 10 etapas em sua totalidade, e utiliza de práticas problematizadoras para promover reflexões ativas dos participantes, além de estimular o desenvolvimento de ações eficazes por meio de um processo colaborativo de

planejamento estratégico, melhoria contínua e difusão de conhecimento (Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, 2021).

2.3 FUNDAMENTAÇÕES TEÓRICAS NORTEADORAS

A fundamentação teórica de referência do PlanificaSUS para estruturar suas etapas são: o diálogo entre a Construção Social da APS (metáfora da casa) e Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) ambos propostos por Eugênio Vilaça Mendes (2019), para o SUS.

2.3.1 Construção Social da Atenção Primária à Saúde

Para compreender a metáfora da casa, o autor destaca que a ilustração de uma casa retratando a construção social da APS faz com que as medidas de monitoramento e avaliação requisitadas do PlanificaSUS sejam contempladas. Visto que, uma casa possui elementos indispensáveis para a sua estabilidade, esse processo baseia-se em 8 componentes existentes em uma casa: o alicerce; as paredes; o teto; o telhado; a porta; e as janelas. Para explicitar melhor, cada componente da metáfora da casa, em conformidade com Mendes (2019) temos:

- Macroprocessos e Microprocessos Básicos da Atenção Primária à Saúde: os macroprocessos fundamentais que fornecem a base para atender às diversas necessidades da população, que incluem: territorialização; cadastramento de famílias; classificação de risco familiar; diagnóstico local; estratificação do risco populacional e identificação de subpopulações alvo por fator de risco ou condições de saúde, de acordo com a sua complexidade; programação e monitoramento; contratualização; agenda de atendimentos; e organização da carteira de serviços da unidade (Mendes, 2019).

E os microprocessos básicos da APS são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços efetivos e de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias. São eles: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização das mãos; higienização e esterilização de equipamentos e ambientes; e gerenciamento de resíduos (Mendes, 2019).

- Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos: o qual corresponde à construção de uma das paredes da casa, são o “somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam, em geral, de forma aguda.” (Mendes, 2019, p. 82). Busca estruturar a implementação dos processos de acolhimento e classificação de risco centrada na atenção centrada no indivíduo, em outras palavras, um acolhimento eficiente e humanizado (Mendes, 2019).
- Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas não agudizadas, Enfermidades e Pessoas hiperutilizadoras: correspondem à construção da outra parede, são estruturados pensando nas pessoas que utilizam os serviços de saúde com maior frequência, as quais demandam respostas sociais inovadoras, expressas por meio de diversas tecnologias de intervenção. Mendes (2019).
- Macroprocessos de Atenção Preventiva: O foco desses macroprocessos é na prevenção dos fatores de risco modificáveis (alimentação inadequada; inatividade física; o excesso de peso; tabagismo; entre outros) e dos fatores de risco individuais biopsicológicos (Mendes, 2019).
- Macroprocessos de Demandas Administrativas: as demandas administrativas são aquelas que têm caráter não clínico como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Contam, também, com as demandas administrativas da gestão da unidade, incluindo aspectos como registro sanitário, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), segurança do trabalho, sistemas de informação, relatórios de gestão, entre outros (Mendes, 2019).
- Macroprocessos de Atenção Domiciliar: considerada a porta, a atenção domiciliar estimula visita domiciliar, sendo geralmente programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções. Procura priorizar o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas, com o intuito de subsidiar intervenções se necessário (Mendes, 2019).
- Macroprocessos de Autocuidado Apoiado: simula a janela da casa, definiu-se como

a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde capacitando-as a gerenciar suas condições de saúde por meio de monitoramento regular, definição de metas e suporte na resolução de problemas (Mendes, 2019).

- Macroprocessos de Cuidados Paliativos: simulam uma segunda janela, buscam garantir o desenvolvimento adequado dos cuidados paliativos, atendendo às necessidades das pessoas com condições muito complexas e suas famílias, é crucial que a APS esteja integrada em uma rede com outros pontos de atenção à saúde, promovendo um trabalho multiprofissional e interdisciplinar (Mendes, 2019).

Como resultado final da melhoria da estrutura para os cuidados primários e da implantação de todos os macroprocessos estabelecidos no processo da construção social da APS, se estabelecerá uma situação de equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta.

2.1.3 Modelo de Atenção às Condições Crônicas

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Eugênio Vilaça Mendes (2012), é uma abordagem conceitual e estratégica para reorganizar o sistema de saúde e melhor atender às necessidades das pessoas com condições crônicas. Esse modelo busca superar as limitações dos modelos tradicionais, muitas vezes focados nas doenças agudas, oferecendo uma estrutura mais adequada para lidar com condições de longa duração.

Mendes (2012) descreve as condições crônicas como:

as circunstâncias que se apresentam de forma mais ou menos persistentes na saúde das pessoas e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (Mendes, 2012, p.31).

Habitualmente as condições crônicas se apresentam com múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fatores fisiológicos, e cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso de sintomas, podendo gerar perda da capacidade funcional (Mendes, 2012).

Mendes (2012) ao abordar sobre o tema, menciona um exemplo: “condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a condição crônica” (Mendes, 2012, p. 33).

Isto posto, percebe-se a complexidade das condições, e quão necessário é uma gestão adequada com parâmetros próprios para a abordagem e funcionalidade dos níveis de atenção de maneira que o cuidado para com as pessoas usuárias seja contemplado. Pensando nisso, a proposta do MACC de Mendes (2012) apoia-se em algumas características principais, como:

- Centralidade na pessoa: colocar a pessoa no centro do cuidado, considerando suas necessidades, preferências e contextos próprios.
- Abordagem Longitudinal: prioriza o cuidado contínuo e a assistência constante aos indivíduos estratificados como de alto e muito alto risco, e aos hiperutilizadores, a abordagem preza pela continuidade do cuidado, e necessita que a APS e AAE cooperem entre si.
- Multiprofissionalidade do trabalho: estimula o trabalho e colaboração entre diferentes profissionais da área da saúde, para cuidar do paciente como um todo.
- Gestão do Cuidado: pensar em estratégias para coordenar a assistência de maneira apropriada e integrada.
- Promoção da Saúde: inclui ações que estimulem uma vida saudável e ativa dos pacientes.
- Determinantes Sociais da Saúde: busca reconhecer a influência dos fatores socioeconômicos na saúde dos usuários, visando conhecer a realidade.
- Participação Social: promove a participação do usuário no seu processo de cuidado, estimula ações de autocuidado.

O MACC visa, assim, proporcionar uma resposta mais efetiva e humanizada para as condições crônicas, alinhando-se com os princípios da APS e AAE e da integralidade do cuidado em saúde.

2.4 PLANIFICASUS

Com o objetivo principal de implantar a PAS, proposta pelo CONASS, em Regiões de Saúde das 27 Unidades Federativas (UF), e fortalecer o papel da APS e a estruturação da RAS no SUS, o MS junto ao Hospital Israelita Albert Einstein, por meio do ProadiSUS elaboraram o projeto PlanificaSUS (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2021). A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) é responsável pela execução do projeto, conforme solicitado pelo CONASS, e é acompanhada e monitorada pelo Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2019).

O PlanificaSUS é uma estratégia que busca desenvolver e estimular conhecimentos, habilidades e atitudes, para que se consolide a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio da metodologia da PAS. Visa aprimorar o processo de educação permanente através da qualificação dos servidores, das equipes e gestores, para isso, o projeto investe em ciclos de workshops, palestras, oficinas e cursos, onde estimula-se o debate e novas estratégias para a melhoria do planejamento e organização dos serviços de saúde, visando a efetividade do processo de aprendizagem. Além dos eixos de ensino e tutoria, o PlanificaSUS também abrange os eixos de gestão, saúde populacional de dados, e gestão de evidências (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2021).

Em conformidade com os materiais disponibilizados pela SBIBAE, o projeto é composto por 10 etapas, que são: Etapa 1: A integração da APS e AAE em Rede; Etapa 2: Território e Gestão de Base Populacional; Etapa 3: O Acesso à RAS; Etapa 4: Gestão do Cuidado; Etapa 5: Integração e Comunicação na RAS; Etapa 6: Monitoramento e Avaliação; Etapa 7: Autocuidado Apoiado na APS e AAE; Etapa 8: Cuidados Continuados e Paliativos na APS e AAE; Etapa 9: Segurança do Paciente; e por fim, a Etapa 10: Macroprocessos da Vigilância em Saúde (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2021).

O projeto apresenta o enfoque em 4 Linhas de Cuidado da RAS, que são: Saúde do Idoso, Saúde Mental, Condições Crônicas e Atenção Materno-Infantil. Cada Secretaria de Estado define em qual linha prioritária seguirá, e sucessivamente, expandir para as demais linhas de cuidado. No Paraná, o foco está na linha de cuidado prioritário em Saúde do Idoso (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2021).

Após a conclusão das etapas do PlanificaSUS, espera-se que a Região de Saúde apresente unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) com seus macroprocessos e microprocessos organizados e integrados, possibilitando, assim, uma gestão mais eficiente do cuidado para com os usuários, famílias e comunidades, e poderá apresentar-se apta a expandir a metodologia para outras regiões de saúde e linhas de cuidado (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).

O projeto tem o objetivo de estimular a integração, a interprofissionalidade e aprimorar o modelo de cuidado, sendo assim, é uma ferramenta de mudança para gestão dos sistema de saúde, e de intervenções em saúde pública nas linhas de cuidado das RAS tanto na APS quanto na AAE (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019e).

2.4.1 Etapa 1 - A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde

A etapa 1 do projeto PlanificaSUS tem por objetivo promover clareza e conceitualizar a APS, AAE e as RAS para os profissionais do serviço de saúde. A compreensão destes processos são essenciais para a completude dos princípios que abrangem o Sistema Único de Saúde (SUS), que são a: universalidade, equidade e integralidade. Pensando nisso, o PlanificaSUS introduz suas etapas explicitando o conceito, função, atributos e características destes sistemas, além de pontuar a importância e estratégias de integração entre APS e AAE e de se trabalhar em RAS por risco estratificado (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).

2.4.1.1 Atenção Primária à Saúde

Entende-se APS como a porta de entrada para o serviço de saúde, sendo o nível inicial e básico para o sistema de atenção à saúde. Na APS deve-se estruturar e pontuar as questões e problemas de saúde da população adscrita do território, para que busque soluções e assistências para tais demandas. Destaca-se também, a resolutividade de solucionar questões de saúde mais comuns e cotidianas, pois, prover assistência às necessidades da população auxilia na redução de custos econômicos,

tendo em vista que, quando identificado e acompanhado a questão de saúde do paciente desde o início, a probabilidade do caso evoluir para o nível secundário e terciário diminui. (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).

Segundo a PNAB, a APS deve englobar um conjunto de intervenções que busque abranger a esfera individual, familiar e coletiva. Tais intervenções tratam-se de: ações de promoção, prevenção, proteção, redução de danos, diagnósticos, encaminhamentos, vigilância em saúde, entre outras. Os atendimentos e atividades desenvolvidas na APS ou AB são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, a qual tem a responsabilidade de oferecer assistência integral, resolutiva e de qualidade, como proposto pela PNAB (Brasil, 2017).

Visto isso a SBIBAE (2019a) prevê para APS 7 atributos que sejam contemplados, sendo eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural, sendo os quatro primeiros essenciais e os três últimos derivados.

- Primeiro contato: é a porta de entrada para os serviços de saúde, sendo o serviço que a população e a equipe identificam como primeira opção a ser procurada quando surge uma necessidade ou problema de saúde, logo, deve-se ser acessível e abrangente, dentro das suas especificidades, para quem o procura.
- Longitudinalidade: consiste no vínculo contínuo de cuidado entre equipe e o indivíduo, família e a comunidade adscrita, no qual deve-se basear na confiança mútua e empatia das equipes, para que o cuidado seja constante e longitudinal. Outro aspecto importante é a adaptação às mudanças das famílias, comunidade e indivíduos durante os anos, pois a atualização de dados e características do território é fundamental.
- Integralidade: consiste na prestação de serviços, por parte da equipe, que supra as necessidades da população adscrita no território, sendo essencial conhecer o território e a população de forma completa e integral para que as fragilidades sejam pontuadas e reconhecidas para que soluções sejam planejadas. Outra característica importante é a articulação entre diferentes níveis, de maneira integrada e articulada visando o cuidado com o indivíduo e as adversidades do território.

- Coordenação: é o ponto central de comunicação das RAS, é responsável por manter continuamente o acompanhamento e desenvolvimento da atenção à saúde com a população, através das equipes de saúde.
- Focalização na família: considerar a família o sujeito principal dos cuidados fazendo com que a equipe desenvolva laços e conheça as particularidades e histórico da família.
- Orientação comunitária: significa reconhecer as necessidades das famílias, considerando o contexto físico, econômico e social em que estão inseridos. Para isso, é necessário compreender as reais necessidades de saúde da população, através da análise situacional para que seja contemplado a veracidade das características do território.
- Competência cultural: busca o estímulo de “relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e de suas famílias”. (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a, p. 16).

Ademais, há três funções essenciais que a APS como estratégia deve cumprir, para que seja contemplado seus objetivos: a resolubilidade, a coordenação e a responsabilização (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).

- Resolubilidade: a função é “inerente ao nível de cuidados primários, significa que estes devem ser resolutivos e capacitados, cognitiva e tecnologicamente, para atender a 85% da demanda da APS.” (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a, p. 16).
- Coordenação: é a ferramenta principal de comunicação das RAS através da APS, logo, é responsável por organizar os fluxos e contra fluxos de indivíduos, materiais, produtos e informações que abrangem as diversas demandas das redes de saúde.
- Responsabilização: diz respeito ao relacionamento com a população adscrita no território sanitário o qual pertence, com o reconhecimento desse território é possível o melhor desenvolvimento da gestão de base populacional, visando

desempenho de qualidade nas responsabilidades para com os usuários, econômicas e sanitárias.

A APS ou AB baseia-se neste compilado de atributos e funções mencionados, e no que está previsto na PNAB, os quais foram formulados para que o nível primário de atenção à saúde das pessoas seja resolutivo e eficaz.

2.4.1.2 Atenção Ambulatorial Especializada

Segundo Solla e Chioro (2012) na atenção especializada, a população-alvo a cada momento é circunscrita a uma parcela da população total, um subconjunto que apresenta naquele instante a necessidade de cuidados diferenciados e muitas vezes mais intensivos.

De acordo com o Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2019a), é primordial a mudança do modelo de cuidado através da inserção do modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA) de uma RAS, proposto por Mendes (2012).

Os modelos de ambulatórios especializados, como Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e Centro de Especialidades Médicas (CEM) são característicos dos sistemas de saúde fragmentados. A principal proposta é que a partir da implementação do PASA algumas características do modelo hegemônico do CEM sejam esquecidas, como: a assistência sem um plano individual de cuidado, a atenção do cuidado voltada somente no médico especialista, o sistema baseado na gestão da oferta, unidade sem comunicação com os outros níveis de atenção, entre outros (Mendes, 2012).

O formato proposto de uma unidade de AAE é distinto de uma unidade ambulatorial tradicional (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a). Segundo Matos *et al* (2019) para o modelo PASA o ambulatório é de abrangência regional; fechado; com programação realizada na APS com estratificação de risco; que presta assistência aos usuários de alto e muito alto risco, estratificados e compartilhados pelas equipes de Saúde da Família (eSF); estimula a atenção focada no cuidado interdisciplinar e multiprofissional; relações que perpassam o serviço de referência/contrarreferência, que constroem relacionamentos interpessoais, em que os profissionais se conhecem, partilham planos de cuidado e trabalham clinicamente em conjunto em algumas circunstâncias.

A integração entre as equipes da APS e da AAE, por meio do compartilhamento do cuidado, torna os dois níveis ou serviços de saúde, progressivamente, um único microsistema clínico, garantindo a atenção contínua e integrada. Essa qualificação progressiva possibilita que a equipe da APS, apoiada pela equipe da AAE, assuma, com mais segurança, o cuidado também dos usuários de alto e muito alto risco com estabilidade clínica. A integração deve ser operacionalizada em vários momentos e com diferentes métodos. (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a, p.25).

Para que os novos conceitos da PASA sejam efetivados adequadamente, de acordo com o planejamento do PlanificaSUS, a equipe da AAE deve apropriar-se de quatro novas funções em relação às equipes da APS: assistencial, educacional, supervisonal e de pesquisa (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).

- Função assistencial: baseada no formato de atenção contínua, o qual é desempenhado por uma equipe multiprofissional, que se caracteriza por atendimentos individuais sequenciais por parte da equipe multi os quais são proporcionados: avaliação clínica, exames complementares, recomendações, orientações para desenvolvimento de práticas mais saudáveis, entre outros. Outras atividades que a auxiliam na operacionalização da AAE são: cadastramento (essencial conter o cadastro de todas as unidades e equipes da APS dos municípios de sua área de abrangência); comunicação e encontros para planejamento com as eSF; compartilhamento do cuidado (requer comprometimento de ambas as partes a partilha do cuidado ao usuário); gestão e monitoramento da agenda (consultas, comparecimento); e Plano de cuidados, é a maneira ideal de comunicação entre as equipes da APS e da AAE para melhor desenvolvimento do planejamento e manejo do cuidado para com os usuários atendidos, fazendo com que a integração e a continuidade do atendimento seja fortificada (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).
- Função educacional: estimula a qualificação do manejo clínico e interação social para com os profissionais tanto da AEE quanto da APS, e para os usuários atendidos pelo ambulatório, deve-se desenvolver ações educativas durante o ciclo de atenção contínua para que se consolide o autocuidado. Ainda, como modalidade de apoio educacional, há a educação permanente, que é uma ferramenta essencial para a relação contínua entre APS e AEE uma vez que são instrumentos de transmissão de conhecimentos e aprimoramento de habilidades.

Outra modalidade relevante é o matriciamento, que a equipe da AAE realiza o papel de matriciadora, e a APS assume o papel de acompanhamento longitudinal com os usuários, para que seja completo é preciso que haja comunicação, compartilhamento e colaboração entre as equipes com o propósito de avaliar a organização dos processos de cuidado dos usuários, os métodos de registro e os resultados dos indicadores (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).

- Função supervisonal: abrange as ações de apoio institucional às equipes da APS; participa do monitoramento cruzado entre APS - AAE - usuário, no monitoramento de vinculação durante os atendimentos; e estimula como fatores facilitadores para a integração da APS e AEE as atuações em conjunto de ambas equipes, em especial, o médico e enfermeiro de família e comunidade em conjunto com os membros da equipe especializada, com isso, estimula-se o monitoramento dos processos de cuidado e capacitação no manejo clínico (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).
- Função clínica e operacional: desempenha um papel transversal em relação às outras funções, pois, pode ser incorporada ao ambulatório de atenção especializada com o propósito de produzir evidências sobre a abordagem de usuários com condições crônicas, e como avaliar o impacto dessa abordagem na estabilização clínica dos usuários e nos indicadores finais de morbimortalidade (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).

Para garantir o desempenho adequado dessas quatro funções, é essencial que os profissionais estejam cientes de suas responsabilidades desde o momento da contratação. Além disso, é necessário fornecer os recursos necessários para sua execução, incluindo horários protegidos na agenda, meios de deslocamento, acesso a ferramentas tecnológicas, e um planejamento e acordo prévio com os municípios (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).

2.4.1.3 Redes de Atenção à Saúde

De acordo com Mendes (2011) as RAS são fundamentadas a partir de

diversas discussões sobre como a fragmentação do sistema público brasileiro prejudica o avanço e aprimoramento dos níveis de atenção do SUS, em especial, a APS. Deste modo, “ propôs como alternativa a construção processual de sistemas integrados de saúde que articulassem os territórios sanitários, os componentes da integração e a gestão da clínica” (Mendes; 2011, p. 67).

Mendes (2011, p. 79) reforça que as redes devem consistir em “aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações”. Ademais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que o conceito de RAS baseia-se nas: intervenções preventivas e curativas para a população adscrita; integração entre os serviços, e os níveis de atenção; a longitudinalidade da atenção; e o trabalho intersetorial. Com isso, a proposta das RAS é que a gestão e a oferta de serviços esteja direcionada para assegurar o acesso ao atendimento contínuo e de excelência da população que esteja de acordo com suas demandas de saúde, em quaisquer níveis de atenção que seja necessário.

Para que as RAS exerçam sua função em totalidade é essencial algumas singularidades para seu êxito, como: a população adscrita bem definida, com discernimento de suas necessidades e preferências em relação aos serviços de saúde, o que deve orientar o perfil de oferta das redes de atenção à saúde; ampla oferta de serviços que incluem promoção da saúde, prevenção das doenças agudas e/ou crônicas, diagnóstico e tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; uma APS que atue, verdadeiramente, como porta de entrada e resolutiva para as demandas requeridas; a atenção centralizada nos indivíduos nas famílias e na comunidade; mecanismos de coordenação e fiscalização da atenção; a gestão integrada dos sistemas administrativos e na parte clínica para o acompanhamento; o financiamento oportuno e alinhado com os objetivos das redes integradas de serviços de saúde; e, ação intersetorial ampla (Mendes, 2011; p.81 *apud* Organização Pan-Americana da Saúde, 2010).

Ainda, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (2010) deve-se constituir de uma equipe multidisciplinar que cobre toda a população adscrita; definir objetivos e metas que devam ser executados à curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, e outras variáveis pertinentes.

As RAS apresentam uma particularidade única: seu centro de comunicação surge na APS, onde o processo de cuidado começa, na porta de entrada. Responsabiliza-se pelas medidas econômicas e sanitárias pela determinada população adscrita, a qual está vinculada na APS (Mendes, 2011).

As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento o (PORTER e TEISBERG, 2007), o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (Mendes, 2011; p. 84).

As RAS segundo Mendes (2011) constituem-se de três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

- População: são divididos por territórios sanitários onde são cadastrados e registrados em subpopulações, as quais devem ser segmentadas, subdivididas por fatores de risco e estratificadas por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas por riscos sociosanitários. O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo baseado em várias etapas, como: a territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à Unidade Básica de Saúde (UBS); a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (Mendes, 2011).
- Estrutura operacional: a estrutura operacional das RAS é composta por cinco elementos: o centro de comunicação, representado pela APS como coordenadora; os níveis de atenção secundário e terciário; os sistemas de apoio, que incluem o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e o de informação em saúde; os sistemas logísticos, como o cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde; e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes, enquanto o quarto representa as conexões que interligam esses diferentes nós (Mendes, 2011).
- Modelo de atenção à saúde: tem seu enfoque para o modelo de atenção às condições crônicas, e as condições agudas. Todavia, está mais voltada às

condições crônicas devido a necessidade de acompanhamento mais rigoroso, e que demanda mais tempo de atendimento e acolhimento, logo, um maior vínculo com a APS e RAS (Mendes, 2011).

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevaente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (Mendes, 2011; p. 209).

Viu-se necessário a mudança dos sistemas de atenção à saúde para que as ações desempenhadas sejam concretizadas com eficácia, efetividade e segurança, para isso, as RAS são ferramentas para conduzir e efetivar as propostas da APS e AAE, pois servem como estrutura para o planejamento estratégico dos níveis de atenção em saúde.

2.4.2 Etapa 2 - Território e Gestão de Base Populacional

O modelo de gestão do SUS, é o modelo da gestão da oferta, o qual opera com indivíduos que não são divididos por seus riscos distintos, por isso, há uma dificuldade na estratificação das necessidades dessa população, pois, é desconhecido as diferentes demandas de saúde, devido a homogeneização da população. A falta de compreensão das demandas de saúde e de intervenções nos riscos e vulnerabilidades das pessoas prejudica o desenvolvimento de uma gestão universal, equânime e integral neste modelo de gestão.

As questões sociais, como a determinação social, neste modelo torna-se um empecilho para uma gestão universal, equânime e integral, devido a falta de compreensão das demandas de saúde e de intervenções nos riscos e vulnerabilidades das pessoas. Por isso, a metodologia proposta pelo PlanificaSUS é fortalecer a territorialização e implementar o modelo de gestão de base populacional (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b).

2.4.2.1 Gestão de Base Populacional

A gestão da saúde da população concentra-se nas necessidades de uma

população associada a um sistema de atenção à saúde. Essa população é específica e não abrange a totalidade, mantendo um vínculo permanente e personalizado com o sistema de atenção à saúde. (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b).

Transforma um sistema composto por indivíduos que procuram atendimento, em um sistema que assume responsabilidade, sanitária e econômica, por uma população específica a ele vinculada, sendo crucial compreendê-la, identificar suas necessidades reais e estratifica-la com base em critérios de riscos e acesso (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b).

Outras características utilizadas para descrever o que seria a gestão de base populacional, são:

1. Definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica.
2. Estabelecer um registro dessa população e de suas subpopulações.
3. Ter a APS como centro de comunicação e ordenação de fluxos.
4. Conhecer profundamente essa população em seus riscos sociais e sanitários.
5. Integrar em RAS as ações dos diferentes pontos de atenção à saúde.
6. Operar um modelo de gestão que inclua os elementos do conceito de saúde da população como ações sobre os determinantes intermediários e proximais da saúde, e sobre os determinantes biopsicológicos individuais.
7. Desenvolver e aplicar parâmetros de necessidades, com base em evidências científicas.
8. Dividir a população em subpopulações, segundo estratos de risco.
9. Estabelecer metas de melhoria dos indicadores sanitários e econômicos.
10. Definir estratégias para impactar a segurança, os custos e os resultados clínicos.
11. Buscar a redução das desigualdades.
12. Monitorar os processos e os resultados em termos de qualidade, eficiência e efetividade.
13. Implantar sistemas efetivos de informações em saúde.
14. Operar com equipes multiprofissionais, trabalhando de forma interdisciplinar na elaboração, na execução e no monitoramento de planos de cuidados (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b; p. 14 apud McAlearney e Lewis).

Visto isso, nota-se a necessidade de superar os critérios de oferta e instituir parâmetros construídos a partir das necessidades reais das pessoas usuárias e das populações e subpopulações adstritas às RAS (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b).

2.4.2.2 Território em Saúde

Ao conhecer o território de determinado lugar, é possível refletir sobre as condições sociais que podem favorecer ou comprometer a situação de saúde-doença de grupos que residem nesta localidade, visto que, “quanto melhores as condições sociais de uma população e melhor a possibilidade de organização da Rede de Atenção à Saúde

(RAS), possivelmente melhor a situação de saúde-doença dessa população.” (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b; p. 20).

Ao analisar o território, é crucial levar em consideração uma variedade de fatores que influenciam o estado de saúde das pessoas, como o nível de desenvolvimento social e econômico da população; a local de residência e estrutura; condições de trabalho; saneamento básico; existência de agente transmissores de doenças; questões de gênero; orientação sexual; diversidade de cultura; religiosidade; espiritualidade; variações climáticas; dependência química; níveis de violência, entre outros (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b).

Outro fator relevante é a territorialização que “envolve o levantamento dos perfis territorial-ambiental (a geografia e ambiente, a delimitação do território da unidade da ESF em um mapa, as vias de acesso e as características dos domicílios), demográfico, socioeconômico e institucional” (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b, p. 20). Também, o enfoque da territorialização na ESF atua na área de abrangência de determinada eSF, e na microárea que é de responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS), ambos buscam fortalecer o conhecimento do território para que as intervenções necessárias sejam realizadas (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b). Outro aspecto que pode explicitar melhor o conceito do processo de territorialização é o

de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.) (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b, p. 20).

Dessa forma é possível realizar o diagnóstico local em que engloba todas as informações essenciais para que a equipe de saúde compreenda o território e a população sob sua responsabilidade. A organização das informações provenientes dos processos de territorialização, servem como base para o planejamento das ações de saúde e, posteriormente, possibilita a avaliação do impacto dessas ações na situação de saúde (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b).

2.4.3 Etapa 3 - O Acesso às Redes de Atenção em Saúde

Para Mendes (2017) acesso define-se como a oportunidade de buscar e

obter serviços de saúde apropriados em situações de necessidades em que demandam ações de cuidado e acolhimento. Assim, o acesso resulta de uma interface entre as características de cada usuário, das famílias, dos ambientes físicos e sociais, dos profissionais dos serviços de saúde, e da estruturação e organização do sistema de atenção à saúde.

Vale ressaltar que há vários quesitos a serem preenchidos para que o acesso seja integral, como: a disponibilidade dos serviços; a possibilidade de locomoção até o serviço de saúde; o grau de acolhimento; a aceitabilidade das pessoas usuárias; e a recíproca aceitação e respeito dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019c; p.13 apud Panchansky e Thomas, 1981).

Uma metodologia trazida pelo *Institute of Medicine* (2015) aponta que, os serviços de saúde que implementam a filosofia de perguntar à pessoa, ou família “Como podemos ajudá-lo hoje?” praticam atenção centrada nas pessoas, que apresenta empatia, melhoria contínua no cuidado e nos serviços prestados, e um planejamento bem estruturado. Ademais, de acordo com Mendes (2019) é preciso refletir sobre a crescente prevalência das condições crônicas na situação de saúde. Para isso, o acesso às RAS deve estar bem estruturado e planejado, para que a assistência dos usuários seja benéfica para sua saúde.

É notório, também, reconhecer que os usuários devem envolver-se no próprio cuidado, visando conhecer verdadeiramente suas necessidades e protagonizar sua história, assim, facilita a comunicação entre profissionais-usuários (Mendes, 2019).

Em suma, o acesso às RAS preze a atenção à saúde centrada na pessoa, na gestão populacional e nos novos modelos de atenção às condições crônicas é indispensável (Mendes, 2019).

2.4.4 Etapa 4 - Gestão do Cuidado

Nesta etapa, espera-se compreender tecnologias que auxiliam para a gestão do cuidado, sendo: a gestão da clínica, que abrange conhecimentos para uma nova gestão para a ESF (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d).

Considera-se como “um conjunto de tecnologias de microgestão da

clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade” (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d; p. 12,) que esteja centrada nas necessidades das pessoas; com embasamento em evidências científicas para apresentar efetividade; segura, sem causar danos aos usuários e profissionais de saúde; eficiente, proporcionando custos otimizados; oportuna, prestada no momento adequado; equitativa, visando reduzir desigualdades injustas; e ofertada de maneira humanizada (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d).

Vale ressaltar, que instrumentos importantes para auxiliar na estruturação na tomada de decisões são: as diretrizes clínicas, que compõem as linhas-guia e protocolos clínicos (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d).

As diretrizes clínicas são orientações preparadas de maneira sistemática, com o objetivo de orientar as decisões de profissionais de saúde e usuários em relação aos cuidados apropriados em contextos clínicos específicos. Para que seja formulado as orientações clínicas preestabelecidas, é necessário embasamento científico e estar em concordância com a Medicina Baseada em Evidências (MBE) (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d).

Detém o propósito de aprimorar a comunicação e interação entre profissionais e usuários; padronizar as práticas clínicas buscando simplificar a prestação dos cuidados; aumentar a qualidade dos serviços de saúde com base em evidências científicas, e identificar áreas para pesquisa e avanço para diretrizes clínicas (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d).

As linhas-guia, que são ferramentas que se assemelham com o conceito de linhas de cuidado do SUS, padronizam o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, seguindo as instruções do sistema coordenador da atenção, à APS. Normas e regras padronizadas para condições que, clinicamente, apresentam um histórico similar para os usuários, como, por exemplo: a normatização da atenção pré-natal, ao parto e puerpério. No planejamento das linhas-guia são pensadas e estruturadas estratégias de intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, feitas em todos os pontos de atenção de uma RAS (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d).

Os protocolos clínicos são documentos específicos, onde detalha-se o diagnóstico e tratamento de doenças e ou agravos, mais voltados às ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou palição, em que os processos são definidos

com maior precisão e menor variabilidade (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d).

A partir da gestão da clínica, estruturam-se duas tecnologias fundamentais pensando no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC): a gestão da condição de saúde e a gestão de caso (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d).

2.4.4.1 Gestão da Condição de Saúde

A gestão da condição de saúde pode ser definida como “processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou de uma determinada condição de saúde estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado” (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d, p. 12), portanto, entende-se que a estratégia está baseada na condição de saúde em que o usuário se encontra, podendo ser apresentada de maneira mais ou menos complexa e persistente, e que necessita de retorno do sistema de saúde, com ações e soluções proativas e resolutivas com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d).

Tal processo está destinado a aprimorar continuamente o valor dos cuidados de saúde, pois, adota uma abordagem centrada em uma população designada, na qual os fatores de risco biopsicossociais e as condições de saúde preexistentes são abordados por meio de estratégias que se concentram na estratificação de riscos e na prestação de cuidados com base na população, como visto nas etapas anteriores. (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d, p. 15).

Segundo a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2019d, p.15) “este tipo de tecnologia é utilizada em relação aos fatores de risco biopsicológicos (dislipidemia, hipertensão arterial, depressão, pré-diabetes, entre outros) e às condições crônicas estabelecidas (gravidez, puericultura, diabetes, asma, doença coronariana, entre outras)”.

2.4.4.2 Gestão de Caso

É um processo colaborativo que ocorre entre um profissional gestor de

caso e uma pessoa que enfrenta uma condição de saúde altamente complexa, junto com sua rede de apoio social. Esse processo envolve o planejamento, monitoramento e avaliação de opções de cuidados e coordenação da atenção à saúde, adaptando-se às necessidades individuais. O objetivo é fornecer uma atenção de qualidade e humanizada, com foco no aumento da capacidade funcional e na preservação da autonomia individual e familiar (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d).

Esse processo da gestão de caso envolve as seguintes etapas: “a seleção do caso, a identificação do problema, a elaboração e a implementação do plano de cuidado e o monitoramento do plano de cuidado” (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019d, p.17). Em que, demonstra-se necessário avaliar e monitorar o caso em uma perspectiva individualizada.

2.4.5 Etapa 5 - Integração e Comunicação na RAS

Nesta etapa, busca-se dialogar e estimular debates e curiosidades sobre como está o desenvolvimento trabalhado pela APS e AAE. Faz-se um resgate dos principais itens debatidos nas etapas anteriores, e estimula a compreensão sobre a importância do conhecimento recíproco, vinculação e o apoio entre os níveis de atenção à saúde (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2021).

Destaca-se também, os critérios de acesso para o compartilhamento do cuidado; as formas de comunicação e troca de informações para o compartilhamento do cuidado, baseado na segurança de dados e clínica do paciente; e o gerenciamento do plano de cuidados integrado dos pacientes já compartilhados (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2021).

Outros aspectos importantes debatidos nesta etapa, são: identificar ações não concretizadas, parcial ou integralmente, e analisar as razões para o não cumprimento essa análise permite identificar possíveis fatores causais, orientando a equipe responsável na elaboração de um novo plano de ação; revisar as ações do plano de ação pactuado na etapa preparatória; apresentar as atividades realizadas a partir do último plano de ação, sendo essencial atentar-se ao cumprimento do prazo, e se está em conformidade com o planejado; e a avaliação dos resultados (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2021).

2.4.6 Etapa 6 - Monitoramento e Avaliação

Nesta etapa é preciso compreender, a metáfora da casa, de Eugênio Vilaça Mendes. O autor destaca que a ilustração de uma casa retratando a construção social da APS faz com que as medidas de monitoramento e avaliação do PlanificaSUS tenham embasamento teórico.

Alguns indicadores que o PlanificaSUS estimula utilizar, de âmbito nacional e pactuados, para monitorar e avaliar o desempenho são: Previne Brasil, SISPACTO, Informatiza APS e COAP (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2022c).

- Previne Brasil: é novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito SUS, segundo o Ministério da Saúde, considerou-se a necessidade de implantação de ações estratégicas que atendam às necessidades e prioridades em saúde, nas dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômicas; a necessidade de intensificar a universalidade aos serviços da APS.

Os 7 indicadores do Previne Brasil são: 1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na APS; 4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; 5 - Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B e poliomielite inativada; 6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; 7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2022c).

- SISPACTO: é um sistema informatizado utilizado para a Pactuação Interfederativa, que é o processo de negociação entre municípios, estados e Distrito Federal, em que: define metas entre os entes federados; acentua as responsabilidades dos gestores em função das necessidades de saúde da população e as prioridades nacionais de saúde; e fortalece a integração dos instrumentos de planejamento do SUS, para que seja possível medir os resultados alcançados, utilizando informações disponibilizadas nas bases nacionais e locais. (Ministério da Saúde,

2016; Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2024).

Alguns indicadores são: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas); Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados; Proporção de registro de óbitos com causa básica definida; Taxa de Mortalidade Infantil; Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos; Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos; entre outros (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2022c).

- O Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS: faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O programa visa apoiar a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde de todo o país. Compreende-se que o investimento na tecnologia da informação contribuirá na gestão dos serviços de saúde e na melhoria da clínica (Brasil, 2019; Brasil, 2024).
- Condições Sensíveis à Atenção Primária (COAP): Considera-se os grupos de internação e diagnósticos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), considerando o impacto da APS na redução das internações por condições sensíveis. Tais grupos estão divididos em: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; Gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; doenças cerebrovasculares; Diabetes Mellitus; Doenças relacionadas ao pré-natal e parto, entre outras (Brasil, 2008).

2.4.7 Etapa 7 - Autocuidado Apoiado na APS e AAE

De acordo com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2022d) as iniciativas de Autocuidado Apoiado visam promover a autonomia e responsabilidade própria dos usuários, utilizando tecnologias para ampliar seus conhecimentos, atitudes e confiança no autocuidado em saúde. Para isso, as informações

transmitidas devem ser transparentes e compreensíveis para o usuário, respeitando sua capacidade de assimilação. Durante esse processo, o usuário poderá desenvolver habilidades para gerenciar sua saúde, reconhecendo fatores de risco, sinais de alerta e compreendendo em que momento é necessário buscar suporte em sua rede de apoio, antes que a situação possa se agravar (Mendes, 2012).

Esta etapa, tem o propósito de analisar a conexão entre o Autocuidado Apoiado e os indicadores de monitoramento, destacando de que forma a implementação desses processos pode ajudar equipes e profissionais de saúde a alcançar resultados que agreguem maior valor aos usuários, tornando-se essencial para realizar o acompanhamento de usuários com condições crônicas de saúde, e alcançar os resultados clínicos e funcionais desejados (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2022d).

Constatou-se, também, que a dinâmica do Autocuidado mostra que os resultados esperados no acompanhamento desses usuários não recaem exclusivamente sobre profissionais e equipes de saúde, o êxito no cuidado resulta de uma interação positiva entre os serviços de saúde da APS e AAE, com a gestão do sistema ou serviço de saúde, e com os próprios usuários (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2022d).

Ações de Autocuidado Apoiado conduzidas pela APS e AAE impactam na vida dos usuários em quaisquer outros pontos da rede de atenção à saúde, por isso, o acompanhamento desses usuários deve respeitar as competências de cada nível de atenção: as eSF devem cadastrar, identificar as subpopulações, estratificar e acompanhar todos os usuários, e a AAE, de forma compartilhada com a APS, acompanha os usuários com condições crônicas mais complexas. Além de devolver a autonomia e a qualidade de vida aos pacientes, as ações de autocuidado apoiado impactam nos indicadores, resultando em respostas positivas e reduções de malefícios aos usuários. (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2022d).

2.4.8 Etapa 8 - Cuidados Continuados e Paliativos na APS e AAE

Procura-se apresentar aos profissionais de saúde da APS e da AAE conceitos, processos e ferramentas relacionados a Cuidados Paliativos para promoção da oferta precoce e integrada de uma abordagem paliativa integral pensando em uma conduta humanizada para com os usuários, a família, cuidadores e comunidade

(Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2022a).

Para Ribeiro e Poles (2019, p.62) o cuidado paliativo “é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio do alívio do sofrimento, tratamento da dor e de outros sintomas de natureza física, psicossocial e espiritual”. Por isso, é indispensável a atuação de profissionais qualificados para lidar com situações delicadas e graves dos cuidados paliativos.

A proposta desta etapa é transcender a teoria, unindo conhecimentos para passar para a prática, abordando o “como fazer” e “por que fazer”. Tais ações desenvolvem o engajamento com os temas da etapa, além de compartilhamento de experiências, troca de impressões e ideias para a execução plena (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2022b).

Ressalta-se que, a comunicação nesta etapa é crucial, para que se possa compreender de maneira integral a situação biopsicossocial do paciente. É preciso que profissionais estejam engajados, proativos e empáticos para com o usuário e com situação de saúde clínica, física e mental apresenta-se favorável ou desfavorável (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2022a).

Visto isso, a APS e AAE devem articular entre si, buscando dar o suporte humanizado aos pacientes e membros associados, estimular o autocuidado e o frequente acompanhamento de cada caso que seja considerado paliativo (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).

2.4.9 Etapa 9 - Segurança do Paciente

Nesta etapa, busca-se compreender a segurança do paciente, sua aplicação prática e estimular ações relacionadas à qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde para que os profissionais da APS e da AAE utilizem estratégias visando assegurar a segurança do paciente no contexto em que se encontra (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2023a).

O objetivo de conceituar a “Segurança do Paciente” deu-se devido a necessidade de desenvolver estratégias para minimizar o risco de danos às pessoas, decorrentes da assistência prestada nos serviços de saúde ou domiciliar, por meio da implementação de práticas que reduzam a probabilidade de eventos adversos/incidentes e ou previnam sua ocorrência antes que causem danos. (Secretaria de Saúde do Estado

do Paraná, 2021).

Há uma série de atributos que exemplificam o que é necessário para assegurar a qualidade dos serviços prestados, em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013) é fundamental que se certifique as seguintes características:

- Segurança do Paciente: prezar o bem estar biopsicossocial dos pacientes, e evitar danos e ou lesões durante o cuidado (Brasil, 2014).
- Efetividade: proporcionar assistência efetiva e oferecer cuidado baseado no conhecimento científico (Brasil, 2014).
- Cuidado centrado no paciente: cuidado respeitoso as preferências, necessidades e valores pessoais do paciente, para que seus valores orientem as decisões clínicas (Brasil, 2014).
- Oportunidade: reduzir o tempo de espera e atraso que possam causar danos ao paciente e aos profissionais (Brasil, 2014).
- Eficiência: “prestar o cuidado sem desperdício, incluindo o uso consciente de equipamentos, suprimentos, ideias e energia” (Brasil, 2014, p.6).
- Equidade: assegurar que a qualidade do cuidado não varia de acordo com “ características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica” (Brasil, 2014, p.6).

Outros aspectos importantes que deve-se levar em consideração são as metas de segurança do paciente do Ministério da Saúde (2014), que são: a correta identificação do paciente; desenvolver uma comunicação eficaz entre os profissionais da saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; combater e reduzir o risco de acidentes/quedas/lesões. (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2023a, 2023b).

Nesta etapa, promove-se a interação e discussões entre os profissionais da APS e AAE, visando aprofundar a compreensão sobre a abrangência da segurança do paciente nos serviços de saúde. O objetivo é estimular o desenvolvimento de estratégias voltadas para aprimorar a prestação de cuidados em saúde aos usuários.

2.4.10 Etapa 10 - Macroprocessos da Vigilância em Saúde

O intuito desta etapa é apoiar na identificação, incorporação e

implementação de estratégias para integrar e aprimorar as ações e qualificações da Vigilância em Saúde, considerando a organização dos processos de trabalho na APS e AAE. Além de identificar estratégias utilizadas para acompanhamento dos indicadores relacionados aos cenários da APS e da AAE (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2023c).

Nesta fase, os profissionais serão convidados a revisar os processos de trabalho, para isso, será incentivado atividades disparadoras que impactam as equipes participantes, visando aprimorar a atenção à saúde da população. Ao final da etapa, é esperado que os profissionais dos serviços de APS e AAE compreendam e fortaleçam estratégias relacionadas à Vigilância em Saúde em seus contextos de trabalho (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2023c).

De acordo com a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), de 12 de julho de 2018, Resolução N° 588:

Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. (Brasil, 2018).

Assim sendo, cabe a vigilância em saúde apoiar e compreender a história natural das condições de saúde e identificar seus fatores causais e condicionantes, relacionados ao ambiente, a fatores biológicos ou aos estilos de vida (Brasil, 2018).

Conjuntamente, agrega-se às estas ações um conjunto de práticas que visam compreender e identificar alterações nos fatores que determinam e condicionam a saúde coletiva e individual da população, e tem por objetivo recomendar e adotar medidas de prevenção de agravos à saúde, e do controle de doenças, tanto transmissíveis quanto não transmissíveis (Brasil, 2018).

O aprimoramento da integração entre assistência e vigilância fortalecerá ainda mais a complementaridade de conhecimentos e atitudes sobre os processos de trabalho, resultando em benefícios ampliados para os usuários (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2023c).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho visa realizar uma pesquisa qualitativa documental de caráter exploratório a qual contará com entrevistas semi-estruturadas que tem por finalidade conhecer a implementação do projeto PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde do Paraná.

3.1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A pesquisa qualitativa busca conceitos, princípios e a relação dos resultados com o desenvolvimento do estudo, para isso, a pesquisa envolve “processos interativos” entre o pesquisador e seu objeto de estudo, visando compreender a perspectiva dos participantes da pesquisa para a obtenção de dados descritivos reais, que se assemelham com a realidade em que os participantes vivenciam (Godoy, 1995, p.58).

A autora também relata que “o pesquisador deve aprender a usar sua própria pessoa como o instrumento mais confiável de observação, seleção, análise e interpretação dos dados coletados.” (Godoy, 1995; p.62). Visto isso, a ideia da utilização da pesquisa qualitativa é essencial para obter resultados reais, tendo em vista que com a presente pesquisa busca a melhor averiguação da realidade.

Neves (1996) argumenta que pesquisadores aderem aos métodos de pesquisa qualitativa, quando buscam compreender profundamente o processo social de determinada pesquisa, com isso, buscam visualizar o contexto por completo, e segundo o autor, se possível, prezam por uma integração empática com o processo em estudo, resultando em uma compreensão aprofundada do fenômeno da pesquisa.

A proposta do projeto de pesquisa também sustenta-se a partir da pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas, com profissionais que participaram e implementaram o PlanificaSUS na 4ª Regional de Saúde, como: gestores regionais e tutores.

A pesquisa documental associa-se à pesquisa bibliográfica em sua essência, todavia, a documental abrange a análise de materiais para obtenção de informação. É caracterizada pelo uso de fontes primárias na coleta de informações, referindo-se a dados e informações que ainda não passaram por análise ou tratamento

científico mas apresentam fontes confiáveis e estáveis de informações, as quais podem ser representadas por: documentos oficiais, relatórios, filmagens/gravações, revistas entre outros (Fonseca, J. J. S., 2002).

Somado a isso, a entrevista semi-estruturada é caracterizada por questionamentos fundamentais baseados em teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa. Esses questionamentos podem gerar novas hipóteses a partir das respostas dos informantes (Manzini 1990/1991 *apud* Triviños, 1987).

De acordo com Manzini (1990/1991), a entrevista semi-estruturada concentra-se em um tópico para o qual é elaborado um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões pertinentes às circunstâncias específicas da entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode facilitar o surgimento de informações de maneira mais livre, sem ficar restrito a uma padronização de alternativas.

Ambos os autores destacam a importância de perguntas básicas e principais no roteiro para atingir os objetivos da pesquisa. O roteiro serve não apenas para coletar informações básicas, mas também como um guia para o pesquisador durante a interação com o informante (Manzini, 2003). Além disso, permite que o informante acrescente perguntas ao roteiro durante a entrevista, enriquecendo os detalhes de forma natural e dinâmica.

A escolha da metodologia deste trabalho, se dá devido a necessidade de compreender a efetividade do projeto na 4ª RS pois a formulação do projeto tem como prioridade entender e acolher as reais demandas de saúde da população adscrita nas RAS, além de compreender a realidade vivenciada após a implementação do projeto na região. Por isso, as técnicas escolhidas foram pensadas para corresponder a essas necessidades, sendo de extrema importância para profissionais da área da saúde e para quem se interesse na temática.

3.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Visando a autenticidade das informações buscou-se entrevistar: gestores regionais, profissionais e tutores da 4ª Regional de Saúde. Os entrevistados foram selecionados de acordo com a participação ativa na implementação, nas práticas e tutorias do projeto, sendo profissionais que se comprometeram para consolidar o

PlanificaSUS nos municípios que abrangem a 4ª RS.

Os resultados deste estudo foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas e os entrevistados foram denominados da seguinte forma:

- Gestor Regional: Gestor 1;
- Tutor(a) do PlanificaSUS: Tutor 1;
- Tutor(a) do PlanificaSUS: Tutor 2.

O roteiro das entrevistas está dividido para 2 grupos: gestor regional, e profissionais/ tutores que participaram do PlanificaSUS. O conteúdo dessas entrevistas consta indagações sobre como foi o processo de implementação do projeto, as principais mudanças após sua implementação, as estratégias foram usadas para facilitar a adesão ao projeto nos municípios e para as equipes, as potencialidades, desafios e impasses para a execução do projeto, e se houve melhoria na integração da APS com a AAE na região, entre outras.

As entrevistas foram conduzidas de forma online, via plataforma Google Meet, seguindo as diretrizes e exigências estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e de forma anônima e voluntária. O formato semi-estruturado permitiu uma abordagem flexível, o que possibilitou que a conversa entre entrevistador-entrevistado fosse leve e fluída, facilitando a exploração de aspectos principais do projeto.

As entrevistas foram realizadas com o objetivo de compreender como está sendo a implementação do PlanificaSUS na prática, nesta parte da pesquisa de campo espera-se conhecer a veracidade do projeto, e por isso é necessário o desenvolvimento das entrevistas, a qual buscará questionar sobre as particularidades e mudanças após a implementação do projeto; e, se seu desenvolvimento está beneficiando a gestão na 4ª Região de Saúde do Paraná.

Posteriormente, com as informações adquiridas a partir dos instrumentos de coleta, será aplicado os procedimentos de análise dos dados, utilizando o método de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011), a qual é uma abordagem sistemática para explorar e interpretar o conteúdo de dados qualitativos, trazendo a ideia de uma “compreensão espontânea” dos dados, neste caso, das falas dos entrevistados, de maneira que sejam transcritos em conformidade com a realidade, visando a autenticidade das informações. Depois da descrição das entrevistas será feita a interpretação das informações coletadas, para compreender se há benefícios do PlanificaSUS na região.

Ao utilizar o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011),

há a chance de aprofundar-se na complexidade das informações adquiridas e explorar a riqueza dos dados qualitativos, possibilitando a identificação de padrões, temas e significados implícitos.

O formato semi-estruturado permitiu uma abordagem flexível, facilitando a exploração de aspectos principais do projeto, com isso, garantiu que a coleta de informações apresentasse apontamentos relevantes sobre a implementação, os desafios e os resultados alcançados do PlanificaSUS na 4ª RS, dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.2.1 Critério de Inclusão

Os entrevistados selecionados devem fazer parte do corpo profissional que atua na área da saúde na 4ª RS do Estado do Paraná, e, obrigatoriamente, precisam fazer parte do conjunto de profissionais empenhados na participação direta, e que se envolveram ativamente na implementação do PlanificaSUS na região, além de possuir responsabilidade direta para com o desenrolar das etapas do projeto.

3.2.2 Critério de Exclusão

Os profissionais excluídos foram aqueles que não tiveram envolvimento com o PlanificaSUS na 4ª RS, e aos que não exercem atividade nos serviços de saúde da região, logo, não possuem o requisito necessário para agregar ao presente trabalho.

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente trabalho foi submetido e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (UDC), sob o CAAE: 64677122.5.0000.8527, o qual consta aprovado o parecer sob o Número do Parecer: 5.987.184, do dia 5 de abril de 2023.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo será exemplificado: a caracterização da 4ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, onde retrata-se aspectos geográficos, culturais, socioeconômicos e semelhanças na área da saúde pública na região; a implementação do PlanificaSUS, onde aborda sobre as medidas adotadas para a realização da pesquisa, e a razão para a escolha da linha de cuidado Saúde do Idoso para a região; a análise das entrevistas com profissionais e gestor, busca-se compreender o processo de implementação do projeto e as principais mudanças após sua implementação e dividiu-se da seguinte maneira, a adesão do PlanificaSUS na região, o desenvolvimento das etapas, os desafios e impasses, e benefícios do projeto para a 4ªRS do Paraná.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

Os 9 municípios que abrangem a 4ª Regional de Saúde do Paraná são: Fernandes Pinheiro, Guamiranga, Imbituva, Inácio Martins, Irati, Mallet, Rebouças, Rio Azul e Teixeira Soares.

Figura 1: Mapa dos municípios da 4ª Regional de Saúde do Paraná.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA-PR.

A 4ª Região de Saúde, se encontra na Macrorregional Leste do estado do Paraná, e conta com uma população total de 164.469 habitantes, conforme informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022. Os municípios são de pequeno a médio porte, com populações que variam entre cerca de 6 mil a 60 mil habitantes, destaca-se que Irati é o município mais populoso, contando com 59.250 mil habitantes, e também o maior polo econômico e de serviços da região (IBGE, 2022).

A economia da região é bastante diversificada, a qual inclui: atividades agrícolas, principalmente cultivo de grãos como milho, soja e trigo, produção de erva-mate e madeira. Também há a presença, de forma menos expressiva, de indústrias no setor madeireiro e alimentício (Andretta, Gilka M. A. Cardoso, 2006).

A região apresenta raízes culturais ligadas a imigrantes ucranianos, poloneses, e italianos o que influencia a cultura local, como festas, tradições e culinária típicas dessas etnias (Agência de Desenvolvimento das Regiões Sul e Centro Sul do Estado do Paraná).

Além dessas familiaridades, de acordo com os Planos Municipais dos municípios Inácio Martins (2017), Teixeira Soares (2021), Mallet (2021), Rebouças (2022), Rio Azul (2022) e Irati (2021), a região compartilha desafios comuns na área da saúde pública, como:

- Envelhecimento Populacional: a região está no processo de inversão da pirâmide etária, com a diminuição da população mais jovem;
- Doenças Crônicas não Transmissíveis: o aumento dos índices deu-se em decorrência ao envelhecimento populacional;
- Saúde Materno-Infantil: tem por objetivo reduzir a mortalidade materno-infantil, e melhorar a assistência nos serviços de pré-natal, parto e puerpério, além dos cuidados para o melhor desenvolvimento das crianças;
- Saúde Mental: novos projetos e campanhas voltados para essa linha de cuidado, que progressivamente afeta a população da 4ª RS.

Visto isso, nota-se como é fundamental uma gestão estruturada e integrada entre os municípios para que a região seja contemplada em sua totalidade e de acordo com a demanda. Sendo assim, é por meio das regionais de saúde que o estado desempenha predominantemente seu papel na esfera da saúde pública. Esse papel consiste em integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, além de fornecer apoio, cooperação técnica e investimentos para os municípios e

consórcios (Brasil, 2022). À regional de saúde cabe desenvolver as técnicas necessárias para apoiar os municípios em diversas áreas e influenciar na gestão das questões regionais, promovendo a busca por eficiência e qualidade; e aos municípios, seja individual ou em conjunto, devem assumir todas as ações e serviços que estejam ao alcance de sua capacidade conforme declarado pela Secretaria de Estado da Saúde (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2021).

A principal infraestrutura dos municípios para atender aos usuários do SUS é composta por UBSs que oferecem os primeiros atendimentos, e encaminham casos mais complexos para a AAE e ou para os hospitais regionais.

Segundo dados obtidos no site Postos de Saúde do Estado do Paraná, o número de UBSs nesses municípios, aproximadamente, é de:

- Fernandes Pinheiro: 6 UBSs;
- Guamiranga: 6 UBSs;
- Imbituva: 9 UBSs;
- Inácio Martins: 6 UBSs;
- Irati: 22 UBSs;
- Mallet: 9 UBSs;
- Rebouças: 8 UBSs;
- Rio Azul: 8 UBSs;
- Teixeira Soares: 5 UBSs.

Esses números são importantes para compreender a cobertura da APS, a qual é essencial para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças nesses territórios. Em termos de saúde, esses municípios enfrentam desafios relacionados à APS, por isso, cabe a Administração Pública, das três esferas de governo, pensar em estratégias para que o SUS seja contemplado em seu mais alto nível de assistência, pois, é preciso resolver a maior parte das necessidades de saúde da população, além de prezar bem-estar biopsicossocial (Brasil, 1990).

Por isso, o CONASS em cooperação com o MS e com o Hospital Israelita Albert Einstein, propôs aprimorar a educação permanente, promovendo a qualificação dos servidores, das equipes e dos gestores, buscando melhorar a organização da APS e AAE, alinhada às RAS através do PlanificaSUS (Secretaria de Saúde do Paraná, 2021).

4.2 IMPLEMENTAÇÃO DO PLANIFICASUS NA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

O Paraná foi o único estado brasileiro a escolher a linha prioritária, a Saúde do Idoso, pois, os municípios da 4ª Regional, juntos, possuem uma população idosa de 25 mil, aproximadamente. Por essa razão, essa região de saúde foi escolhida para ser a pioneira no estado (Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2021).

O projeto foi amplamente discutido com a gestão regional, secretários municipais e profissionais de saúde, que reconheceram a importância de um planejamento sólido para enfrentar os desafios crescentes, como o envelhecimento populacional (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2019).

A Linha Prioritária da Saúde do Idoso, segundo a Secretaria de Saúde do Paraná (2019) foi escolhida por diversos fatores, principalmente pela preocupação prévia com o envelhecimento populacional. O aumento expressivo da população idosa gerou uma necessidade de organização específica para atender a esse grupo etário.

A inversão da pirâmide etária e o crescente número de idosos no estado do Paraná fez com que a escolha em seguir pela Saúde do Idoso como linha de cuidado antecipasse discussões e metas voltadas para a saúde desse grupo, facilitando a implementação do projeto projeto piloto na 4ª Regional de Saúde (Gestor 1, 2024; Tutor 1, 2024).

Além disso, a estrutura da regional, com nove municípios, favoreceu a logística e a articulação entre as equipes de saúde, o que permitiu uma mobilização eficiente de prefeitos e secretários municipais. Essa proximidade também facilitou o acompanhamento constante por parte da SESA-PR e do Hospital Albert Einstein, que desempenhou um papel importante no suporte técnico e na capacitação das equipes (Gestor 1, 2024).

Pensando em compreender mais profundamente o processo de implementação, os pontos fortes e fracos, impasses e visando a autenticidade dos resultados realizou-se entrevistas semi-estruturadas, as quais buscaram questionar sobre as particularidades e o desenvolvimento do PlanificaSUS na 4ª RS do Paraná.

4.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS E GESTOR DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

A escolha de entrevistados com diferentes papéis na ação do projeto proporcionou uma visão abrangente sobre a execução e o impacto do projeto, possibilitando a identificação de percepções complementares acerca dos processos de gestão, capacitação e execução prática das ações. Dessa forma, os resultados apresentados refletem tanto a perspectiva estratégica quanto a operacional do projeto, assim, enriquece a análise com as diferentes perspectivas sobre as iniciativas implementadas.

A divisão de categorias para a análise das entrevistas sucedeu de acordo com a proposta de Bardin (2011) e Manzini (1990/1991) que apontam que o roteiro da entrevista não busca somente levantar ideias básicas, mas propõe ser um guia para a relação entrevistadora-entrevistado. Ainda acrescenta Manzini (1990/1991) a entrevista semi-estruturada serve como metodologia facilitadora para o surgimento de informações espontâneas, de modo que, seu conteúdo deve focar em um tópico para que se baseie o roteiro da pesquisa, as quais constam informações pertinentes para agregar a pesquisa.

Desse modo, a formulação das categorias baseou-se a partir da pergunta da pesquisa, que questiona: o processo de implementação do projeto e as principais mudanças após sua implementação. Pensando nisso, entendeu-se que para compreender de forma abrangente as particularidades do PlanificaSUS seria necessário pontuar as estratégias que foram usadas para facilitar a adesão ao projeto nos municípios e para as equipes, as potencialidades, desafios e impasses para a execução do projeto, e se houve melhoria na integração da APS com a AAE na região, entre outras.

4.3.1 Adesão do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde

O PlanificaSUS estimula a educação permanente (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2021), e, para profissionais já formados que atuam nos serviços de saúde, essa estratégia pode ser considerada como “mais uma coisa do SUS” (Gestor 1), no sentido de que o sistema público formula projetos para tentar suprir as brechas, mas não evoluem para resultados significativos na prática, acrescenta que: “quando chegou a proposta do Planifica sentamos com a equipe e com os técnicos da APS e debatemos sobre essas questões e se o projeto ajudaria de alguma maneira a solucionar os nossos problemas” (Gestor 1), para a gestão da região era importante ponderar os impactos e

viabilidades do projeto.

Após a discussão sobre as viabilidades do projeto, considerou-se que o ideal era implementar o projeto em uma escala reduzida antes de expandi-lo para os demais municípios, por isso, as equipes do município de Teixeira Soares iriam realizar as primeiras fases com o apoio da SESA-PR, e a partir do resultado positivo, o projeto avançou para os demais municípios que abrangem a 4ª Região de Saúde do Paraná, como abordado em:

O lançamento do Planifica foi no município de Teixeira Soares, escolhemos esse município por ser um município menor, para ver se adesão seria boa, como um teste, e depois os demais municípios iriam aderir, depois que vimos as mudanças, a ideia era ter um alinhamento “todo mundo andando junto” para não deixarmos nenhum município para trás. (Gestor 1).

Ao ser questionado sobre o processo de aceitação do projeto por parte da equipe, pontuou-se que: “no começo, como eu peguei a primeira etapa era muita reclamação, profissionais de carreira, profissionais mais antigos [...] mas eles amadureceram muito, quando entenderam a importância de fazer esses treinamentos e ter essas reuniões de discutir os casos” (Tutor 2). Devido a isso, as expansões foram gradativas para que aos poucos pudessem conhecer e entender com mais clareza as estratégias e prática de cada etapa.

Outro fator importante que facilitou a adesão foi o apoio dos diferentes níveis de gestão, como apresentado em: “lideranças políticas vieram prestigiar esse momento que era o lançamento desse projeto no estado do Paraná, e isso foi muito gratificante” (Gestor 1), esse suporte traz uma segurança maior para a 4ª Regional em prosseguir com o projeto, visto que com o maior comprometimento das autoridades, a continuidade e incentivo são revigorados.

Foi um trabalho de convencimento tanto para a regional quanto para os municípios e para os profissionais, então foi necessário uma gestão comprometida, e com o pensamento de “vai dar resultado? por que queremos isso? onde vamos chegar?”. (Gestor 1).

Percebe-se que a partir da fala do Gestor 1, a relevância que uma equipe bem preparada, que argumenta e discute; e ainda acrescenta as vantagens: “um projeto como esse, que tá querendo sinalizar planejamento, que sinaliza organização, ferramentas de gestão que dá a oportunidade para você melhorar não tem como você não usar disso ao seu favor” (Gestor 1). Nessa fala, percebe-se que no processo de convencimento para a adesão foi-se pensando em seu objetivo geral para que houvesse maior abertura para sua implementação, como indicado em:

Acredito que, o que ajudou nessa parte da reorganização foi a sensibilização, é lembrar o profissional do motivo que ele está ali, é lembrar a importância da qualificação, e que como alinhar o trabalho em rede pode ser a peça chave para um usuário bem assistido, a humanização no nosso trabalho é essencial. (Gestor 1).

Para aderir o modelo de gestão da saúde da população, como sugere o PlanificaSUS, é necessário o pensamento “alinhar o trabalho em rede” como comentado pelo Gestor 1, pois é por meio deste, que estratégias são traçadas para compreender a real necessidade dos usuários, e esse processo promove práticas reais no cotidiano dos profissionais. [...] Sensibilizar os profissionais no sentido de fazê-los lembrar da motivação diária e constante de que, a assistência centrada no bem-estar do paciente depende de uma rede unida, resistente e organizada. Ponderou-se, também:

A história é assim, você tem uma ferramenta de mudança, e quando a unidade vê que aquilo vai agregar para a sua equipe, e outras unidades vendo que uma está mais avançada que a outra, ou teve um andamento melhor da equipe, isso vai estimulando eles a serem mais participativos, a cooperarem mais, e a aprofundar no projeto (Tutor 1).

Isto posto, percebeu-se que para a região aderir ao projeto em sua totalidade, foi necessário uma gestão comprometida e participativa, além da cooperação entre os municípios, e a sensibilização dos profissionais, que buscaram compreender e viver na prática o PlanificaSUS, sem essas medidas dificultaria os resultados obtidos. Portanto, as expansões foram gradativas para que aos poucos os profissionais pudessem conhecer e entender com mais clareza as estratégias e práticas de cada etapa.

4.3.2 Desenvolvimento das Etapas do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde

Na iniciativa do desenrolar das etapas, após debates sobre como seria o pontapé inicial na região, optou-se para que:

As capacitações (dos tutores) do Planifica aqui na 4ª Regional, duravam uma semana com o auxílio do pessoal do Albert Einstein e dois dias dessa semana eram os mais importantes, em que qualificava as equipes [...] as UBSs fechavam para que esses profissionais pudessem se capacitar” (Gestor 1).

Pensando no melhor gerenciamento, houve um processo de convencimento das autoridades, para que as equipes pudessem ter o momento de aprendizado, como posto em: “conseguimos mobilizar os prefeitos, os secretários e pontuar a importância das capacitações [...] por isso foi possível o fechamento das UBSs para a qualificação deles” (Gestor 1). Ademais, houve a contribuição com as seguintes falas: “A estruturação do projeto foi super bem acompanhada pelo Hospital Albert

Einstein, e pela equipe de Curitiba (SESA-PR) e isso ajudou no processo de implementação [...] as visitas que ocorriam eram bem pontuais e importantes.”, “ o pessoal se desdobrava para participar, o pessoal de Curitiba e do Albert Einstein também, então esse apoio em conjunto fez com que o projeto pudesse expandir e crescer de uma maneira muito única.”. Acrescentou-se ainda:

Irati acabou sendo sede das reuniões do Planifica por ter uma melhor estrutura e por ser mais central, tivemos uma boa parceria com o Estado então conseguimos fazer esse movimento para Irati [...] E aí nós conseguimos ver os resultados, e cada vez mais fomos avançando, de maneira bem dinâmica e foi uma experiência muito interessante (Gestor 1).

Percebe-se que com o apoio da SESA-PR, e do Hospital Albert Einstein e com a sede dos encontros centrado em Irati, o desafio se encontrava no deslocamento e na intencionalidade dos profissionais, como consta em: “os nove municípios daqui se envolveram, participaram, ninguém ficou de fora, acredito que é por isso que vimos maiores resultados [...] ninguém perdeu a oportunidade de melhorar o seu processo de trabalho”. (Gestor 1).

A cooperação técnica entre municípios e estados para a elaboração e incentivo do planejamento estratégico para a região é essencial, como consta na lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), o apoio mútuo das esferas de poder proporcionar segurança aos profissionais, pois assegura a continuidade e suporte.

Ainda, acrescenta que: “os movimentos de mobilização em Irati contavam com mais de mil pessoas em um auditório para debatermos sobre as etapas do Planifica [...] e vimos trabalhando pontualmente com todos, estimulando debates [...]” (Gestor 1). Pensando nisso, notou-se o desenvolvimento profissional, conforme a maior participação e envolvimento entre si das equipes, como abordado em:

Com o desenvolver das etapas vimos que o projeto enxerga como um todo, ele não cuida só da condição atual da pessoa [...] A pessoa tem uma dor de cabeça, então vamos lá medicar a pessoa para dor de cabeça. Não. Ele busca o contexto do porquê dessa dor de cabeça, ele estimula a gente a questionar “quais as causas dessa dor de cabeça”, “é algum tratamento que está fazendo mal?” “Algum medicamento?”(Gestor 1).

A partir das ponderações feitas, percebe-se que, a gestão centrada na necessidade do paciente é aprimorada, os profissionais conseguem adquirir um olhar sensível à situação a qual o usuário se apresenta. Tal habilidade é desenvolvida nas discussões de caso das etapas do projeto, onde comenta-se que é necessário incorporar a escuta ativa para contemplar o atendimento integral (BRASIL, 2017).

Nota-se que, com as falas dos entrevistados, que para o PlanificaSUS se

desenvolver é necessário uma força tarefa, um empenho coletivo, e isso se comprova na seguinte afirmação: “você tem que abraçar a causa, seja um questionador, que vai atrás de respostas, de maneiras e métodos de resolução de problemas. O processo é pôr a mão na massa, e ser participativo no sistema ” (Gestor 1).

A partir das observações, após as primeiras fases do projeto, começou-se a compreender a importância de se trabalhar em conjunto, e com uma eSF, onde cada profissional tem sua responsabilidade e relevância, como ressalta em:

O paciente agora não passa somente pelo enfermeiro e médico, agora passa pela nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, toda uma equipe multiprofissional que está capacitada para atender melhor esse paciente, de acordo com a necessidade dele (Tutor 2).

Os processos das etapas, estavam organizado no período de 1 semana, onde maior parte dos dias estava estipulado para capacitar tutores que iriam tomar a frente das discussões de caso, da seguinte maneira:

no primeiro dia capacitava de acordo com a etapa em que o projeto estava, depois a gente separa o pessoal em grupos menores e cada grupo ganhava um estudo de caso sobre Saúde do Idoso, e também das outras linhas prioritárias, o foco estava na linha do Idoso, mas a gente debatia as outras também pela troca de conhecimento (Gestor 1).

Ademais, acrescentou-se: “no outro dia de capacitação, era falado sobre as mudanças percebidas desde a realização da última reunião, e se melhorou a organização, se faltou algo, essas coisas [...]” (Gestor 1). As capacitações dos profissionais ocorriam no período de 2 dias, sendo o primeiro dia mais didático com apresentação dos materiais disponibilizados pela SBIBAE, e posteriormente, discussões de caso que são elaborados também pelo Albert Einstein, onde encorajava-se o debate e a troca de experiências, e quem encabeça as palestras eram os tutores treinados pelo Hospital Albert Einstein, e por idealizadores do projeto.

O apoio em conjunto tanto da SESA-PR quanto do Hospital Albert Einstein, promoveu o envolvimento das equipes no decorrer das etapas. Os tutores e gestores que aderiram à capacitação estavam preparados para auxiliar no processo de qualificação. Esse conjunto, fez com que as etapas do projeto atingissem o objetivo, de modo que expandiu e cresceu para as demais linhas de cuidado posteriormente, como mencionado em:

a gente já trabalhou em conjunto todas, então todos a gente já trabalhava em conjunto, a gente faz Saúde Mental, a Infantil, Condições Crônicas, todas a gente já estratifica e faz conforme foi trabalhada na linha do Idoso, então desde o início a gente já foi trabalhando todas as linhas (Tutor 1).

Compreende-se que a partir da fala, que a abordagem trazida a partir das etapas, serviu como base para a implementação das outras linhas de cuidado a qual o PlanificaSUS abrange. Esse resultado significa que o projeto foi bem recebido pelos profissionais, mesmo com dificuldades no percurso, pois os próprios servidores buscaram implementá-lo nas demais áreas do cuidado simultaneamente.

4.3.3 Desafios e Impasses do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde

Por se tratar de um projeto que depende da reorganização do sistema, esperava-se, com o decorrer das etapas, que dificuldades seriam identificadas, como se verifica em: “No início foi difícil a gente conquistar os profissionais, para não ser algo assim que “ah vai ser mais alguma coisa pra gente fazer e ficar abandonado depois”.” (Tutor 1), “outros projetos que tiveram esse objetivo de organização dos processos assim, e ele não tem uma continuidade ou ele não finaliza de uma maneira correta, isso desestimula muito os profissionais.” (Tutor 2).

As experiências prévias com outros projetos acarretaram para que os profissionais esperassem que o PlanificaSUS fosse “mais uma coisa do SUS” (Gestor 1) num sentido desfavorável, e isso gerou uma barreira para os propositores e tutores, pois, foi necessário desconstruir a ideia mentalizada que eles tinham anteriormente. Outro ponto relevante comentado, foi que:

Outro desafio era os profissionais comprarem essa ideia também, alguns profissionais têm a cabeça mais aberta, mas a gente lida às vezes com profissionais de carreira, de anos, que trabalham 20 anos daquele jeito e não aceitam mudança. Então esse foi um outro ponto que tinha que ser trabalhado assim muito minuciosamente, também, muito aos poucos pelas beiradas para você conseguir ir cativando esses profissionais (Gestor 1).

Outro fator importante, que impossibilitou os encontros do PlanificaSUS, foi a pandemia da COVID-19. Os primeiros casos da doença surgiram no Brasil no final do mês de fevereiro de 2020 (Ministério da Saúde, 2020), e para a maior segurança da população, conforme o aumento gradativo dos casos no país foi decretado o fechamento temporário de escolas, faculdades, comércios e a suspensão de eventos buscando evitar aglomerações. No ano de 2021, devido ao avanço da vacinação contra o coronavírus, houve uma flexibilização gradativa para a retomada de eventos, essas decisões dependiam da situação epidemiológica em que determinada região se encontrava. (Ministério da Saúde, 2022). Esse fato, foi um impasse para a realização do projeto por um período de tempo, como consta em:

nós tínhamos planejado vários momentos presenciais para dar continuidade nos módulos do projeto, mas devido a pandemia (COVID-19) tivemos que nos adequar a situação de distanciamento [...] foi uma perda considerável, mas, mesmo assim as equipes continuaram motivadas, conseguimos continuar avançando com o projeto e atuando (Gestor 1).

Ao mencionar sobre o distanciamento social em decorrência da pandemia da COVID-19, a perda a qual se refere é: “a perda no sentido de criar conexões mais profundas entre as equipes, e entre os profissionais até de diferentes municípios.” (Gestor 1), acrescenta, ainda:

No início do projeto, depois do expediente era o horário de relaxo, então o pessoal saía se conhecer melhor e criava laços com as equipes e isso facilitava e melhorava até o trabalho; esses momentos de descontração também fazem parte (Gestor 1).

Ainda nesse contexto devido às medidas adotadas para reduzir novos casos da doença, abordou-se que: “outra questão foi a pandemia (COVID-19) no meio desse processo das etapas [...] a gente perdeu muitos processos que já tinha organizado, e a gente teve que dar um gás para conseguir voltar para o planejamento idealizado” (Tutor 1), “tivemos que rever tudo de volta, rever o que a gente perdeu no meio do caminho por causa da pandemia, [...] porque como não tinha os encontros presenciais a gente teve uma perda de conexão entre as equipes.” (Tutor 2). Tal impasse em que a 4ª região enfrentou foi desafiador, pois, persistir na continuidade do projeto em meio aos desafios da COVID-19, como retratado, não foi simples.

Outro ponto abordado em relação aos desafios enfrentados, foi que: “a falta de profissionais às vezes prejudica esse andamento” (Tutor 1), em concordância com essa temática, acrescentou-se: “a minha função não era só ser tutora, eu estava ali como servidora também, eu era farmacêutica da UBS, então eu tinha que lidar com compra, com buscar medicamento, buscar vacina, distribuir” (Tutor 2).

Complementando esse ponto de vista, pontuou-se também, que administrar o tempo para a execução das funções cotidianas dos serviços de saúde e estimular a implementação do PlanificaSUS, foi trabalhoso, como constatado em: “[...] eu sempre dizia a gente tá tentando trocar o pneu do carro com o carro andando então a gente tentava organizar os processos sem deixar de atender a população” (Tutor 2), “a gente não podia simplesmente vamos fechar a unidade e daqui dois meses a gente volta com tudo redondo, com todo mundo planilhado, com todo mundo certo, não é assim, então o principal desafio era esse: ter o tempo né” (Tutor 1), “às vezes a gente tentava organizar um processo, e aparecia uma emergência, ou apareceu alguma coisa que tinha

que levantar e fazer.” (Gestor 1).

O ato de planejar, não é uma tarefa simples, pois é necessário aperfeiçoar o planejamento para que o processo de mudança se desenvolva por completo (Tancredi, 1998), como visto nos comentários dos entrevistados, no cotidiano há imprevistos e prioridades em que é necessário pensar sobre como administrá-las. Nessa perspectiva, é essencial estabelecer prioridades, mobilizar recursos e esforços em direção a objetivos previamente estabelecidos pela gestão, seguindo uma lógica transparente e dinâmica para orientar os processos no âmbito do sistema de saúde em suas diversas instâncias (Secretaria da Saúde do Distrito Federal, 2024).

A ação que a SESA-PR adotou, de qualificar os profissionais através do PlanificaSUS, foi pensando no melhor desempenho profissional e na melhoria do atendimento e acolhimento dos usuários da região (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2021), vale ressaltar que: “equipe que não tem reunião, que não tem qualificação; primeiro: é uma equipe desunida, que não tá ali pelo mesmo objetivo; segundo: se falta conhecimento, falta tudo para você desenvolver o trabalho na saúde” (Tutor 2).

Mesmo em frente a tantos desafios, o projeto prosseguiu através da cooperação técnica e mútua entre gestores, profissionais, da SESA-PR e dos desenvolvedores do PlanificaSUS, e se constatou efetivo para a 4ª RS do Paraná.

4.3.4 Benefícios do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde

Ao ser questionado sobre os maiores benefícios do projeto para a gestão do SUS, ponderou que: “a gente viu conforme os resultados iam chegando que os profissionais ficaram mais envolvidos e dispostos a fazer parte sabe, vestiram a camisa de verdade e começaram a buscar mais conhecimento.” (Tutor 1) , com isso, destaca-se que os profissionais engajaram-se mais a partir do momento em que houve retorno positivo dos resultados, e a busca por qualificação pelos próprios profissionais é a chave para o desenvolvimento integral do projeto.

Acho que o principal fator é você mudar a qualidade de vida das pessoas, e isso foi visível pra mim com o projeto, e isso ganhou os profissionais, os gestores, os prefeitos, o governador, o secretário, todos nós ganhamos, muito conhecimento, tivemos que mudar muitas coisas com o projeto e enfrentamos desafios enormes, de reorganizar mesmo aqui a estrutura, mas a qualidade de vida, a segurança dos pacientes, esse olhar que passamos a ter com os usuários ficou mais sensível, mais simpático, nos tornou mais humanos. E financeiramente vemos que a longo prazo veremos o retorno, por que a gente investindo em promoção e prevenção já

reduz alguns indicadores, e deixamos de investir somente na reabilitação (Gestor 1).

Nota-se, que a partir do comentário a perspectiva é ampliada destacando os benefícios para profissionais e pacientes. O entrevistado ressalta como o PlanificaSUS contribuiu para um atendimento mais humanizado e preventivo, resultando em melhorias na qualidade de vida de ambos, e enfatiza a importância de priorizar a promoção da saúde ao invés da reabilitação na vida do usuário. Além disso, menciona que essas mudanças geram benefícios financeiros para a gestão, devido à redução de investimentos centrado majoritariamente para a reabilitação.

Quando indagado sobre os maiores benefícios, Tutor 2 destacou que:

Eu achei que diminuiu reclamação dos atendimentos, porque antes às vezes os atendimentos eram mais demorados para chamar né, ou as unidades eram muito cheias e as equipes estavam sobrecarregadas, agora o negócio tá mais ordenado, temos o paciente certo, no tempo certo, e no local adequado (Tutor 2).

Segundo Tutor 2, após o avançar das etapas notou-se que o fluxo de atendimentos estava melhor preparado para receber o paciente de uma maneira mais organizada e “no tempo certo, e no local adequado”, isso se explica no fato das reclamações reduzidas. Vale ressaltar que na fala do entrevistado que menciona “equipes estavam sobrecarregadas”, a medida em que se estimulava a organização das unidades através do desenvolvimento das etapas viu-se uma melhora a partir da ênfase de “no tempo certo”.

Pensando nisso, outra característica abordada foi: “o agendamento de consultas deu muita diferença [...] as unidades ficaram mais organizadas, sem aquele tumulto ” (Tutor 2), “com a agenda (agendamento de consultas) o usuário não precisa mais ficar esperando horas ali na unidade” (Tutor 1), e ainda:

outra grande vitória foi o agendamento de consulta, o não ter que esperar mais nas filas para ser atendido, isso é um ganho importantíssimo [...] com Planifica se intensificou, e hoje conseguimos fazer as nossas consultas com agendamento e sem mais precisar esperar nas filas para agendar (Gestor 1).

O agendamento de consultas é ferramenta que faz parte dos macroprocessos delimitados pela Construção Social da APS proposta por Mendes (2019), serve para dar suporte para o melhor atendimento dos profissionais para com as variadas demandas dos pacientes.

Ainda sobre os benefícios do agendamento, pontuou-se que: “ A gente vê muita diferença no processo de trabalho e a equipe consegue desenvolver o trabalho com

a maior qualidade, com mais tranquilidade, com mais segurança também, porque não faz as coisas atropeladas.” (Tutor 2), “[...] antigamente tínhamos filas imensas durante a madrugada e isso era um problema, então o Planifica veio e trouxe ferramentas para organizar essas coisas para colocarmos em prática.” (Gestor 1), “[...] com a agenda (agendamento de consultas) o usuário não precisa mais ficar esperando horas ali na unidade” (Tutor 1). A partir dos comentários entende-se que foi fundamental a reorganização dos fluxos de atendimento, pensando na resolutividade que o sistema deve fornecer ao paciente.

Para que sejam efetivadas tais mudanças, foi necessário um esforço conjunto de gestores e profissionais, para administrar como seria organizada as agendas, a territorialização, o debate de estudos de caso, entre outros. Pensando nisso, outra mudança significativa apontada foi: “agora tem horário reservado para reunião das equipes, com o apoio da nossa gestão, a cada 15 dias é separado 2h para reunião” (Tutor 1). Tal medida, consolidou de maneira eficaz os processos de trabalho, como dito em:

A equipe aprendeu a discutir casos de pacientes, eu vejo que quando tem uma dificuldade assim eles tão priorizando esse debate em conjunto sabe. Eu percebi que é uma questão de hábito, saber desde o plano de cuidado até a estratificação, que só era feito quando a gestão exigia, até que veio essas novas estratégias que ajudam a gente com esse melhor planejamento. (Tutor 1).

Pensando nisso, observa-se a importância do contexto abordado por Mendes (2011) sobre a estratificação da população por risco, declara que tal medida permite regular melhor o tempo das equipes, tanto das demandas programadas quanto as não programadas. A prévia divisão de grupos que apresentam riscos à saúde semelhantes, por meio das RAS, faz com que o profissional já conheça aquela realidade, assim, estimula um fluxo mais harmônico.

Ainda, é relevante pontuar, a territorialização faz parte das mudanças concretas vivenciadas pela 4ª RS, como em: “também tem territorialização, agora sabem qual município que tem mais incidência disso, menos daquilo, qual que tem mais alto risco de tal condição [...]” (Tutor 2), “mudou a forma de chegar no território e conhecer seu território, a forma de como distribuir o processo de trabalho” (Gestor 1), e ainda acrescenta:

a equipe viu na prática assim a mão na roda que foi, que ter os cadastros e históricos atualizados [...] a gente conseguiu mensurar muito mais fácil, tipo pela faixa etária, quais pessoas do território eram de alto risco, as comorbidades, essas coisas (Tutor 1).

Os relatos apontam para um novo olhar dos profissionais para com o

serviço de saúde, após a implementação do PlanificaSUS na região, um olhar mais estratégico e humanizado.

Além disso, viu-se que a relevância da territorialização e estratificação afeta ainda mais os usuários que se enquadram nas condições crônicas e hiperutilizadores, que necessitam de uma assistência constante. Para este grupo estruturou-se uma agenda que contemple todo seu tratamento, como retratado em: “ele (o usuário) tem a agenda e a programação né, e a agenda garantida pro seu tratamento por inteiro [...] ele vai ter sempre sua próxima consulta agendada conforme sua estratificação” (Tutor 1).

Após a compreensão das falas, verificou-se que: “o maior benefício do Planifica foi ter um norte a seguir, porque as etapas já estavam bem estruturadas e só faltava pôr em prática e capacitar os envolvidos no projeto” (Gestor 1). Fornecer aos servidores um material didático, estruturado, coeso e de qualidade estimula os profissionais a buscar e aplicar os conhecimentos visando melhorar a execução de suas atividades no cotidiano no sistema de saúde, logo, contribui para um ambiente de trabalho mais produtivo e eficaz. Isso se confirma na continuação da fala:

[...] trouxe soluções para resolvermos umas coisas tão simples de resolver, e as pessoas às vezes acham que é difícil, mas não é, por exemplo: a necessidade de investir em profissionais de saúde, a necessidade de qualificar, capacitar e dar condições para esses profissionais trabalharem, isso não é difícil de entender a importância (Gestor 1).

Percebe-se que através das falas dos entrevistados, a diferença que a qualificação e, posteriormente, a prática do que foi aprendido faz com o serviço de saúde, na medida em que os fluxos são ordenados e as equipes melhores preparadas para obter resultados positivos é apenas uma questão de tempo, como explanado em:

ele traz planejamento, a gente senta discute os textos em rodas de conversa e a gente consegue entender a visão que cada um tem sobre possíveis melhorias sobre estratégias e essa discussão nos ajuda a crescer como grupo e como prestadores de serviços, porque isso envolve a unidade inteira desde os profissionais do acolhimento até o profissionais do serviço de limpeza (Tutor 2).

Tendo em vista os apontamentos acima, é importante mensurar os reais resultados do projeto, para encorajar a continuidade do projeto, com enfoque nas demais Linhas de Cuidado.

4.3.4.1 Integração da APS e AAE

Integrar APS e AAE é um desafio, pois, ainda compreende-se que há níveis de hierarquia dentro do SUS devido ao sistema de atenção fragmentado, porém, a proposta apresentada por Mendes (2011) compreende que o sistema deve organizar-se de maneira ordenada, contínua, e poliárquica de modo que estimule uma gestão articulada que apoie a interdisciplinaridade e humanização do trabalho.

Ao mencionar os maiores benefícios do projeto para a região, pontua-se: “o que melhorou muito foi que estreitou os laços com a equipe especializada [...] a gente não tinha essa conversa então às vezes o paciente ia (para a Atenção Especializada) e ficava aquele efeito velcro”. Nesse sentido, “efeito velcro”, trata-se no caso em que um usuário estagnou nos níveis de atenção à saúde, especialmente entre a APS e AAE, o qual remete o sentido de ir e voltar recorrente do usuário sem que seu problema seja solucionado. Tal efeito ocorre, quando à falta de um mecanismo de comunicação e encaminhamento eficaz entre os dois níveis de atenção à saúde (Mendes, 2019).

Todavia, com o fluxo contínuo das etapas do PlanificaSUS, destaca-se que:

Quando a gente faz a continuidade do atendimento a gente dá segurança pro paciente, de que ele tá bem assistido, a Atenção Primária tem que acompanhar o processo [...] essa comunicação entre Atenção Primária e Especializada é o X da questão, “mata a pau” todo o processo (Gestor 1).

Ainda, complementa “o paciente não é de um ou de outro, paciente ele é de uma equipe multiprofissional que faz parte de um Sistema Único, então eles têm que se complementar” (Gestor 1).

Dito isso, vale ressaltar, que para se obter uma assistência integrada conforme os parâmetros do PlanificaSUS, é necessário a ação de uma equipe multiprofissional, que atue de modo interdisciplinar com o objetivo de aprimorar o manejo clínico dos usuários pensando em uma assistência contínua. A APS tem como função realizar o cadastro inicial, estratificar por risco, e formular o plano de cuidado inicial o qual será encaminhado para o ambulatório de especialidade para a realizar o agendamento do atendimento. E o papel da AAE é a realização do atendimento multi especializado e atualizar o plano de cuidado, e este plano é compartilhado com a APS, para estimular o vínculo de referência e contrareferência (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a).

A interação entre os níveis de atenção, era um desafio para a 4ª Regional de Saúde do Paraná, como consta em: “antes a gente tinha muita dificuldade, a gente chegava até ter medo da especializada porque a gente ficava naquele pensamento de

que “eles são mais que a gente”; e agora não, temos uma boa interação”. como se apresenta em: “ [...] a conversa com a Especializada cresceu muito assim depois do Planifica, essa nossa troca, essa nossa conversa foi muito bacana e auxiliou no nosso desempenho com certeza [...]”. (Tutor 1).

Percebe-se, que com os estímulos de interação, através de rodas de conversa e debates, os paradigmas pré-estabelecidos foram rompidos, de maneira que as equipes se reconheceram como suporte mútuo sendo fundamental para o desenvolvimento integral do projeto, em decorrência disso vemos os resultados:

com essa interação, eu vejo que a gente consegue olhar para o usuário em rede né, não só num ponto isolado né, então a gente consegue discutir sobre o mesmo usuário em vários pontos da rede [...] e isso só gera benefícios para o usuário, porque ele sabe que vai ser bem acolhido e vai receber uma boa conduta (Tutor 2).

O trabalhar em rede, é primordial para o PlanificaSUS, como afirma Mendes (2016), desta forma, viu-se a necessidade dos profissionais da 4ª RS do Paraná compreenderem que a troca de experiências e a fluidez entre os níveis de cuidado auxilia no processo de trabalho e promove o melhor desenvolvimento fluxo assistencial, como descrito em:

qualquer dúvida que temos aqui (na APS), o próprio médico aqui da unidade entra em contato com o médico de lá também (da AAE), e antes não tinha essa interação [...] agora eles estão sempre ajudando a gente, dando assim uma perspectiva, o que fazer ali; então eu vejo que é algo que veio pra somar, por que estamos aprendendo muito com eles e vice-versa (Tutor 1).

4.3.4.2 Qualificação das Equipes

A partir das entrevistas comprovou-se que a capacitação através da educação permanente foi peça chave para o desempenho positivo do PlanificaSUS na região, e isso se evidencia em: “preparar os profissionais, capacitar, mostrar pra eles um todo do que é o projeto, acho que isso é maravilhoso, um ganho, que foi e que ainda é maravilhoso para as pessoas.” (Gestor 1), “para ser profissional da saúde é preciso atitude, e nós como gestão é preciso dar embasamento científico pro profissional, tipo um “guia” mesmo, e também para auxiliar no cotidiano, tudo isso são processos que são necessários sempre” (Tutor 2), “a gente conseguiu fazer com que eles entendessem que sempre será necessário buscar esse aprimoramento e auxílio em materiais e até mesmo nos debates em equipe” (Tutor 1).

Ainda, ao pensar no desenvolvimento das etapas teóricas para as práticas

nos serviços de saúde, destacou-se que: “a gente conseguiu ver o profissional mais preparado para resolver os problemas, buscando conhecer mais, o que pode fazer de melhor, questionando mais, e é isso que temos que ter sempre” (Gestor 1), “[...] eu vejo que houve uma grande melhora, uma ampliação da visão dos profissionais, nós conseguimos fazer acontecer, e vimos como mudou os nossos atendimentos para melhor” (Tutor 1), “a gente tem que estar sempre se aprimorando, e para nossa região a educação permanente veio com PlanificaSUS” (Tutor 2).

Ao ser questionado sobre estratégias de continuidade do projeto para a gestão do SUS, o entrevistado traz que: “a gente está sempre tentando rever as etapas, rever o projeto para melhor qualificação né, e para não esquecer” (Gestor 1). “A medida de educação permanente deve ser constante, é necessário sempre desenvolvê-la, pensando na melhor qualidade de assistência e performance das equipes.” (Tutor 1).

Dito isso, complementa-se que: “você não consegue fazer um trabalho de excelência, sem a qualificação das equipes, a educação permanente tem que ser a base de qualquer setor de saúde [...] Nós que trabalhamos com saúde precisamos nos qualificar” (Tutor 2).

O PlanificaSUS veio para a gente e a gestão entender o porquê é tão importante ter esses períodos de treinamento, [...] existem diversas ferramentas para captar os profissionais né, como cursos online, mas o Planifica foi um projeto de mudanças na prática, real ali, foi um divisor de águas (Tutor 2).

Em suma, evidenciou-se que a capacitação por meio da educação permanente e contínua foi fundamental para o sucesso do PlanificaSUS na 4ª Regional de Saúde do Paraná. A qualificação no cotidiano proporcionou aos profissionais a segurança na assistência, ao lidar com falhas do sistema e aprimorar os conhecimentos. Destaca-se que o PlanificaSUS, como ferramenta para aprimorar a APS e reorganizar os fluxos com a AAE com a finalidade de ordenar as Redes de Atenção em Saúde foi considerado um “divisor de águas” (Tutor 2), devido à eficácia e impacto positivo sobre a 4ª Regional de Saúde do Paraná.

É essencial destacar que, o maior segredo para a efetividade do projeto, está na dedicação e empenho de cada profissional em querer fazer parte, e ser instrumento de mudança dentro da sua realidade, como consta em:

O SUS precisa de pessoas comprometidas com o ser humano, não só na hora da assistência, mas no contexto geral, desde que o usuário ponha o pé na unidade. É isso que eu percebo no Planifica, que ele veio para chacoalhar todo mundo, para o profissional se perguntar: “O que eu quero dentro desse processo?” “O que eu preciso fazer para melhorar?” Então, começar a ouvir as pessoas, a dialogar, questionar, a chave está aí (Gestor 1).

Para o desenvolvimento de um olhar mais atento às demandas do território, estipula-se estratégias de vigilância da situação de saúde da população que, a partir do conhecimento adquirido nos workshops do PlanificaSUS, por parte das equipes, encoraja a desenvolver ações de monitoramento, estudos e análises que reconheçam a necessidade do planejamento adequado, do estabelecimento de estratégias prioritárias e da avaliação das ações de saúde pública, além disso, contribui para o aperfeiçoamento das ações protetivas e promotoras da saúde, bem como, as medidas de prevenção e controle de riscos, doenças e agravos.

Em síntese, ressalta-se que a qualificação dos profissionais progressiva e constante, possibilita a APS juntamente com AAE a assumir suas respectivas funções, as quais são designadas, para que assim, possam exercer as ações de vigilância da situação de saúde dos usuários com mais segurança, cuidado e eficiente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PlanificaSUS estimula a educação permanente dos profissionais que atuam na área da saúde, por meio de workshops, palestras, cursos, entre outros. É proporcionado pelo CONASS, com parceria do MS junto ao Hospital Albert Einstein, desde 2018, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (ProadiSUS). Com o objetivo operacionalizar a PAS, o projeto visa estimular a integração, a interprofissionalidade e aborda uma nova perspectiva de modelo de cuidado, entende-se que o PlanificaSUS é uma ferramenta de mudança para a gestão do SUS.

O presente estudo busca abordar a contribuição do projeto para a consolidação da APS e reorganização da AAE, referentes às RAS. Dessa maneira, o projeto tem como base incentivar os profissionais a participarem ativamente do desenvolvimento das etapas para que a finalidade do projeto seja alcançada.

A pesquisa buscou investigar o processo de implementação do PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde do Paraná, e quais seus benefícios para a gestão na região. Pensando nisso, foi traçado um objetivo geral para orientar a pesquisa e ampliar os conhecimentos sobre o projeto, que seria análise e compreensão dos processos que formulam o PlanificaSUS, e os resultados alcançados a partir da perspectiva dos profissionais da 4ª RS do Paraná. Juntamente com essa proposta integra-se, os objetivos específicos os quais buscaram entender a proposta da PAS e seus principais referenciais teóricos; o processo de Construção Social da APS, o funcionamento da AAE e a proposta das RAS; os processos de implementação do PlanificaSUS na 4ª RS do Paraná; e ainda, entrevistar profissionais e gestores que participaram da implementação do projeto.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, primeiramente, foi necessário o estudo através de: documentos disponibilizados pela SBIBAE, que abordam as 10 etapas do PlanificaSUS; documentos elaborados por Eugênio Vilaça Mendes, que é o autor principal dos materiais do PlanificaSUS; consulta em documentos do MS e do CONASS, entre outros. Em seguida, visando a autenticidade dos resultados foram realizadas as entrevistas com profissionais da 4ª RS do Paraná.

Com a abordagem qualitativa por meio das entrevistas semi-estruturadas, foi possível evidenciar como o PlanificaSUS se desdobra em ações concretas, que visam a qualificação e a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde. As etapas delineadas pelo projeto demonstram um comprometimento em atender às necessidades

reais da população, promovendo um cuidado integral e humanizado.

A escolha da metodologia possibilitou alcançar os objetivos da pesquisa de forma eficaz. De modo que, as entrevistas semi-estruturadas com os profissionais que atuaram na implementação do PlanificaSUS possibilitaram a compreensão das reais mudanças na gestão da 4ª RS em sua totalidade.

Compreendeu-se, por meio das entrevistas, que o projeto é desafiador tanto para a gestão, quanto para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, devido às demandas e intercorrências do cotidiano. Percebe-se que os profissionais estão sobrecarregados, a falta de um planejamento estratégico resolutivo prejudica o bom desempenho e o funcionamento de uma assistência integrada e competente para sanar as irregularidades que se encontram na região.

Com a pesquisa de campo, compreendeu-se a relevância de um olhar atento e empático para com a população, as medidas de: qualificação profissional, agendamentos, estratificação por risco, as constantes reuniões das equipes, a territorialização, entre outras, foram estratégias adotadas pelas profissionais, buscando aperfeiçoar os fluxos e a continuidade de atendimentos, e a integração entre os níveis de atenção.

Através dos resultados alcançados da pesquisa, o projeto configurou-se positivamente na 4ª RS do Paraná, e isso se dá pelo empenho e investimento da Secretaria de Saúde do Paraná, juntamente com o Hospital Albert Einstein, e pela colaboração dos gestores, tutores e equipes da região.

A análise sobre os benefícios do projeto PlanificaSUS constatou um impacto expressivo na gestão do SUS. Os profissionais apresentavam-se mais encorajados e entusiasmados a se qualificarem à medida em que os primeiros retornos positivos surgiam. Dessa forma, fica evidente que a capacitação não beneficia apenas ao usuário, mas também os responsáveis pela participação e gerenciamento do projeto.

Como ressaltaram os entrevistados, a interação entre APS e AAE foi fundamental, pois no decorrer das etapas do projeto estimulava-se o aprimoramento na comunicação entre as equipes, através de discussões de casos e roda de conversa, tal ação possibilitou uma abordagem mais integrada e centrada no usuário.

A pesquisa, no entanto, apresenta limitações, como a baixa participação dos profissionais nas entrevistas, a qual foi atribuída à falta de disponibilidade de tempo, o que limitou o interesse em se envolver com o estudo. Também, a ampliação da amostra poderia agregar mais conhecimento para a pesquisa.

Dessa maneira, propõe-se a realização de pesquisas futuras centrada em entrevistar usuários que foram contemplados com o projeto para compreender sua experiência, ademais, realizar levantamento de dados quantitativos, a partir dos indicadores utilizados para medir e avaliar o desempenho do PlanificaSUS tanto na 4ª RS quanto nas demais regionais que compõem o estado do Paraná.

Por fim, conclui-se que a educação permanente é vista como vital para a continuidade do PlanificaSUS, pois capacita os profissionais para que possam ampliar seus conhecimentos, habilidades e atitudes para prestar assistência de qualidade e focalizada na real necessidade do usuário. O envolvimento dos gestores e profissionais, com o foco na humanização do atendimento foram observados como pontos-chave, e demonstram a importância do diálogo e da qualificação para a assistência à saúde centrada no cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DAS REGIÕES SUL E CENTRO SUL DO ESTADO DO PARANÁ. **Influência dos imigrantes poloneses, ucranianos e italianos permanece viva até hoje em Irati.** Disponível em: [Influência dos imigrantes poloneses, ucranianos e italianos permanece viva até hoje em Irati](#). Acesso em: 01 de setembro, 2024.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo.** Formação (Online), [S. l.], v. 1, n. 20, 2013. DOI: 10.33081/formacao.v1i20.2335. Disponível em: [TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo | Formação \(Online\)](#). Acesso em: 03 de jun, 2024.

ANDRETTA, Gilka M. A. Cardoso. **Valor Bruto da Produção Agropecuária Paranaense de 2006** / Gilka M. A. Cardoso Andretta. – Curitiba: SEAB/DERAL/DEB, 2008. v, 89 p. : il., figuras e gráficos.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Ed revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2022: População por idade e sexo - Resultados do universo.** (PARTE 4), 2022. Disponível em: [IBGE](#). Acesso em: 02 de set, 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Primária à Saúde.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: [Atenção Primária — Ministério da Saúde](#). Acesso em: 02 de maio, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011](#). Acesso em: 20 de jun, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regiões de Saúde.** 2022. Disponível em: [Regiões de Saúde](#). Acesso em: 05 de ago, 2024.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. **4ª Região de Saúde.** Disponível em: [4ª Regional de Saúde - Irati](#). Acesso em: 15 de jul, 2024.

BRASIL, 2002. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Ministério da Saúde. Disponível em: [Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários](#).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Postos de Saúde do Estado do Paraná**. Disponível em: [Postos de Saúde \(UBS e USF\) no estado do Paraná](#). Acesso em: 12 de setembro, 2024.

BRASIL. **PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008**. As Condições Sensíveis à Atenção Primária por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.565, DE 18 DE JUNHO DE 2020**. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. 2019. Seção 1. ISSN 1677-7042 Nº 220. 13 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.983, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2019**. Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Seção 1 ISSN 1677-7042 Nº 220, 13 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. **Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018 ago 13; Seção 1:87.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Planificação da Atenção à Saúde. Conheça a proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE Ano VI | Número 20 | Julho, Agosto e Setembro de 2016.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GOVERNO DO PARANÁ. **Saúde mapeia população idosa e adota diversas estratégias de promoção da qualidade de vida**. Secretaria da Saúde, 2023. Disponível em: [Saúde mapeia população idosa e adota diversas estratégias de promoção da qualidade de vida](#). Acesso em: 15 de jul, 2024

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

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MENEGOLLA, Maximiliano.; SANT'ANNA, Ilza Martins. **Por que planejar? Como planejar?**: Currículo, área, aula. Editora Vozes. Petrópolis - RJ, 1991. Disponível em: <https://books.google.com.br/booksp?hl=pt-BR&lr=&id=HtcbBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=pq+%C3%A9+necessario+planejar&ots=kVhcRJL4YO&sig=KMj58ab8wsjaJ5sIPBfD7TE1h5g#v=onepage&q=pq%20%C3%A9%20necessario%20planejar&f=false>. Acesso em: 05 de maio, 2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MEGIER, E. R.; SILVA, F. M.; HALBERSTADT, B. M. K.; GUETERRES, E. C.; SILVA, L. M. C.; WEILLER, T. H. **PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: PERSPECTIVA DA LITERATURA BRASILEIRA.** 2019. 6º Congresso Internacional em Saúde. n. 6; ISSN 2317-9449.

MERHY, E. E. **Razão e Planejamento.** 1ª ed., São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994, p. 118.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Um Panorama da saúde no Brasil : acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde : 2008 / IBGE,** Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.** Washington, HSS/IHS/ OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE INÁCIO MARTINS (PR). **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE INÁCIO MARTINS 2018 - 2021.** Inácio Martins: Secretaria de Saúde, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IRATI. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025.** Irati: Secretária de Saúde, 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MALLET (PR). **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025.** Mallet: Secretaria de Saúde, 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE REBOUÇAS (PR). **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025.** Rebouças: Secretaria de Saúde, 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO AZUL. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 a 2025.** Rio Azul: Secretaria de Saúde. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA SOARES (PR). **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025**. Teixeira Soares: Secretaria de Saúde, 2021.

RIBEIRO, Júlia Rezende; POLES, Kátia. **Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira de Educação Médica. Brasília. v. 43, n. 3, p. 62-72, jul./set. 2019. Disponível em Scielo

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. **Sesa incentiva políticas públicas para o envelhecimento populacional**. Disponível em: [Sesa incentiva políticas públicas para o envelhecimento populacional | Secretaria da Saúde](#). Acesso em: 12 de setembro, 2024.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. **PlanificaSUS Paraná**. 2021. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/PlanificaSUS-Parana>. Acesso em: 10 de fev, 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Pactuação Interfederativa de Indicadores**. 2023. Disponível em: [Pactuação Interfederativa de Indicadores - Secretaria de Saúde do Distrito Federal](#). Acesso em: 12 Ago, 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Planejamento e Gestão em Saúde**. 2023. Disponível em: [Planejamento e Gestão em Saúde - Secretaria de Saúde do Distrito Federal](#). Acesso: 09 Ago, 2024

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **PLANIFICASUS: Workshop 1 - A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019a. 36 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **PLANIFICASUS: Workshop 2- Território e Gestão com Base Populacional**. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019b. 44 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **PLANIFICASUS: Workshop 3 – Acesso à Rede de Atenção à Saúde**. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019c. 40 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **PLANIFICASUS: Workshop 4 – Gestão do Cuidado**. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019d. 44 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **PLANIFICASUS: Workshop de Abertura - A Planificação da Atenção à Saúde**. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019e. 44 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN.

PLANIFICASUS: Guia de orientação para a Etapa 5 - Integração e Comunicação entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada. / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2021. 41 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN.
PLANIFICASUS: GUIA PARA GERENCIAMENTO DA ETAPA 8 – CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022a. 25 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN.
PLANIFICASUS: GUIA DO WORKSHOP 8 – CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022b. 48 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN.
PLANIFICASUS: GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES ETAPA 6 – Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022c. 28 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN.
PLANIFICASUS: GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES – ETAPA 7 – Autocuidado Apoiado na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022d. 18 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN.
PLANIFICASUS: GUIA PARA GERENCIAMENTO DA ETAPA 9 – A TRANSVERSALIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2023a. 24 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN.
PLANIFICASUS: GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA A TUTORIA DA ETAPA 9 - A TRANSVERSALIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2023b. 16 p.: il.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN.
PLANIFICASUS: GUIA PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES – ETAPA 10 – Macroprocessos da Vigilância em Saúde / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2023c. 20 p.: il.

TANCREDI, Francisco Bernadini. **Planejamento em Saúde, volume 2** / Francisco Bernadini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios, José Henrique Germann Ferreira. – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – (Série Saúde & Cidadania).

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTOR REGIONAL

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS GESTORES REGIONAIS QUE PARTICIPAM DO PROJETO PLANIFICASUS NA 4ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Título do Projeto:

**PLANIFICASUS COMO INSTRUMENTO PARA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
UMA ANÁLISE A PARTIR DOS PARÂMETROS DA 4ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Pesquisadora: Carla Jordana da Silva Pereira

Dados de Identificação

Nome do Participante: _____

Município: _____

Cargo que ocupa: _____

Perguntas da Pesquisa

- 1) Qual a principal linha prioritária que a regional aderiu do PlanificaSUS?
- 2) Desde quando o projeto foi implementado no regional?
- 3) Em qual etapa a região está do projeto? Pretende expandir para as demais linhas de cuidado das Redes de Atenção à Saúde?

- 4) Por que a 4ª Regional de Saúde Irati-PR, foi escolhida como projeto piloto do PlanificaSUS?
- 5) Quais foram os desafios e impasses para a implementação do projeto?
- 6) Todos os gestores adotaram o PlanificaSUS de imediato? Como foi o processo de acolhimento do projeto?
- 7) Quais estratégias foram usadas para facilitar a adesão ao projeto nos municípios?
- 8) Você já percebeu diferença na atuação das equipes após a implementação do projeto?
- 9) Quais os maiores benefícios que o projeto trouxe para gestão do SUS na região?
- 10) Qual a importância da integração da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada para as Redes de Atenção à Saúde, do seu ponto de vista?
- 11) Diante da sua vivência com o projeto, antes e depois da sua implementação, você acha relevante as ações de qualificação das equipes?
- 12) Quais os indicadores que são utilizados para mensurar o resultado do PlanificaSUS na região?
- 13) Como é a interface da Regional com as Secretarias Municipais, relacionado a implementação do PlanificaSUS?
- 14) Você acredita que o PlanificaSUS pode ser instrumento para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde?
- 15) Você acredita que o PlanificaSUS auxilia para a reorganização da Atenção Ambulatorial Especializada?

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
PROFISSIONAIS**

**ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS PROFISSIONAIS
QUE PARTICIPAM DO PROJETO PLANIFICASUS
DA 4ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Título do Projeto:

**PLANIFICASUS COMO INSTRUMENTO PARA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE E REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL
ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
UMA ANÁLISE A PARTIR DOS PARÂMETROS
DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ**

Pesquisadora: Carla Jordana da Silva Pereira

Dados de Identificação

Nome do Participante: _____

Município: _____

Função na equipe: _____

Perguntas da Pesquisa

1) Desde quando o PlanificaSUS foi implementado no município?

2) Qual a principal linha prioritária que o município aderiu?

- 3) Em qual etapa o município está do projeto? Pretende expandir para as demais linhas de cuidado das Redes de Atenção à Saúde?
- 4) Quais foram os desafios e impasses para a implementação do projeto?
- 5) Você já percebeu diferença na atuação das equipes após a implementação do projeto?
- 6) Comparado antes da implementação do projeto, e agora, com as suas etapas executadas, quais as principais mudanças você percebeu?
- 7) Quais os maiores benefícios que o projeto trouxe para gestão do SUS na região?
- 8) Qual a importância da integração da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada para as Redes de Atenção à Saúde, do seu ponto de vista?
- 9) Diante da sua vivência com o projeto, antes e depois da sua implementação, você acha relevante as ações de qualificação das equipes?
- 10) Como foi a aceitação dos profissionais para participar das atividades do PlanificaSUS?
- 11) Você acredita que o PlanificaSUS pode ser instrumento para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde?
- 12) Você acredita que o PlanificaSUS auxilia para a reorganização da Atenção Ambulatorial Especializada?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Prezado(a) Sr.(a): _____

1 - Convite à participação na pesquisa:

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre **“PlanificaSUS como instrumento para consolidação da Atenção Primária à Saúde e reorganização da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde: uma análise a partir dos parâmetros da 4ª Região de Saúde do Paraná”**. Sua participação é voluntária, e você pode recusar-se a participar da pesquisa sem que isso implique em qualquer desvantagem pessoal ou profissional. Se você concordar em participar, não estará assumindo qualquer ônus ou responsabilidade sobre o desenvolvimento da pesquisa. Todos os custos da pesquisa correrão por conta da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) e dos pesquisadores. Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo.

2 - Direito de esclarecimento e caráter voluntário da participação na pesquisa:

Além das informações existentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), você poderá requerer esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento, e tudo lhe será respondido. Também, você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

3 - Justificativa e importância da pesquisa:

Esta pesquisa está sendo realizada para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso do bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) - Foz do Iguaçu. A realização deste trabalho é relevante porque poderá identificar as potencialidades, desafios e o desenvolvimento do projeto PlanificaSUS na 4ª Região de Saúde Irati-PR. Em decorrência disto, convidamos o diretor da 4ª regional de saúde juntamente com os colaboradores, gestores e propositores do projeto, devido a experiência e vivência cotidiana com o andamento do PlanificaSUS na região. Os objetivos estabelecidos são: analisar e compreender os processos que formulam o PlanificaSUS e os resultados alcançados do projeto na 4ª Regional de Saúde do Paraná, que têm o propósito de melhorar, de maneira contínua, o atendimento e a prestação de serviços para com os usuários, além de ações de capacitação dos profissionais trazendo, assim, benefícios para a gestão do cuidado em saúde para os usuários do serviço.

Para que isso ocorra você será submetido a uma entrevista na qual será questionado sobre sua atuação no serviço de saúde, as mudanças que percebeu após as implementações das etapas do PlanificaSUS, pontos fortes e fracos do projeto na prática, entre outras indagações.

4 – Participação do informante nos procedimentos da pesquisa e sigilo da identidade do informante:

Na qualidade de informante desta pesquisa, você será solicitado a responder uma entrevista, aplicada a pessoas que atuaram direta ou indiretamente na implementação do PlanificaSUS na 4ª Regional de Saúde, ou a pessoas que possuam conhecimentos sobre o PlanificaSUS e suas aplicações.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, *exceto* quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará arquivada junto ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA).

5 – Riscos aos participantes

A realização da pesquisa apresenta o risco de esquecimento de informações, o que poderá levar ao esquecimento de detalhes das experiências prévias, o que poderá acarretar na omissão de informações, e, também, perda da confidencialidade e sigilo dos dados do entrevistado, pensando nisso, será preservado a identidade e individualidade do profissional. Ademais, evocar lembranças e memórias pode afetar seu estado emocional, devido às perguntas que serão indagadas sobre suas ações e experiências no projeto PlanificaSUS.

Pela proposta deste trabalho, a partir da realização de entrevistas semi-estruturadas, o risco é considerado de nível mínimo, pois as intervenções não prevêm nenhuma modificação em variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais nos indivíduos que participam do estudo. As entrevistas têm por objetivo, apenas para verificar como se deu a aplicação da metodologia do PlanificaSUS, nos diferentes contextos da administração da saúde pública.

A fim de evitar-se a concretização desse(s) risco(s), serão adotadas as seguintes providências: Caso ocorra algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata e integral, juntamente a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) - Foz do Iguaçu, para que as intercorrências sejam interrompidas. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

6 - Benefícios

Espera-se a obtenção dos seguintes benefícios com a realização da pesquisa: compreender como foi o processo de implementação do PlanificaSUS, e como o desenvolvimento deste projeto poderá melhorar o atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Ademais, se a pesquisa poderá contribuir para o conhecimento do PlanificaSUS para estudantes, servidores públicos, profissionais da saúde, gestores e aos interessados na temática, para expandir as particularidades do projeto, conhecendo os métodos e os protocolos aplicados na APS e AAE, além de conhecer o funcionamento de novas estratégias de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Concomitantemente, a realização da pesquisa possibilitará o cumprimento de etapa acadêmica da formação da discente Carla Jordana da Silva Pereira, no curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA).

7 – Responsáveis pela realização da pesquisa:

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Giuliano Silveira Derosso, docente do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), email: <giuliano.derrosso@unila.edu.br>.

Pesquisadora: Carla Jordana da Silva Pereira, discente do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), email: <cjs.pereira.2019@aluno.unila.edu.br>.

Endereço de contato (Institucional): <cjs.pereira.2019@aluno.unila.edu.br>

<giuliano.derrosso@unila.edu.br>.

Nome da instituição: Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)

Endereço: Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1000 - Polo Universitário, Foz do Iguaçu - PR, 85870-650

Telefone: (45) 3529-2764.

Em caso de dúvidas, você poderá contatar os pesquisadores pelos endereços eletrônicos ou pelo telefone acima indicado, ou, se preferir, poderá comparecer ao campus da UNILA, no endereço indicado.

8 – Comitê de Ética em Pesquisa de referência:

Em caso de dúvidas, ou de insatisfação com os esclarecimentos e providências adotadas pelos pesquisadores responsáveis, você também poderá recorrer ao atendimento do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (UDC), cujo telefone e dados dos responsáveis são indicados abaixo:

Endereço: Avenida Paraná - 5661. Vila A.

Bairro: Jardim das Laranjeiras.

CEP: 85.868-030.

UF: PR.

Município: Foz do Iguaçu.

Telefone: (45)3028-3232.

E-mail: cepudc@udc.edu.br

9 - Declaração de consentimento livre e esclarecido do participante:

Eu, _____, declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento, de maneira clara e detalhada, e me foi dada a oportunidade de esclarecer dúvidas. Declaro que concordo em participar da pesquisa, na qualidade de informante. Sei que em

qualquer momento poderei solicitar novas informações, bem como retirar meu consentimento, se assim desejar.

(Assinatura do participante)

Assinatura do pesquisador

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante.

(Assinatura do pesquisador)

_____, _____ de _____ de 2023.