

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA DA REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA / RENASF / FIOCRUZ / UFPI

Raquel Alves Ribeiro

**EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MIGUEL  
ALVES, PIAUÍ**

Teresina - PI

2022

Raquel Alves Ribeiro

**EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MIGUEL  
ALVES, PIAUÍ**

Dissertação apresentada à coordenação do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ RENASF / FIOCRUZ / UFPI.

Orientador: José Ivo dos Santos Pedrosa  
Co-orientador: Fábio Solon Tajra

Área de Concentração: Saúde da Família

Teresina – PI

2022

Raquel Alves Ribeiro

EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MIGUEL  
ALVES, PIAUÍ

Dissertação apresentada à coordenação  
do Programa de Pós-Graduação  
Profissional em Saúde da Família da Rede  
Nordeste de Formação em Saúde da  
Família/ RENASF / FIOCRUZ / UFPI.

Orientador: José Ivo dos Santos Pedrosa  
Co-orientador: Fábio Solon Tajra

BANCA EXAMINADORA

---

Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

---

Co-orientador: Prof. Dr. Fábio Solon Tajra  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

---

Prof. 1: Prof. Dra. Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger  
Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA

---

Prof. 2: Prof. Dra. Patrícia Ferreira de Souza Viana  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

---

Prof. 3: Prof. Dr. Emídio Marques de Mato Neto  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Data de aprovação: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Teresina – PI

**Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde**  
**Serviço de Processamento Técnico**

R484e Ribeiro, Raquel Alves.

Efeitos do processo de planificação no município de Miguel Alves, Piauí / Raquel Alves Ribeiro. -- 2022.  
74 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação em Saúde da Família, 2022.

Orientação : Prof. Dr. José Ivo dos Santos  
Pedrosa. Coorientação : Prof. Dr. Fábio Solon  
Tajra.  
Bibliografia

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Planificação de Atenção à Saúde.  
3. Sistema Único de Saúde. 4. Rede de Atenção à Saúde. I. Pedrosa,  
José Ivo dos Santos. II. Tajra, Fábio Solon. III. Título.

CDD  
614

Dedico aos meus pais, Leonice e Raimundo, aos meus irmãos, Railton e Raqueline, a minha avó Raimunda, a minha chefe, amiga e minha inspiração de trabalho Leopoldina, meus familiares e aos meus amigos, pela confiança, pela graça da vida, pelo bem que me fazem, pelos momentos que fiquei isolada ou ausente e mesmo assim, me presentearam com seus olhares e sorrisos de puro amor. Sei que não mediram esforços para que este sonho se realizasse, sem a compreensão, ajuda e confiança deles nada disso seria possível. Para eles, além desta dedicatória, dedico a minha vida.

## AGRADECIMENTOS

É com alegria por saber que pude contar com a ajuda e o incentivo de muitos para a realização deste Trabalho de Conclusão de Mestrado, que registro neste espaço os meus sinceros agradecimentos.

Agradeço exordialmente, a Deus, criador de todas as coisas, que me concedeu a paciência e a sabedoria, mas agradeço-lhe, sobretudo por abençoar-me e conceder minhas conquistas, ajudar-me a superar as dificuldades, bem como pela perseverança que me concedeu na realização deste trabalho.

A minha mãe, Leonice, por não medir esforços para que eu pudesse concluir com êxito o mestrado. Pelo amor incondicional dedicado a mim durante toda minha vida.

A minha família, irmãos, avós, tios, primos, padrinhos e madrinhas e amigos, por todo o apoio dado durante o curso e por todos os momentos especiais vividos.

Ao meu orientador, José Ivo dos Santos Pedrosa, por todo apoio e confiança e pelo entusiasmo que permitiu com que eu me sentisse livre para todas as escolhas, sabendo que podia contar sempre com ele.

Ao meu co-orientador, Fábio Solon Tajra, pela dedicação, paciência, ajuda e amizade, durante a realização do TCM e pelas sugestões e correções fundamentais para o aperfeiçoamento e realização deste estudo.

A Leopoldina Cipriano Feitosa, por me ajudar na realização deste trabalho, pela admiração, incentivo, compreensão e apoio nos momentos de ausência da Secretaria de Saúde, por compartilhar momentos de alegria, de tristeza e superação na busca por este objetivo.

A minha madrinha, Maria do Perpetuo Socorro Alves, pelas contribuições na construção dos meus conhecimentos, valores e pelo amor recíproco.

A Universidade Federal do Piauí – UFPI, pela contribuição para minha formação, que permitiu que os conhecimentos fossem ofertados da melhor forma possível.

Aos meus colegas, os quais convivi nesses dois anos, pelas horas de estudo compartilhadas e por proporcionarem uma amizade que levarei por toda a vida.

A todos os meus Professores que muito ensinaram durante esse caminho e que agora se tornam colegas de profissão.

A Secretaria Municipal de Saúde de Miguel Alves, Piauí, pela liberação e contribuição na realização da pesquisa, que permitiu que os conhecimentos fossem ofertados da melhor forma possível.

Aos Profissionais de Saúde a Atenção Primária em Saúde do Município de Miguel Alves, Piauí, que concordaram em participar das entrevistas, por terem disponibilizado alguns minutos do seu valioso tempo.

Agradeço por todo o esforço feito para que eu pudesse chegar onde estou e por todas as dificuldades que passei para que este dia chegasse.

Por fim, sou grata aos demais, que não foram citadas, mas que de uma forma ou outra estiveram presentes, contribuindo para a conclusão de mais esta etapa da minha formação. Sem a ajuda, confiança e compreensão de todos, este sonho não teria se realizado.

Muito Obrigada por tudo!

*Não fui eu que ordenei a você? Seja forte  
e corajoso! Não se apavore nem  
desanime, pois o Senhor, o seu Deus,  
estará com você por onde você andar".*

*(BÍBLIA, Josué, 1:9)*



## RESUMO

A Planificação de Atenção à Saúde (PAS) tem por finalidade apoiar o corpo técnico e gerencial que compõe as secretarias estaduais e municipais para a organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Planificação é um método que conglopera ações educacionais buscando aprimorar conhecimentos e competências fundamentais para organização e qualificação dos processos assistenciais. Esta pesquisa objetiva compreender os efeitos do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no município de Miguel Alves, Piauí. Assim, emerge a problemática: quais são os efeitos do processo de Planificação no município de Miguel Alves, Piauí? Adotou-se como método a pesquisa qualitativa em saúde baseada por paradigmas interpretativos. A cidade de Miguel Alves é o cenário da pesquisa, no qual foram escolhidos como participantes os gestores, técnicos e profissionais da saúde. Participaram deste estudo 12 profissionais que atuam na APS do município. Evidenciou-se que, apesar do processo de Planificação ser uma proposta desenvolvida pelo CONASS desde 2007, a maioria dos participantes não soube relatar como se deu ou se há um processo de Planificação em Miguel Alves, Piauí. Além disso, somente dois dos 12 participantes afirmaram ter recebido treinamento para esse processo. Todavia, todos os participantes se mostram receptivos a estruturação do processo na APS, visto que os produtos gerados pela Planificação beneficiam o acesso, a qualidade e a continuidade dos serviços ofertados pelo sistema de saúde. Notadamente, o processo de Planificação da APS, em Miguel Alves, Piauí, carrega problemas estruturais, como por exemplo, as falhas no processo de preparação dos profissionais o que resultou em problemas na operacionalização desse processo.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Planificação de Atenção à Saúde. Sistema Único de Saúde. Rede de Atenção à Saúde.

## ABSTRACT

Health Care Planning (PAS) aims to support the technical and managerial staff that make up the state and municipal secretariats for the organization of PHC macro-processes and Specialized Ambulatory Care (AAE) in the Health Care Network (RAS). Planning is a method that brings together educational actions seeking to improve fundamental knowledge and skills for the organization and qualification of care processes. This research aims to understand the effects of the Primary Health Care Planning process in the municipality of Miguel Alves, Piauí. Thus, the problem emerges: what are the effects of the Planning process in the municipality of Miguel Alves, Piauí? Qualitative health research based on interpretive paradigms was adopted as a method. The city of Miguel Alves is the research setting, in which managers, technicians and health professionals were chosen as participants. Twelve professionals who work in the municipality's PHC participated in this study. It was evidenced that, despite the Planning process being a proposal developed by CONASS since 2007, most of the participants did not know how to report how it happened or if there is a Planning process in Miguel Alves, Piauí. In addition, only two of the 12 participants claimed to have received training for this process. However, all participants are receptive to structuring the process in PHC, since the products generated by Planning benefit access, quality and continuity of services offered by the health system. Notably, the PHC Planning process, in Miguel Alves, Piauí, has structural problems, such as failures in the process of preparing professionals, which resulted in problems in the operationalization of this process.

**Keywords:** Primary health care. Health care planning. Health Unic System. Health care network.

## LISTA DE SIGLAS

AAE – Atenção Ambulatorial Especializada  
AB – Atenção Básica  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial  
CGR – Colegiado dos Gestores Regionais  
CIB – Comissão de Intergestores Bipartite  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família  
PAS – Planificação da Atenção à Saúde  
PNAB – Políticas Nacionais de Atenção Básica  
RAS -Rede de Atenção à Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre  
UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
3.1 O Papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).....	17
3.2 Oferta da APS: estrutura e demanda no Sistema Único de Saúde (SUS).....	20
3.3 Planificação da Atenção Primária à Saúde: proposta metodológica do CONASS.....	23
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>30</b>
4.1 Natureza do estudo.....	30
4.2 Cenário do estudo.....	30
4.3 Participantes/Amostra.....	31
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	31
4.5 Produção dos dados.....	31
4.6 Análise dos dados.....	32
4.7 Aspectos éticos e legais.....	33
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
5.1 Diálogos sobre Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAS): conhecimentos e expectativas.....	35
5.2 Diálogos sobre o processo de planificação municipal: avaliação da experiência, possibilidades e desafios percebidos.....	40
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>7 ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO A – ATA DE ENCAMINHAMENTO DO PESQUISADOR AO CEP.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO B – DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO D – DECLARAÇÃO DE TORNAR PÚBLICOS OS RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>61</b>

<b>ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO.....;</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO G – CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO H – CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO I – TERMO DE CONCESSÃO.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO J – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As conquistas angariadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos trinta anos vão desde a implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) até a oferta de hospitais ditos de 4ª geração. Como resultado da oferta de serviços de saúde do sistema, verificamos a diminuição dos índices de mortalidade materno-infantil, a ampliação das redes de serviço, o aumento da longevidade, entre outros benefícios (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Por essa razão, propostas em curso desde o ano de 2019, no Brasil, objetivam a transformação das políticas públicas voltadas para a APS (HARZHEIM *et al.*, 2020). Essa reforma busca fortalecer a APS como ordenadora da atenção básica por meio de suas funções básicas essenciais (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). Salienta-se que a APS, como política nacional, é compreendida como a oferta de serviços de proteção à saúde, atuando na prevenção de agravos, bem como no diagnóstico e tratamento de patologias com vistas à reabilitação e manutenção da saúde da população (SOUZA, 2011).

Para que a APS alcance seu papel estratégico como porta de entrada para o SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) alvidrou o processo de Planificação, compreendido como um processo de planejamento da atenção à saúde que, embasado por princípios e diretrizes do SUS, irá fortalecer e reestruturar os processos de trabalho no âmbito da APS brasileira (BRASIL, 2011; MENDES, 2015).

Ressaltamos, ainda, que a Planificação da APS, desenvolvida pelo CONASS desde 2007, vem propiciando seu desenvolvimento por meio de mudanças efetivas na prática e nos processos de trabalho dos profissionais e da gestão (BRASIL, 2011). A Planificação de Atenção à Saúde (PAS) tem por finalidade apoiar o corpo técnico e gerencial que compõe as secretarias estaduais e municipais para a organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2015).

A Planificação é um método que conglomerava ações educacionais buscando aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para organização e qualificação dos processos assistenciais (BRASIL, 2011). Essa estrutura metodológica oportuniza a participação dos dirigentes e técnicos do nível central e

das regionais de saúde, dos gestores municipais e dos demais trabalhadores que operam nas unidades de saúde (SILVA, 2015). A planificação, como artifício de construção de conhecimentos, viabiliza a operacionalização dos profissionais numa busca por mudança na realidade do sistema de saúde, organizando cotidianamente o processo de trabalho (BRASIL, 2011).

Para o enfrentamento de disfunções da APS do SUS, como a ausência de profissionais adequados para trabalhar na atenção básica e a ausência sistêmica de instrumentos de governança clínica, foram selecionados sete desafios e, por conseguinte, elaborada uma estratégia para cada um deles. Os desafios são: ausência de priorização política real da APS, financiamento insuficiente, barreiras ao acesso de primeiro contato, carência de profissionais qualificados, primordialidade de maior informatização dos dados clínicos, fragilidade clínica e imprescindibilidade de mais profissionais, e a escassez de informações para auxiliar nas decisões clínicas e gerenciais (HARZHEIM *et al.*, 2020).

O processo de Planificação possui os resultados mais eficazes, pois não se trata apenas de teorias, mas de um processo de práticas e mudanças reais nos processos de trabalho (MENDES, 2015). Desse modo, os profissionais da saúde, operam de maneira mais qualificada, a gestão introduz novas estratégias e os usuários têm as suas necessidades de saúde atendidas. Ademais, profissionais que compartilham e acompanham a organização desse processo, estão habilitados a aplicá-la e a reproduzi-la de maneira estruturada o processo de planificação (CRUZ, 2016).

No Piauí, assim como nos demais Estados brasileiros que aderiram ao Processo de Planificação, os primeiros debates sobre esse processo iniciaram ainda em 2017 (NASCIMENTO, 2017). Desse modo, os tutores municipais desenvolveram a tutoria na unidade laboratório em conjunto com as equipes do próprio município e com o apoio dos facilitadores do CONASS. Após a elaboração de um plano de ação junto às equipes os tutores deveriam desenvolver as oficinas de tutoria e aguardar as visitas dos facilitadores do CONASS (MATOS, 2017).

É necessário enfatizar que tutores e equipes dos municípios piauienses contaram com o auxílio da Secretária de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI). A experiência piloto do Processo de Planificação no estado ocorreu na Planície Litorânea, em 2017, visto que já havia aderido as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Assim, tutores acompanharam o desenvolvimento da metodologia junto às equipes de saúde da família, tanto nas oficinas quanto no trabalho prático (NASCIMENTO, 2017).

Para que a APS consolide seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção, há uma necessidade da percepção da proposta de Planificação da APS, na prática, dos profissionais e gestores de saúde. Assim, esta pesquisa se justifica pela expectativa de compreender os efeitos do processo de planificação em um município do interior do estado do Piauí, Miguel Alves, em que a pesquisadora principal desse estudo está inserida. Além disso, há a possibilidade de conhecer o modo de incorporação desses conceitos e práticas em torno da planificação da APS pelos gestores e trabalhadores da saúde.

Nesse contexto, surgiu o problema central da pesquisa: como podemos compreender os efeitos do processo de Planificação no município de Miguel Alves, Piauí?



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Compreender os efeitos do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no município de Miguel Alves, Piauí.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever a percepção dos gestores, técnicos e profissionais da saúde de Miguel Alves quanto ao processo de planificação da Atenção Primária à Saúde.
- Identificar os desafios e possibilidades do ponto de vista dos gestores, técnicos e profissionais da saúde de Miguel Alves em relação à experiência de planificação da Atenção Primária à Saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O Papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A busca pela organização da oferta dos serviços deve ser o objetivo norteador da prática de um sistema de saúde que deseja que seus usuários tenham suas necessidades atendidas com qualidade e continuidade (ALMEIDA *et al.*, 2018). Em virtude disso, é necessária uma coordenação desse sistema para que as políticas, estratégias e instrumentos desse objetivo sejam efetivados.

A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como um instrumento essencial na organização de sistemas de saúde, na promoção do aperfeiçoamento, na prestação de serviços e ações, quer sejam integrados ou em diferentes níveis (MARTINEZ *et al.*, 2009; ALELUIA *et al.*, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018). Assim, o acesso bem como a qualidade e a continuidade da atenção sofrem melhorias.

A possibilidade de melhorias na continuidade e na integralidade da atenção, oportunizada pela coordenação do cuidado, é evidenciada em estudos internacionais que demonstram que, através dela, as barreiras de acesso aos diversos serviços de saúde são reduzidas (HOFMARCHER *et al.*, 2007; GULLIFORD *et al.*, 2011). Por outro lado, a ausência de coordenação pode cooperar para erros de diagnóstico e de tratamento, o que gera aumento de custos ou o uso indevido de recursos do sistema, além disso, contribui para o aumento das filas de espera, hospitalização desnecessária, ou ainda, duplicação de provas diagnósticas (KRINGOS *et al.*, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2018).

Para tanto, a coordenação do cuidado à saúde se trata de um processo no qual as ações e os serviços de saúde utilizados no mesmo ou em distintos níveis de atenção são integradas e profissionais podem valer-se de mecanismos e instrumentos precisos:

Para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciar, contra referenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos (ALELUIA *et al.*, 2017, p. 1846).

A APS, em sua magnitude, implica a prática de coordenações direcionadas ao cuidado às condições crônicas de um sistema de saúde para que a integração entre os diferentes níveis assistenciais ocorra e, assim, facilite o fluxo e o contrafluxo de usuários, produtos e serviços, e informações (MARTINEZ *et al.*, 2009; McDONALD *et al.*, 2014; PIREZ *et al.*, 2010; HANSEN *et al.*, 2015). Todavia, na literatura encontrada, evidencia-se que, no âmbito da APS, é possível destacar fragilidades relacionadas ao ordenamento e à definição de fluxos assistenciais destinados à atenção hospitalar, de urgência e, ainda, à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) (MARTINEZ *et al.*, 2009; HOFMARCHER *et al.*, 2010; McDONALD *et al.*, 2014).

A APS está fundamentada em quatro princípios básicos: integralidade, qualidade, equidade e, por fim, participação social. Assim, representou uma reforma tanto conceitual quanto tecnológica sob a ótica dos sistemas de saúde mundialmente (MENDES, 2012). A APS foi definida na conferência Alma-Ata como a oferta de:

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (OMS/UNICEF, 1979, p.1).

A acessibilidade e o fluxo de serviços embasam a definição apresentada e evidencia a saúde como um direito humano. Além disso, a definição oportunizou o estabelecimento, naquele momento, de subsídios fundamentais à APS, como: o saneamento básico; a educação em saúde; o programa materno-infantil com inclusão de imunização e planejamento familiar; o tratamento para doenças comuns à população atendida; a atuação na prevenção de endemias; o fornecimento de medicamentos essenciais; a oferta de serviços para viabilizar a conscientização quanto à alimentação saudável; e o reconhecimento das práticas complementares (MENDES, 2012).

Nesse sentido, vale ressaltar que a APS foi visualizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma possível assertiva para a operacionalização da meta “Saúde para todos no ano 2000”. A meta objetivava elevar o desempenho dos sistemas de saúde, bem como impactar positivamente a condição de saúde da população, especialmente das camadas mais pobres, por meio de uma rede descentralizada de serviços de saúde que pudesse abrigar e solucionar grande parte

dos problemas dos usuários. Assim, a APS funcionaria como a porta de entrada para um sistema de saúde com equidade, continuidade e integralidade dos serviços disponibilizados (WAGNER, 1998; MENDES, 2012).

A partir disso, ao longo da história, variações de interpretações circundam a APS, dentre as quais se destacam três principais: a primeira é a APS como atenção primária seletiva que a compreende como um programa destinado especificamente aos usuários das regiões pobres de um país e oferece tecnologia simples e de baixo custo, justificada por serem destinadas aos profissionais com baixa qualificação e impossibilitados para a oferta de um aparato de maior tecnologia (UNGER; KILLINGSWORTH, 1986; MENDES, 2002).

A segunda interpretação trata a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde, considerando-a como uma maneira de estruturar e conceber o funcionamento da porta de entrada do sistema. Assim, enfatiza-se a função resolutiva dos serviços ofertados pela APS para os problemas corriqueiros de saúde de maneira a orientar a minimização dos custos econômicos e atender as demandas dos usuários (MENDES, 2012).

A terceira interpretação confere à APS como uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde e, assim, interpreta-a como uma forma particular de apossar, rearranjar e reorganizar os recursos a que dispõe o sistema, de modo a satisfazer às necessidades, exigências e representações dos usuários (MENDES, 2012). Essa interpretação implica uma articulação entre APS e a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Logo, faz-se necessário destacar que, para que a RAS exerça seu papel, é essencial que a APS se encontre organizada de modo a coordenar o cuidado que, por sua vez, é o responsável pelo fluxo de usuário na RAS (BRASIL, 2015).

As últimas décadas marcam os sistemas de saúde pelo apontamento quanto à necessidade da APS se compor como organizadora do sistema de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2012). No Brasil, especificamente, esse apontamento ganhou força a partir do final dos anos de 1990, pois houve a formulação de uma política a nível nacional, na qual a APS necessitaria ser o pilar de sustentação para a reestruturação do modelo de atenção à saúde brasileira (ALMEIDA *et al.*, 2012; AQUINO *et al.*, 2014).

Entretanto, a realidade do sistema de saúde brasileiro apresenta-se como um modelo de atenção comprimido pelo despedaçamento entre os serviços ofertados. Assim, a atenção não só é desarticulada, como também possui deficiências de ordem

comunicacional entre os serviços, o que embasa narrativas sobre a necessidade de iniciativas que aflorem o desenvolvimento de ações de coordenação que oportunizem a integração assistencial (ALMEIDA *et al.*, 2010; FAUSTO *et al.*, 2014).

Pesquisas realizadas em diferentes municípios, do Brasil, evidenciaram problemas que afetam a condição da APS como porta de entrada do sistema, bem como sua aptidão em oferecer uma atenção integral e metodizada (AQUINO *et al.*, 2014; FAUSTO *et al.*, 2014; ALELUIA *et al.*, 2017). Essa ideia justifica-se, pois “São frágeis os mecanismos de referência e contrarreferência, há desqualificação do trabalho do generalista e dificuldades para registro de dados clínicos, provocando barreiras de acesso aos serviços especializados” (ALELUIA *et al.*, 2017, p. 1846). Assim, apesar do papel da APS na coordenação de cuidado na RAS, essa tarefa ainda persiste em ser uma barreira desafiadora para as equipes.

### **3.2 Oferta da APS: estrutura e demanda no Sistema Único de Saúde (SUS)**

No Brasil, a consolidação e a expansão do SUS promoveu o interesse do mundo acadêmico sobre a qualidade da atenção à saúde. A partir da ênfase sobre o tema, o conceito de qualidade expandiu-se e, antes visto como algo relativo apenas à visão construída pelo usuário em relação ao médico, agora passa a considerar também a potencialidade dos cuidados ofertados para que a recuperação do usuário ocorra e a redução das probabilidades de maleficência também (FACHINI *et al.*, 2008).

O interesse sucessivo em analisar os avanços e hiatos que preenchem a APS nas últimas décadas alavancou o desenvolvimento do SUS e a Estratégia Saúde da Família (ESF), pois oportunizou a construção de evidências a respeito do alcance da integralidade, da universalidade e, por fim, da equidade da APS (HARZHEIM *et al.*, 2006; FELISBERTO *et al.*, 2010; VIACAVA *et al.*, 2012).

A coordenação dos cuidados pela APS viabiliza melhorias na qualidade da prestação de serviços, uma vez que reduz barreiras de acesso a diferentes níveis de atenção e reuni ações e serviços em um único sistema de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018). A coordenação dos cuidados é estrategicamente compreendida como a ferramenta capaz de subsidiar meios para que o objetivo de atender os usuários do sistema de saúde com qualidade considerando as necessidades desses usuários e a oferta de cuidados. Essa atividade resulta do aparelhamento de atividades executadas

e envolvendo dois ou mais sujeitos, nas quais encontram-se tanto o usuário do serviço ofertado, quanto a administração dos recursos anunciados para a produção de uma oferta para o cuidado de modo eficiente e qualitativo (McDONALD *et al.*, 2014).

A qualidade da APS está intrinsecamente ligada à operacionalização de sete atributos básicos que a compõe e que estão divididos em dois grupos: os essenciais e os derivados. Os atributos essenciais constituem os quatro primeiros: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e, por fim, a coordenação. Os atributos derivados são os três últimos: a focalização na família, seguida da orientação comunitária e, por último, a competência cultural (MENDES, 2015).

O primeiro contato diz respeito à acessibilidade e ao uso de serviços conforme surgem problemas ou episódios desses problemas e a procura pelo serviço de atenção à saúde é efetivada. Seguidamente, a longitudinalidade trata-se de um aporte regular de cuidados pelos profissionais que compõem a equipe de saúde, bem como a densidade do seu uso ao longo do tempo, no qual se estabelece um espaço humanizado e permeado por confiança mútua entre equipes, usuários e famílias (BRASIL, 2011).

Por conseguinte, a integralidade implica a prestação de um conjunto de serviços feita pela equipe de saúde para atender as necessidades dos usuários em geral. Esse conjunto de serviços é composto pela promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e palição, responsabilização pela promoção de serviços e reconhecimento correto dos problemas de ordem biológica, psicológica ou sociais que causam as doenças. Já a coordenação, por sua vez, conota a competência para assegurar a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que demandam prosseguimento contínuo e se conecta com a função ocupada pelo centro de comunicação da RAS (MENDES, 2015).

A focalização na família coloca como imperativo considerá-la como o foco da atenção, o que implica a interação entre a equipe de saúde e esse grupo social, bem como o conhecimento completo sobre os problemas de saúde que o abrangem. A orientação comunitária, por sua vez, impõe reconhecer as necessidades das famílias no que concerne ao seu contexto social, físico e econômico. Isso requer um balanço sobre a situação das necessidades de saúde das famílias. Por fim, a competência

cultural implica construir uma relação horizontal entre equipe e usuários, respeitando as particularidades culturais dos indivíduos e de suas famílias (STARFIELD, 2002).

A APS é caracterizada por uma demanda diversa e complexa tanto em sua dimensão quantitativa quanto na qualitativa e isso resulta em um grande desafio para os profissionais de saúde (MENDES, 2015). Pesquisas destacam que, em determinada população, cerca de 21,7% dos indivíduos, em um mês, demandará atenção em uma unidade de cuidados primários (TAKEDA, 2012). A demanda ambulatorial é diversificada, pois as patologias que acometem determinada comunidade podem, não raramente, ser de menor porte e, frequentemente, não são identificadas, não recebendo um diagnóstico preciso do início ao fim do episódio, podendo, inclusive, vir acompanhada de problemas sociais (FRY, 1974).

Os atendimentos realizados na APS podem ser distribuídos entre demandas programadas e não-programadas. Assim, podem ser consultas de urgência ou agendadas, bem como atendimentos a hipertensos, gestantes, retornos marcados por quaisquer outros motivos, atendimentos de puericultura ou visita domiciliar. Ademais, os problemas crônicos apresentam frequência maior que os problemas agudos, demonstrando que a demanda da APS concentra-se nas condições crônicas (GUSSO, 2009).

O aprimoramento dos fluxos de usuários do sistema de saúde, deste a entrada até a saída, é um fator necessário para que a garantia do acesso, da reparabilidade e da integralidade na oferta de cuidados à saúde na rede básica seja efetivamente assegurada. É preciso considerar aspectos como: agendamento, acolhimento, demanda espontânea dos sistemas de saúde, demanda programada, atividade específica de cada profissional, conexão entre o serviço ofertado e os demais existentes, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Isso porque esses aspectos precisam ser debatidos e estipulados não somente com as equipes de saúde, mas também com a gestão municipal (FACHINI *et al.*, 2018).

O debate a respeito dos princípios sobre a organização e as tecnologias de integração do cuidado aplicadas a APS é cada vez mais expresso em estudos. De modo geral, a literatura internacional define os cuidados integrados como um agrupamento de práticas de atenção direcionadas as necessidades dos usuários através da responsabilidade clínica dos profissionais que atuam na prática preventiva e curativa das patologias (SMITH; CLARKE, 2006). A centralidade dos cuidados é o

usuário e, assim, cada sistema de saúde desenvolve suas estratégias para contextos específicos. Logo, quando estratégias são transportadas para outros contextos podem ocorrer equívocos (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Entretanto, um conjunto de princípios gerais construídos a partir de princípios de orientação torna-se cada vez mais útil ainda que em contextos diferentes, pois são notados padrões semelhantes de morbimortalidade provocados pela coincidência dos processos de transição epidemiológica e demográfica populacional. Esse fator é oportunizado pelo acesso às tecnologias de especialidades distintas por diferentes profissionais, possibilitando a concretização de uma coordenação flexível voltada para o cuidado contínuo e multiprofissional dos usuários (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Nesse sentido, os seguintes princípios podem ser aplicados de modo inequívoco na APS: a complexidade da abordagem; a multidisciplinaridade da intervenção; a interdependência e compartilhamento de análise clínica; a responsabilização clínica; e, por fim, a eficiência econômica e melhoria contínua da qualidade (SMITH; CLARKE, 2006). A orientação para as necessidades de saúde; a territorialidade; e a longitudinalidade do cuidado também podem ser aplicadas (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

### **3.3 Planificação da Atenção Primária à Saúde: proposta metodológica do CONASS**

A APS caracteriza-se, no Brasil, por ser a base estrutural e funcional do SUS. A partir dela, a operacionalização das políticas, serviços e programas é efetivada. A atenção primária adotada em território brasileiro mantém como elementos únicos da APS: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Deriva desses elementos o enfoque no usuário do sistema e não nas patologias, o reconhecimento dos aspectos culturais e o direcionamento dos serviços à comunidade. Adotam-se os seguintes critérios, considerando sua essencialidade: a comunicação, o registro adequado, a continuidade do pessoal, a qualidade clínica e a defesa da clientela (BRASIL, 2011).

A APS provoca diversas interpretações a respeito de sua função dentro do sistema de saúde. Logo, pode ser compreendida como um conjunto particular de atividade e serviços direcionados à camada pobre de uma sociedade (BRASIL, 2011).

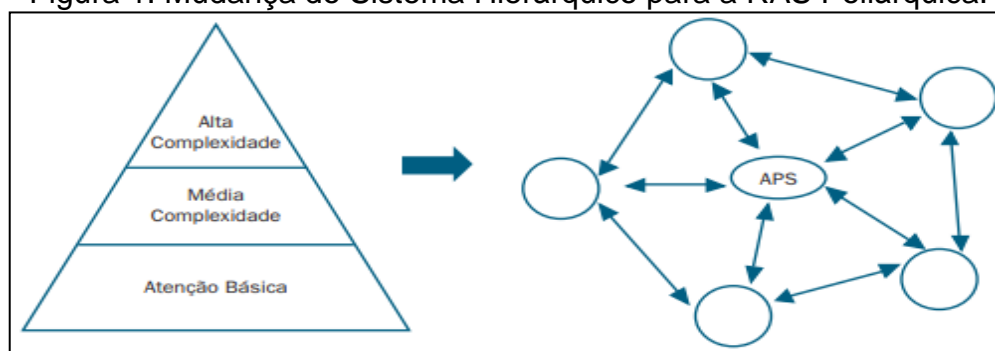


Essas atividades a que se refere à primeira interpretação são estratégias para o enfrentamento de desafios encontrados na saúde e presentes em países que estão em desenvolvimento (GOFIN; GOFIN, 2005).

Uma segunda interpretação refere-se à APS como um nível de atenção de um sistema de saúde sendo, portanto, a porta de entrada para o uso dos serviços do sistema. Ademais, pode ser considerada, também, como um conjunto de procedimentos metodológicos pensados para estruturar um sistema de saúde, no qual são desenvolvidos princípios estratégicos simples e integrados, como serviços de fácil acesso e que apresentem relevância às necessidades de saúde que acometem os usuários, apoiados na atuação dos usuários, com custo-efetivos e caracterizados por colaboração intersensorial (BRASIL, 2011).

A APS, como o primeiro nível de atenção à saúde, tornou-se o centro de comunicação do sistema e, em virtude disso, deve estruturar e coordenar o cuidado dos diversos pontos de atenção. Essa abordagem metodológica constitui-se numa estratégia de organização integral do sistema para que a oferta de serviços seja assegurada e ajustada conforme as necessidades de saúde apresentadas pela população, objetivando o fortalecimento da RAS (STARFIELD, 2002; ALMEIDA *et al.*, 2018). Na Figura 1, é possível visualizar a mudança pela qual passou a organização dos Sistemas de Atenção à Saúde no Brasil.

Figura 1: Mudança do Sistema Hierárquico para a RAS Poliárquica.



Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2011).

A Figura 1 demonstra que a mudança hierárquica do sistema de saúde não ocorreu apenas pela inversão da pirâmide, mas pela substituição dela por outro modelo organizacional totalmente distinto, a rede poliárquica de atenção à saúde. Na construção do debate sobre o acesso aos serviços de saúde ofertados pelo SUS e ao atendimento das necessidades dos usuários o CONASS, vem desenvolvendo, desde

o ano de 2007, uma proposta metodológica, a Planificação da Atenção à Saúde (PAS) (SALTMAN *et al.*, 2006).

As Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) foram fundamentais para o processo de fortalecimento da APS e dos princípios e diretrizes que guiam o SUS. A articulação entre as estruturas de financiamento e o arquétipo de gestão do trabalho da saúde nos municípios, fomentam o aparelhamento dos serviços de saúde oferecidos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). A primeira edição da PNAB foi publicada em 2006, revisada em 2011 e, em 2017, foi publicada a terceira edição. Desde 2006, a intencionalidade da PNAB é incorporar na APS serviços de saúde de forma abrangente e reconhecer a ESF como um modelo subordinando a reorganização da APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A expansão da ESF, especialmente, nos grandes centros urbanos nos anos 2000, através da incorporação das Equipes de Saúde Bucal (eSB) e da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) trouxeram também alguns nós críticos gerados pelo modelo adotado pelo SUS: “infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos” (MELO *et al.*, 2018, p. 40).

Na busca pelo enfrentamento desses nós críticos, em 2011, teve início um movimento de mudanças da PNAB objetivando o fortalecimento da APS. Assim, definiu-se uma reorientação no modelo de atenção à saúde, no qual a ESF seria o instrumento essencial para a efetiva consolidação, qualificação e expansão da APS (BRASIL, 2012). Já em 2017, com a reformulação da PNAB oportunizada pela portaria 2423 de 21 de setembro de 2017, as RAS foram definidas como estratégia para a organização do modelo adotado pelo SUS e a APS destacou-se como porta de entrada para os serviços de saúde do sistema (BRASIL, 2017).

No âmbito do SUS à universalidade aliada à integralidade norteiam a estrutura que envolve a atenção à saúde. Ademais, salienta-se que, no Brasil a PNAB entende a APS como um termo análogo a Atenção Básica (AB) e a define como:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 02).

Em suma, a APS materializa-se como um conjunto abrangente de serviços de saúde ofertados pelo SUS. Para tanto, conforme Portaria Nº 2436 da PNAB o SUS e a RAS têm princípios e diretrizes definidos para a operacionalização da APS. Segundo Art. 3º o SUS e a RAS têm como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade. E como diretrizes a regionalização e hierarquização, a territorialização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado, a ordenação da rede e, por fim, a participação da comunidade (BRASIL, 2017).

O desenvolvimento da coordenação do cuidado propicia a articulação entre as equipes de saúde, as demais esferas que estruturam o SUS e os usuários desse sistema reafirmando, assim, a efetividade da APS e do SUS (TOMASI *et al.*, 2004; FACHINI *et al.*, 2018). Em virtude disso, o CONASS, norteado pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelecendo prioridades para concretizar o fortalecimento da APS, iniciou um debate entre entidades, estados e municípios, com a finalidade de promover a RAS para o SUS, albergando seus princípios e diretrizes (MENDES, 2012).

O CONASS desenvolveu uma proposta metodológica visando o desenvolvimento da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AEE) no país, uma vez que sugere mais que uma habilitação das equipes, pois, além disso, recomenda modificações atitudinais nos profissionais e nos procedimentos de trabalho e da gestão. Toda essa ação coopera efetivamente para a sistematização dos serviços na RAS (EVANGELISTA *et al.*, 2019). Portanto, a Planificação configura-se como um instrumento para o desenvolvimento da PAS ao propor ponderações sobre as atitudes e alterações essenciais nos processos de trabalho das equipes de saúde (VAL *et al.*, 2019)

A ação do CONASS excede os contornos da simples capacitação dos profissionais, procurando estruturar os serviços oferecidos nas RAS. Para tanto, vinte e cinco regiões de onze estados do Brasil aderiram à sociedade institucional com o CONASS para desenvolver a Planificação. Desse modo, a Planificação trata-se de um processo voltado ao planejamento da atenção à saúde por meio da problematização e da ponderação da função da APS como tática para coordenar a rede (NICOLA; WEIS, 2020).

Essa estratégia metodológica está dividida em três fases essenciais: oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde, tutorias da APS e tutorias da Atenção Ambulatorial Especializada. A primeira etapa, que consiste nas oficinas de Planificação da APS, é introduzida através de reuniões preparatórias para discutir o aparelhamento da Planificação, bem como o papel do estado e dos municípios nesse processo. Ademais, é criado um grupo condutor e a definição na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e nos Colegiados dos Gestores Regionais (CGR) (BRASIL, 2011).

Ao todo, onze oficinas foram adotadas pelo CONASS: a 1ª, “As Redes de Atenção à Saúde”, busca refletir sobre a situação e saúde e seus principais problemas para, a partir das necessidades de mudanças, melhorar os resultados do sistema de saúde; a 2ª, “A Atenção Primária à Saúde no Estado”, analisa a APS nos municípios, sua estrutura organizacional e a capacidade resolutiva sobre os problemas enfrentados pelas equipes. A 3ª, “Territorialização”, discute a territorialização e o aumento do fluxo de usuários nas UBS/ESF como estratégia de organização na APS (BRASIL, 2011).

A 4ª oficina, “Vigilância em Saúde”, reflete sobre os conceitos e elementos que estruturam a Vigilância em Saúde e sua essencialidade no trabalho das equipes. A 5ª oficina intitulada “A organização dos Processos de Trabalho em Saúde” analisa os processos metodológicos que organizam o processo de trabalho das equipes. A 6ª oficina, “A Organização da Atenção à Saúde na UBS” exhibe modelos de classificação de risco para as condições agudas e crônicas, e oferece a compreensão da essencialidade da mudança no processo de trabalho das equipes de APS (BRASIL, 2011).

A 7ª oficina, “Abordagem Familiar e o Prontuário Familiar”, pontua a importância dos instrumentos do planejamento das ações de saúde na APS. A 8ª oficina “A Organização da Assistência Farmacêutica” reflete sobre a estrutura da assistência farmacêutica na APS. A 9ª oficina “Sistema de Informação e Análise de Situações de Saúde” analisa a situação de saúde pontuando aspectos sobre o planejamento, a programação, a tomada de decisão, o monitoramento e a avaliação no âmbito da APS (BRASIL, 2011).

A 10ª oficina, “Os Sistemas de Apoio Diagnóstico, Sistemas Logísticos e Monitoramento”, reflete sobre os conceitos e elementos que dizem respeito a esses

apoios e à metodologia de avaliação dos processos de trabalho. A 11ª oficina, “A Contractualização das Equipes da Atenção Primária à Saúde”, institui os instrumentos de contrato da gestão, bem como o uso de incentivos às equipes de saúde, como instrumentos para a melhoria da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011).

As estratégias metodológicas definidas para a promoção das oficinas são: execução de estudos dirigidos e estudos de caso por grupos compostos por um máximo de quinze pessoas (cada grupo escolhe o próprio coordenador e o relator), apresentações e sistematização das discussões em plenária e aulas interativas. Os encontros são mensais com a participação de membros das equipes de saúde, gestores e técnicos estaduais e municipais (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

As oficinas objetivam debater e alinhar os conceitos relevantes para a APS e para a RAS. Os facilitadores do CONASS colaboram com o fornecimento de suporte técnico e operacional durante os encontros que, por sua vez, visam aliar teoria e prática para reestruturar os processos de trabalho nos serviços de saúde, a definição de fluxos de demanda e oferta na RAS e as cooperações para uma maior resolutividade dos problemas que permeiam o sistema, considerando a realidade dos participantes (NICOLA; WEIS, 2020). Assim, à reestruturação dos processos de trabalho, a partir da aplicabilidade de instrumentos e ferramentas, bem como da criação de planejamento dos novos processos de trabalho ocorre.

O fortalecimento da APS é assinalado por múltiplos autores como uma das principais estratégias para o processo de coordenação do cuidado e na reestruturação do SUS, especialmente no que se refere a consolidação da estrutura da RAS (LAVRAS, 2011). A avaliação é essencial para a RAS, pois propicia a visualização de problemas que permeiam o sistema de saúde. Por essa razão os estudos sobre a avaliação da APS, no Brasil, cooperam para a inclusão das equipes na melhoria dos serviços de saúde (NICOLA; WEIS, 2020).

Todavia, evidenciou-se uma carência de informações para a avaliação da qualidade dos serviços alusivas à Planificação (NICOLA; WEIS, 2020). Destaca-se que a PAS, como instrumento de gestão na estruturação da APS, colabora para o diagnóstico e ponderação dos profissionais de saúde, gestores e usuário, no que concerne a complexidade dos problemas que necessitam ser enfrentados e das alterações essenciais para que o acesso, a qualidade e equidade dos serviços de

saúde sejam afiançados no sistema e o fortalecimento da RAS seja concretizado (VAL *et al.*, 2019).

Salienta-se que a PAS é uma proposta do CONASS para qualificar as respostas do SUS aos usuários e, nesse sentido, visa dá assistência profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da ESF na estruturação dos macros e microprocessos da APS (GUIMARÃES *et al.*, 2018). Macroprocessos básicos são os instrumentos que viabilizam apoio ao atendimento das dessemelhantes demandas e os microprocessos são os instrumentos que instituem condições para que os serviços sejam oferecidos com qualidade (MENDES, 2015).

A garantia da continuidade da atenção à saúde se traduz na prática com a integralidade entre AAE e APS num propósito comum: a qualificação e o fortalecimento do cuidado e da habilidade de resolubilidade da atenção primária (GUIMARÃES *et al.*, 2018). Na prática essas mudanças nos processos clínicos e administrativos beneficiam as equipes e os usuários do sistema (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Natureza do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em saúde (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2004) norteada pelo paradigma interpretativo que permitirá compreender os efeitos do processo de Planificação da APS no município de Miguel Alves, Piauí, a partir da percepção dos gestores, técnicos e profissionais de saúde.

Nesse enfoque, o objetivo é compreender significados que os atores implicados atribuem às dimensões de um programa ou serviço e como se realizam no cotidiano as ações, mediante discursos ou concepções sobre tais ações (DESLANDES; GOMES, 2004).

### 4.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi o município de Miguel Alves que faz parte da região meio norte do estado do Piauí, distante 110km da capital, Teresina. Situa-se no Território Entre Rios que integra a macrorregião do Meio Norte da Bacia do Parnaíba. A população gira em torno de 34 mil habitantes (PLANAP, 2006). Principais agravos que acometem a população são as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, hanseníase, diabetes *mellitus* e tuberculose.

O município conta com 14 Unidades Básicas, sendo 10 zona rural e 04 zona urbana, 14 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AP), SAMU e Dispõe uma Unidade Hospitalar e um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) Tipo I. Em se tratando da atenção primária, 15 médicos, 15 enfermeiras, 14 dentistas, 29 técnicas de enfermagem, 14 técnica de saúde bucal, 03 fisioterapeutas, 01 psicopedagogo 02 assistentes sociais e 01 psicóloga fazem parte das equipes.

O corpo técnico da secretaria municipal de saúde conta com 04 gestores, dentre eles a secretária de saúde, a coordenadora da atenção primária, a coordenadora da vigilância sanitária e o coordenador do CAPS II.

### **4.3 Participantes/Amostra**

Os participantes do estudo foram os gestores, técnicos e profissionais de saúde atuantes na APS. Foram escolhidos por conveniência e de acordo com o interesse e a disponibilidade em participar da pesquisa até a saturação teórica (FONTANELLA *et al*, 2011).

No campo metodológico o conceito de saturação teórica vincula-se ao seguinte pressuposto:

Quando se coletam dados qualitativos ocorre igualmente uma transferência de materiais (no caso, significações psicoculturais), que passariam de seu meio original (aquele em que se manifestam as particularidades psíquicas e socioculturais de indivíduos ou grupos) para outro meio (aquele do pesquisador) (FONTANELLA; MAGDALENO JR, 2012, p. 64).

Nesse encaixo, conforme os autores, o pesquisador, baseado em uma matriz teórica construída por meio do registro dos acessos desde a primeira coleta de dados, visualiza as particularidades dos sujeitos da pesquisa e, assim, a cada entrevista rótula as características visualizadas por categorias que lhe permitirão uma verificação visual da saturação.

### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos no estudo profissionais de saúde, em exercício na Atenção Primária à Saúde, que estiveram atuantes nas suas funções por pelo menos um ano. Foram excluídos do estudo, em ambos os grupos, aqueles que estiverem em férias durante o processo de coleta de dados, licença ou afastamento por quaisquer motivos.

### **4.5 Produção dos dados**

Como estratégia para produção dos dados, foi utilizado um roteiro para entrevista semiestruturada, em língua portuguesa, por ser a língua nativa dos participantes (APÊNDICE A). Para Minayo (2014), o roteiro funciona como um guia para o andamento da interlocução deverá ser construído de forma que permita a flexibilidade nas conversas e que absorva novos temas e questões trazidas pelo participante como sendo de sua estrutura de relevância. Seguimos a proposta do



*Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) para garantir a transparência e completude desta produção (O'BRIEN *et al.*, 2014; PATIAS; HOHENDORFF, 2019).

Destacamos que as entrevistas foram agendadas previamente e realizadas pela pesquisadora principal reservadamente nas dependências do local de atuação dos profissionais. As entrevistas tiveram uma média de trinta minutos de duração, foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas em blocos de três. Os dados foram arquivados em um drive para garantir o acesso a todos os pesquisadores (pesquisadora principal, orientador e co-orientador). As transcrições foram compartilhadas para comentários e correções.

#### **4.6 Análise dos dados**

Dentre os procedimentos de análise de dados, foi adotado o referencial teórico da hermenêutica de Gadamer (2015) associada às contribuições de Ricoeur (2009). Aqui, a análise e interpretação das narrativas foram realizadas em três fases: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação (TERRA *et al.*, 2009). A leitura inicial do texto teve como objetivo compreendê-lo de maneira superficial, por meio da percepção dos primeiros significados. Realizamos esse procedimento por várias vezes e sem julgamentos, de modo que apreendemos os significados e, assim, pudemos organizá-los. Logo após, realizamos a leitura crítica com a finalidade de interpretar e compreender os prováveis significados imbuídos no texto. Por fim, fizemos a apropriação e assimilação da mensagem desvelada.

Realizamos as transcrições das entrevistas e a codificação dos dados de forma participativa. Houve, ainda, a conferência dos dados transcritos, tendo em vista a garantia da integridade. Realizamos a transcrição total e análise na íntegra, objetivando de identificar as unidades de análise (unidades de significado). O paradigma interpretativo orientou a análise, uma vez que nós, os pesquisadores, estudamos as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (DENZIN; LINCOLN, 2006).

As unidades foram geradas indutivamente sem a utilização de softwares. Os resultados foram discutidos entre os pesquisadores. Para garantir a credibilidade e fidedignidade da análise de dados, utilizamos a checagem por membros (PATIAS; HOHENDORFF, 2019).

#### **4.7 Aspectos éticos e legais**

Em todas as etapas do estudo, foram respeitados os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que reporta sobre os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Destacamos que a coleta de dados foi constituída de forma a não expor os participantes, enfatizando que a participação somente ocorreu após a discussão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os riscos da pesquisa foram mínimos e indiretos, como constrangimento e insegurança. Portanto, antes de tudo os participantes da pesquisa foram informados de que poderiam a qualquer momento desistir da continuidade da entrevista. Ressaltamos que foi oferecida uma escuta atenta aos profissionais que participaram da pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes desse estudo apresentaram características singulares. Destacamos algumas delas no quadro a seguir:

**Quadro 1:** Característica dos participantes de acordo com a formação, o cargo, o tempo de atuação, a experiência em gestão pública e o treinamento para o processo da PAS.

Participantes	Formação	Cargo que ocupa	Tempo de atuação profissional	Experiência em gestão pública	Treinamento para o processo da PAS
1. O Trabalhador	Nível superior	Assistência	23 anos	Não	Não
2. A Estrela	Nível superior	Assistência	13 anos	Sim	Não
3. A Iniciante	Nível médio	Assistência	5 anos	Não	Não
4. A Prática	Nível médio	Assistência	4 anos	Não	Não
5. A Capacitada	Nível superior	Gestão	1 ano	Sim	Sim
6. A Onipresente	Nível médio	Assistência	22 anos	Não	Não
7. A Resolutiva	Nível superior	Assistência	22 anos	Sim	Sim
8. A Confiante	Nível superior	Assistência	3 anos	Sim	Não
9. O Fundamentador	Nível superior	Assistência	2 anos	Não	Não
10. O Altruísta	Nível superior	Assistência	19 anos	Sim	Não
11. O Figurativo	Nível superior	Assistência	2 anos	Não	Não
12. A Curiosa	Nível superior	Assistência	3 anos	Não	Não

Fonte: pesquisa direta.

Nessa pesquisa, os participantes foram apresentados conforme determinado atributo expresso durante a realização da entrevista e permanecido presente no texto elaborado (transcrição da entrevista). Em razão disso, realizamos um exercício hermenêutico, no qual nossa compreensão foi oportunizada, considerando a relação que nós, pesquisadores, estabelecemos com o texto. Válido ressaltar que os participantes podem assumir outros atributos, todavia, a característica aqui mencionada traduz o que a autora principal dessa pesquisa conseguiu observar por meio de sua compreensão.

Do grupo de participantes desta pesquisa, três eram de nível médio e os outros de nível superior. Somente um dos participantes estava ligado à gestão em saúde; os outros eram profissionais da assistência e estavam ocupando cargos na Atenção Primária. A experiência em gestão pública foi diversa entre eles e a participação em atividade preparatória ao processo de PAS só foi vivenciada por dois participantes (Quadro 1).

Os resultados da nossa análise serão apresentados em duas unidades de significado, a saber: **diálogos sobre Planificação da Atenção Primária à Saúde**

**(PAS): conhecimentos e expectativas; e, diálogos sobre o processo de planificação municipal: avaliação da experiência, possibilidades e desafios percebidos.** A primeira unidade de significado reúne subunidades que incluem: conhecimento sobre o processo de planificação, avaliação sobre o cenário em que atua, avaliação da gestão municipal, contribuições para o processo de planificação do município e expectativas e confiança no processo de planificação no município. Já, a unidade de significado que trata dos diálogos sobre o processo de planificação municipal, faz referência a: avaliação da experiência, possibilidades e desafios percebidos.

### **5.1 Diálogos sobre Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAS): conhecimentos e expectativas**

No que se refere aos conhecimentos dos participantes sobre o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAS), percebemos que alguns não sabiam expor de modo correto o que isso significava. Desse modo, os participantes relataram: “não tenho ideia do que seja” (O Trabalhador); “não sei” (A Iniciante); “nunca ouvi falar sobre essa palavra nesse contexto” (A Prática); “nunca tinha ouvido falar” (A Onipresente).

Todavia, outros souberam sintetizar o que seria o processo de planificação e o relacionaram ao processo de planejamento de respostas às necessidades e demandas da população: “é a organização do processo de trabalho para que possamos desempenhar nossas atividades de forma a atender bem as nossas demandas” (A Resolutiva); “entendo que seja uma questão de planejamento, como se pegasse todos os dados do município para que a gente se inteirasse mais e trabalhasse em cima daquele plano” (A Confiante); “é super fundamental e necessário, e está relacionado ao processo de organização das estratégias de cuidado na atenção primária que visa o melhor fluxo de atendimento e resolutividade das demandas do usuário” (O Figurativo).

O conhecimento sobre a planificação é importante para que os participantes envolvidos possam se perceber como parte dele (construção de identidade), colaborar efetivamente com todas as fases do processo (construção participativa) e produzir uma proposta de ações e serviços adequados às necessidades e demandas da população (construção colaborativa e promissora). A apropriação disso, aliado ao

sentimento de pertencimento, à participação, colaboração e aplicabilidade constituem elementos essenciais para esse tipo de trabalho.

A PAS é uma proposta do CONASS, desenvolvida desde 2007, para qualificar as respostas do SUS aos usuários e, por essa razão, inclui auxiliar profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da ESF na estruturação dos macros e microprocessos da APS (GUIMARÃES *et al.*, 2018). Macroprocessos básicos fazem referência aos instrumentos que oferecem suporte ao atendimento das diferentes demandas e os microprocessos, aos instrumentos que criam condições para que os serviços sejam ofertados com qualidade (MENDES, 2015).

Desse modo, a Planificação é um método que engloba um conjunto de ações educacionais voltadas a melhorar os conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes fundamentais à organização e qualificação dos processos assistenciais (BRASIL, 2011). Essa estrutura metodológica viabiliza a participação dos dirigentes e técnicos do nível central e das regionais de saúde, bem como os gestores municipais e todos os trabalhadores que atuam nas unidades de saúde (SILVA, 2015). A planificação como método de construção de conhecimentos, permite a operacionalização dos profissionais numa busca de mudança da realidade, organizando diariamente o processo de trabalho (BRASIL, 2011).

Diante disso, percebemos algumas expectativas dos participantes com ao processo de planificação: “vislumbro o aprimoramento de todos os macroprocessos da atenção [...] no entanto, muitas propostas parecem inviáveis ou distantes da realidade” (O Figurativo). Apesar do esforço diante da construção de uma proposta, algumas dúvidas pairaram durante toda a experiência e colocaram em risco a aplicabilidade e a materialização do plano. Aqui, surgiram algumas questões: os participantes foram devidamente sensibilizados diante da proposta de planificação? Os participantes participaram de um processo dialógico, desenvolvido a partir de consensos? Foram pontuadas questões relacionadas à aplicabilidade e materialização do plano? Foi construído a partir da observação da realidade do cenário e contexto?

De fato, o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde (APS) objetiva o fortalecimento e a reestruturação dos processos de trabalho na APS (MENDES, 2015). A organização e o planejamento dos serviços ofertados pelo SUS é fundamental para o processo de Planificação, uma vez que é necessário para que

os usuários tenham suas necessidades atendidas com qualidade e com continuidade (ALMEIDA *et al.*, 2018). Para isso, percebemos algumas necessidades como, por exemplo, o investimento nas etapas de sensibilização e mobilização dos participantes. Aliado a isso, a oportunização de um processo dialógico, desenvolvido a partir de consensos em que as questões pontuadas são relacionadas à aplicabilidade e materialização do plano e a sua construção a partir da observação da realidade do cenário e contexto são indispensáveis.

No que se refere ao olhar diante do cenário e contexto, os participantes pontuaram aspectos importantes que vão dialogar com a aplicabilidade e a materialização do plano. Dentre eles, mencionaram o apoio da gestão municipal que orienta, prepara e dá subsídios para a prática. Em se tratando da avaliação da gestão municipal, os participantes pontuam que: “é individualista” (O Trabalhador); “trabalhamos em condições não propícias para nós” (A estrela); “precisa de melhorias” (A Confiante).

Três bases sustentam o sistema de saúde, a saber: gestores, profissionais da saúde e usuários. A gestão é peça fundamental. Sendo assim, qualquer falha no processo de gestão acarreta prejuízos aos processos administrativos que incluem o planejamento.

Quanto à preparação da equipe para o processo de planificação, percebemos: “não houve treinamento” (A Prática); “não tive treinamento para o processo de planificação” (A Confiante); “procuro me atualizar sempre, mas sobre o processo de planificação não tivemos treinamento” (A Onipresente). A falta de atividade preparatória ou a participação restrita de um ou outro profissional coloca em risco o trabalho em saúde, uma vez que o processo de planificação exige compreensão sobre o objetivo, as etapas, os produtos a serem desenvolvidos, a possível avaliação da proposta e, sobretudo, a responsabilidade social dessa ação. Um dos participantes, ainda, pontuou sobre a necessidade de preparação e seguimento das ações para o desenvolvimento profissional: “é preciso que ofereçam práticas de formação de maneira continuada” (O Figurativo).

A preparação para o processo de planificação não constitui etapa a ser negligenciada. É necessário que ocorram atividades diversas como a tutoria. Aqui, tutor constitui um ator importante e que reúne domínio das nuances do processo e consegue interagir com os demais profissionais, provocando-as diante da importância

e responsabilidade de sua participação. Isso sem perder de vista a dimensão de ensino e aprendizado que o processo de planificação desperta (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Nesse estudo, apesar da adesão municipal ao processo de planificação, parece não ter sido oportunizada preparação adequada. A preparação para o processo de planificação é uma proposta desenvolvida pelo CONASS desde 2007 e inclui dois processos concomitantes: as oficinas educacionais e a tutoria. Nas oficinas os tutores do CONASS preparam as equipes gestoras estaduais para que depois as oficinas possam ser desenvolvidas em âmbito estadual para que as equipes gestoras regionais e municipais possam ter acesso ao treinamento para o processo de planificação. São realizadas, portanto, seis oficinas educacionais abordando os seguintes temas “As Redes de Atenção à Saúde”, “O Acesso na Atenção Primária à Saúde”, “Territorialização e Vigilância em Saúde”, “Organização do Processo de Trabalho na UBS – Atenção ao Evento Agudo e Atenção às Condições Crônicas”, “Organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde” e, por fim, “Sistema de Informação e Análise Situacional de Saúde, Monitoramento” (BRASIL, 2011).

A tutoria, por sua vez, ocorre em sete momentos, objetivando organizar os macroprocessos primordiais, voltar o olhar para os casos agudos e para as condições crônicas, as enfermidades e os usuários hiperutilizadores, bem como os microprocessos básicos, as demandas administrativas, a atenção preventiva, além do atendimento domiciliar e o gerenciamento das equipes. A tutoria deve ser realizada em sete momentos abordando os seguintes temas “Pactuação com as equipes e organização geral para a realização das tutorias”, “Organização do Acesso na APS”, “Avaliação dos territórios de abrangência e microáreas”, “Estratificação de risco, programação e agenda das condições crônicas”, “Gestão da condição de saúde para as condições prioritárias”, “Organização da atenção aos eventos agudos”, “Sistema de gerenciamento: Painel de Bordo” (MENDES, 2015).

Ressaltamos que para a implantação da tutoria é imprescindível que seja elaborada uma estratégia educacional oportunizando a realização não só de oficinas tutoriais, mas de cursos de curta duração e auditoria de produtos também. Isso requer a participação de toda equipe da APS tendo em vista a necessidade de coordenação entre as atividades para que os quatro fundamentos da APS - atenção ao primeiro

contato, continuidade e integralidade do serviço e coordenação do cuidado – sejam cumpridos (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

A planificação pressupõe, ainda, a seguridade do acesso, reparabilidade e integralidade na oferta de cuidados à saúde na rede básica, realizada por meio de uma série de aprimoramento dos fluxos de usuários, desde a sua entrada até a sua saída. Nesse sentido, fatores como o agendamento, o acolhimento dos usuários, a demanda espontânea dos sistemas de saúde e a demanda programada, a atividade que cada profissional desempenhará, as relações que se estabelecem entre o serviço ofertado e os demais existentes, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser debatidos e estipulados com as equipes e também com a gestão municipal (FACHINI *et al.*, 2018). Essas funções são desempenhadas por diferentes profissionais que fazem parte da APS e que precisam ser preparados de forma conjunta para que o processo de planificação possa ser implementado em um município.

O atendimento das demandas do sistema de saúde de determinado município precisa, fundamentalmente, da articulação entre profissionais da APS e gestão municipal. Observamos que os profissionais da APS atuam na prática preventiva e curativa das patologias, logo, é preciso que ocorra o diálogo para que os profissionais possam se antecipar aos fatos e desempenhar suas funções com maior eficiência. Considerando as particularidades de cada município, é necessário ter em mente que cada gestor e equipe de APS tem que desenvolver suas estratégias, em virtude dos contextos específicos que as demandas do município trazem (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Além disso, importa ressaltar que as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) foram essenciais para o processo de fortalecimento da APS e dos princípios e diretrizes que norteiam o SUS, no Brasil. A articulação entre os mecanismos de financiamento e o modelo de gestão do trabalho da saúde nos municípios, estruturaram a organização das ações e dos serviços de saúde ofertados (CASTRO; FAUSTO, 2012; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Para que o processo de Planificação possua resultados mais eficazes no sistema de saúde não se pode prender-se somente a teoria, mas desencadear um processo de práticas de mudanças reais nos processos de trabalho (MENDES, 2015). Afirmações como “não passou do papel” (A Estrela) revelam que o município em



questão ainda precisa colocar em prática as ações que norteiam o processo de Planificação.

Ponderamos, ainda, que os profissionais da saúde, atuam de forma mais qualificada e convicta quando a gestão introduz novas estratégias e os usuários têm as suas necessidades de saúde atendidas. Além disso, profissionais que participam e acompanham a organização dos processos da PAS, estão capacitados a aplicá-la e a reproduzi-la de forma estruturada o processo de planificação (CRUZ, 2016). As declarações vão em direção oposta, uma vez que nenhum dos participantes participou de treinamento ou qualificação voltada para o processo da PAS.

No que tangem as expectativas e a confiança quanto ao processo de Planificação no município, os participantes são unânimes ao ter uma visão positiva da essencialidade do desenrolar do processo até sua efetivação. Nesse âmbito, os profissionais afirmaram que: “será um grande avanço” (O Trabalhador), “espero que seja implantada” (A Estrela); “trará melhorias para o processo de trabalho” (A Iniciante), “um benefício para nós e para população” (A Capacitada); “que todos os profissionais participem” (A Confiante); “irá contribuir para que possamos ver o paciente e maneira holística e não apenas focado em nossa área de atuação” (O Altruísta); e, por fim, “vejo como positiva, pois irá contribuir com a APS, contudo, algumas ações são inviáveis” (O Figurativo).

É evidente a reação positiva no que concerne ao processo de Planificação. Nesse sentido, a participação de todos os membros da APS junto a gestão é imprescindível. Além disso, as declarações vão de encontro com a noção de que a PAS, na condição de instrumento de gestão na estruturação da APS, contribui para a análise e reflexão dos profissionais de saúde, gestores e usuário, sobre a complexidade dos problemas que precisam ser enfrentados e das mudanças fundamentais para que o acesso, a qualidade e equidade dos serviços de saúde sejam garantidos no sistema e o fortalecimento da RAS seja efetivado (VAL *et al.*, 2019).

## **5.2 Diálogos sobre o processo de planificação municipal: avaliação da experiência, possibilidades e desafios percebidos**

Alguns participantes não souberam ou puderam dizer quais estratégias ou dificuldades foram enfrentadas pelo município para a implantação da Planificação, pois evidenciaram em suas narrativas que: “tentaram implantar, mas só houve

algumas reuniões” (A Estrela); “não houve planificação” (A Prática); “não consigo visualizar esse processo aqui” (A Capacitada).

A adesão municipal diante do processo de planificação requer estratégias para a sua implantação. Já tratamos das etapas preparatórias a esse processo e, também, já mencionamos acerca das oficinas vivenciadas. Aqui, cabe acrescentar algumas estratégias de apoio e logística que precisam ser enfatizadas. Isso se faz necessário, uma vez que o processo requer produção e disseminação de algo a ser proposto e que, possivelmente, beneficiará toda a comunidade envolvida. Investimentos em relação ao envolvimento das pessoas e a comunicação acerca dos produtos gerados fazem parte dessa construção.

Outro ponto a ser considerado é que a planificação não se materializa se o seu propósito se encerra na realização de ação restrita, “tarefeira” e “para cumprir tabela”. Essa percepção sobre a planificação coloca em risco todo o processo e, também, limita o seu potencial diante do processo de gestão de tomada de decisões.

Alguns participantes apresentaram dificuldades que visualizaram no processo de Planificação: “falta o encorajamento da equipe” (A Confiante). Esse encorajamento, ainda, remete às ações de sensibilização e mobilização que já tratamos. A sensibilização faz referência ao “se deixar afetar” e traduz aspectos importantes sobre o passo seguinte: a mobilização. A mobilização remete à prática, a “sair do ponto inicial” e contribuir com a transformação de práticas. Fragilidades percebidas nessa oportunidade interferem nos resultados e no efeito do processo de planificação.

Outros pontos foram mencionados, quando tratamos das dificuldades de implantação: “acredito que se todos tivessem sido incorporados [...] do agente de saúde ao médico, teríamos um processo de Planificação” (O Altruísta); “toda equipe deveria participar desde o início: agentes de saúde, técnicas de enfermagem, enfermeiras, médicos” (O Trabalhador). A convocação da equipe de trabalho para a vivência do processo de planificação deve ser plural, tendo em vista a necessidade de envolver diferentes representações de gestores, técnicos, profissionais da saúde e, também, usuários. A incorporação de uma equipe plural aproxima a proposição à aplicação.

Quanto a experiência com o processo, uma participante foi enfática ao afirmar que “foi muito bom, adquirei muito conhecimento com os treinamentos” (A Capacitada). Todavia, outros destacam em sua análise sobre o processo que: “precisa melhorar”

(A Resolutiva); “creio realizar a territorialização iria facilitar esse processo” (O Fundamentador); “a distância entre teoria e prática atrapalha, pois é preciso pensar na realidade de cada município” (O Figurativo).

Enquanto parte da equipe desconhece o processo de implantação da Planificação, outros participantes conseguem fazer suas constatações por meio da experiência vivenciada ou analisando o processo. Considerando que a Planificação da APS requer a articulação entre todos os indivíduos que a compõe, percebemos que o município precisa se planejar estrategicamente para que os profissionais sejam inseridos nesse processo e a comunidade esteja representada. Nesse encaixo, é necessário observar o processo de Planificação como elemento que irá estruturar a APS e, em virtude disso, equipes e gestões estadual, municipal e o Ministério da Saúde, precisam estar alinhados para que a APS seja fortalecida.

É preciso destacar ainda que a PAS, na condição de instrumento de gestão na estruturação da APS, contribui para a análise e reflexão dos profissionais de saúde, gestores e usuários, sobre a complexidade dos problemas que precisam ser enfrentados e das mudanças fundamentais para que o acesso, a qualidade e equidade dos serviços de saúde sejam garantidos no sistema e o fortalecimento da RAS seja efetivado (VAL *et al.*, 2019).

Os participantes desse estudo apresentaram sugestões que poderiam contribuir para a implantação da Planificação, como: “capacitação com cursos de curta duração” (A Estrela); “qualificação profissional, realizar oficinas e capacitações para cada profissional, conforme sua função” (A Resolutiva); “treinamento da equipe e, também, debater com os políticos da região para que eles saibam quais são as demandas” (O Altruísta); “formação continuada, considerando a realidade da cidade” (O Figurativo). Outras sugestões giraram em torno de análises prévias: “realizar o mapeamento da região para saber quais as demandas e a qualificação profissional contínua” (A Iniciante); “realizar reuniões para discutir as demandas e a realidade do município” (O Fundamentador). Por fim, comentaram sobre a sua capilaridade: “as UBS da zona rural e da zona urbana deveriam promover os mesmos projetos” (A Onipresente).

É notória a relação que os profissionais fazem entre o processo de Planificação e a necessidade de qualificação profissional contínua da equipe que compõe a APS do município. Além disso, destacamos que é fundamental que ocorra um mapeamento

da região para que seja possível conhecer a realidade dos serviços de saúde, bem como as demandas dos usuários de Miguel Alves. Ressaltamos que a qualificação profissional associada ao tempo em que a equipe está trabalhando na APS refletem positivamente na qualidade dos serviços ofertados, uma vez que, quanto maior o tempo, mais o profissional conhece as demandas e os processos de trabalho da região na qual atua (OLIVEIRA, *et al.*, 2016).

No que se refere a Planificação, a proposta metodológica desenvolvida pelo CONASS oportuniza o desenvolvimento da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AEE) no território brasileiro, uma vez que propõe mais que uma capacitação das equipes, pois, além disso, propõe mudanças atitudinais nos profissionais e nos processos de trabalho e da gestão. Toda essa ação contribui efetivamente para a sistematização dos serviços na RAS (EVANGELISTA *et al.*, 2019). Logo, a Planificação se configura como uma ferramenta para o desenvolvimento da APS, uma vez que propõe reflexões sobre as atitudes e mudanças efetivas nos processos de trabalho das equipes de saúde (VAL *et al.*, 2019)

Ao fazerem as constatações, os participantes refletiram sobre a realidade que vivenciam enquanto profissionais da APS o que demonstra uma iniciativa positiva para que o processo de Planificação seja implantado no município. A esse respeito cabe pontuar que as oficinas desenvolvidas pelo CONASS para a implementação do processo de Planificação objetivam debater e alinhar os conceitos relevantes para a APS e para a RAS. Para isso, os facilitadores do CONASS visam aliar teoria e prática para reestruturar os processos de trabalho nos serviços de saúde, a definição de fluxos de demanda e oferta na RAS e as cooperações para uma maior resolutividade dos problemas que permeiam o sistema, considerando a realidade dos participantes (NICOLA; WEIS, 2020).

Importante ressaltarmos que os facilitadores do CONASS realizaram a oficina preparatória, as oficinas teóricas e estruturam todo aparelhamento do processo de planificação junto a equipe da secretaria estadual, neste caso, do Piauí, bem como capacitam os facilitadores de cada estado e treinam os tutores – o tutor é um membro do próprio município que obrigatoriamente deve atuar junto as equipes de APS e AE (MENDES, 2015). Isso porque o tutor precisa saber como funciona toda a UBS, uma vez que irá junto à equipe provocar modificações no processo de trabalho e irá frequentar as oficinas. Todos esses aspectos são fundamentais para que o processo

de Planificação ocorra em um município. Assim, a reestruturação dos processos de trabalho, a partir da aplicabilidade de instrumentos e ferramentas, bem como da criação de planejamento dos novos processos de trabalho ocorre levando em conta a realidade do sistema de saúde.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no município de Miguel Alves, Piauí, esteve atravessado por uma série de problemas, dentre eles: fragilidade na preparação dos participantes, falha na construção da identidade do grupo de trabalho, dificuldade de construção de proposta participativa e colaborativa, distanciamento teórico-prático. Acreditamos que isso tenha provocado efeitos na sua operacionalização. Contudo, esse estudo não foi suficiente para verificar o impacto de cada uma das ações e serviços propostos na dinâmica da comunidade. Outros estudos devem ser realizados com essa intencionalidade. Apesar disso, identificamos pontos a serem melhorados e aperfeiçoados, tendo em vista o fortalecimento da planificação da APS.

## 7 ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA

A partir desse estudo, percebemos alguns pontos a serem melhorados e aperfeiçoados. Assim, elaboramos uma lista de sugestões a serem discutidas, tendo em vista o aperfeiçoamento do processo de planificação no município:

- a) Investir em estratégias para o desenvolvimento profissional e qualificação da equipe diante do processo de planificação da APS;
- b) Disparar atividades educativas para sensibilizar e mobilizar gestores, técnicos, profissionais de saúde e usuários quanto à planificação da APS;
- c) Desenvolver atividades teórico-conceituais e metodológicas para instrumentalizar os gestores, técnicos, profissionais de saúde e usuários quanto à planificação da APS;
- d) Realizar análise situacional prévia para subsidiar o processo de planificação;
- e) Socializar a produção obtida a partir da planificação junto à comunidade, tendo em vista a necessidade de acompanhamento, monitoramento e avaliação em saúde;
- f) Elaborar indicadores para o processo de avaliação em saúde para conhecer o impacto das ações e serviços propostos diante da dinâmica populacional.

## REFERÊNCIAS

ALELUIA, I. R. S.; MEDINA, M. G.; ALMEIDA, P. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, jun. 2017.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, set. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yhrdHc8vxt87QSMqc3XFwXC/?lang=pt>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, M.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/R4dRdxY9P48vhrpVgCBjYZK/?lang=pt>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 244-260, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

AQUINO, R. *et al.* Estratégia saúde da família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. v. 1, p. 3-695.

BÍBLIA. Filipenses. In: **Bíblia Sagrada: nova linguagem de hoje**. SIMÃO, José (Trad). 1. ed. São Paulo: Sociedade Bíblica de Aparecida, 2005. p. 208.

BOSI, M. L. M, MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

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



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 22 set. 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Plano de Ação para o Desenvolvimento Integrado da Bacia do Parnaíba, PLANAP. **Síntese executiva: Território dos Carnaubais**. Brasília, DF: TDA Desenhos & Arte Ltda., CODEVASF, 2006.

CASTRO A. L.; FAUSTO M. C. R. A política brasileira de atenção primária à saúde. *In*: MACHADO C. V.; BAPTISTA T. W. F.; LIMA L. D. (Orgs.). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 173-196.

CHOMATAS, E.; VIGO, A.; MARTY, I.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, jun. 2013. Disponível em: <http://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/view/828>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

CRUZ, A. A Planificação da Atenção à Saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONSENSUS**. Brasília-DF, a. 6, n. 20, p. 11-17, jul./ago./set. 2016. Disponível em: <[https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus\\_20.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_20.pdf)>. Acesso em 20 jul. 2022.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. *In*: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.15-42.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. *In*: BOSI, M.L.M.& MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75-98.

EVANGELISTA, M. 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. 2115-2124, jun. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/KrXMY6P7LTtkwckj7xMMGXm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

FACCHINI, L. *et al.* Contribuições do Estudo de Linha de Base da UFPEL às políticas, aos serviços e à pesquisa em atenção básica à saúde. *In*: Hartz Z, Felisberto E, Silva LV. (org.). **Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática**. RJ: Fiocruz. 2008. p. 167-97.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/208-223/pt>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. p. 13-33, out. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sde/b/a/xyFtnVSD4MgBWxfV8NDYXSS/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, jun. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/cNdYTgkV3RjYKzjYmbf37Vm/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 03 jul. 2022.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 17, n. 1, p. 63-71, jan./mar. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/JXwNwW649DsNBpFb5kZqGyH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

FRY, J. **Common diseases**. London: MTP, 1974.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

GOFIN, J.; GOFIN, R.; Community-oriented primary care and primary health care. **Am. J. Public Health**, v. 95, n. 5, p. 757, maio. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449247/pdf/0950757.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVV, et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 493-545.

GUIMARÃES, A. D. N.; CAVALCANTE, C. C. B.; LINS, M. Z. S. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Documenta 31. **Planificação da atenção à Saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2018.

GULLIFORD, M; COWIE, L; MORGAN, M. Relational and Management Continuity Survey in Patients with Multiple Long-Term Conditions. **J Health Serv Res Policy**, n. 16, 2. ed. p. 67-74, 2011.

GUSSO, G. D. F. **Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária: 2ª ed. (CIAP-2)**. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009. Disponível em: <[https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/td\\_e08032010164025/publico/GustavoGusso.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/td_e08032010164025/publico/GustavoGusso.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2022.

HANSEN, J. *et al.* Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. **Health affairs**, v. 34, n. 9, p. 1531-1537, sep. 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26355055/>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

HARZHEIM, E. *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 156, p. 1-7, dec. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790713/pdf/1472-6963-6-156.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

HARZHEIM, E. *et al.* Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 1-16, jan./ dez. 2020. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2354/1528>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved Health System Performance through better Care Coordination**. Paris: OECD Health Working Papers, 2007.

KRINGOS, D. S. *et al.* The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Serv Resear**, v. 10, n. 65, mar. 2010. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p. 867-874, dez. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

MARTÍNEZ, D. H.; NAVARRETE MLV, LORENZO IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. **Gac Sanit**. Barcelona, v. 23, n. 4, p. 280-286, mar. 2009. Disponível em: <[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0213-91112009000400005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112009000400005)>. Acesso em: 23 jul. 2022.

MATOS, Marco Antônio Bragança. **Guia para tutoria da planificação da atenção à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2017.

McDONALD, K. M. *et al.* **Care Coordination Atlas Version**. Rockville: AHRQ Publication, 2014.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

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

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan/mar 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

NASCIMENTO, Denise. **Sesapi inicia Planificação da Atenção à Saúde na Planície Litorânea.** In: Governo do Piauí. Teresina-Pi, maio 2017. Disponível em: <<http://siteantigo.pi.gov.br/materia/sesapi/sesapi-inicia-planificacao-da-atencao-a-saude-na-planicie-litoranea-945.html>>. Acesso em: 3 nov. 2022.

NICOLA, T.; WEIS, A. H. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde: construção e validação de instrumento de avaliação. **Rev. Bras. Enferm.** RJ, n. 73, v. 6, set. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/hpfn9rvgBbKcXVgxRg8bMxy/?lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

O'BRIEN, B. C. *et al.* Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. **Acad Med**, v. 89, n. 9, p. 1245-1251, set. 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24979285/>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

OLIVEIRA, M. P. R.; MENEZES, I. H. C. F.; SOUSA, L. M.; PEIXOTO, M. R. G. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores associados à Qualidade da atenção Primária. **Rev. Brasileira de educação Médica**, Goiânia, v. 40, n. 4, p. 347-359, mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde.** Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979. Disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em: 21 jul. 2022.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online].** RJ: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 143-182. Disponível em: <<https://saude.manha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/42.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicol. Estud.** Maringá, v. 24, n. 2, p. 1-14, Dez 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pe/a/BVGWD9hCCyJrSRKrsp6XfJm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Cien Saude Colet.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1009-1019, jun. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/hjq8Ck3cMwytWbm9P3HJRWD/?lang=pt>>. Acesso em 21 jul. 2022.

RICOEUR, P. **Teoria da Interpretação: O discurso e o excesso de significação.** 1. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

SALTMAN R. B.; RICO A.; BOERMA, W. G. W. **Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde:** reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press/McGraw-Hill Education; 2006. Disponível em: <[http://bvsm.sau de.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_conduzindo\\_redes.pdf](http://bvsm.sau de.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_conduzindo_redes.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2022.

SILVA, R. G. **Gestão da Atenção Primária à Saúde:** desafios e potencialidades. Monografia (Gestão em Saúde EAD) – Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2015, 32 p. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/13123/3/PDF%20%20Rog%C3%A9ria%20Gomes%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

SOUZA, G. A. **Gestão, planejamento e humanização na atenção primária à saúde.** Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Lagoa Santa, 2011, 36. p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3178.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SMITH, G.; CLARKE, D. Assessing the effectiveness of integrated interventions: terminology and approach. **Medical Clinics of North America**, v. 90, n. 4, p. 533-548, jul. 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16843761/>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <[http://bvsm.sau de.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsm.sau de.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2022.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

TAKEDA, S. **Acesso e utilização no Serviço de Saúde Comunitária.** Porto Alegre: Mimeo, 2012

TERRA, M. G. *et al.* Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 93-99, fev. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/qWFpXsyztMchBw7CXdSNj8J/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em 02 jul. 2022.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; MAIA, M. F. S. Health information technology in primary health care in developing countries: a literature review. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 82, n. 11, p. 867-874, nov. 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15640923/>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

UNGER, J. P., KILLINGSWORTH, J. R. Selective primary health care: a critical view of methods and results. **Social Sciences and Medicine**, v. 22, n. 10, p 1001-1013, 1986. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3526564/>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

VAL, J. C. S. M. Ç.; OLIVEIRA JR, C.C.; MACEDO, Y. D.; BEZERRA, J. P. Planificação Da Atenção À Saúde: uma Ferramenta para Organização da Atenção Primária à Saúde no Município de Cajueiro da Praia/Pi - Relato De Experiência. *In*: NETO, B. R. S. (org.). **Ciências da saúde: da teoria à prática**. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. p. 83-92.

VIACAVA, F. *et al.* **Projeto desenvolvimento de tecnologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

WAGNER EH. Chronic disease management: what will take to improve chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v. 1, n. 1, p. 2-4, ago./set. 1998. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10345255/>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

### 1. Identificação

a) Me fale sobre você.

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: ( ) M ( ) F

b) Me fale sobre a sua formação acadêmica.

Você possui algum curso de formação Superior? ( ) SIM ( ) NÃO

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

c) Me fale sobre sua atuação profissional.

Tempo de atuação na gestão: \_\_\_\_\_ (anos)

Possui experiência na área de Gestão Pública? ( ) SIM ( ) NÃO

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Para participar do processo de planificação no município, você recebeu algum tipo de treinamento/qualificação?

( ) sim ( ) não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

### 2. Questões disparadoras

a) O que entende por Planificação na Atenção Primária à Saúde?

b) Como se deu o processo de Planificação na Atenção Primária à Saúde no seu município?

c) Como se deu a sua participação no processo de Planificação na Atenção Primária à Saúde?

d) Como você avalia essa experiência?

e) Como você avalia o processo de planificação no seu município?

f) Quais são as suas expectativas sobre o processo de Planificação na Atenção Primária à Saúde?

g) Você teria sugestões que pudessem melhorar o processo de Planificação na Atenção Primária à Saúde no seu município? Se sim, quais?



**ANEXOS**

**ANEXO A – ATA DE ENCAMINHAMENTO DO PESQUISADOR AO CEP**

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Profa. Dra. Maria do Socorro Ferreira dos Santos Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI

Estou enviando o projeto de pesquisa intitulado “**ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES PIAUÍ**”, para a apreciação por este comitê.

Confirmando que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da resolução 466/12 do CNS e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).

Confirmando também:

- 1- que esta pesquisa ainda não foi iniciada,
- 2- que não há participação estrangeira nesta pesquisa,
- 3- que comunicarei ao CEP-UFPI os eventuais eventos adversos ocorridos com o voluntário,
- 4- que apresentarei relatório anual e final desta pesquisa ao CEP-UFPI,
- 5- que retirarei por minha própria conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP-UFPI. Atenciosamente,

**Pesquisador responsável**

Assinatura:

Nome: Fábio Solon Tajra

CPF: 757.334.633-68

Instituição: Universidade Federal do Piauí Área: Saúde Coletiva

Departamento: Medicina Comunitária

## **ANEXO B – DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP Universidade Federal do Piauí

Eu, FÁBIO SOLON TAJRA, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada “**ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES PIAUÍ**”, declaro que:

- Assumo o compromisso de cumprir os Termos da Resolução no 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).
- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir os objetivos previstos nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de FÁBIO SOLON TAJRA da área de SAÚDE COLETIVA / DEPARTAMENTO DE MEDICINA COMUNITÁRIA da UFPI; que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa;
- não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos
- da pesquisa;
- o CEP-UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- o CEP-UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Pesquisador responsável (FÁBIO SOLON TAJRA, CPF 757.334.633-68)

### **ANEXO C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

*(Termo de compromisso do pesquisador para utilização de dados e preservação do material com informações sobre os sujeitos)*

**Título do projeto: ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES PIAUÍ**

**Pesquisador responsável:** Fábio Solon Tajra

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí / Departamento de Medicina Comunitária

**Telefone para contato:** 86 99988-7591 **Local da coleta de dados:**

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados *em prontuários e através de gravação* em cada um dos estabelecimentos de saúde. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Medicina Comunitária por um período de 2 anos sob a responsabilidade do Sr. Fábio Solon Tajra. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, .....de .....de 20.....

.....  
*Fábio Solon Tajra SIAPE 2059377*

## **ANEXO D – DECLARAÇÃO DE TORNAR PÚBLICOS OS RESULTADOS**

Eu, Fábio Solon Tajra, autor do projeto de pesquisa intitulado “**ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES PIAUÍ**”, a ser realizada entre os anos de 2020 a 2022, declaro que, de acordo com as práticas editoriais e éticas, serão publicados os resultados da pesquisa em revistas científicas específicas, ou apresentados em reuniões científicas, congressos, jornadas etc., independentemente dos resultados serem favoráveis ou não.

---

**Prof. Fábio Solon Tajra**  
Coordenador da pesquisa

## **ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

(Elaborado de acordo com a Resolução 510/2016-CNS/CONEP)

**PROJETO:** “ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES PIAUÍ”. **PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Fábio Solon Tajra

**INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:** Universidade Federal do Piauí / Centro de Ciências da Saúde / Departamento de Medicina Comunitária.

Convidamos V.Sa. a participar dessa pesquisa científica, sob responsabilidade do pesquisador Fábio Solon Tajra, tendo por objetivo analisar os efeitos do processo de planificação no município de Miguel Alves Piauí.

Para realização deste trabalho, usaremos como métodos entrevistas com os técnicos e trabalhadores de saúde. A sua participação consistirá em responder algumas perguntas ao pesquisador do projeto de forma individual. A entrevista será gravada somente se houver sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de, aproximadamente, trinta minutos. Todo este material gravado será transcrito e armazenado, em arquivos digitais, mas somente terão acesso ao mesmo o pesquisador e seus orientandos. Além disso, aproveitamos para solicitar sua autorização para acessar o seu questionário.

Esclarecemos que manteremos em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Informamos também que após o término da pesquisa, serão destruídos de todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais como filmagens, fotos, gravações, etc., não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente.

Quanto aos riscos, a metodologia utilizada para a coleta de dados pode ocasionar algum constrangimento ou desconforto, uma vez que investigaremos sobre os efeitos ocasionados pelo processo de planificação. Caso você venha a sentir algo dentro desse padrão, comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências.

O benefício esperado com o resultado desta pesquisa é o de contribuir para a qualificação da atenção e gestão em saúde.

É importante informar que este Termo é redigido em duas vias, sendo uma via destinada a você (participante) e outra para o pesquisador. Vale ressaltar também que todas as páginas deverão ser rubricadas por você (participante da pesquisa) e pelo pesquisador responsável.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o (a) senhor (a) deve procurar o pesquisador:

Fábio Solon Tajra

Av. Frei Serafim, 2280 - Centro (Sul), Teresina - PI, 64000-020. Telefone Institucional / Fax: +55 (86) 3215-5851. Telefone pessoal: +55 (86) 99988-7591. E-mail: fstajra@hotmail.com Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI localizado no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. Telefone: 86 3237-2332. **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br.

Desde já, agradecemos sua participação.

Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**Prof. Fábio Solon Tajra**  
Coordenador da pesquisa

**ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
documento de identificação número \_\_\_\_\_,  
após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa intitulada “**ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES PIAUÍ**”, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Autorizo a gravação em áudio da entrevista por mim concedida: (\_\_\_)SIM (\_\_\_)NÃO

Local:

---

Assinatura do sujeito (ou responsável)

**Prof. Fábio Solon Tajra**

Coordenador da pesquisa

Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**ANEXO G – CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 e 510/2016-CNS/CONEP)

Ilmo Sr(a). \_\_\_\_\_

Solicito autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES PIAUÍ”** a ser realizada no gestor atual e os técnicos em exercício da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) pelo pesquisador Fábio Solon Tajra. O objetivo desta pesquisa é analisar os efeitos do processo de planificação no município de Miguel Alves Piauí. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 e 510/2016 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Prof. Fábio Solon Tajra**  
Coordenador da pesquisa

## ANEXO H – CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 e 510/2016-CNS/CONEP)

Aceito o pesquisador FÁBIO SOLON TAJRA da Universidade Federal do Piauí para desenvolver sua pesquisa intitulada “**ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES PIAUÍ**”. Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução no 466/2012 e 510/2016 CNS/CONEP;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

---

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

**ANEXO I – TERMO DE CONCESSÃO**

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 e 510/2016-CNS/CONEP)

Concedo o uso deste (a) instituição \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ao pesquisador FÁBIO SOLON  
TAJRA da Universidade Federal do Piauí para desenvolver sua pesquisa intitulada  
**“ANÁLISE DOS EFEITOS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE  
MIGUEL ALVES PIAUÍ”**. Este pesquisador deverá cumprir com as determinações  
éticas da Resolução no 466/2012 e 510/2016 CNS/CONEP, garantindo  
esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa e que não  
haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação  
dessa pesquisa. No caso do não cumprimento das garantias acima, terei a liberdade  
de revogar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa sem penalização  
alguma.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura e carimbo do responsável da instituição

## **ANEXO J – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Efeitos do processo de planificação no município de Miguel Alves, Piauí

**Pesquisador:** FÁBIO SOLON TAJRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55881622.8.0000.5214

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.382.204

**Apresentação do Projeto:** As informações dos documentos "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1853906.pdf" e "PROJETO\_DETALHADO.pdf" foram utilizadas para a apresentação do projeto.

**Responsável Principal:** FÁBIO SOLON TAJRA

**Assistente:** RAQUEL ALVES RIBEIRO

**Equipe de Pesquisa:** RAQUEL ALVES RIBEIRO e JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA

**Tamanho da Amostra no Brasil:** 40

### **Resumo**

"A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) é um instrumento norteador para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere à promoção e ao aperfeiçoamento da prestação de serviços nos diferentes níveis. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) determinou o processo de planejamento da APS, compreendida como porta de entrada para o SUS, através da Planificação de Atenção à Saúde (PAS), para que a organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na Rede de Atenção à Saúde (RAS) fosse efetivada no Brasil. Nesse propósito, a Planificação da APS, desenvolvida

pelo CONASS desde 2007, oportuniza a efetivação do papel estratégico da APS e propicia mudanças na prática e nos processos de trabalho dos profissionais da saúde e da gestão. Essa pesquisa emerge a problemática: quais são os efeitos do processo de Planificação no município de Miguel Alves, Piauí? Assim, objetiva analisar os efeitos do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no município de Miguel Alves, Piauí. Adotou-se como método a pesquisa qualitativa em saúde baseada por paradigmas interpretativos. A cidade de Miguel Alves é o cenário da pesquisa, no qual foram escolhidos dois grupos de participantes, sendo o primeiro composto por gestores (GG) e o segundo o grupo de profissionais da saúde do município (GPS). Como estratégia para produção dos dados, será utilizado um roteiro para entrevista semiestruturada. Destaca-se que as entrevistas serão agendadas previamente e realizadas pela pesquisadora reservadamente nas dependências do local de atuação dos profissionais. As entrevistas terão uma média de trinta minutos de duração, serão gravadas em áudio, transcritas e analisadas em blocos de três. Os dados serão arquivados em um drive para garantir o acesso a todos os pesquisadores. As transcrições serão compartilhadas para comentários e correções. Dentre os procedimentos de análise de dados, adotaremos o referencial teórico da hermenêutica de Gadamer (2015) associada às contribuições de Ricoeur (2009). Aqui, a análise e interpretação das narrativas se darão em três fases: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação. O projeto de pesquisa será encaminhado para o Comitê de Ética, tendo em vista a necessidade de atender aos princípios éticos."

### **Metodologia**

"Trata-se de uma pesquisa qualitativa em saúde (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2004) norteada pelo paradigma interpretativo que permitirá compreender os efeitos do processo de Planificação da APS no município de Miguel Alves, Piauí, a partir da percepção dos gestores e profissionais de saúde. Nesse enfoque, o objetivo é compreender significados que os atores implicados atribuem às dimensões de um programa ou serviço e como se realizam no cotidiano as ações, mediante discursos ou concepções sobre tais ações (DESLANDES; GOMES, 2004). O cenário do estudo será o município de Miguel Alves que faz parte da região meio norte do estado do Piauí e localiza-se a 110km da capital, Teresina. Situa-se no Território Entre Rios que integra a macrorregião do Meio Norte da Bacia do Parnaíba. A população gira em

torno de 34 mil habitantes (PLANAP, 2006). Principais agravos que acometem a população são as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, hanseníase, diabetes mellitus e tuberculose. O município conta com 14 Unidades Básicas, sendo 10 UBS na zona rural e 04 UBS na zona urbana, 14 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (eNASF-AP), SAMU e Dispõe uma Unidade Hospitalar e um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) Tipo I. Os participantes do estudo serão compostos por dois grupos. O primeiro grupo será denominado Grupo de Gestores (GG) que contará com o gestor municipal da saúde e os coordenadores. O segundo grupo compreenderá os profissionais de saúde (GPS) atuantes na APS. Os participantes serão recrutados por conveniência e de acordo com o interesse e a disponibilidade em participar da pesquisa até a saturação teórica (FONTANELLA et al, 2011). No campo metodológico, o conceito de saturação teórica vincula-se ao seguinte pressuposto: “quando se coletam dados qualitativos ocorre igualmente uma transferência de materiais (no caso, significações psicoculturais), que passariam de seu meio original (aquele em que se manifestam as particularidades psíquicas e socioculturais de indivíduos ou grupos) para outro meio (aquele do pesquisador)” (FONTANELLA; MAGDALENO JR, 2012, p. 64). Nesse encaixo, conforme os autores, o pesquisador, baseado em uma matriz teórica construída por meio do registro dos acessos desde a primeira coleta de dados, visualiza as particularidades dos sujeitos da pesquisa e, assim, a cada entrevista rótula as características visualizadas por categorias que lhe permitirão uma verificação visual da saturação. Como estratégia para produção dos dados, será utilizado um roteiro para entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Para Minayo (2014), o roteiro deverá funcionar como um guia para o andamento da interlocução deverá ser construído de forma que permita a flexibilidade nas conversas e que absorva novos temas e questões trazidas pelo participante como sendo de sua estrutura de relevância. Seguirá a proposta do Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) para garantir a transparência e completude desta produção (O'BRIEN et al., 2014; PATIAS; HOHENDORFF, 2019). Destaca-se que as entrevistas serão agendadas previamente e realizadas pela pesquisadora reservadamente nas dependências do local de atuação dos profissionais. As entrevistas terão uma média de trinta minutos de duração, serão gravadas em áudio, transcritas e analisadas em blocos de três. Os dados serão arquivados em um drive para garantir o acesso a todos os pesquisadores.

As transcrições serão compartilhadas para comentários e correções. Em todas as etapas do estudo serão respeitados os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que reporta sobre os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Destaca-se que a coleta de dados será constituída de forma a não expor os participantes, enfatizando que a participação somente ocorrerá após a discussão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)."

**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Primário:**

- Analisar os efeitos do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no município de Miguel Alves, Piauí.

**Objetivos Secundários:**

- Descrever a percepção dos gestores e profissionais da saúde de Miguel Alves quanto ao processo de planificação da Atenção Primária à Saúde.
- Identificar os desafios e possibilidades do ponto de vista dos gestores e profissionais da saúde de Miguel Alves em relação à experiência de planificação da Atenção Primária à Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:****Retirados dos documentos:** Informações Básicas do Projeto

**Riscos:** Os riscos da pesquisa serão mínimos e indiretos, como constrangimento e insegurança. No entanto, será oferecida uma escuta atenta aos profissionais da pesquisa e, caso sintam-se incomodados, podem desistir do estudo a qualquer momento.

**Benefícios:** Os benefícios, sob à percepção dos gestores e trabalhadores de saúde sobre planificação, impliquem em melhorias para APS.

Retirados do documento TCLE Riscos e Benefícios "Esclareço que esta pesquisa acarreta os seguintes riscos, como constrangimento e insegurança. Contudo, espera-se que os benefícios, sob à percepção dos gestores e trabalhadores de saúde sobre

planificação, impliquem em melhorias para Atenção Primária em Saúde. No entanto, será oferecida uma escuta atenta aos profissionais da pesquisa e, caso sintam-se incomodados, porém os mesmos serão contornados. Caso você venha a sentir algo dentro desse padrão, comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências, dentre elas: contatar o estabelecimento de saúde de nível básico para o acompanhamento através dos serviços oferecidos no município, com apoio de psicólogos. O pesquisador é responsável para acompanhar e direcionar o participante aos serviços necessários. Além disso, o ambiente será preparado com água, lenço e, para evitar o risco de contaminação pelo vírus da COVID 19, algumas medidas de precaução serão tomadas: a entrevista será realizada individualmente, de preferência em local aberto e ventilado, manutenção do distanciamento seguro (pelo menos 1 metro) entre pesquisador e participante, disponibilidade de álcool gel 70% e uso obrigatório de EPI no momento da realização da produção de dados. Como forma de assistência, os pesquisadores se colocam à disposição em tempo integral para esclarecimento de eventuais dúvidas que possam surgir sobre a pesquisa."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** Pesquisa exequível e relevante para o tema estudado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** Todos os termos foram anexados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** Na análise anterior (Número do Parecer: 5.303.150) havíamos elencado as seguintes pendências, que serão descritas com o status de "PENDÊNCIA SANADA" ou PENDÊNCIA NÃO SANADA".

1- No TCLE (recomendamos a utilização do modelo que consta em nossa página eletrônica):

a) O documento deve ser paginado de forma sequenciada, conforme consta no modelo de TCLE disponibilizado em nossa página eletrônica (<https://www.ufpi.br/orientacoes-cep>);

Parecer sobre a versão atual: PENDÊNCIA SANADA. O documento está paginado, conforme solicitado.

b) Devem constar informações sobre indenização, ressarcimento e assistência integral aos participantes da pesquisa.



**Parecer sobre a versão atual:** PENDÊNCIA SANADA. As garantias de indenização, ressarcimento e assistência integral foram adicionados ao TCLE.

c) As informações referentes ao CEP devem ser atualizadas, uma vez que consta o vínculo à PROPESQI e não à reitoria, instância à qual este CEP é institucionalmente vinculado.

**Parecer sobre a versão atual:** PENDÊNCIA SANADA. As informações foram corrigidas.

2- Além da descrição dos riscos no TCLE, deve-se descrever quais estratégias poderão ser utilizadas para contornar tais riscos (exemplo: as entrevistas podem ser realizadas em ambiente protegido); Ademais, solicita-se que haja padronização no texto de descrição dos riscos e benefícios em todos os documentos anexados à plataforma Brasil;

**Parecer sobre a versão atual:** PENDÊNCIA SANADA. Os pesquisadores acrescentaram estratégias para contornar os eventuais riscos.

3- Excepcionalmente em razão da condição sanitária imposta pela pandemia de Covid-19, este CEP está aceitando documentos com assinaturas digitalizadas, contudo, os pesquisadores devem anexar um Termo de Compromisso com a entrega dos documentos com as assinaturas originais, tão logo seja possível, conforme consta nas orientações em nossa página eletrônica.

**Parecer sobre a versão atual:** PENDÊNCIA SANADA. Uma carta de compromisso foi anexada.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa.

Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

• Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS

PARCIAIS (semestrais) e FINAL. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de “notificação”;

- Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.
- Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.
- O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Tipo de Documento</b>	<b>Arquivo</b>	<b>Data</b>	<b>Postagem</b>	<b>Situação</b>
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1853906.pdf	12/04/2022 21:04:50	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/04/2022 21:02:18	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	11/02/2022 17:56:41	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto.pdf	11/02/2022 17:51:54	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_Raquels.pdf	12/04/2022 21:00:02	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_Joses.pdf	12/04/2022 20:59:29	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_Fabios.pdf	12/04/2022 20:55:51	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Outros	CARTA_DE_COMPROMISSO.pdf	12/04/2022 20:49:18	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Outros	declaracao_instituicao.pdf	12/02/2022 18:10:54	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Outros	DECLARACAODETORNARPUBLICOS_RESULTADOS.pdf	11/02/2022 21:46:56	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Outros	TERMODE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	11/02/2022 21:35:24	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Outros	CARTADEENCAMINHAMENTODOPESQUISADORAO_CEP.pdf	11/02/2022 21:32:58	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado /Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	11/02/2022 22:27:17	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito
TCLE/ Termos de Assentimento/ Justificativa de Ausência	TCLER.pdf	12/04/2022 20:45:39	RAQUEL ALVES RIBEIRO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 02 de Maio de 2022

---

Assinado por:  
**Emidio Marques de Matos Neto(Coordenador(a))**