











Trabalho, Educação e Saúde

Planificação da atenção à saúde: implantação dos macroprocessos de trabalho em quatro localidades brasileiras

Health care planning: implementation of work macroprocesses in four Brazilian locations

Planificación de la atención en salud: implementación de macroprocesos de trabajo en cuatro lugares brasileños

Ana Coelho de Albuquerque¹  Luciana Santos Dubeux² 
Isabella Chagas Samico³  Eronildo Felisberto⁴  Sofia Guerra⁵ 
Pedro Marques⁶  Gabriella de Almeida Raschke Medeiros⁷ 
Diogenes Ferreira dos Passos⁸ 

Resumo

A insuficiente articulação entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada é vista como um dos principais obstáculos para a organização de sistemas integrados de saúde. Este estudo objetivou analisar a implantação dos macroprocessos da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nos municípios de Caxias (Maranhão) e Ji-Paraná (Rondônia) e na Região Leste do Distrito Federal, e apenas da Atenção Primária à Saúde no município de Cristalina (Goiás). As dimensões consideradas foram: Planejamento e Gestão; Promoção e Cuidado à Saúde; Apoio Diagnóstico e Terapêutico; e Articulação entre Níveis Assistenciais. O índice de implantação da Atenção Primária à Saúde de Caxias foi 'satisfatório', o de Cristalina, 'intermediário'; e o de Ji-Paraná e da Região Leste, 'incipiente'. Na Atenção Primária à Saúde, os melhores resultados foram de Planejamento e Gestão e Promoção e Cuidado à Saúde; e o mais frágil, de Articulação entre Níveis Assistenciais. Em relação à Atenção Ambulatorial Especializada, os melhores resultados foram de Planejamento e Gestão, e as maiores fragilidades foram encontradas em Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Este estudo pode contribuir para mudanças nos casos estudados, bem como apresentar as lições aprendidas para outros cenários cuja planificação esteja em fase de implantação atual ou futura.

Palavras-chave planificação; avaliação em saúde; redes de atenção à saúde; atenção primária à saúde; atenção secundária à saúde.

Como citar: ALBUQUERQUE, Ana C. *et al.* Planificação da atenção à saúde: implantação dos macroprocessos de trabalho em quatro localidades brasileiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, 2023, e02377230. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2377>

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2377>

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil.
anacoelhoalbuquerque@gmail.com

² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil.
lucianadubeux@gmail.com

³ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil.
isabella.samico@gmail.com

⁴ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil.
eronildo.felisberto@gmail.com

⁵ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil.
sofiaguerraavila@gmail.com

⁶ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil.
peu.marques7@gmail.com

⁷ Universidade do Vale do Itajaí, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho, Itajaí, Brasil.
gabriellamedeiros.fisio@gmail.com

⁸ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Recife, Brasil.
diogenes.passos@hotmail.com

Recebido: 25/05/2023

Aprovado: 28/08/2023



Abstract

The insufficient articulation between Primary Health Care and Specialized Ambulatory Care has been seen as one of the main obstacles to the organization of integrated health systems. This study aimed to evaluate of the implementation of Primary Health Care macro-processes was carried out in the municipalities of Caxias (Northern Brazil), Cristalina and Ji-Paraná (both Central-Western Brazil) and in the East Region of the Brazilian Federal District; and the Specialized Ambulatory Care in two municipalities - Caxias and Ji-Paraná - and in the East Federal District Region. Were considered the dimensions: Planning and management; Health promotion and care; Diagnostic and Therapeutic Support; and Articulation between care levels. The index of implementation of the Primary Health Care of Caxias was 'satisfactory' (8.54), Cristalina 'intermediate' (7.83) and Ji-Paraná and East Region 'incipient' (7.18 and 7.24, respectively). In Primary Health Care, the best results came from 'Planning and management' and 'Health promotion and care'; and the most fragile, the 'Articulation between levels of care'. Regarding Specialized Ambulatory Care, the best results were from 'Planning and management' and greater weaknesses were found in 'Diagnostic and therapeutic support'. This study can contribute to changes in the cases presented, as well as offer lessons learned for other scenarios whose planning is in the implementation phase or will be implemented.

Keywords planning; health assessment; health care networks; primary health care; secondary health care.

Resumen

La insuficiente articulación entre la Atención Primaria de Salud y la Atención Ambulatoria Especializada ha sido vista como uno de los principales obstáculos para la organización de sistemas integrados de salud. Este estudio tuvo como objetivo analizar la implementación de los macroprocesos de Atención Primaria de Salud en los municipios de Caxias (Norte de Brasil), Cristalina y Ji-Paraná (ambos en Centro-Oeste de Brasil) y en la Región Este del Distrito Federal Brasileño; y la Atención Ambulatoria Especializada en dos municipios - Caxias y Ji-Paraná - y en la Región Este del Distrito Federal. Se consideraron las dimensiones Planificación y gestión; Promoción y atención de la salud; Apoyo Diagnóstico y Terapéutico; y Articulación entre niveles de atención. El índice de implementación del Atención Primaria de Salud de Caxias fue 'satisfactorio' (8,54), Cristalina 'intermedio' (7,83) y Ji-Paraná y Región Este 'incipiente' (7,18 y 7,24, respectivamente). En APS, los mejores resultados provinieron de 'Planificación y gestión' y 'Promoción y atención de la salud'; y la más frágil, la 'Articulación entre niveles de asistencia'. En cuanto a la AAE, los mejores resultados fueron de 'Planificación y gestión' y las mayores debilidades se encontraron en 'Apoyo diagnóstico y terapéutico'. Este estudio puede contribuir a cambios en los casos presentados, así como ofrecer lecciones aprendidas para otros escenarios cuya planificación se encuentra en fase de implementación o será implementada.

Palabras clave planificación; valoración de salud; redes de atención a la salud; atención primaria de salud; atención secundaria de salud.

Introdução

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em um conjunto de serviços organizados por uma atenção contínua e integral a determinada população, de forma poliárquica, vinculados entre si por uma ação cooperativa e ênfase no cuidado multiprofissional e interdisciplinar (Mendes, 2018). Em sistemas universais de saúde, a configuração das RAS está diretamente ligada à presença de uma Atenção Primária à Saúde (APS) integral e resolutiva, que assuma seu papel como porta de entrada preferencial e ordenadora do sistema, garantindo o acesso às ações de saúde (Mendes, 2015; Giovanella et al., 2018). Simultaneamente, espera-se que a APS possa estar integrada aos demais níveis do sistema, pois entende-se que só a articulação entre os componentes das RAS pode garantir as condições para que a APS exerça os atributos de cuidado regular e contínuo, em prol da integralidade das ações e do impacto sobre a saúde da população (Almeida et al., 2018).

Na conformação das RAS, a coordenação entre diferentes níveis de atenção – primária, especializada e hospitalar – é um dos elementos fundamentais, reconhecendo-se como resultado da integração

assistencial (Almeida, Oliveira e Giovanella, 2018). Ela demanda redes dinâmicas que incorporem as especificidades e a complexidade do sistema de saúde, além das singularidades dos indivíduos envolvidos (Almeida et al., 2018). Entretanto, coordenação do cuidado inadequada ou ausente tem sido um dos principais obstáculos para a organização de sistemas integrados de saúde. Vários autores (Almeida et al., 2018; Vázquez et al., 2017) destacam dificuldades na APS em desenvolver mecanismos consistentes para a coordenação do cuidado, tais como registros integrados de pacientes, sistemas de informação, avaliações e centrais de regulação compartilhadas.

No âmbito das RAS e das regiões de saúde, estratégias voltadas para o aprimoramento da organização do sistema e de serviços, com apoio aos gestores municipais e estaduais, somadas ao desenvolvimento de habilidades e atitudes dos profissionais de saúde, tendem a influenciar positivamente na qualificação dos processos assistenciais. Dentre essas estratégias, a Planificação da Atenção à Saúde (PAS), conduzida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) desde 2004, fomenta a organização dos macroprocessos de trabalho das equipes e serviços da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no âmbito das RAS (Conass, 2018).

A PAS é desenvolvida por meio de uma proposta teórico-metodológica, desenhada com o intuito de fortalecer as RAS. É, portanto, um potente instrumento de gestão, planejamento e organização tanto da APS quanto da AAE. Em termos práticos, constitui-se em um conjunto de ações educacionais (oficinas, tutorias, treinamentos e capacitações teórico-práticas) direcionadas às equipes assistenciais e técnico-gerenciais de estados e municípios, visando o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à organização e qualificação da atenção à saúde. É uma estratégia que trabalha na perspectiva de mudança do *modus operandi* das equipes e serviços de saúde e envolve as premissas de organização de um sistema de atenção integrado, de consolidação das RAS e da APS como estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) e coordenadora do cuidado e da mudança de atitudes dos profissionais (Conass, 2018).

Ao longo de sua implantação, a estratégia foi adaptada e aperfeiçoada, ancorada nos referenciais teóricos da implantação das RAS, do Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS e da Construção Social da APS (Mendes, 2015; Conass, 2018).

Embora as ações educacionais, eixo central da PAS, possuam um desenho inicial fundamentado nos referenciais teóricos supracitados, é conferida aos gestores a liberdade de realizar adaptações em virtude dos recursos disponíveis e das características dos seus profissionais e de seu território, respeitando, assim, as especificidades regionais (Almeida, Oliveira e Giovanella, 2018). Portanto, torna-se fundamental aferir em que medida os macroprocessos de trabalho, essenciais à APS e à AAE e trabalhados em profundidade durante todo o processo de planificação, estão implementados nas localidades onde a Estratégia PAS é conduzida. Desse modo, este artigo tem como objetivo avaliar a implantação dos macroprocessos da APS e da AAE em três municípios e em uma região administrativa do Distrito Federal (DF).

Método

Este estudo é integrante da pesquisa *Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em quatro regiões de saúde no Brasil – Pesquisa Efetiva PAS*. A seleção das áreas de estudo ocorreu de forma intencional, definida pelos representantes do Conass, tendo como critério de seleção a continuidade no desenvolvimento da Estratégia PAS em regiões de saúde. Assim, abordaram-se as seguintes unidades federativas e suas respectivas regiões: Rondônia (Central), Maranhão (Caxias), Goiás (Entorno Sul) e DF (Leste). Em cada região de saúde, incluiu-se um município ou região administrativa (caso do DF) onde se localizam as unidades Laboratório da APS e da AAE, que são aquelas nas quais a Estratégia PAS encontra-se implantada.

Neste estudo, realizou-se uma análise de implantação (Champagne et al., 2011), de abordagem quantitativa, dos macroprocessos da APS em três municípios das regiões supracitadas – Caxias (MA),

Cristalina (GO) e Ji-Paraná (RO) – e na Região Leste do DF; e da AAE em dois municípios – Caxias e Ji-Paraná – e na Região Leste do DF. No município de Cristalina, a análise de implantação dos macroprocessos da AAE não foi realizada, pois na região do Entorno Sul a Estratégia PAS focou sua atuação apenas na APS. A análise considerou as dimensões Planejamento e Gestão; Promoção e Cuidado à Saúde; Apoio Diagnóstico e Terapêutico; e Articulação entre Níveis Assistenciais, categorizadas em atributos, conforme descrito nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Dimensões e atributos para a avaliação da implantação dos macroprocessos da APS. Pesquisa Efetiva PAS, 2022.

Dimensão	Atributos	Descrição dos atributos
Planejamento e Gestão	Territorialização; Programação de atividades; Agendamento; Classificação de risco; Educação continuada; Acompanhamento periódico das metas pactuadas; Registro regular e sistemático dos Sistemas de Informação do MS, SES e SMS.	Refere-se às ações: de mapeamento do território; de programação anual de atividades de acordo com as necessidades da população; de educação continuada; de agendamento conforme a preferência do usuário; de atendimento orientado pela classificação de risco; de acompanhamento periódico das metas pactuadas; e de registro regular e sistemático dos Sistemas de Informação do MS, SES e SMS.
Promoção e Cuidado à Saúde	Prevenção a fatores de risco; Monitoramento dos planos de cuidado dos usuários portadores de doenças crônicas; Capacitação para os apoiadores familiares; Visita domiciliar para acompanhamento aos faltosos dos atendimentos programados.	Refere-se: à prevenção a fatores de risco relacionados à Linha de Cuidado prioritária; ao monitoramento dos planos de cuidado dos usuários portadores de doenças crônicas, classificados como risco alto e muito alto; à identificação dos apoiadores familiares para o oferecimento de capacitações que auxiliem no autocuidado dos usuários; e à realização de visitas domiciliares aos faltosos de atendimentos programados.
Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Acesso a exames laboratoriais e de imagem; Avaliação oportuna dos exames; Prescrição medicamentosa de acordo com diretrizes clínicas; Cuidado farmacêutico.	Refere-se: ao acesso adequado a exames laboratoriais e de imagem; à avaliação dos resultados de exames pelos profissionais em tempo hábil para a adoção oportuna de conduta clínica; à prescrição medicamentosa de acordo com diretrizes clínicas; e ao cuidado farmacêutico direcionado ao uso racional de medicamentos, adesão ao tratamento, conciliação medicamentosa e prevenção de polifarmácia.
Articulação entre Níveis Assistenciais	Seguimento adequado do paciente; Coerência da atenção; Acessibilidade entre níveis; Transferência da informação clínica.	Refere-se: às ações relacionadas à gestão clínica compartilhada para garantia do seguimento do paciente; à realização de interconsulta da equipe de APS com a equipe da AAE para avaliação clínica e de exames complementares; à transferência de usuários para os pontos de atenção da rede de urgência e emergência; ao monitoramento e compartilhamento dos motivos de absenteísmo entre APS e AAE; à duplicidade de exames; às divergências ou duplicidades na prescrição de tratamentos pelos profissionais da APS e da AAE; ao tempo de espera para acesso à consulta com especialista e ao retorno para APS e ao encaminhamento para a atenção especializada, quando necessário; ao encaminhamento dos planos de cuidados; ao encaminhamento de formulário de referência; e à existência de meios de comunicação para troca de informações entre os profissionais da APS e da AAE.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: APS – Atenção Primária à Saúde; MS – Ministério da Saúde; SES – Secretaria Estadual de Saúde; SMS – Secretaria Municipal de Saúde; AAE – Atenção Ambulatorial Especializada.

Quadro 2 – Dimensões e atributos para a avaliação da implantação dos macroprocessos da AAE. Pesquisa Efetiva PAS, 2022

Dimensão	Atributos	Descrição dos atributos
Planejamento e Gestão	Conhecimento da população; Elaboração dos planos de cuidado; Educação permanente.	Refere-se: às ações de reconhecimento da população de risco alto e muito alto em acompanhamento pelas equipes de APS vinculadas ao ambulatório; à elaboração do plano de cuidado para as pessoas com condições crônicas de risco alto e muito alto; e à participação das equipes da APS em ações de educação permanente oferecidas pelas equipes especializadas de referência para a correta estratificação de risco e o manejo adequado dos planos de cuidado.
Promoção e Cuidado à Saúde	Atendimento multiprofissional; Atendimento de episódios de agudização da condição crônica; Supervisão dos planos de cuidado; Discussão de casos; Utilização de protocolos clínicos.	Refere-se: às ações direcionadas ao atendimento por equipe multiprofissional no mesmo dia e turno; ao atendimento dos episódios de agudização da condição crônica; ao apoio da AAE à APS na supervisão dos planos de cuidado com vistas à estabilização das condições crônicas de pacientes atendidos pelo ambulatório de especialidades; ao apoio aos profissionais da APS para discussão de casos; e à utilização de protocolos clínicos no atendimento à população-alvo.
Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Acesso a exames laboratoriais e de imagem; Prescrição medicamentosa de acordo com diretrizes clínicas; Cuidado farmacêutico.	Refere-se: ao acesso adequado a exames laboratoriais e de imagem; à avaliação dos resultados de exames pelos profissionais em tempo hábil para a adoção oportuna de conduta clínica; à prescrição medicamentosa de acordo com diretrizes clínicas; e ao cuidado farmacêutico direcionado ao uso racional de medicamentos, adesão ao tratamento, conciliação medicamentosa e prevenção de polifarmácia.
Articulação entre Níveis Assistenciais	Seguimento adequado do paciente; Coerência da atenção; Acessibilidade entre níveis; Transferência da informação clínica.	Refere-se: às ações relacionadas à gestão clínica compartilhada para garantia do seguimento do paciente; à atenção aos usuários encaminhados pela APS, quando necessário; ao monitoramento e compartilhamento dos motivos de absenteísmo entre APS e AAE; à duplicidade de exames; às divergências ou duplicidades na prescrição de tratamentos pelos profissionais da APS e da AAE; ao tempo de espera para acesso à consulta com especialista e ao retorno para APS; ao encaminhamento para a atenção especializada, quando necessário; ao encaminhamento do formulário de referência da APS para a AAE; ao encaminhamento dos planos de cuidados; e à existência de meios de comunicação para troca de informações entre os profissionais da APS e da AAE.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: AAE – Atenção Ambulatorial Especializada; APS – Atenção Primária à Saúde.

Baseando-se nos atributos de cada dimensão, a coleta dos dados foi realizada por meio de questionário estruturado, que teve como referência alguns instrumentos: Instrumento de Avaliação da Implantação das RAS e Ambiência (Conass, 2018) e Questionário COORDENA© (Vázquez et al., 2015). Inicialmente, esse questionário foi testado em um estudo-piloto em dois municípios da região de saúde Central-Norte do Espírito Santo e, posteriormente, revisado e finalizado pelos pesquisadores. As questões contidas no instrumento foram expressas majoritariamente na escala de Likert, embora também contenham

algumas dicotômicas. O questionário APS foi aplicado com todos os profissionais de saúde nas duas unidades básicas selecionadas para o estudo (a unidade Laboratório – primeira a receber a intervenção – e a outra unidade considerada expansão da Estratégia PAS) de Caxias (n = 51), Cristalina (n = 17), Ji-Paraná (n = 28) e da Região Leste do DF (n = 40), totalizando 136 respondentes. O questionário AAE foi respondido por todos os profissionais de saúde da unidade de referência especializada de Caxias (n = 12), Ji-Paraná (n = 7) e Região Leste do DF (n = 7), totalizando 26 respondentes. Aplicaram-se ambos os questionários entre maio e agosto de 2022.

Os profissionais foram convidados a estar presentes na unidade em dia previamente agendado, e o questionário foi autopreenchido, em ambiente reservado, nas próprias unidades de saúde. Não responderam ao questionário apenas os profissionais que se encontravam de férias ou afastados por motivo de doença. Destaca-se que essa perda foi inferior a 1%.

No tocante à análise dos dados, para as questões expressas na escala de Likert, calculou-se o Escore Médio (EM), em que o valor um (1) equivale à pior avaliação, e o cinco (5), à melhor em relação à questão investigada. Para as questões dicotômicas, empregou-se o percentual das respostas afirmativas ou positivas em relação ao item investigado.

O índice de cada dimensão foi obtido por meio de média aritmética com base na padronização das questões em uma escala de 1 a 10 pontos. Para cada atributo, construíram-se índices sintéticos, expressos na mesma escala, compostos pela média dos resultados das variáveis. Para a classificação do índice global de implantação de cada município, dimensão e atributo, considerou-se: ‘insatisfatório’, igual ou abaixo de 6,39; ‘incipiente’, entre 6,40 e 7,39; ‘intermediário’, entre 7,40 e 8,49; e ‘satisfatório’, igual ou acima de 8,50. A seleção desses pontos de corte considerou a relevância da implantação dos macroprocessos nos resultados da Estratégia PAS. Utilizou-se o *software* Microsoft Excel® para as tabulações e o programa IBM SPSS Statistics® para Windows, versão 21.0, para a análise estatística.

Resultados

Implantação dos macroprocessos da APS

O índice global de implantação dos macroprocessos da APS de Caxias obteve resultado ‘satisfatório’ (8,58); o de Cristalina, ‘intermediário’ (7,87); e o de Ji-Paraná e da Região Leste, ‘incipiente’ (7,18 e 7,21, respectivamente). Em geral, entre as quatro dimensões usadas para avaliar a implantação dos macroprocessos da APS, os melhores resultados foram obtidos por Planejamento e Gestão e Promoção e Cuidado à Saúde, e o mais frágil, pela Articulação entre Níveis Assistenciais (Tabela 1).

Tabela 1 – Índice de implantação dos macroprocessos da APS, por dimensões e atributos, em Caxias (MA) (n = 51), Cristalina (GO) (n = 17), Ji-Paraná (RO) (n = 28) e Região Leste do DF (n = 40). Pesquisa Efetiva PAS, 2022

Dimensão e Atributo	Resultado e Classificação			
Planejamento e Gestão	Caxias	Cristalina	Ji-Paraná	Região Leste
Territorialização	8,64 Satisfatório	9,47 Satisfatório	8,71 Satisfatório	7,30 Incipiente
Programação de atividades	9,11 Satisfatório	7,22 Incipiente	6,38 Insatisfatório	6,96 Incipiente
Agendamento	9,25 Satisfatório	9,07 Satisfatório	7,99 Intermediário	7,86 Intermediário
Classificação de risco	9,25 Satisfatório	8,41 Intermediário	8,88 Satisfatório	8,20 Intermediário
Educação continuada	7,89 Intermediário	4,84 Insatisfatório	6,14 Insatisfatório	6,06 Insatisfatório
Acompanhamento periódico das metas pactuadas	9,52 Satisfatório	8,15 Intermediário	7,75 Intermediário	7,64 Intermediário
Registro regular e sistemático dos Sistemas de Informação do MS, SES e SMS	9,18 Satisfatório	9,47 Satisfatório	8,55 Satisfatório	8,09 Intermediário
Índice de implantação da dimensão Planejamento e Gestão	8,98 Satisfatório	8,09 Intermediário	7,77 Intermediário	7,44 Intermediário
Promoção e Cuidado à Saúde	Caxias	Cristalina	Ji-Paraná	Região Leste
Prevenção a fatores de risco	9,86 Satisfatório	9,34 Satisfatório	9,04 Satisfatório	8,31 Intermediário
Monitoramento dos planos de cuidado dos usuários portadores de doenças crônicas	9,39 Satisfatório	8,81 Satisfatório	8,47 Intermediário	7,98 Intermediário
Capacitação para os apoiadores familiares	7,55 Intermediário	6,43 Incipiente	4,46 Insatisfatório	6,46 Incipiente
Visita domiciliar para acompanhamento aos faltosos dos atendimentos programados	8,84 Satisfatório	8,81 Satisfatório	6,87 Incipiente	7,30 Incipiente
Índice de implantação da dimensão Promoção e Cuidado à Saúde	8,91 Satisfatório	8,35 Intermediário	7,21 Incipiente	7,51 Intermediário
Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Caxias	Cristalina	Ji-Paraná	Região Leste
Acesso a exames laboratoriais e de imagem	7,75 Intermediário	8,15 Intermediário	7,75 Intermediário	8,37 Intermediário
Avaliação oportuna dos exames	7,55 Intermediário	9,07 Satisfatório	7,67 Intermediário	7,69 Intermediário
Prescrição medicamentosa de acordo com diretrizes clínicas	9,73 Satisfatório	10,0 Satisfatório	7,99 Intermediário	8,82 Satisfatório
Cuidado farmacêutico	7,48 Intermediário	7,62 Intermediário	5,34 Insatisfatório	5,73 Insatisfatório
Índice de implantação da dimensão Apoio Diagnóstico e Terapêutico	8,13 Intermediário	8,71 Satisfatório	7,19 Incipiente	7,65 Intermediário

continua>>

Tabela 1 – Índice de implantação dos macroprocessos da APS, por dimensões e atributos, em Caxias (MA) (n = 51), Cristalina (GO) (n = 17), Ji-Paraná (RO) (n = 28) e Região Leste do DF (n = 40). Pesquisa Efetiva PAS, 2022 - Continuação

Articulação entre Níveis Assistenciais	Caxias	Cristalina	Ji-Paraná	Região Leste
Seguimento adequado do paciente	8,60 Satisfatório	6,23 Insatisfatório	6,06 Insatisfatório	4,66 Insatisfatório
Coerência da atenção	7,53 Intermediário	6,24 Insatisfatório	6,30 Insatisfatório	6,29 Insatisfatório
Acessibilidade entre níveis	8,13 Intermediário	8,08 Intermediário	6,50 Incipiente	6,93 Incipiente
Transferência da informação clínica	8,89 Satisfatório	4,79 Insatisfatório	7,32 Incipiente	7,15 Incipiente
Índice de implantação da dimensão Articulação entre Níveis Assistenciais	8,29 Intermediário	6,33 Insatisfatório	6,54 Incipiente	6,26 Insatisfatório
Índice global de implantação dos macroprocessos da APS	8,58 Satisfatório	7,87 Intermediário	7,18 Incipiente	7,21 Incipiente

Fonte: Elaborada pelos autores.

Nota: APS – Atenção Primária à Saúde; MA – Maranhão; GO – Goiânia; RO – Rondônia; DF – Distrito Federal; PAS – Planificação da Atenção à Saúde; MS – Ministério da Saúde; SES – Secretaria Estadual de Saúde; SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Classificação EM: ‘insatisfatório’, ≤ 6,39; ‘incipiente’, entre 6,40 e 7,39; ‘intermediário’, entre 7,40 e 8,49; e ‘satisfatório’, ≥ 8,50.

Na dimensão Planejamento e Gestão, apenas o município de Caxias obteve índice de implantação ‘satisfatório’, apresentando esse resultado em todos os atributos com exceção de ‘Educação continuada’, que alcançou resultado ‘intermediário’. Os demais locais de estudo apresentaram índice de implantação ‘intermediário’, com destaque para o resultado negativo do atributo ‘Educação continuada’, o qual foi ‘insatisfatório’ nas outras três localidades. Salienta-se que, nessa dimensão, nenhum atributo atingiu resultado ‘satisfatório’ em todos os locais de estudo, bem como ‘Programação de atividades’ obteve classificação ‘incipiente’, na Região Leste e em Cristalina, e ‘intermediário’, em Ji-Paraná. Por sua vez, os atributos ‘Territorialização’ e ‘Registro regular e sistemático dos Sistemas de Informação do MS, SES e SMS’ obtiveram índice de implantação ‘satisfatório’ em três das quatro localidades estudadas (com exceção da Região Leste).

Com relação à dimensão Promoção e Cuidado à Saúde, também foi Caxias o único município que alcançou resultado ‘satisfatório’, com Cristalina e a Região Leste ficando com a classificação ‘intermediário’, e Ji-Paraná, ‘incipiente’. Nessa dimensão, Caxias também apresentou apenas um atributo (‘Capacitação para os apoiadores familiares’) com índice de implantação ‘intermediário’, sendo os demais ‘satisfatório’. Destaca-se que esse mesmo atributo foi o que apresentou a pior classificação em todos os locais estudados, com Cristalina ‘incipiente’, Ji-Paraná ‘insatisfatório’ e a Região Leste ‘incipiente’. Também nessa dimensão, nenhum atributo atingiu resultado ‘satisfatório’ em todas as localidades; apenas ‘Prevenção a fatores de risco’ obteve índice de implantação ‘satisfatório’ em três dos quatro locais de estudo (com exceção da Região Leste).

Já na dimensão Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Cristalina foi o único município que alcançou índice de implantação ‘satisfatório’. Para essa dimensão, é importante ressaltar o resultado negativo do atributo ‘Cuidado farmacêutico’, o qual está direcionado ao uso racional de medicamentos, à adesão ao tratamento, à conciliação medicamentosa e à prevenção de polifarmácia. Esse atributo obteve classificação ‘insatisfatório’ em Ji-Paraná e na Região Leste, bem como ‘intermediário’ em Caxias e Cristalina. Também nessa dimensão, nenhum atributo atingiu resultado ‘satisfatório’ em todas as localidades; apenas ‘Prescrição medicamentosa de acordo com as diretrizes clínicas’ obteve índice de implantação ‘satisfatório’ em três dos quatro locais de estudo (com exceção de Ji-Paraná).

No que diz respeito à dimensão Articulação entre Níveis Assistenciais, Caxias apresentou índice de implantação ‘intermediário’; Ji-Paraná, ‘incipiente’; e Cristalina e Região Leste, ‘insatisfatório’. Destaca-se a classificação negativa do atributo ‘Coerência da atenção’, que se refere à realização de interconsulta da equipe de APS com a equipe da AAE para a avaliação clínica e de exames complementares, à transferência de usuários para os pontos de atenção da rede de urgência e emergência, ao monitoramento e compartilhamento dos motivos de absenteísmo entre APS e AAE, à duplicidade de exames e às divergências ou duplicidades na prescrição de tratamentos pelos profissionais da APS e da AAE. Esse atributo obteve índice de implantação ‘intermediário’ em Caxias e ‘insatisfatório’ em Cristalina, Ji-Paraná e na Região Leste. Nessa dimensão, apenas os atributos ‘Seguimento adequado do paciente’ e ‘Transferência da informação clínica’, em Caxias, obtiveram resultado ‘satisfatório’.

Implantação dos macroprocessos da AAE

Os resultados apresentados na Tabela 2 demonstram que Ji-Paraná obteve classificação ‘satisfatório’ (8,41), e Caxias e Região Leste, ‘intermediário’ (8,26 e 8,14, respectivamente). Em geral, entre as quatro dimensões utilizadas para avaliar a implantação dos macroprocessos da AAE, os melhores resultados foram obtidos pelas dimensões Planejamento e Gestão, com classificação ‘satisfatório’ em todos os atributos e localidades, e Promoção e Cuidado à Saúde, em que apenas a Região Leste não apresentou a classificação máxima. Por outro lado, apontaram-se maiores fragilidades em Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Tabela 2).

Tabela 2 – Índice de implantação dos macroprocessos da AAE, por dimensões e atributos, em Caxias (MA) (n = 12), Ji-Paraná (RO) (n = 7) e Região Leste do DF (n = 7). Pesquisa Efetiva PAS, 2022

Dimensão e Atributo	Resultado e Classificação		
	Caxias	Ji-Paraná	Região Leste
Planejamento e Gestão			
Conhecimento da população	10 Satisfatório	10 Satisfatório	10 Satisfatório
Elaboração dos planos de cuidado	10 Satisfatório	9,36 Satisfatório	10 Satisfatório
Educação permanente	9,44 Satisfatório	9,04 Satisfatório	8,71 Satisfatório
Índice de implantação da dimensão ‘Planejamento e Gestão’	9,81 Satisfatório	9,47 Satisfatório	9,57 Satisfatório
Promoção e Cuidado à Saúde			
Atendimento multiprofissional	9,44 Satisfatório	9,36 Satisfatório	7,75 Intermediário
Atendimento de episódios de agudização da condição crônica	6,81 Incipiente	8,07 Intermediário	6,14 Insatisfatório
Supervisão dos planos de cuidado	9,25 Satisfatório	7,11 Incipiente	7,11 Incipiente
Discussão de casos	8,31 Intermediário	9,04 Satisfatório	7,75 Intermediário
Utilização de protocolos clínicos	10 Satisfatório	10 Satisfatório	9,68 Satisfatório
Índice de implantação da dimensão ‘Promoção e Cuidado à Saúde’	8,76 Satisfatório	8,72 Satisfatório	7,69 Intermediário
Apoio Diagnóstico e Terapêutico			
	Caxias	Ji-Paraná	Região Leste

continua>>

Tabela 2 – Índice de implantação dos macroprocessos da AAE, por dimensões e atributos, em Caxias (MA) (n = 12), Ji-Paraná (RO) (n = 7) e Região Leste do DF (n = 7). Pesquisa Efetiva PAS, 2022 - Continuação

Acesso a exames laboratoriais e de imagem	5,50 Insatisfatório	9,04 Satisfatório	9,04 Satisfatório
Prescrição medicamentosa de acordo com diretrizes clínicas	9,06 Satisfatório	9,68 Satisfatório	10 Satisfatório
Cuidado farmacêutico	4,38 Insatisfatório	4,21 Insatisfatório	4,86 Insatisfatório
Índice de implantação da dimensão Apoio Diagnóstico e Terapêutico	6,31 Incipiente	7,65 Intermediário	7,97 Intermediário
Articulação entre Níveis Assistenciais	Caxias	Ji-Paraná	Região Leste
Seguimento adequado do paciente	9,34 Satisfatório	7,11 Incipiente	7,43 Intermediário
Coerência da atenção	7,13 Incipiente	6,36 Insatisfatório	6,89 Incipiente
Acessibilidade entre níveis	6,91 Incipiente	8,23 Intermediário	6,14 Insatisfatório
Transferência da informação clínica	9,25 Satisfatório	9,46 Satisfatório	8,93 Satisfatório
Índice de implantação da dimensão Articulação entre Níveis Assistenciais	8,16 Intermediário	7,79 Intermediário	7,35 Intermediário
Índice global de implantação dos macroprocessos da AAE	8,26 Intermediário	8,41 Satisfatório	8,14 Intermediário

Fonte: Elaborada pelos autores.

Nota: AAE – Atenção Ambulatorial Especializada; MA – Maranhão; RO – Rondônia; DF – Distrito Federal; PAS – Planificação da Atenção à Saúde. Classificação EM: ‘insatisfatório’, $\leq 6,39$; ‘incipiente’, entre 6,40 e 7,39; ‘intermediário’, entre 7,40 e 8,49; e ‘satisfatório’, $\geq 8,50$.

Na dimensão Promoção e Cuidado à Saúde, Caxias e Ji-Paraná obtiveram resultado ‘satisfatório’, enquanto a Região Leste ficou com ‘intermediário’. Nessa dimensão, destaca-se o resultado negativo do atributo ‘Supervisão dos planos de cuidado’, que obteve índice de implantação ‘satisfatório’ em Caxias, porém ‘incipiente’ em Ji-Paraná e na Região Leste, e o resultado positivo do atributo ‘Utilização de protocolos clínicos’, classificado como ‘satisfatório’ em todas as localidades estudadas.

Em relação ao Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Caxias apresentou índice de implantação ‘incipiente’, ao passo que Ji-Paraná e a Região Leste obtiveram a classificação ‘intermediário’. Nessa dimensão, é importante ressaltar o resultado ‘insatisfatório’ do atributo ‘Cuidado farmacêutico’ nos três locais de estudo, semelhantemente à APS. Por fim, a dimensão Articulação entre Níveis Assistenciais obteve índice de implantação ‘intermediário’ em Caxias, Ji-Paraná e na Região Leste. Nessa dimensão, o atributo ‘Coerência da atenção’ se destacou negativamente por apresentar classificação ‘incipiente’ em duas localidades (Caxias e Região Leste) e ‘insatisfatória’ em Ji-Paraná. Merece destaque, também, o atributo ‘Transferência da informação clínica’ que, em contrapartida, apresentou índice de implantação ‘satisfatório’ nas três localidades estudadas.

Discussão

Observou-se neste estudo que, em geral, há sintonia na implantação dos macroprocessos na APS e na AAE. As dimensões Planejamento e Gestão e Promoção e Cuidado à Saúde apresentaram melhores resultados, ao passo que os atributos relacionados a Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Articulação entre Níveis Assistenciais demonstraram piores níveis de implantação, expondo fragilidades em ambos os pontos de atenção à saúde.

Ressalta-se que, embora alguns atributos da APS e da AAE sejam diferentes, a última obteve melhor índice global de implantação nos locais estudados. Esse fato deve ser levado em consideração, uma vez que a ampliação e a estruturação da atenção especializada ainda figuram como gargalo na construção do SUS, com a ausência de diretrizes operacionais claras e recursos substanciais para esse nível de atenção (Tesser e Poli Neto, 2017; Melo et al., 2021). Igualmente, a própria Planificação foi iniciada primeiramente na APS, o que pode reforçar a relevância dessa intervenção na organização da AAE. Experiências relatadas no Distrito Federal (Guedes et al., 2019) e em Goiás (Magalhães e Cintra, 2020) expuseram melhorias significativas nos macroprocessos da APS, porém, também evidenciaram a carência estrutural da atenção especializada e a necessidade de implementação da Planificação na AAE para atender às necessidades de articulação assistencial e avançar na consolidação das RAS.

Na dimensão Planejamento e Gestão, 'Territorialização' apresentou elevados níveis de implantação, sendo esses achados condizentes com a proposta de Construção Social da APS, que elenca esse atributo como uma prioridade para a implementação da Planificação (Conass, 2020), com vistas à superação de espaços desterritorializados caracterizados por ações fragmentadas e pouco resolutivas (Faria, 2020). A delimitação do território é a base para responder às demandas da APS, além de ser um norteador para a AAE conhecer a população a ela adscrita, conforme satisfatoriamente observado no presente estudo. Tal passo contribui para romper com a lógica de isolamento da AAE, na qual os profissionais desconhecem as informações dos usuários, criam vínculo assistencial com retenção desnecessária de usuários, gerando filas de espera para especialistas e dificultando o vínculo com a APS e a coordenação do cuidado (Vázquez et al., 2015).

Como aspecto transversal para a qualidade das ações, a 'Educação permanente' foi bem avaliada na atenção especializada (satisfatório em todos os casos), ao passo que na atenção primária esse atributo foi um gargalo, no qual um dos casos foi classificado como 'intermediário' e os demais 'insatisfatório'. Estudos apontam potencialidades relacionadas às iniciativas de educação permanente na APS, as quais podem atuar como ferramenta necessária para a qualificação dos trabalhadores, bem como para a reorganização dos processos de trabalho. Já em outros estudos, é relatada a persistência de ações pontuais, fragmentadas e descontextualizadas do cotidiano dos serviços (Ferreira et al., 2019). A abordagem desse atributo em Redes de Atenção é mencionada por Krug et al. (2021), porém, a ênfase da educação permanente na AAE ganha protagonismo com a Planificação, pois estimula sua prática articulada com a APS (Guedes et al., 2019; Conass, 2020), o que pode explicar a avaliação satisfatória na AAE.

Sobre a dimensão Promoção e Cuidado à Saúde na APS, a prevenção a fatores de risco, sobretudo às doenças crônicas, foi classificada como 'satisfatório' para três dos quatro casos estudados. Isso demonstra o alcance dos objetivos previstos nas oficinas e tutorias da Planificação no que tange a esse atributo (Conass, 2020), do mesmo modo que se alinha ao preconizado na Política Nacional de Promoção da Saúde e no Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Malta et al., 2016). Na atenção especializada, destaca-se a utilização de protocolos clínicos, avaliados satisfatoriamente em todas as localidades, o que, em tese, qualifica o atendimento nesse nível de atenção e a contrarreferência para a APS. Porém, se por um lado a elaboração dos Planos de Cuidado obteve classificação 'satisfatório' em todos os casos, corroborando com Guedes et al. (2019) e Magalhães e Cintra (2020), por outro lado a supervisão desse instrumento obteve índice de implantação 'incipiente' em dois dos três locais avaliados, cabendo investir na referida ação, que guia o atendimento compartilhado entre a APS e a AAE.

Sobre os atributos relacionados a Apoio Diagnóstico e Terapêutico, 'Cuidado farmacêutico' foi classificado insatisfatoriamente na APS e na AAE em todas as localidades estudadas, além dos atributos direcionados ao apoio diagnóstico, o que corrobora com o descrito por Melo et al. (2021) sobre a deficiente oferta de exames diagnósticos e tratamento complementar, dependendo da especialidade e da localização geográfica. Além disso, tanto o sistema de assistência farmacêutica quanto o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico são componentes das RAS, organizam-se de forma transversal e são comuns a todas as redes temáticas (Mendes, 2015).

A dimensão Articulação entre Níveis Assistenciais merece destaque, pois ainda permanece como importante desafio para as RAS (León-Arce et al., 2021; Mendes et al., 2021; Guerra et al., 2022). Além disso, associada às mudanças efetivas na atitude dos profissionais e nos processos de trabalho, essa dimensão torna-se, em última instância, o principal objetivo da PAS (Evangelista et al., 2019). Nessa dimensão, nenhum município classificou-se como ‘satisfatório’, corroborando outro estudo (Lima et al., 2018) que apresentou deficiência na articulação entre níveis devido à dificuldade de acesso a consultas, comunicação entre os profissionais e falhas no compartilhamento de registros.

Considerando os atributos elencados, ‘Coerência da atenção’ apresentou-se predominantemente ‘incipiente’ nos locais e níveis assistenciais estudados. Tal cenário diverge de outros estudos (Mendes et al., 2021; Guerra et al., 2022) que obtiveram resultados positivos em relação a esse atributo, debruçando-se sobre os seguintes aspectos: encaminhamentos conforme necessidade do usuário; repetição indevida de exames; e contradição ou duplicação no tratamento.

Por sua vez, ‘Seguimento adequado do paciente’ conquistou índice de implantação ‘satisfatório’ em apenas uma localidade, concordando com resultados que observaram crescimento do conhecimento e confiança mútua entre os profissionais, do conhecimento pessoal, do acompanhamento oportuno dos pacientes e da compreensão do médico da APS como responsável clínico pelos usuários, embora esse entendimento sobre a responsabilidade seja mais predominante entre os profissionais da APS (Guerra et al., 2022). Em relação à acessibilidade entre níveis assistenciais, os índices de implantação, conforme a opinião dos profissionais da APS e da AAE, variou entre ‘intermediário’ e ‘insatisfatório’, situação também observada em outros estudos, sobretudo no que tange a elevados tempos de espera para marcação de consultas (Luján et al., 2020). O atributo ‘Transferência da informação clínica’ foi avaliado com ‘satisfatório’ nos três locais abordados em relação à AAE e em apenas um caso na APS. No entanto, um estudo (Araujo et al., 2021) que investigou esse atributo apontou dificuldades de comunicação relacionadas aos profissionais especialistas, sendo um agente comprometedor para a adequação dos mecanismos de referência assistencial.

Considerações finais

Salienta-se que, em estudos de implantação, são usadas abordagens práticas para evidenciar as lacunas e aferir a conformidade das ações, propondo soluções ágeis para gestores e profissionais, no intuito de ampliar a qualidade dos processos, a efetividade e a sustentabilidade dos programas (Champagne et al., 2011; Theobald et al., 2018). Nessa direção, a opção por essa abordagem metodológica mostrou-se relevante para avaliar a Planificação, que, como intervenção, apresenta potencial para consolidar processos de trabalho inerentes à responsabilidade do SUS em seus níveis de atenção. No entanto, a abordagem aos usuários e gestores e o aprofundamento das informações por meio de um estudo qualitativo podem ser realizados com o intuito de aprofundar os resultados deste estudo.

Ainda assim, dada a importância da Planificação como estratégia inovadora e capaz de organizar os pontos de atenção e sua articulação, o presente estudo demonstrou potencialidades e limitações das dimensões e atributos relacionados aos macroprocessos da APS e da AAE. Esses achados podem se configurar como agentes de mudança para os casos estudados, bem como oferecer lições aprendidas para outros cenários cuja Planificação esteja em fase de implantação ou ainda venha a ser implantada.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção do estudo: ACA; LSD; ICS; EF
Curadoria dos dados: ACA; LSD; SG; PM; GARM
Coleta de dados: ACA; SG; PM; GARM
Análise dos dados: ACA; LSD; SG; PM; GARM; DFP
Redação – manuscrito original: ACA; LSD; ICS; EF
Redação – revisão e edição: ACA; LSD; ICS; EF; SG; PM; GARM; DFP

Financiamento

Estudo financiado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde e o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Conflitos de interesses

Declaramos que não há conflito de interesses.

Aspectos éticos

A Pesquisa Efetiva PAS foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 34198320.5.0000.5201.

Apresentação prévia

Este artigo é integrante da pesquisa *Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em quatro regiões de saúde no Brasil – Pesquisa Efetiva PAS*.

Referências

- ALMEIDA, Patty F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 244-260, set. 2018. Número especial 1. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYJYqdGkk>. Acesso em: 3 set. 2023.
- ALMEIDA, Patty F.; OLIVEIRA, Suelen C.; GIOVANELLA, Lígia. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2.213-2.227, jul. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09622018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CtdCsnK5ZbTfy7fVXBwYH8z>. Acesso em: 3 set. 2023.
- ARAUJO, Mireilly C. M. H. *et al.* O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 3.359-3.370, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.04032020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qGNVPr6ZYLgJngGFXD7wKZy>. Acesso em: 3 set. 2023.
- CHAMPAGNE, François *et al.* A Apreciação Normativa. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* (org.). *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 77-94.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Conass, 2018. (Conass Documenta; v. 31)
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Estudos sobre a planificação da atenção à saúde no Brasil – 2008 a 2019: uma revisão de escopo*. Brasília, DF: Conass, 2020. (Conass Documenta; v. 36)

EVANGELISTA, Maria J. O. *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2.115-2.124, jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KrXMY6P7LTtkwckj7xMMGXm>. Acesso em: 3 set. 2023.

FARIA, Rivaldo M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4.521-4.530, nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z>. Acesso em: 3 set. 2023.

FERREIRA, Lorena *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan./mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ>. Acesso em: 3 set. 2023.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.763-1.776, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH>. Acesso em: 3 set. 2023.

GUEDES, Bruno A. P. *et al.* A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2.125-2.134, jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CGw4HDywt7wFPmgyFnwN83q>. Acesso em: 3 set. 2023.

GUERRA, Sofia *et al.* Coordenação da gestão clínica entre níveis: a perspectiva de médicos da atenção primária e especializada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, e00262921, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT262921>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pr37WczH9kBVLPg88cCBJsp>. Acesso em: 3 set. 2023.

KRUG, Suzane B. F. *et al.* Ações e estratégias de educação permanente em saúde na rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310131, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310131>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hXVhPPyZhlmrZHZ9Jj6b8Fh>. Acesso em: 3 set. 2023.

LEÓN-ARCE, Heisel G. *et al.* Factores que influyen en el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Colombia. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 35, n. 2, p. 177-185, mar./abr. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.005>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119301724>. Acesso em: 3 set. 2023.

LIMA, Juliana G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 52-66, set. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc>. Acesso em: 3 set. 2023.

LUJÁN, Angélica I. C. *et al.* Percepción sobre la coordinación de la atención: el caso de las redes de servicios de salud de Xalapa y Veracruz, México, en el periodo 2014-2016. *Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, v. 19, 2020. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.pcac>. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/29387>. Acesso em: 3 set. 2023.

MAGALHÃES, Maria C.; CINTRA, Kássia M. S. Planificação da Atenção Primária à Saúde: Relato de Experiência – Regional de Saúde Centro Sul. *RESAP: Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”*, Goiânia, v. 6, n. 1, p. 139-150, 2020. <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2020.V6N1.art10>. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/197>. Acesso em: 3 set. 2023.

MALTA, Deborah C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1.683-1.694, jun. 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pWG9W7grqFzzQGszmDKzvrB>. Acesso em: 3 set. 2023.

MELO, Eduardo A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310109, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/86BXPhtn3CrBcZfDjBs33md>. Acesso em: 3 set. 2023.

MENDES, Eugênio V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Conass, 2015.

MENDES, Eugênio V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-435, fev. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cdNGmPZ6qRFKzRn4qZLXWRB>. Acesso em: 3 set. 2023.

MENDES, Lívia S. *et al.* Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, e00149520, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/trzFhLccv7qMB8kHJn557Ly>. Acesso em: 3 set. 2023.

TESSER, Charles D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cJkgnzmkvGCFPVXQwxPdgf>. Acesso em: 3 set. 2023.

THEOBALD, Sally *et al.* Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. *The Lancet*, [s. l.], v. 392, n. 10.160, p. 2.214-2.228, nov. 2018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32205-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32205-0). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32205-0](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32205-0). Acesso em: 3 set. 2023.

VÁZQUEZ, María-Luisa *et al.* Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*, Londres, v. 5, n. 7, e007037, jul. 2015. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007037>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26231753/>. Acesso em: 3 set. 2023.

VÁZQUEZ, María-Luisa *et al.* Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors: A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Social Science & Medicine*, [s. l.], v. 182, p. 10-19, jun. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.001>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28411523/>. Acesso em: 3 set. 2023.