

## Envolvimento dos *stakeholders* na definição de prioridades para pesquisa de implementação sobre a Planificação da Atenção à Saúde

Stakeholder involvement in setting priorities for implementation research on Health Care Planning

Participación de los *stakeholders* en la definición de prioridades para estudio

de implementación sobre la planificación de la atención en salud

Letícia Yamawaka de Almeida<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5192-6052>

Lorrayne Belotti<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6111-8908>

Ilana Eshriqui<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7010-919X>

Ana Alice Freire de Sousa<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3945-4053>

Andrea Liliana Vesga-Varela<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7165-9791>

Gelza Matos Nunes<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7979-3362>

Debora Bernardo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4351-8929>

Daiana Bonfim<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0591-0495>

### Como citar:

Almeida LY, Belotti L, Eshriqui I, Sousa AA, Vesga-Varela AL, Nunes GM, et al. Envolvimento dos stakeholders na definição de prioridades para pesquisa de implementação sobre a Planificação da Atenção à Saúde. Acta Paul Enferm. 2023;36supl1:eAPESPE01964.

### DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AOSPE01964>



### Descritores

Participação dos interessados; Ciência da implementação; Agenda de pesquisa em saúde; Planejamento

### Keywords

Stakeholder participation; Implementation Science; Health research agenda; Planning

### Descriptores

Participación de los interesados; Ciencia de la implementación; Agenda de investigación en salud; Planificación

### Submetido

14 de Agosto de 2023

### Aceito

10 de Maio de 2024

### Autor correspondente

Daiana Bonfim  
Email: [bonfim.daiana@einstein.br](mailto:bonfim.daiana@einstein.br)

### Editora Associada Convidada

Danila Cristina Paquiere Sala  
(<https://orcid.org/0000-0003-3723-6706>)  
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** Identificar, na perspectiva dos *stakeholders*, os problemas enfrentados no contexto da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) a fim de estabelecer prioridades para o desenvolvimento de pesquisa de implementação.

**Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa, realizado a partir de *workshops* ancorados na técnica de grupo nominal. Buscou-se, no mapeamento dos *stakeholders*, contemplar um conjunto de atores estratégicos que representassem a diversidade de atuação no contexto da PAS, que foram organizados em três grupos (A, B e C). Foram conduzidos nove *workshops*, estruturados em cinco etapas que, ao final, oportunizavam o consenso dos participantes sobre os problemas prioritários e a identificação de perguntas de pesquisa. O processo de análise dos dados percorreu três fases, a saber: análise de conteúdo, hierarquização dos problemas prioritários por grupo de *stakeholders* e enquadramento das perguntas de pesquisa de acordo com os objetivos das abordagens teóricas da ciência da implementação (CI).

**Resultados:** participaram do estudo 84 profissionais, distribuídos entre os grupos A (n=13), B (n=14) e C (n=57). Ao todo, foram identificados 13 temas que contemplavam diferentes desafios no cenário da PAS. No processo de hierarquização, os temas “Compreender determinantes e resultados da implementação da PAS” (Grupo A), “Geração de evidências sobre a PAS” (Grupo B) e “Acesso aos cuidados e serviço de saúde” (Grupo C) se destacaram pelo número de votos e ordem de importância, sendo identificados como prioritários. Ressalta-se que as perguntas levantadas pelos grupos, relacionadas com os temas prioritários, perpassaram as diferentes abordagens teóricas da CI.

**Conclusão:** Identificou-se variados temas e perguntas de pesquisa de implementação, sendo prioritários aspectos relacionadas a implementação e geração de evidências sobre a PAS e acesso aos serviços de saúde. O exercício de definição de prioridades, evidenciou interesses particulares que estavam alinhados às necessidades percebidas pelos *stakeholders*, de acordo com seu envolvimento e atuação na PAS.

## Abstract

**Objective:** To identify the problems faced in the context of Health Care Planning (HCP) from the perspective of stakeholders for setting priorities in the development of implementation research.

**Methods:** Qualitative study based on workshops anchored in the nominal group technique. In mapping stakeholders, we sought to include a set of strategic actors that represented the diversity of action in the context of HCP. They were organized into three groups (A, B and C). Nine workshops structured in five stages were conducted. At the end, participants had the opportunity to reach a consensus on priority problems and identify the research questions. The data analysis process went through three phases, namely: content

<sup>1</sup>Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.  
Conflitos de interesse: nada a declarar.

analysis, hierarchization of priority problems by stakeholder group and classification of research questions according to the objectives of theoretical approaches to implementation science (IS).

**Results:** participation of 84 professionals distributed between groups A (n=13), B (n=14) and C (n=57). In total, 13 themes that addressed different challenges in the HCP scenario were identified. The themes “Understanding determinants and results of HCP implementation” (Group A), “Generating evidence on HCP” (Group B) and “Access to health care and services” (Group C) stood out in hierarchization process by the number of votes and order of importance, and were identified as priority. The questions raised by the groups, related to the priority themes, covered the different theoretical approaches to IS.

**Conclusion:** Various themes and questions on implementation research were identified. Priority aspects were related to implementation and generation of evidence on HCP and access to health services. The priority setting exercise highlighted particular interests aligned with the needs perceived by stakeholders according to their involvement and performance in HCP.

## Resumen

**Objetivo:** Identificar, bajo la perspectiva de los *stakeholders*, los problemas enfrentados en el contexto de la Planificación de la Atención en Salud (PAS) a fin de establecer prioridades para el desarrollo de estudios de implementación.

**Métodos:** Estudio de enfoque cualitativo, realizado a partir de *workshops* basados en la técnica de grupo nominal. En el mapeo de los *stakeholders*, se buscó contemplar un conjunto de actores estratégicos que representaran la diversidad de actuación en el contexto de las PAS y se dividieron en tres grupos (A, B y C). Se llevaron a cabo nueve *workshops*, estructurados en cinco etapas que, al final, permitían el consenso de los participantes sobre los problemas prioritarios y la identificación de preguntas de investigación. El proceso de análisis de los datos se realizó en tres fases, a saber: análisis de contenido, jerarquización de los problemas prioritarios por el grupo de los *stakeholders* y ajuste de las preguntas de investigación de acuerdo con los objetivos de los enfoques teóricos de la ciencia de la implementación (CI).

**Resultados:** Participaron del estudio 84 profesionales, distribuidos entre los grupos A (n=13), B (n=14) y C (n=57). En total, se identificaron 13 temas que contemplaban diferentes desafíos en el escenario de las PAS. En el proceso de jerarquización, los temas que se destacaron por el número de votos y orden de importancia y se identificaron como prioritarios fueron: “Comprender determinantes y resultados de la implementación de las PAS” (Grupo A), “Generación de evidencias sobre las PAS” (Grupo B) y “Acceso a los cuidados y servicios de salud” (Grupo C). Es importante destacar que las preguntas surgidas en los grupos, relacionadas con los temas prioritarios, abarcaron los diferentes enfoques teóricos de la CI.

**Conclusión:** Se identificaron diferentes temas y preguntas de investigación de implementación, entre los cuales los aspectos relacionados con la implementación y generación de evidencias sobre las PAS y el acceso a los servicios de salud fueron prioritarios. El ejercicio de definición de prioridades evidenció intereses particulares que estaban alineados con las necesidades percibidas por los *stakeholders*, de acuerdo con su participación y actuación en las PAS.

## Introdução

O desenvolvimento de estratégias para reduzir a lacuna entre a produção de conhecimento e consumo de evidências em ambientes de cuidados de saúde tem se configurado com um debate de interesse crescente entre os pesquisadores, tomadores de decisão e profissionais de saúde.<sup>(1-3)</sup> Neste sentido, a ciência da implementação emerge como um campo promissor que visa acelerar a compreensão e os esforços relacionados aos processos e estratégias que movem ou integram a implementação de intervenções e inovações, baseadas em evidências, no cenário real.<sup>(3,4)</sup>

Este movimento de aproximação e integração dos resultados de pesquisa em contextos específicos de prática envolve uma cadeia de processos complexos que requerem o estabelecimento de esforços ativos.<sup>(4)</sup> Frente à complexidade dos processos desencadeados no mundo real, destaca-se a importância da consolidação de parcerias, colaborações e engajamento de diferentes *stakeholders* (em português - partes interessadas) rompendo a lógica de modelos

unidirecionais em pesquisa,<sup>(4)</sup> para apoiar a implementação bem sucedida dos programas propostos.

Os *stakeholders* referem-se às pessoas, instituições e comunidades que possam ter interesses diretos no processo e/ou desfechos da implementação de uma proposição.<sup>(5)</sup> Em termos práticos, no âmbito da pesquisa em serviço de saúde estes atores figuram (mas não se restringem), por exemplo, aos usuários, gestores, profissionais de saúde e formuladores de políticas, que podem contribuir com perspectivas singulares e conhecimentos experimentais e empíricos sobre determinado processo para informar e apoiar a tomada de decisão.

A literatura<sup>(5-10)</sup> descreve que os *stakeholders* podem se envolver em uma ampla gama de atividades nas diferentes etapas do ciclo da pesquisa, de acordo com suas habilidades e interesses. Estes estudos<sup>(5-10)</sup> sinalizam alguns obstáculos e facilitadores para a consolidação do diálogo e colaboração significativa entre os envolvidos além de explorar estratégias de engajamento<sup>(8)</sup> e o impacto deste envolvimento para os desfechos investigados.<sup>(10)</sup>

Neste contexto, ressalta-se o potencial do envolvimento em estágios iniciais como a priorização

e desenvolvimento da questão de pesquisa,<sup>(5,11)</sup> enquanto um espaço oportuno para aproximar a pesquisa (e os pesquisadores) das necessidades e preocupações que permeiam o cenário de prática e, por conseguinte, orientar esforços futuros para produção de conhecimento.

O exercício de definir prioridades de pesquisa têm sido foco de estudos conduzidos principalmente em países de alta renda.<sup>(11)</sup> Apesar da diversidade de áreas temáticas, nota-se um interesse crescente e predomínio do campo da saúde<sup>(11)</sup> em encorajar o diálogo entre os grupos interessados como uma estratégia promissora para acelerar a implementação de evidências/ inovações no uso regular dos profissionais de saúde.

Cabe ressaltar que, no Brasil, o Ministério da Saúde<sup>(12)</sup> propôs recentemente uma agenda com eixos temáticos prioritários para o desenvolvimento de estudos. Entretanto, as iniciativas que buscam reunir opiniões e perspectivas das diferentes partes interessadas para o estabelecimento de prioridades em pesquisa relacionadas aos serviços de saúde ainda são escassas no cenário nacional.

Neste sentido, a Planificação da Atenção à Saúde (PAS)<sup>(13,14)</sup> – metodologia proposta pelo CONASS para a organização dos serviços do Sistema Único de Saúde e capilarizada nas cinco regiões do Brasil – envolve uma multiplicidade de atores (técnicos, assistenciais e gerenciais), configurando-se com um modelo favorável para o desenvolvimento de estudos com abordagens colaborativas e relacionados ao seu processo de implementação, em seus diferentes níveis.

Isto porque, a PAS, baseada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, vislumbra a integração da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em rede com a Atenção Primária à Saúde (APS), a partir de um conjunto de ações de educação permanente e ciclos de melhoria contínua que propiciam a reflexão das equipes e qualificação dos processos de trabalho reverberando, em níveis mais amplos, na organização da Rede de Atenção à Saúde.<sup>(13,14)</sup>

Assim, considerando a necessidade da ampliação do debate sobre a PAS na literatura científica e o potencial da ciência da implementação para o

envolvimento de partes interessadas como uma estratégia para impulsionar a produção de conhecimento alinhadas às prioridades do cenário real, o presente estudo buscou identificar, na perspectiva dos *stakeholders*, os problemas enfrentados no contexto da PAS a fim de estabelecer prioridades para o desenvolvimento de pesquisas de implementação.

## Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa realizado a partir de *workshops* ancorados na técnica de grupo nominal.<sup>(15,16)</sup>

A implantação da metodologia da PAS,<sup>(13,14)</sup> iniciou-se em meados de 2000 a partir de oficinas realizadas com os profissionais das gestões estaduais. A partir de 2010, foram iniciadas atividades de tutoria com profissionais da APS e da AAE em laboratórios localizados em três estados do Brasil. E, desde 2018, a PAS tem sido executada em larga escala, via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), sendo desenvolvida por meio de etapas operacionais temáticas em 24 regiões de saúde de 18 unidades federativas brasileiras. Para cada etapa operacional, são produzidos e disponibilizados um conjunto de materiais técnicos operacionais com vistas a apoiar a implementação da PAS nos estados, municípios e serviços de saúde.

Considerando este panorama, é importante ressaltar que o processo de implementação da PAS conta com uma ampla gama de atores e instituições que desempenham funções específicas, de acordo com seu escopo de atuação e cenário de prática como os gestores das secretarias estaduais/municipais de saúde, profissionais dos serviços de saúde, tutores locais e profissionais externos que atuam na perspectiva de consultoria para implantação da PAS. Ademais, faz-se necessário mencionar os atores que planejam o desenvolvimento técnico e monitoram a operacionalização da PAS.

Assim, o presente estudo optou por integrar as perspectivas e prioridades de um conjunto de *stakeholders*, identificados a partir de três grupos:

- Grupo A – representantes dos idealizadores (proponentes), consultores e tutores, abarcando

do perspectivas em níveis micro, meso e macro da implantação da metodologia nas diferentes regiões do país;

- Grupo B – representantes da equipe de desenvolvimento técnico, que atuam na instituição parceira que executa a PAS via PROADI-SUS, sendo responsáveis pela produção de materiais educacionais e gerenciamento de processos da PAS em larga escala, de modo a apoiar o corpo técnico gerencial de estados e municípios para implantação da PAS;
- Grupo C – representantes dos profissionais de saúde que atuam na assistência em unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e Serviços Especializados localizados na região sul do município de São Paulo na qual adota a metodologia da PAS para organização dos serviços e processos de trabalho, que se encontra na fase inicial de implementação. Assim, estes foram considerados pois utilizam a metodologia da PAS e possuem grupos de trabalho denominados Núcleo Local de Pesquisa e Melhores Práticas que visam desenvolver, refletir e incorporar evidências científicas na prática dos serviços de saúde, configurando-se assim como espaços potentes para o seguimento das ações levantadas no *workshop*.

### Recrutamento dos Stakeholders

Os convites foram realizados aos *stakeholders* por meio de abordagem direta. Assim, os representantes do grupo A foram convidados após o encerramento

da I Conferência Nacional de PAS (Brasília-DF, 12 e 13 de dezembro de 2022) e os representantes dos grupos B e C foram convidados em suas unidades de trabalho mediante anuência da coordenação local. Após a apresentação dos objetivos do estudo e manifestação de interesse, realizava-se a orientação sobre a dinâmica proposta para o *workshop*. Os critérios de elegibilidade foram ser profissional de saúde com atuação direta na assistência e/ou participar na execução técnica ou organizacional da PAS. Os critérios de exclusão foram profissionais que estavam afastados ou em período de férias no momento do *workshop*.

### Desenvolvimento dos workshops

Os encontros foram realizados em formato presencial, em ambientes reservados, no período de setembro a dezembro de 2022. Destaca-se que a técnica de grupo nominal<sup>(14,15)</sup> foi utilizada para nortear o desenvolvimento das atividades propostas, conforme ilustrado na figura 1.

O *workshop* foi estruturado em cinco etapas. A primeira, intitulada “conectando a pesquisa com a prática”, foi utilizada como disparador da discussão e buscava apresentar e clarificar aspectos relacionados à conexão entre pesquisa e prática. As etapas seguintes foram planejadas de modo a estimular a participação e interação entre os membros do grupo para a construção de uma lista que refletisse os desafios vivenciados no cenário real.

Deste modo, na segunda etapa (geração de ideias silenciosas), os profissionais foram convidados a re-

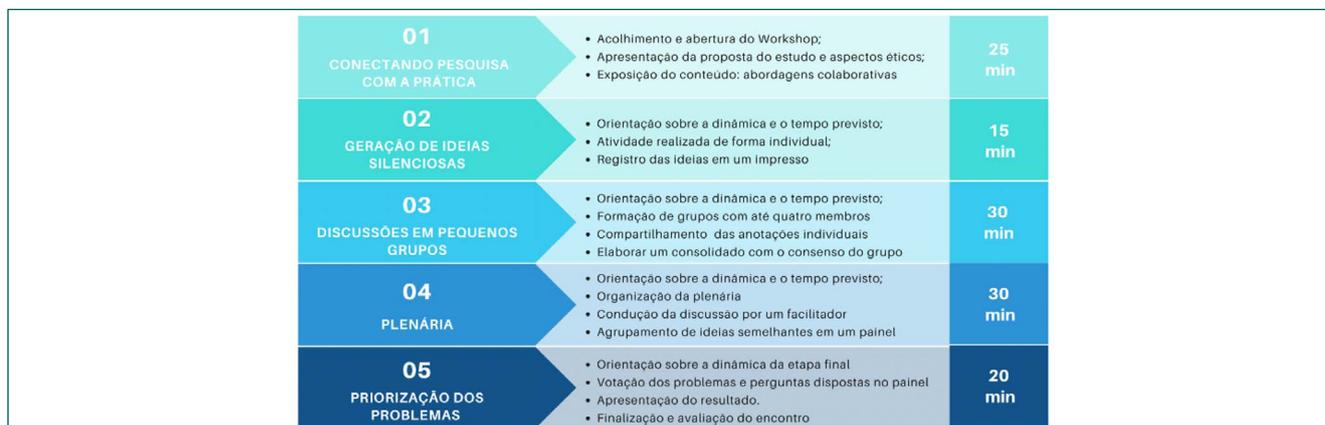


Figura 1. Organização das etapas do workshop “Conectando pesquisa e prática”

gistrar suas ideias, de forma individual. Para isto, receberam um impresso com duas questões disparadoras que buscavam identificar a) quais eram os problemas vivenciados nos serviços que poderiam receber contribuições de pesquisas; b) quais perguntas o profissional gostaria que fossem respondidas sobre aqueles problemas. Isto é, o material produzido durante o *workshop* era composto por um conjunto de problemas e suas respectivas perguntas.

Na terceira etapa, os profissionais foram reunidos em pequenos grupos que oportunizaram a discussão sobre os tópicos levantados por cada membro, visando o reconhecimento de temas comuns. Na sequência, os profissionais eram convidados a elaborar um consolidado com a síntese da discussão e consenso do grupo acerca dos problemas e as perguntas priorizadas.

A quarta etapa se caracterizava em uma plenária na qual cada grupo, representado por um relator, compartilhava a síntese elaborada pelo coletivo. Por fim, na quinta etapa, os problemas e perguntas levantados eram dispostos em um painel e procedia-se o processo de priorização e consenso, sendo que cada *stakeholder* poderia indicar até três problemas e três perguntas que considerava prioritária para resolução no cenário real. Ao final, realizava-se a contagem de votos, apresentação do tema elegido como prioritário e o fechamento da atividade.

Ao todo foram oferecidos nove *workshops*, com tempo médio de duas horas e participação de quatro a 12 profissionais em cada. Estes encontros foram conduzidos por facilitadores, membros da equipe de pesquisa, previamente treinados. Considerando as especificidades de cada contexto, algumas customizações foram realizadas na condução da atividade.

Os dados oriundos dos painéis de cada *workshop* (compostos pela descrição dos problemas, perguntas e o resultado do consenso) foram transcritos na íntegra. Considerando os objetivos do presente estudo, o processo de análise percorreu três fases. Na primeira, visando mapear os tópicos que emergiram dos grupos (A, B e C), realizou-se a análise de conteúdo.<sup>(17)</sup> Para isto, estabeleceu-se como unidade de análise o material referente ao levantamento dos problemas realizado em cada *workshop*.

Deste modo, realizou-se a leitura flutuante para aproximação com o material e, em um segundo mo-

mento, procedeu-se a leitura focalizada para identificação das ideias principais que emergiram do material (codificação). Na sequência, os códigos foram agrupados conforme critério de similaridade, sendo que o cada conjunto recebeu um título (categorização) e os agrupamentos foram realizados sucessivamente até a composição de temas. Esta etapa foi conduzida por dois pesquisadores individualmente e, um terceiro pesquisador (com experiência em PAS) foi acionado para um encontro onde se realizou a validação das categorias e temas.

Na segunda fase, visando evidenciar o processo de priorização, realizou-se a soma de votos recebidos por tema durante a dinâmica em cada grupo de *stakeholders*. Posteriormente, foi realizado o cálculo percentual da seguinte forma: (soma do número de votos nos itens agrupados no tema “x”) / (soma do número total de votos por grupo). Este processo oportunizou a hierarquização dos problemas levantados e a identificação da categoria prioritária que emergiu por grupo de *stakeholders* (A, B e C).

Por fim, na terceira fase, as categorias que se destacaram em cada grupo de *stakeholder* foi apresentada ao grupo de pesquisadores. Neste momento, as perguntas elaboradas durante os *workshops* que estavam relacionadas aos itens contemplados na categoria prioritária foram pareadas e, posteriormente, realizou-se uma discussão entre os pesquisadores para consenso e enquadramento destas perguntas, considerando os objetivos das abordagens teóricas da ciência da implementação, propostas por Nielsen (2015),<sup>(18)</sup> a saber: descrever e/ou orientar o processo de tradução da investigação em prática; compreender e/ou explicar o que influencia os resultados da implementação; e avaliar a implementação.

O estudo atendeu aos padrões de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa 6.093.305 (CAAE: 12395919.0.0000.0071).

## Resultados

Participaram do estudo 84 *stakeholders*, distribuídos entre os grupos A (n=13), B (n=14) e C (n=57). A maioria encontra-se na faixa etária entre 31 e 40

anos (44,0%), autodeclarados brancos (56,0%) e com predomínio de mulheres (79,8%). Além disso, notou-se diversidade de categorias profissionais, com destaque para enfermagem (34,5%) e odontologia (15,5%) e formação em nível de pós-graduação (83,3%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características dos *stakeholders* participantes dos *workshops* (n=84)

Variáveis	Grupo A n(%)	Grupo B n(%)	Grupo C n(%)	Total n(%)
<b>Idade</b>				
20 a 30 anos	1(7,7)	5(35,7)	9(15,8)	15(17,9)
31 a 40 anos	2(15,4)	9(64,3)	26(45,6)	37(44,0)
41 a 50 anos	3(23,1)	0(0,0)	18(31,6)	21(25,0)
Mais que 50 anos	7(53,8)	0(0,0)	2(3,5)	9(10,7)
Não declarado	0(0,0)	0(0,0)	2(3,5)	2(2,4)
Total	13(100,0)	14(100,0)	57(100,0)	84(100,0)
<b>Gênero</b>				
Mulher	10(76,9)	13(92,9)	44(77,2)	67(79,8)
Homem	3(23,1)	1(7,1)	10(17,5)	14(16,7)
Não declarado	0(0,0)	0(0,0)	3(5,3)	3(3,5)
Total	13(100,0)	14(100,0)	57(100,0)	84(100,0)
<b>Raça/Cor</b>				
Branca	6(46,2)	7(50,0)	34(59,6)	47(56,0)
Parda	6(46,2)	3(21,4)	11(19,3)	20(23,8)
Preta	1(7,7)	2(14,3)	10(17,5)	13(15,5)
Amarela	0(0,0)	1(7,1)	2(3,5)	3(3,6)
Indígena	0(0,0)	1(7,1)	0(0,0)	1(1,2)
Total	13(100,0)	14(100,0)	57(100,0)	84(100,0)
<b>Escolaridade</b>				
Até Ensino Técnico	0(0,0)	1(7,1)	4(7,0)	5(6,0)
Graduação	0(0,0)	1(7,1)	8(14)	9(10,7)
Residência	0(0,0)	0(0,0)	6(10,5)	6(7,1)
Especialização lato sensu	4(30,8)	2(14,3)	26(45,6)	32(38,1)
Mestrado	6(46,2)	8(57,1)	10(17,5)	24(28,6)
Doutorado	3(23,1)	2(14,3)	3(5,3)	8(9,5)
Total	13(100,0)	14(100,0)	57(100,0)	84(100,0)
<b>Formação</b>				
Medicina	1(7,7)	1(7,2)	4(7,0)	6(7,1)
Enfermagem	7(53,8)	4(28,5)	18(31,6)	29(34,5)
Psicologia	0(0,0)	1(7,2)	4(7,0)	5(6,0)
Odontologia	1(7,7)	1(7,2)	11(19,3)	13(15,5)
Nutrição	1(7,7)	1(7,2)	2(3,5)	4(4,8)
Fisioterapia	1(7,7)	2(14,2)	1(1,8)	4(4,8)
Outros <sup>1</sup>	0(0,0)	3(21,3)	13(22,8)	16(19,0)
Não declarado	2(15,4)	1(7,2)	4(7,0)	7(8,3)
Total	13(100,0)	14(100,0)	57(100,0)	84(100,0)
<b>Tempo do cargo</b>				
Menos de 1 ano	6(46,1)	1(7,1)	7(12,3)	14(16,7)
Entre 1 e 3 anos	1(7,7)	11(78,6)	18(31,6)	30(35,7)
Mais de 3 e menos de 5 anos	0(0,0)	2(14,3)	4(7,0)	6(7,1)
Mais de 5 e menos de 10 anos	3(23,1)	0(0,0)	17(29,8)	20(23,8)
Mais de 10 anos	2(15,4)	0(0,0)	10(17,5)	12(14,3)
Não declarado	1(7,7)	0(0,0)	1(1,8)	2(2,4)
Total	13(100,0)	14(100,0)	57(100,0)	84(100,0)

1- Outros: Educação física, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social, farmácia, veterinária, biologia, administração, agente comunitário de saúde, assistente social

Os problemas e desafios vivenciados no cotidiano, elencados pelos *stakeholders*, foram organizados em 13 temas (Quadro 1).

Nota-se que alguns temas, tais como “Acesso aos cuidados e serviço de saúde”, “Gestão e trabalho interprofissional” e “Cuidado centrado na pessoa”, foram mencionados somente pelos participantes do grupo C, composto por *stakeholders* com atuação em nível assistencial. Por outro lado, os problemas relacionados a “Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)” foram reportados somente entre os *stakeholders* do Grupo A. Destaca-se que os problemas relativos aos temas “Coordenação do cuidado”, “Gestão de pessoas” e “Infraestrutura e materiais” foram apresentados no painel de todos os grupos. Dentre os temas identificados, aqueles que receberam ao menos um voto (durante o workshop) foram organizados para identificação das prioridades de cada grupo. A tabela 2 descreve os temas priorizados por grupo, de acordo com o número de votos e a sua ordem de importância.

Identificou-se, nesta etapa, as particularidades dos grupos de *stakeholders* durante o exercício de priorização dos temas. No grupo A, priorizou-se problemas focalizados em aspectos do “Determinantes e resultados da implementação da PAS” (45,5%); no grupo B, evidenciou-se os problemas relacionados a “Geração de evidências sobre a PAS (41,5%)”; e no grupo C, os problemas referentes ao “Acesso aos cuidados e serviço de saúde” (22,7%) foram os mais votados. A figura 2 apresenta as perguntas propostas pelos participantes durante a realização dos *workshops* que estavam relacionadas aos problemas priorizados em cada grupo de *stakeholders*, considerando as abordagens teóricas da ciência da implementação.

## Discussão

O presente estudo identificou uma ampla gama de situações que, na perspectiva de diferentes *stakeholders*, representam desafios vivenciados no contexto da PAS. Embora alguns temas tenham se apresentado transversalmente entre os grupos, o exercício de definição de prioridades evidenciou interesses particulares e alinhados às necessidades percebidas entre

**Quadro 1.** Descrição dos problemas elencados durante os *workshops*, de acordo com o tema principal e grupo de *stakeholders*

Tema	Categoria	Código	Grupo	
Atenção às condições crônicas	Manejo clínico	Manejo de condições crônicas	A	
		Manejo dos casos de saúde mental	C	
	Gestão dos casos	Acompanhamento e monitoramento das pessoas com condições crônicas	C	
		Gestão dos casos das pessoas com epilepsia	C	
Acesso aos cuidados e serviço de saúde	Acesso de subpopulação ao serviço	Barreiras de acesso e envolvimento dos homens ao cuidado à saúde	C	
		Necessidade de formulação de ações para ampliar acesso ao adolescente	C	
	Acesso em tempo oportuno e uso do serviço	Garantir acesso ao serviço e ao SUS	C	
		Características das ações ofertadas na UBS	C	
		Compreensão do usuário sobre a assistência na UBS	C	
		Disparidade entre uso do serviço e necessidade de saúde	C	
	Modelos de agendamento	Insuficiência da oferta de vagas para demanda aguda	C	
		Necessidade de organização do acesso e agenda	C	
	Determinantes e resultados da implementação da PAS	Contexto local	Fragilidade e fragmentação das SES	A
			Falta de tempo para desenvolver as etapas da PAS na unidade	A
Rotatividade de profissionais			A	
Atribuições do tutor		Sobreposição de tarefa do tutor	A	
		Falta de um tutor exclusivo para PAS	A	
		Falta de incentivo financeiro para o tutor	A	
		Carga horária insuficiente do tutor	B	
Sustentabilidade da intervenção		Sustentabilidade da PAS	A	
Engajamento dos envolvidos		Apoio da gestão para PAS	A	
		Clareza do gestor das secretarias municipais e estaduais sobre o papel na PAS	A	
		Necessidade de envolvimento da secretaria estadual com a PAS	A	
		Baixa adesão às atividades disponíveis	B	
		Baixa participação nos workshops	B	
Capilaridade da intervenção		Expansão da PAS	A	
		Replicação de competências para PAS em larga escala	B	
		Problemas na execução da expansão da PAS	B	
Adaptação de Estratégias		Desenvolvimento de tecnologias educacionais compatíveis com as necessidades dos profissionais	B	
Coordenação do cuidado		Articulação entre serviços da RAS	Falta de articulação entre serviços da RAS	A
			Fragilidade na integração dos serviços da RAS	B
	Fragmentação do cuidado na RAS		C	
	Dificuldade para o compartilhamento dos casos com atenção especializada		C	
	Falta de clareza dos profissionais sobre as competências da rede		C	
	Dificuldade em realizar o cuidado integral do usuário		C	
	Descontinuidade do cuidado das pessoas com comportamento suicida		C	
	Articulação com rede intersetorial		Fragilidade na articulação com equipamentos intersetoriais	C
	Desenvolvimento de competências dos profissionais	Qualificação profissional	Falta de qualificação dos profissionais para atuação em rede	A
			Necessidade de desenvolver a prática clínica dos médicos e enfermeiros	A
Fragilidade na prática clínica de enfermagem			C	
Ausência de iniciativas de educação permanente/continuada			C	
Necessidade de desenvolver habilidades científicas nos profissionais da assistência			C	
Geração de evidências sobre a PAS	Estratégias de avaliação	Necessidade da avaliação do impacto da PAS	B	
		Falta de ferramentas para avaliação da efetividade do cuidado	C	
	Produção de conhecimento	Lacuna na literatura sobre PASA	B	
Gestão de base populacional	Processos de territorialização	Dificuldade para implantação de gestão de base populacional	B	
		Desafios para territorialização e cadastro	C	
	Organização do cuidado da população	Atenção à pessoa vítima de violência	C	
		Violência no território	C	
		Atenção à grupos minoritários	C	
		Atenção à saúde da pessoa idosa	C	
		Aumento da demanda de pessoas com transtorno mental	C	
		Organização de ações comunitárias	Falta de ações de promoção de saúde	C
	Necessidade de ações coletivas e comunitária	C		
	Carência de ações no território	C		
	Dificuldade na oferta e organização de atividade em grupo	C		

Continua...

Continuação.

Tema	Categoria	Código	Grupo
Gestão de pessoas	Planejamento e dimensionamento da força de trabalho	Falta de profissionais na ESF	A
		Dimensionamento de recursos humanos	C
	Sobrecarga e condições de trabalho	Sobrecarga profissional	B
		Sobrecarga profissional	C
		Motivação dos profissionais no cotidiano laboral	C
		Saúde mental do profissional	C
Violência contra o profissional	C		
Infraestrutura e materiais	Sistema de Informação em Saúde	Ausência de sistema de informação integrado	A
		Falta de integração das informações entre os serviços	A
		Falta de registro dos processos	B
		Excesso de ferramentas de registros	C
		Falta de ferramentas para gestão do cuidado	C
		Fragilidade dos registros de atendimento	C
	Recursos tecnológicos	Incorporação de tecnologias para qualificação do cuidado	C
		Falta de recursos tecnológicos	B
	Gestão de resíduos e insumos	Uso excessivo de materiais descartáveis	C
		Falta de medicamentos	C
Estrutura física	Espaço físico inadequado	C	
Melhoria contínua nos processos da APS	Padronização de práticas	Fragilidade em práticas de qualidade e segurança do paciente	B
		Multiplicidade de protocolos e diretrizes	C
		Necessidade de incorporar práticas de qualidade e segurança	C
		Perda de doses de vacina	C
	Padronização de fluxos e processos	Fragilidades na organização do fluxo da odontologia	C
		Fragilidades de organização do fluxo da emulti	C
		Necessidade de qualificação da informação para organizar fluxo dos usuários	C
		Fragilidade na organização e manutenção dos processos de trabalho	C
		Dificuldade para a avaliação e monitoramento de ações coletiva	C
	Dificuldade na definição de prioridades das demandas	C	
Participação social	Falta de integração com o conselho gestor	C	
Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)	Destinação de recursos	Ausência de cofinanciamento da AAE	A
		Financiamento inadequado da AAE	A
	Organização e estruturação da AAE	Fragilidade do apoio da SES para organização da AAE	A
		Desconhecimento e adesão ao modelo AAE	A
		Ausência de política AAE	A
Custos do modelo PASA	Alto custo na manutenção do modelo PASA	A	
Gestão e trabalho interprofissional	Prática colaborativa	Dificuldade para realização da prática multidisciplinar	C
	Modelo de gestão	Centralização na tomada de decisão	C
	Trabalho em equipe	Fragilidade na comunicação entre equipes	C
		Falta de alinhamento da equipe	C
		Falta de envolvimento da equipe	C
Dificuldade para trabalhar em equipe	C		
Cuidado centrado na pessoa	Adesão terapêutica e autocuidado	Falta de adesão à exames de rastreio da saúde da mulher	C
		Falta de adesão ao tratamento de IST	C
		Não adesão ao tratamento	C
		Necessidade de empoderamento do usuário	C
	Relação entre usuário e equipe	Fragilidade na relação do usuário e equipe	C
		Necessidade de qualificação na comunicação com usuário	C

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada; APS - Atenção Primária à Saúde; IST - Infecções Sexualmente Transmissível; PAS - Planificação da Atenção à Saúde; PASA -Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial; RAS - Redes de Atenção à Saúde; SES - Secretaria Estadual de Saúde; ESF -Estratégia de Saúde Família

os diferentes *stakeholders*, sendo, respectivamente, o “Determinantes e resultados da implementação da PAS”, “Geração de evidências sobre a PAS” e “Acesso aos cuidados e serviço de saúde” as prioridades descritas pelos grupos A, B e C.

Estes achados reforçam a importância de se identificar e compreender a opinião e olhares dos

envolvidos no fenômeno, a fim de desenvolver abordagens para integrá-las e incorporá-las no processo de implementação. Neste sentido, movimentos como as Redes de Pesquisa Baseada na Prática (PBRN)<sup>(19,20)</sup> se configuram como abordagens que podem se somar aos esforços da ciência da implementação na tentativa de aproximar as pesquisas às

**Tabela 2.** Temas priorizados por cada grupo de *stakeholders*, de acordo com o número de votos e a sua ordem de importância

Temas				
Ordem	Grupo A	Pontos	%	
1	Determinantes e resultados da implementação da PAS	20	45,5	
2	Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada	15	34,1	
3	Atenção às condições crônicas	6	13,6	
4	Infraestrutura e materiais	2	4,5	
5	Desenvolvimento de competências	1	2,3	
Ordem	Grupo B	Pontos	%	
1	Geração de evidências sobre a PAS	17	41,5	
2	Determinantes e resultados da implementação da PAS	10	24,4	
3	Infraestrutura e materiais	6	14,6	
4	Melhoria contínua nos processos da APS	4	9,8	
5	Gestão de base populacional	2	4,9	
6	Coordenação do cuidado	1	2,4	
7	Gestão de pessoas	1	2,4	
Ordem	Grupo C	Pontos	%	
1	Acesso aos cuidados e serviço de saúde	35	22,7	
2	Gestão de pessoas	22	14,3	
3	Gestão de base populacional	20	13,0	
4	Gestão do serviço e trabalho interprofissional	20	13,0	
5	Coordenação do cuidado	12	7,8	
6	Melhoria contínua nos processos da APS	12	7,8	
7	Cuidado centrado na pessoa	11	7,1	
8	Infraestrutura e materiais	9	5,8	
9	Atenção às condições crônicas	6	3,9	
10	Geração de evidências sobre a PAS	4	2,6	
	Desenvolvimento de competências	3	2,0	

APS - Atenção Primária à Saúde; PAS - Planificação da Atenção à Saúde

Abordagem Teórica	Grupo A	Grupo B	Grupo C
Descrever ou guiar o processo de traduzir o conhecimento para prática		<ul style="list-style-type: none"> <li>Quais são as evidências disponíveis sobre o modelo PASA?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qual a forma mais equânime de se organizar o acesso? a agenda local atende as necessidades do território?</li> <li>Como direcionar a demanda para uma vaga adequada?</li> <li>Como implementar uma RTA na unidade?</li> <li>Como qualificar o acesso sem uma RTA?</li> <li>Como direcionar a demanda para uma vaga adequada?</li> <li>Como ofertar acesso para uma comunidade de alta vulnerabilidade?</li> <li>Porque existe o RTA? O que atender no RTA?</li> <li>É possível trabalhar com acesso avançado na equipe de saúde bucal?</li> </ul>
Entender ou explicar o que influência o desfecho de implementação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porque há dificuldade do envolvimento das SES com o processo da PAS?</li> <li>Como garantir a institucionalização da PAS com a rotatividade profissional nos serviços?</li> <li>O que é necessário e/ou que mecanismos devem ser desenvolvidos para alcançar a sustentabilidade das mudanças e melhorias alcançadas com a PAS?</li> <li>O que pode ser feito para que gestores sejam atuantes no sentido de apoiar o processo de planificação?</li> <li>Quais são/seriam as estratégias para a sustentabilidade da PAS pelo estado e municípios?</li> <li>O que seria necessário para existir um investimento no projeto PAS, como prioridade da gestão?</li> <li>Como fortalecer o apoio da gestão para a PAS?</li> <li>Como melhorar a integração entre os setores das secretarias estaduais?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qual é o conjunto de indicadores adequado para monitorar e implantar o modelo PASA?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A (organização da) agenda local atende as necessidades do território?</li> <li>A oferta de vagas do dia é suficiente para quem busca o serviço?</li> <li>Como ofertar cuidado para quem precisa e não busca o serviço?</li> <li>Como adequar a realidade do acesso à saúde/serviço para contextos diferentes, considerando a satisfação do usuário e o cuidado longitudinal?</li> <li>Qual a principal queixa do paciente para acessar o serviço?</li> <li>O que é considerado demanda espontânea ou o que deve ser agendado?</li> <li>Como a falta de acessibilidade impacta o acesso da população ao serviço?</li> </ul>
Avaliar a implementação	<ul style="list-style-type: none"> <li>O processo de revisão das etapas tem sido colocado em prática?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qual é o impacto do modelo PASA na saúde dos usuários?</li> <li>Qual o custo-efetividade do modelo PASA?</li> <li>Qual o impacto em saúde em um território planificado?</li> </ul>	

RTA - Recepção Técnica Acolhedora; APS - Atenção Primária à Saúde; PAS - Planificação da Atenção à Saúde; RAS - Redes de Atenção à Saúde; PASA - Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial

**Figura 2.** Perguntas relacionadas ao problema priorizado de cada grupo de *stakeholders*, de acordo com as abordagens teóricas da ciência da implementação

prioridades do mundo real e maximizar os resultados da implementação.

Em linhas gerais, o PBRN<sup>(19,20)</sup> reconhece que o serviço de saúde se caracteriza como um cenário potente para a produção de conhecimento e propõe o envolvimento dos profissionais e gestores de saúde locais como parceiros no desenvolvimento de pesquisas, isto é, integrando-os à equipe de pesquisa e não considerando-os apenas como sujeitos/fontes de informação sobre um fenômeno a ser investigado.

Nesta relação, complexa e desafiadora, pesquisadores/academia podem contribuir, principalmente, com aspectos relacionados à infraestrutura e capacitação em pesquisa enquanto os profissionais/gestores identificam e formulam perguntas de pesquisa, baseadas em sua experiência da prática clínica e de gestão, buscando responder os problemas percebidos no serviço e no território de modo a potencializar o consumo e a incorporação dos achados de pesquisa para apoiar a tomada de decisão.<sup>(19,20)</sup>

Pondera-se que, apesar do interesse crescente às abordagens e modelos de pesquisa colaborativos e em parceria,<sup>(21)</sup> em termos práticos, nota-se ainda um descompasso entre a produção científica e a incorporação de evidências na realidade local, sugerindo a necessidade de amplificar o envolvimento dos *stakeholders* nos processos atrelados à pesquisa bem como lançar mão de outras estratégias para fortalecer a tradução do conhecimento. No presente estudo, por exemplo, identificam-se oportunidades para acelerar a tradução de descobertas já descritas na literatura em ações de melhoria de processos, especialmente entre os problemas e desafios elencados no painel dos participantes do grupo C - composto por profissionais diretamente conectados à assistência.

Ressalta-se que, em relação aos temas que emergiram na definição de problemas prioritários, os três grupos de *stakeholders* definiram tópicos que se caracterizam como lacunas na literatura. Para os representantes do grupo A, a definição de prioridade remete ao processo de crescimento e consolidação da própria metodologia da PAS em diferentes regiões do Brasil. Foram levantadas perguntas relacionadas a institucionalização e integração entre esferas de governo, articulação entre os pontos de atenção da RAS, apoio da gestão e questões específicas sobre

o processo de operacionalização, expansão e sustentabilidade da PAS.

Nesta perspectiva, destaca-se o potencial da ciência da implementação para responder os problemas e perguntas indicados, considerando a investigação das estratégias<sup>(22)</sup> e desfechos<sup>(23)</sup> de implementação bem como sua relação com resultados dos serviços e desfechos clínicos nas diferentes regiões que compõem o cenário da PAS.

Outro tópico de importância para este grupo foi a qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), temática que se caracteriza como um dos grandes gargalos na construção do SUS devido a estrutura “insuficiente”, fragmentada e heterogênea da rede de cuidados especializados<sup>(24)</sup> bem como o tempo de espera e o processo regulatório de agendamento das consultas e exames especializados.<sup>(25)</sup>

Neste contexto, a PAS preconiza o modelo PASA para organização da AAE em rede com a APS. A ausência de uma política para a atenção especializada no SUS, bem como o financiamento e predominância do modelo silos em detrimento à adesão ao modelo PASA são problemas no cenário real que vem acompanhados de questionamentos relacionados ao impacto e respostas de custo-efetividade deste modelo.

Assim, ao passo que os participantes do grupo A apresentam interesse em compreender o modelo e seus desafios, o grupo B pontua como sua prioridade a necessidade da geração de evidências, especialmente relacionadas ao modelo PASA buscando resoluções que possam contribuir na tomada de decisão dos atores chaves para sua implantação. Estes achados endossam a relevância de se considerar múltiplos *stakeholders* pois apresentam perspectivas únicas inclinadas ao escopo de atuação frente ao fenômeno.

Para o grupo C, o acesso aos cuidados e serviço de saúde foi indicado como o desafio prioritário, abarcando questões relacionadas à infraestrutura, organização da agenda, modelos de agendamento e a oferta de vagas com equidade. Embora não destacada pelos participantes do grupo A e B, a temática, de fato, carece de investimentos em pesquisa, visto o limitado corpo de evidências sobre modelos de organização do acesso e agenda aplicáveis às espe-

cificidades do SUS, ressaltando a importância das contribuições do grupo assistencial na proposição de perguntas de pesquisa.

No presente estudo, embora alguns temas tenham surgido de maneira transversal entre os grupos de *stakeholders*, foi notada diferença significativa durante o exercício de priorização. Por exemplo, questões relacionadas à gestão de pessoas ganharam maior destaque no Grupo C, que estava interessado na busca por soluções para problemas como a sobrecarga e a motivação dos profissionais, bem como questões relacionadas à violência contra esses profissionais e a sua saúde mental. Estas inquietações corroboram outros achados relacionado aos serviços de saúde da APS,<sup>(26,27)</sup> apresentando-se como um possível dificultador para o processo de institucionalização da PAS.

Dentre as limitações do estudo, reconhece-se o desafio de envolver os *stakeholders* da PAS em sua totalidade, em especial, gestores de saúde e pessoas usuárias do serviço. A fim de considerar a geração e tradução de conhecimento aos múltiplos contextos do território brasileiro, sinaliza-se ainda, a necessidade de expandir a proposta para os *stakeholders* de outras regiões do Brasil. Como ponto forte, destaca-se a apresentação de uma proposta sistematizada que favorece a inclusão de diferentes *stakeholders*, tal como proposto na ciência da implementação.

## Conclusão

Em geral, os temas apresentaram-se transversalmente entre os grupos e abarcaram uma ampla gama de situações desafiadoras para o cenário real. Entretanto, no exercício de definição de prioridades, as temáticas que foram destacadas pelos grupos A “Compreender determinantes e resultados da implementação da PAS”, grupo B “Geração de evidências sobre a PAS” (Grupo B) e Grupo C “Acesso aos cuidados e serviço de saúde”, evidenciaram interesses particulares que estavam alinhados às necessidades percebidas pelos *stakeholders*, de acordo com seu envolvimento e atuação na PAS. Deste modo, considerando a implantação da PAS como um movimento de grande potencial e capilaridade

em larga escala, entende-se que os achados do presente estudo contribuem com direcionamentos para a produção de conhecimento alinhado às necessidades do cotidiano. Além disso, destaca-se o potencial das diferentes abordagens teóricas da ciência da implementação para responder os problemas e perguntas indicados pelos grupos de *stakeholders*, perpassando pelo processo de tradução de conhecimento, compreensão dos determinantes e avaliação da implementação.

## Agradecimentos

Os autores reconhecem o apoio para financiamento da publicação pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009), por meio da portaria n.º 3.362, de 8 de dezembro de 2017 – Parecer Técnico Inicial Recomendativo de Análise Técnica e Financeira de Projeto no Âmbito do PROADI-SUS n.º21/2021-CGMAD/DAPES/SAPS/MS25000.036837/2021-51

## Colaborações

Almeida LY, Belotti L, Eshriqui I, de Sousa AAF, Varela ALV, Nunes GM, Bernardo D e Bonfim D contribuíram com a concepção e desenho do estudo, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Metz A, Jensen T, Farley A, Boaz A. Is implementation research out of step with implementation practice? Pathways to effective implementation support over the last decade. *Implement Res Pract.* 2022;3:26334895221105585.
2. Theobald S, Brandes N, Gyapong M, El-Saharty S, Proctor E, Diaz T, et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. *Lancet.* 2018;392(10160):2214–28.
4. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health.* 2009;36(1):24–34.

5. Boaz A, Hanney S, Borst R, O'Shea A, Kok M. How to engage stakeholders in research: design principles to support improvement. *Health Res Policy Syst.* 2018;16(1):60.
6. Eisman AB, Quanbeck A, Bounthavong M, Panattoni L, Glasgow RE. Implementation science issues in understanding, collecting, and using cost estimates: a multi-stakeholder perspective. *Implement Sci.* 2021;16(1):75.
7. Norris JM, White DE, Nowell L, Mrklas K, Stelfox HT. How Do Stakeholders from Multiple Hierarchical Levels of a Large Provincial Health System Define engagement? a Qualitative Study. *Implement Sci.* 2017;12(1):1–13.
8. Deverka PA, Lavalley DC, Desai PJ, Esmail LC, Ramsey SD, Veenstra DL, et al. Stakeholder participation in comparative effectiveness research: defining a framework for effective engagement. *J Comp Eff Res.* 2012;1(2):181-94.
9. Concannon TW, Meissner P, Grunbaum JA, McElwee N, Guise JM, Santa J, et al. A new taxonomy for stakeholder engagement in patient-centered outcomes research. *J Gen Intern Med.* 2012;27(8):985–91.
10. Goodman MS, Sanders Thompson VL. The science of stakeholder engagement in research: classification, implementation, and evaluation. *Transl Behav Med.* 2017;7(3):486–91.
11. Grill C. Involving stakeholders in research priority setting: a scoping review. *Res Involv Engagem.* 2021;7(1):75. Review.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. 26 p. [citado 2023 Jul 29]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf)
13. Evangelista MJ, Guimarães AM, Dourado EM, Vale FL, Lins MZ, Matos MA, et al. Planning and building Health Care Networks in Brazil's Federal District. *Cien Saude Colet.* 2019;24(6):2115-24.
14. Guerra S, Albuquerque AC, Marques P, Oliveira I, Felisberto E, Dubeux LS, et al. Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. *Cad Saude Publica.* 2022;38(3):e00115021.
15. McMillan SS, Kelly F, Sav A, Kendall E, King MA, Whitty JA, et al. Using the nominal group technique: how to analyse across multiple groups. *Health Serv Outcomes Res Methodol.* 2014;14(3):92–108.
16. Bryant J, Sanson-Fisher R, Walsh J, Stewart J. Health research priority setting in selected high income countries: a narrative review of methods used and recommendations for future practice. *Cost Eff Resour Alloc.* 2014;12(1):23.
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105–12.
18. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci.* 2015;10:53.
19. Davis MM, Keller S, DeVoe JE, Cohen DJ. Characteristics and lessons learned from practice-based research networks (PBRNs) in the United States. *J Healthc Leadersh.* 2012;4:107–16.
20. Bonfim D, Belotti L, Almeida LY, Eshriqui I, Velasco SR, Monteiro CN, Jantsch AG. Challenges and strategies for conducting research in primary health care practice: an integrative review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):1380.
21. Nyström ME, Karlton J, Keller C, Andersson Gäre B. Collaborative and partnership research for improvement of health and social services: researcher's experiences from 20 projects. *Health Res Policy Syst.* 2018;16(1):46.
22. Proctor EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implement Sci.* 2013;8(1):139.
23. Proctor EK, Bunger AC, Lengnick-Hall R, Gerke DR, Martin JK, Phillips RJ, et al. Ten years of implementation outcomes research: a scoping review. *Implement Sci.* 2023;18(1):31.
24. Tesser CD, Poli P Neto. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Cien Saude Colet.* 2017;22(3):941-51.
25. Farias CM, Giovanella L, Oliveira AE, Santos Neto ET. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde debate.* 2019;43(5):190-204.
26. Medeiros CR, Junqueira AG, Schwingel G, Carrero I, Jungles LA, Saldanha OM. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet.* 2010;15 Suppl 1:1521-31.
27. Tonelli BQ, Reis Leal AP, Tonelli WF, Veloso DC, Gonçalves D, Tonelli SQ. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Faculdade Odontol.* 2018;23(2):180-5.