

Ed. 6 | Setembro de 2024

# PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - CE

Demandas e desafios para tornar  
a Atenção Primária em Saúde  
[co]ordenadora do cuidado

Daniele Muniz  
Erika Lopes  
Kassia Bobadilla



# RESUMO

O presente Texto para Discussão traz os principais destaques da etapa diagnóstica da avaliação qualitativa da iniciativa de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no estado do Ceará, realizada entre dezembro de 2023 e fevereiro de 2024. A partir de entrevistas semiestruturadas com gestores e técnicos da rede da Secretaria de Saúde do Estado (Sesa) e das instâncias descentralizadas de saúde, buscamos levantar informações sobre a infraestrutura, atendimento e acompanhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Ceará, mapeando as principais demandas e desafios neste sentido. Uma vez que esta se trata de uma avaliação *ex ante* (antes do início da intervenção), também tratamos de mapear os anseios e expectativas dos profissionais antes do projeto, enquanto o que esperam no rol de mudanças e transformações que a Planificação pode prover ao trabalho cotidiano que realizam e na rede de atenção em saúde, de maneira geral.

**Palavras-chave:** atenção primária em saúde (APS), avaliação qualitativa, planificação da atenção à saúde (PAS)

## **SOBRE OS AUTORES:**

**Daniele Muniz:** Analista de Monitoramento e Avaliação na Umame, Graduada em Economia (PUC-SP) e Mestre em Economia (UFRJ).

**Erika de Souza Lopes:** Especialista em Monitoramento e Avaliação na Umame, Economista (PUC-SP), Mestre em Desenvolvimento Econômico (Unicamp) e Doutora em Educação (USP).

**Kassia Bobadilla:** Sócia-consultora da Lab & Tal, Gestora de Política Públicas (USP), Especialista em Psicossociologia da Juventude (FESPSP) e Mestre em Ciências Sociais (Unifesp).

# INTRODUÇÃO

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) trata-se de uma iniciativa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) para a organização dos processos de trabalho das unidades de saúde e para a promoção da integração das atenções Primária e Especializada. Presente em 25 regiões de saúde de 11 estados (VILAÇA MENDES et al., 2019), a proposta consolida-se como a contribuição do Conass para a mudança do modelo de atenção vigente e implementação das Redes de Atenção à Saúde.

Essa estratégia de PAS é baseada em uma proposta teórico-metodológica, desenhada para formação de redes de atenção à saúde; e consiste em implantar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado por Mendes, para o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos modelos de Determinantes Sociais da Saúde, de Dahlgren e Whitehead (1991), Cuidados Crônicos, de Wagner (1998), e Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente. Tem-se, portanto, a PAS como um potente instrumento de gestão, planejamento e organização tanto da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), tendo como objetivo apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde, na organização dos macroprocessos da APS e da AAE. Para isso, desenvolve a competência das equipes de atenção à saúde, qualificando o serviço, mudando o seu *modus operandi*, integrando os profissionais dos diver-

sos níveis de atenção, contribuindo para a recuperação da satisfação dos usuários, razão de ser de todo sistema de saúde (MENDES, 2011).

Enquanto principais linhas de ação para a PAS no Ceará, a qual detém um horizonte de tempo de três anos de implementação e execução, estão previstas: a) realização de oficinas de planificação; b) desenvolvimento e/ou customização de materiais/informações no campo da saúde.

Amparada neste escopo e horizonte de atuação, a avaliação ex ante externa ao programa, e de caráter diagnóstico e qualitativo, tinha como principal objetivo coletar informações sobre a rede de saúde no estado do Ceará e seu atendimento nas regiões e macrorregiões, identificando a atual situação dos macro e micro processos da Atenção Primária à Saúde (APS), seu funcionamento, assim como os desafios, problemas e potencialidades nesse sentido.

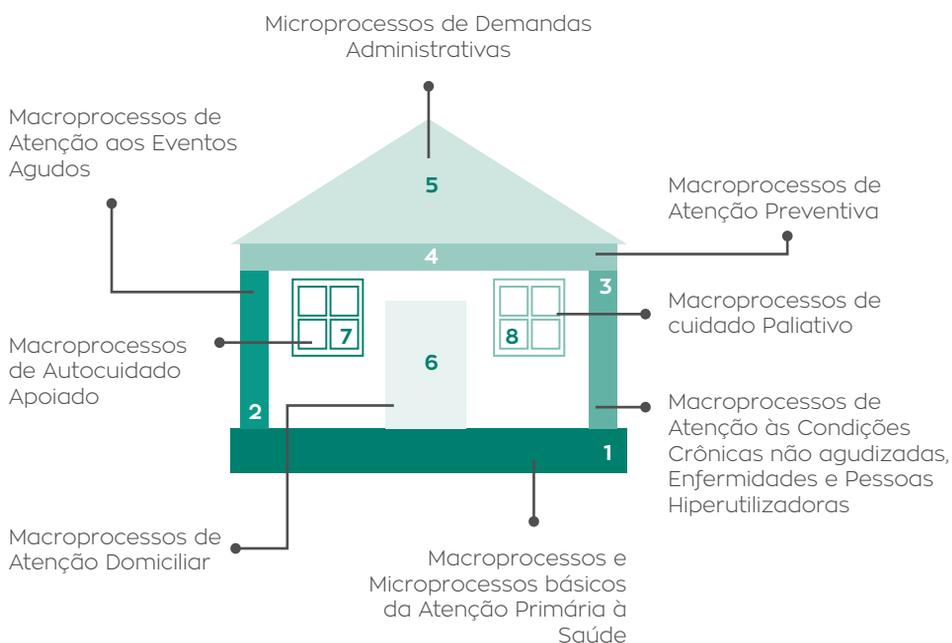
Uma vez estabelecido que o público da PAS no Ceará envolve, estrategicamente, gestores da Sesa, Superintendências de Saúde das Macrorregiões<sup>1</sup> e Coordenadorias de Área Descentralizada de Saúde (COADS)<sup>2</sup>, para posteriormente chegar até as suas equipes, que atuam nos territórios, estes gestores atuaram como os principais interlocutores da etapa diagnóstica da avaliação. Nesse sentido, a entrevista qualitativa foi adotada como principal método de pesquisa, sendo “capaz de elucidar realidades sociais, mas, principalmente, como instrumento privilegiado de acesso à experiência dos interlocutores” (POUPART, 2008, p.17).

1 No sistema de saúde do Ceará, as Superintendências de Saúde são estruturas administrativas responsáveis por gerir as macrorregiões de saúde, que abrangem vários municípios agrupados com o objetivo de otimizar a oferta e gestão dos serviços de saúde de forma integrada. Cada macrorregião é gerida por uma Superintendência de Saúde, que coordena os serviços e recursos dentro de sua área de atuação.

2 As COADS são responsáveis pelas regiões de saúde, que são divisões menores dentro das macrorregiões, criadas para organizar a assistência e promover a integração entre os municípios em níveis mais locais.

Foram realizadas 29 entrevistas à distância, no formato online (via Google Meet) ou por telefone, entre os meses de novembro de 2023 e janeiro de 2024, contando com a participação de 33 profissionais. Os nomes dos entrevistados foram ocultados e preservados, prezando por princípios éticos de pesquisa e avaliação, assim como o serão ao longo da apresentação dos trechos de falas que corroboram com os achados da etapa diagnóstica nas demais seções deste texto. Ainda que seja possível identificar a vinculação institucional de alguns ao longo dos trechos selecionados, mantivemos isso somente à medida que não os colocavam em alguma situação delicada ou de exposição desnecessária.

Como referência e principal material orientador para a elaboração do roteiro de entrevista foi utilizada a publicação *“A Construção Social da Atenção Primária à Saúde - 2ª edição”*, organizada pelo Conass, cuja metáfora da construção de uma casa, conforme observado na figura abaixo, retrata quais são os principais processos sobre os quais a Planificação visa incidir, e que inspiraram a construção de questões específicas do roteiro.



**“Primeiro, há que se construir um alicerce que garantirá a solidez da APS. Isso significará implantar mudanças estruturais e de macro e microprocessos da APS. A partir desse alicerce vão se edificando as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela.”**  
**(Mendes et al., 2019)**

Coletamos informações, portanto, a partir dos seguintes temas delineados:

- **Perfil:** informações sobre os entrevistados - formação, atuação e experiência;
- **Contexto [elementos constitutivos da RAS - Rede de Atenção em Saúde]:** perfil da macro/região; população atendida; demandas da APS; gestão e coordenação do SUS; condições de saúde mais desafiadoras;
- **Sobre a Planificação [processos]:** atual situação de oito processos da APS - 1) estrutura da APS e AAE; 2) macroprocessos básicos da APS; 3) microprocessos básicos da APS; 4) macroprocessos da atenção preventiva; 5) macroprocessos das demandas administrativas; 6) macroprocessos de atenção domiciliar; 7) autocuidado apoiado; e 8) cuidados paliativos;
- **Expectativas:** Expectativas e demandas dos participantes em relação à Planificação da Atenção em Saúde no Ceará.

Nas seções a seguir, apresentamos os principais destaques da etapa diagnóstica, no que tange a informações, visões e percepções dos entrevistados sobre os aspectos mencionados acima, como também análises da equipe de avaliação que sinalizam pontos importantes sobre os quais a Planificação deparar-se-á.

# CONTEXTUALIZANDO OS RESULTADOS

## Estrutura da rede e demandas das macrorregiões de saúde

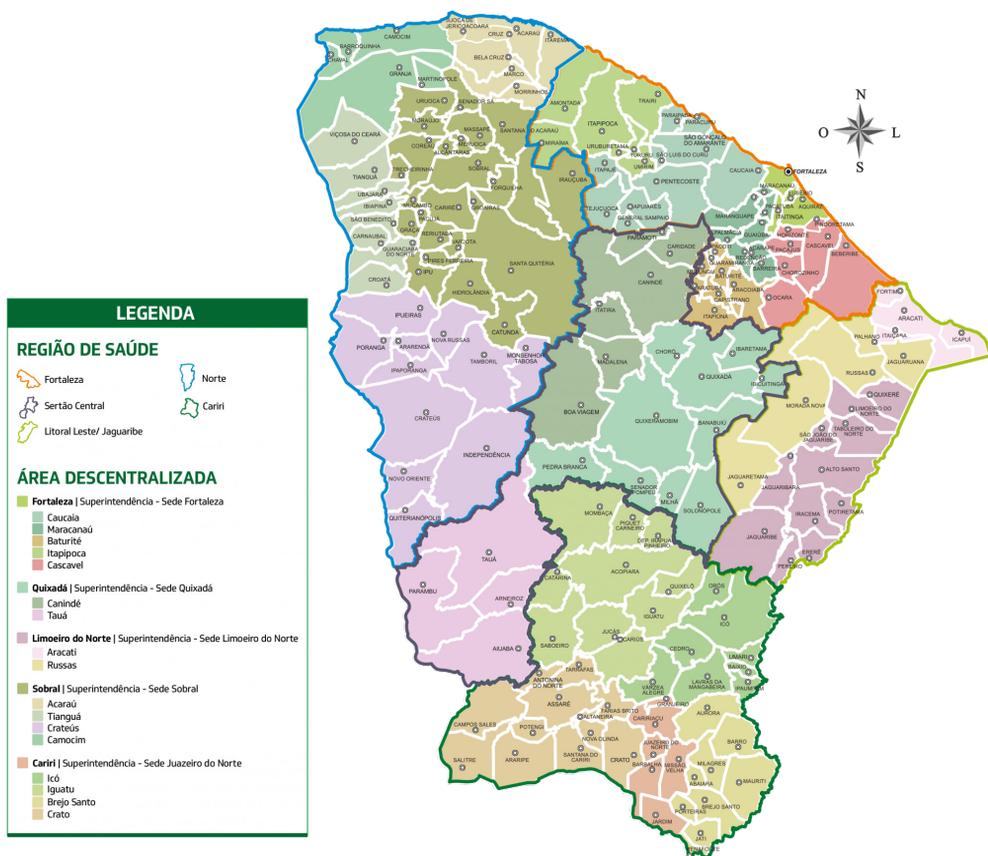
O sistema de saúde do estado do Ceará detém três níveis e instâncias de gestão: a Sesa (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará); as Superintendências Regionais e as Coordenadorias das Áreas Descentralizadas de Saúde (COADS). Sendo que estas duas últimas estão distribuídas em cinco regiões (ou macrorregiões) e 22 áreas descentralizadas (ou regiões) de saúde, respectivamente.

Tal estrutura representa os esforços do processo de regionalização da política de saúde no estado, iniciado nos anos 2000, e que é reconhecida como uma das fortalezas da gestão da saúde, quando não, motivo de orgulho de boa parte dos entrevistados. A autonomia das regiões e possibilidade de focalização e atendimento de demandas específicas de saúde da população são alguns dos trunfos mais importantes atribuídos a este processo.

“A gente tem uma rede, talvez, uma das melhores estruturas do país, porque de forma regionalizada, destaca-se. Porque a partir de 2000, o governo entendeu que desconcentrar os equipamentos da média e alta complexidade daqui do estado do Ceará, de Fortaleza, para o interior. Então, a gente ampliou com quatro hospitais macrorregionais, assim como também 22 policlínicas e 22 CEUS regionais, assim como também cobertura de 100% do SAMU.” *[Gestor da SESA]*

“Olha, aqui no estado do Ceará a gente teve uma mudança recente, que é o processo da gente fazer a regionalização do sistema único de saúde. Aqui se dividiu o estado do Ceará em cinco regiões de saúde, onde cada região de saúde, através da sua superintendência, digamos que tem a sua autonomia no SUS e com isso, a gente vai ter uma leitura da sua especificidade regional, porque nós temos regiões que quando você olha o perfil epidemiológico daquela região, você vai identificar agravos em uma quantidade maior e em uma outra região você vai identificar outros agravos. Então, o processo hoje de gestão, no SUS do Ceará, está se dando de forma regionalizada, com uma autonomia regional, tanto que nós trabalhamos nesse processo de regionalização, fortalecimento dessas redes de atenção que hoje estão postas dentro da estrutura de gestão e com a visão de você identificar dentro do seu território os pontos de atenção de saúde que você vai ter por conta da atenção primária, da atenção especializada, da atenção terciária.” *[Gestora de COADS]*

As cinco superintendências (macrorregiões de saúde) são: Fortaleza (SRFOR), Norte (SRNOR), Cariri (SRSUL), Sertão Central (SRCEN) e Litoral Leste/Jaguaribe (SRLES). Todas são responsáveis por implementar as políticas de saúde do Estado, organizando processos e articulando atores-chaves em um modelo de governança compartilhada. Além disso, também é função de cada uma implantar as diretrizes do Plano Regional de Saúde (PRS), conforme a Lei Estadual 17.006/2019, coordenar e monitorar a gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de recursos humanos necessários ao funcionamento da região sob sua competência.



Fonte: SESA, s.d.

Já as áreas descentralizadas (regiões de saúde) representam 22 territórios, divididos em: Acaraú, Aracati, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Cascavel, Caucaia, Crateús, Crato, Fortaleza, Icó, Iguatu, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maracanaú, Quixadá, Russas, Sobral, Tauá e Tianguá. Às coordenadorias das ADSs (COADS) compete, entre as principais atribuições, coordenar, articular e organizar o sistema de saúde na área circunscrita.

As divisões entre Superintendências, COADS e municípios pertencentes a elas seguem na tabela a seguir:

<b>Superintendência Regional</b>	<b>Área Descentralizada</b>	<b>Municípios</b>
Fortaleza	Fortaleza	Fortaleza, Eusébio, Aquiraz e Itaitinga
Fortaleza	Caucaia	Caucaia, São Gonçalo do Amarante, Paracuru, Paraipaba, São Luís do Curu , Pentecoste, Apuiarés, General Sampaio, Tejuçuoca e Itapajé
Fortaleza	Maracanaú	Maracanaú, Pacatuba, Maranguape, Palmácia, Guaiúba, Acarape, Redenção e Barreira
Fortaleza	Baturité	Baturité, Pacoti, Guaramiranga, Mulungu, Aracoiaba, Aratuba, Capistrano e Itapiúna
Fortaleza	Itapipoca	Itapipoca, Trairi, Tururu, Umirim, Uruburetama, Amontada e Miraíma
Fortaleza	Beberibe	Beberibe, Cascavel, Pindoretama, Horizonte, Pacajus, Chorozinho e Ocara
Sertão Central	Quixadá	Quixadá, Choró, Ibaretama, Ibicuitinga, Quixeramobim, Banabuiú, Pedra Branca, Senador Pompeu e Milhã
Sertão Central	Canindé	Canindé, Caridade, Paramoti, Itatira, Madalena e Boa Viagem
Sertão Central	Tauá	Tauá, Parambu, Aiuaba e Arneiroz
Litoral Leste	Limoeiro do Norte	Limoeiro do Norte, Quixeré, Tabuleiro do Norte, São João do Jaguaribe, Alto Santo, Jaguaribara, Iracema, Potiretama, Jaguaribe, Pereiro e Ereré
Litoral Leste	Aracati	Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba
Litoral Leste	Russas	Russas, Morada Nova, Palhano, Jaguaratama e Jaguaruana

Norte	Sobral	Sobral, Senador Sá, Uruoca, Santana do, Acaraú, Massapê, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Coreaú, Frecheirinha, Alcântaras, Forquilha, Irauçuba, Santa Quitéria, Catunda, Hidrolândia, Ipu, Pires Ferreira, Reriutaba, Graça, Varjota, Pacujá, Cariré e Groaíras
Norte	Acaraú	Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco e Morrinhos
Norte	Tianguá	Tianguá, Ubajara, Viçosa do Ceará, São Benedito, Ibiapina, Carnaubal, Croatá e Guaraciaba do Norte
Norte	Crateús	Crateús, Ipueiras, Poranga, Quiterianópolis, Nova Russas, Novo Oriente, Independência, Ipporanga, Tamboril, Monsenhor Tabosa e Ararendá
Norte	Camocim	Camocim, Barroquinha, Chaval, Martinópole e Granja
Cariri	Juazeiro do Norte	Juazeiro do Norte, Granjeiro, Caririacaçu, Barbalha, Missão Velha e Jardim
Cariri	Icó	Icó, Orós, Cedro, Várzea Alegre, Lavras da Mangabeira, Umari, Baixio e Ipaumirim
Cariri	Brejo Santo	Brejo Santo, Aurora, Barro, Milagres, Abaiara, Mauriti, Jati, Penaforte e Porteiras
Cariri	Crato	Crato, Campos Sales, Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri e Tarrafas

Enquanto instrumento importante de gestão regionalizada estão os Planos de Saúde Regionais (PSRs), que são base para as políticas e ações de saúde nas regiões, elaborados a partir de uma construção coletiva com representação dos entes federados (União, estado e municípios), sociedade civil, trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), conselhos de Saúde e atores implicados no processo. A elaboração dos planos ocorreu pela primeira vez no último ano, tendo como foco o período de 2024 a 2027. Esses estabelecem diretrizes e prioridades sanitárias na gestão da saúde para cada uma das cinco regionais, e que deverão nortear todas as políticas de saúde a serem implementadas pela Sesa e que também serviram como base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, priorizando as necessidades e especificidades regionais, como ressaltaram os entrevistados.

***“Hoje, dentro desse processo da regionalização, a gente tem tido aspectos importantes de você ter, por exemplo, foi entregue já esse ano, os planos regionais de cada uma das regiões de saúde do estado do Ceará e isso é uma pauta importante, porque no momento que houve essa construção, ela foi uma construção muito bem discutida, a nível de regiões de saúde, de atores que participam desse processo, para que você tenha ali... qual é a minha proposta dentro dessa região de saúde, qual é o meu quadro epidemiológico, quais são os agravos que nós não queremos ter mais, onde a gente precisa implementar mais, seja na atenção primária, na especializada, na terciária.” [Gestora da Sesa]***

Outro arranjo importante na estrutura da rede de saúde cearense são os consórcios públicos. Conforme disposto no Manual de Orientação dos Consórcios Públicos em Saúde no Ceará, esses são instrumentos de suporte ao fortalecimento da gestão, de forma descentralizada, no apoio à organização e prestação de serviços públicos. Consistem na união entre dois ou mais entes da federação, sem fins lucrativos, com a finalidade de prestar serviços e desenvolver ações conjuntas que visem o interesse coletivo e benefícios públicos. Dessa forma, configuraram-se enquanto uma forma de cooperação federativa, com transferência e compartilhamento total ou parcial de encargos, bens, serviços e pessoal, de acordo com os objetivos estabelecidos nos contratos de programa e de rateio. Estes foram lembrados e citados como estruturas importantes de gestão em pelo menos um terço das entrevistas.

**“O consórcio, quando bem gerido, quando bem compreendido, pode representar um modelo de gestão que dá respostas muitíssimo positivas para o território. Sobretudo para aquele aglomerado de municípios, aqueles municípios que, de repente, são pequenos, e que a gente não tem realmente uma alternativa senão somar os esforços, inclusive financeiros, para que a gente possa prover um determinado serviço. Seja de atenção especializada, seja de compra de serviço, seja de compra de medicamentos, seja de transporte sanitário, enfim. [...] Então o consórcio, ele está associado, a meu ver, com a capacidade de governança da região. Mas essa governança deve ser estruturada. Ela precisa ser compreendida não somente no seu aspecto conceitual, mas sobretudo no seu aspecto operacional.”** *[Gestor da Sesa]*

Em relação às características sociodemográficas das macrorregiões, observou-se pelos entrevistados um aumento da população idosa em todo o estado, com redução da taxa de natalidade. Já no que concerne às prioridades sanitárias das macrorregiões e linhas de cuidado já existentes, observou-se que, em linhas gerais, prevalecem entre as demandas e prioridades sanitárias, as relacionadas ao atendimento obstétrico e neonatal, oncologia e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas (hipertensão e diabetes).



**Linhas de cuidado** na área da saúde são estratégias organizativas que visam integrar e coordenar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, centradas nas necessidades dos pacientes. Elas buscam garantir a continuidade e a integralidade do atendimento, envolvendo diversos níveis de atenção e profissionais, para proporcionar um cuidado mais eficaz e eficiente. Esse enfoque facilita a comunicação entre os serviços de saúde e melhora os resultados clínicos e a satisfação dos pacientes (SILVA et al., 2015).

**Prioridades sanitárias** são áreas ou problemas de saúde pública identificados como mais urgentes e importantes, demandando atenção e recursos imediatos para prevenção, controle e tratamento. Essas prioridades são definidas com base em critérios como a magnitude do problema, sua gravidade, potencial de disseminação e impacto socioeconômico. O estabelecimento de prioridades sanitárias visa otimizar a alocação de recursos e esforços, promovendo ações mais efetivas para a melhoria da saúde da população (CECÍLIO, 2011).

As prioridades de cada uma das macrorregiões encontram-se sintetizadas nas falas presentes no quadro a seguir:



## **SRNOR - SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO NORTE:**

*“Então, dentre as prioridades sanitárias aqui na nossa região, vou citar, porque a gente trabalhava também por redes de atenção. Então, a gente tem a rede de atenção materno infantil, a rede de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial, da pessoa com deficiência, as linhas de cuidado com pacientes crônicos e ao paciente oncológico. Então, a nossa prioridade sanitária, com relação a rede da saúde materno infantil, foi a redução da mortalidade materna infantil com reestruturação e uma articulação dos pontos da rede, favorecendo essa articulação, favorecendo o transporte sanitário, a regulação. Com a nossa rede de urgência e emergência, a nossa prioridade foi ampliação, a descentralização e a qualificação dos atendimentos de urgência e emergência. Inclui o SAMU, inclui a qualificação dos hospitais na nossa região, toda rede hospitalar desde o hospital polo, os estratégicos, de pequeno porte. Na rede de atenção psicossocial foi qualificar e ampliar a rede de atenção psicossocial, o CAPS. Na rede da pessoa com deficiência é implantar e ampliar os serviços para dar conta, o centro de especialidades de reabilitação, que são CER, na nossa região que, até o momento, a gente só tem aqui na área descentralizada de Sobral. Nas condições crônicas expandir serviço de atendimento as condições crônicas. Então, desde a identificação precoce das condições crônicas, o acompanhamento, tratamento. A prevenção dos pré-diabéticos, das cardiopatias. Tratar toda essa linha do paciente crônico e o paciente oncológico, como eu disse para vocês, é uma prioridade, a gente tem observado um aumento considerável aqui na nossa região.”*

*[Entrevista com gestor de Superintendência]*

### **SRFOR - SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE FORTALEZA**



*“A rede materna e infantil, a rede de cuidado de pessoas com deficiência, a rede e atenção psicossocial, a rede de atenção de urgências e emergências. A linha de cuidado de pacientes com doenças transmissíveis e a linha de cuidado do paciente oncológico. (...). São quatro redes e duas linhas de cuidados.”*

*[Entrevista com gestor de Superintendência]*

### **SRSUL - SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DO CARIRI**



*“A primeira prioridade sanitária foi dentro da rede Cegonha, que era reduzir a mortalidade materna e infantil. A gente tem morte materna e infantil, alta incidência de sífilis congênita. Dentro da RUE, a prioridade sanitária foi reduzir a mortalidade por AVC e IAM e por causas externas com ênfase no feminicídio, por causa desse cenário que a gente tem aqui. Dentro da região tem a questão de reduzir a morte e mortalidade com doença crônica não transmissível, com foco na linha da oncologia. Tem o CAPS, em que a prioridade sanitária seria implementar, a partir da articulação com diferentes pontos de atenção psicossocial. E tem a rede da pessoa com deficiência que a prioridade é implementar a rede com ênfase no cuidado da pessoa com deficiência intelectual.”*

*[Entrevista com gestor de Superintendência]*



## **SRLES - SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE LITORAL LESTE/ JAGUARIBE:**

*Mas hoje, em especial, a nossa região aqui, em termos de demandas de saúde, o que é mais crítico para nós hoje é a questão da atenção materna e infantil. Nós éramos a região, até o passado, podemos dizer, que concentrava, a nível de Estado, os maiores vazios assistenciais. Nós, só para você ter uma noção, nós não tínhamos, até 2019, nenhum leito de UTI nessa região. Nós dependíamos, totalmente, toda a atenção terciária de Fortaleza. E em pouco tempo, a gente teve um crescimento bem intenso, em termos de abertura de serviços, com a abertura do Hospital Regional do Vale do Jaguaribe que é sediado aqui no Limoeiro do Norte.(...). Porque para nossa região, os cânceres, eles representam também o problema muito sério. Se você olhar a nossa taxa de mortalidade, em vários anos, ela vai estar como segunda causa de morte. É um dado que se diferencia de outras regiões do próprio país. Nós ainda não temos leitos de UTI pediátrico, nem neonatal, e não temos também a atenção no que se refere ao parto da gestante de alto risco. A gente ainda depende de outras regiões. Tudo que se refere à atenção primária, a gente também sabe que temos avançado, temos tentado melhorar em muitas ações, mas eu reconheço que enquanto região e eu penso que essa fala pode ser estendida também a nível de Estado. (...) Diabéticos e hipertensos, eles estão nas nossas prioridades sanitárias. A gente reconhece que essas doenças crônicas, elas são meio silenciosas, mas elas sobrecarregam os serviços.”*

*[Entrevista com gestor de Superintendência]*

**SRCEN - SUPERINTENDÊNCIA  
DA REGIÃO DE SERTÃO  
CENTRAL:**



*“Dado os índices que a gente tem aqui na nossa região, a gente escolheu como meta trabalhar a redução de mortalidade infantil, trabalharmos também a questão da saúde mental, principalmente pós-covid, inclusive, esse tema a gente tem trabalhado muito agora nos últimos dias com a Secretaria de Saúde do Estado. Ela veio aqui trabalhar isso para a gente montar um plano de trabalho com relação à saúde mental aqui na nossa região. E a gente acha que a gente tem ainda essa fragilidade a ser trabalhada, mas, graças a deus, agora um PAC injetou recursos para a construção de parques, parques infantis. A gente tem aqui uma fragilidade, um vazio assistencial muito grande. E a gente tem se planejado com relação a isso junto com os municípios e as secretarias. Outro ponto que a gente tem trabalhado muito é a oncologia. Se juntaram duas superintendências para resolver e zerar a fila da oncologia, o Setor Central e o Litoral Leste.”*  
*[Entrevista com gestor de Superintendência]*



# DESAFIOS COLOCADOS À PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO CEARÁ

Na planificação dos processos da Atenção à Saúde, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), busca-se organizar e reorganizar conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS. (MENDES, 2011).

A APS, na perspectiva das RAS, tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três funções: a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Conforme preconiza a publicação “A Construção Social da Atenção Primária à Saúde”: *“Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Só, assim, ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS.”* (MENDES et al., 2019, p.16).

Isso pressupõe uma forma de organização e reorganização dos processos que articula e integra a APS aos demais níveis de atenção, sobretudo, em nível secundário, com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Isso envolve não somente a revisão de fluxos e protocolos, mas, principalmente, a articulação entre equipes, sistemas e uma visão mais sistêmica no que compete o cuidado com o usuário do sistema de saúde.

Nesse sentido, perguntamos focalmente aos entrevistados que representavam a Sesa e as Superintendências se eles visualizavam a existência dessa integração entre APS e AAE e se essa articulação aconteceria de forma efetiva e eficiente. Dos 12 entrevistados, nenhum respondeu positivamente para essa questão e, na percepção de boa parte deles, este seria um dos problemas mais delicados sob o qual a Planificação deveria incidir. Alguns esforços já teriam sido mobilizados nesta direção e, no caso específico do estado, muitos veem o modelo e estrutura padronizada das policlínicas na atenção especializada como um facilitador nesse sentido.

**“Gargalo, eu acho que é a questão dessa comunicação entre atenção básica e a parte especializada hospitalar. Eu acho que tem um gargalo, tem um gap, tem uma distância, não consegue se comunicar para estar demandando e o que demandar ter algum retorno. Acho que tem isso muito na parte das gestantes, elas não conseguem ter uma vinculação boa da parte do PSF com o lugar que ela vai ter o parto. Muitas vezes ela chega no hospital, na casa de parto, ela chega e o pessoal nem reconhece, nem sabe quem ela é. Eu creio que essa comunicação precisa muito ser melhorada, a comunicação que é falha, muito falha. Eu acho que também está ligado a parte de se organizar, sobre quem faz esse link entre a mulher com a unidade básica ou o negócio que está lá. Está faltando alguém que faça essa organização, essa vinculação firme para que aconteça.”**

*[Gestor de Superintendência]*

Complementar a isso, dois pontos ainda poderiam ser melhorados: o fluxo do paciente no sistema de saúde como um todo, e a classificação e estratificação de risco de pacientes. Em paralelo, também deveria ocorrer um processo de “conscientização” e “educação” dos usuários sobre a função dos equipamentos de saúde, que poderia também ajudar a reduzir a sobrecarga de alguns e a focalização do atendimento dentro do que cada um se vincula na atenção à saúde. Alguns exemplos de condições de saúde são citados e ilustram tais problemas.

***“Eu vejo assim, por exemplo, aqui no Ceará, né? O que eu percebo é que, por exemplo, as síndromes respiratórias, o pessoal vai pra UPA, porque tem a possibilidade de se vincular a uma COVID ou a uma outra doença mais grave. A Dengue, a Unidade Básica de Saúde tem condições de acompanhar isso daí. Só que eu vejo pacientes indo pra UPA mais quando eles estão se sentindo muito fracos, alguma coisa desse tipo. (...) Agora, a unidade especializada, eu vejo que, assim, a compreensão que eu tenho, né, quando eu falo da unidade especializada, eu tô falando de clínicas ou ambulatórios, né, daqueles hospitais que estão fazendo algum atendimento dessa demanda, né, porque a realidade aqui no Ceará é que você ainda tem hospitais, né, com atendimento ambulatorial, que às vezes é de seguimento de paciente dele e às vezes é da atenção mesmo da regulação geral. Então, assim, eu vejo que eu, a cada um, teria um perfil para ele atender. Por exemplo, para dengue, não tem sentido ir lá, eu estou com dengue, estou só febril, estou bem, eu ir lá pra UPA, eu poderia ir no posto de saúde, porque não é um caso grave. Eu sei que a minha vizinhança toda está com dengue, eu peguei também. E lá na UBS você tem toda a condição de fazer um acompanhamento.”***

*[Gestora da Sesa]*

E o que eu acho que poderia ser melhorado é o que a gente tem tentado fazer hoje e temos avançado, mas eu percebo que ainda podemos melhorar. É a questão do fluxo desse paciente. Como assim? A gente percebe que se tratando, por exemplo, de gestante de alto risco. A questão primária precisa reconhecer e saber classificar direitinho quem é essa gestante. Porque quando essa classificação não é bem feita vai uma gestante sem ter critério para a policlínica e acaba tirando a vaga de uma outra gestante que precisa desse agendamento e compromete o serviço. Não por falha, não por má vontade do profissional, mas, às vezes, pela falta de conhecimento no que se refere à classificação dessas gestantes. Então, a gente percebe que pode ser melhorada ainda a informação para apoiar a classificação desses pacientes que seguem para o serviço de atenção especializada.”

*[Gestor de Superintendência]*

“A maioria da nossa demanda na UBS é programada, agendada, mas também existe procura na atenção primária pela parte de emergência. A gente está conseguindo reduzir isso. Foi mais um trabalho educacional que precisou ser feito, dessa conscientização da população, que a atenção primária tem esse objetivo de programação, de uma atuação preventiva. Então, a gente já está conseguindo melhorar. Nossa demanda maior está sendo programada, apesar de ainda existir, sim, procura pela parte emergencial, muitas vezes.”

*[Gestora de COADS]*

O grau de resolubilidade dessas questões estaria bastante condicionado ao que os entrevistados se referiram como **“resgatar o papel da atenção primária como [co] ordenadora do cuidado”**, fala tão reiterada pelos profissionais entrevistados, que mereceu destaque no título do presente texto. Não só porque essa menção teve uma recorrência, mas porque é preceito estruturante do qual trata a Planificação.

**“A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. Por isso, há quem sugira que a APS deve ocupar o banco do motorista para dirigir o sistema de atenção à saúde (SALTMAN et al., 2006) e quem proponha RAS baseadas na APS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010)”. (MENDES et al., 2019, p.16)**

“Não, eu acho que não funciona a integração. Primeiro, assim, a gente traz a questão de, em fato, resgatar o papel da atenção primária como coordenadora do cuidado e como acompanhar o paciente a partir do momento que o nível de atenção dele precisa ser outro, até para a resolutividade do seu problema. E eu acho que, às vezes, falta isso, essa longitudinalidade do cuidado, eu acho que falta isso. E além disso, olhando, tendo o olhar para a atenção ambulatorial especializada, muitas vezes falha-se na contrarreferência, de dar que a atenção primária receba a informação do que foi feito com aquele paciente lá no nível secundário. O que é que foi feito nele? Qual que é a resolutividade do caso dele? Muitas vezes, a atenção primária, ela fica sem a informação, porque não tem comunicação, não se dialoga muito. Eu também atribuo o fato de muitas vezes a atenção primária não ser resolutiva. Como te diria, em mais de 30 dos casos ela não compreende o que é que ela tem condição de resolver e acaba encaminhando de forma desnecessária. E aí, como a atenção especializada não dá o feedback, não dialoga com a atenção primária, o paciente fica nesse ping-pong e muitas vezes não tem a sua solução atendida. Eu acho que não funciona bem. Acho que é uma realidade, realmente. Precisa melhorar isso.”

*[Gestor da SESA]*

*“Uma das coisas que eu já identifico há algum tempo, da atenção primária, foi que ao longo do tempo a atenção primária foi perdendo um pouco dessa característica inicial que teve da formulação lá da estratégia da saúde da família, quando foi criada, de organizar esse fluxo, além de estar mais perto do paciente. (...) Da questão da atenção primária ter algumas prioridades, por exemplo, a saúde materno infantil, a gente sabe que a gestante é bem atendida, claro, a gente precisa qualificar o pré-natal. A gente não tem ainda, pelo menos na nossa região, muitos municípios não estratificam o risco da gestante e quando eu falo em atendimento das condições crônicas, eu falo, inclusive, de estratificar o grau de risco da família, fazer uma classificação de risco daquela família como um todo.” [Gestora de Superintendência]*

*“Então, a gente vê, realmente, eu acho que há uma falta de credibilidade mesmo em acreditar no serviço da atenção primária como porta de entrada e ordenadora da rede. Então, eu vejo realmente essa deficiência que impacta naquilo que eu já comentei antes, a gente tem essa questão da intervenção política partidária muito forte, aqui, principalmente no interior, nas cidades menores, onde você tem contato direto com esses agentes políticos. Então, ali no calor do desespero por questão de saúde, por questão de doença, a pessoa procura um político e tentar resolver logo. Mas em resumo o problema seria a efetividade desse fluxo ser atuante, partindo da atenção primária, partindo da equipe.”*  
*[Gestora de COADS]*

“Eu acho que houve um pouco uma desconstrução do processo, porque eu acho que houve uma má compreensão da proposta de você trabalhar com aqueles macroprocessos, sabe? Em que houve uma... acabou-se dando uma ênfase muito grande aos atendimentos de ambulatório na unidade primária. E isso, vamos dizer assim, houve uma perda na questão das atividades comunitárias que envolvam a comunidade, que aí da visita domiciliar, para atividades que você encontraria, extramuros, que ia para, sei lá, para uma escola, ia para um bairro, para uma área de risco, e lá desenvolver ações. Eu acho que houve uma perda nisso daí. E a outra, questão é com o surgimento das UPAs, que têm uma ação muito forte dentro do território. Isso eu estou falando mais Fortaleza do que, propriamente, o Ceará, como todo, certo? A gente viu a população acabando indo muito para a UPA, para questões que poderiam até ser resolvidas em atenção primária, porque ela não conseguia a resolução completa dentro da atenção primária, e ali eu acho que isso contribui também para esvaziar um pouco esse papel da atenção primária. Nos interiores eu vejo que a atenção primária ainda tem esse papel muito grande de referência para as questões da população como um povo. Eu vejo essas duas situações.”

*[Gestor de Superintendência]*

Além disso, com a intenção de identificar quais seriam as condições de saúde mais desafiadoras para a rede de saúde cearense e suas divisões regionais, perguntamos aos entrevistados, a partir de uma lista de opções, quais seriam aquelas mais difíceis de serem atendidas ou sanadas, considerando disponibilidade e nível de preparo das equipes e do sistema como um todo.



**Condição de saúde** é um conceito novo institucionalizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde o início dos anos 2000. Esta se constitui como uma nova tipologia de saúde que se diferencia da tipologia clássica amplamente utilizada. Diferentemente da tipologia clássica, definida por doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, estruturada com base na etiopatogenia das doenças, as condições de saúde apresentam uma lógica de recorte baseada na forma de resposta social a essas condições pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais e pelas pessoas usuárias: se reativa ou proativa, se episódica ou contínua e se fragmentada ou integrada. (VILAÇA MENDES et al, 2019). As condições de saúde podem então ser divididas em condições agudas, em condições crônicas e em eventos agudos (WAGNER, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A lista de condições segue abaixo:

1. Surto de gripe [condição aguda]
2. Surto de dengue [condição aguda]
3. Acompanhamento e prevenção de riscos entre diabéticos e hipertensos [condições crônicas não agudizadas]
4. Acompanhamento de pacientes com HIV/AIDS [condições crônicas não agudizadas]
5. Acompanhamento de grávidas com diabetes gestacional [condições crônicas não agudizadas]
6. Crises asmáticas e respiratórias entre a população [condições crônicas agudizadas]

Primeiramente, é importante colocar que todas essas condições foram reconhecidas como presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais, ainda que algumas se manifestem de forma mais sazonal, como os surtos de gripe e dengue. Esse conhecimento dos tempos e dos ciclos de atendimento que demandam as condições

agudas de saúde, ainda que de curto ciclo, já indicam um domínio dos profissionais sobre tais questões.

Já as duas condições mais citadas como desafiadoras dizem respeito às condições crônicas. As duas caracterizam-se por serem de caráter não agudizado (acompanhamento e prevenção de riscos entre diabéticos e hipertensos e acompanhamento de grávidas com diabetes gestacional) e foram mencionadas como as que mais impactam o sistema de saúde cearense.

**“É, eu diria... eu não colocaria nenhuma questão aguda, infecciosa aguda. Eu colocaria questões crônicas. Eu acho que se eu pudesse eleger o acompanhamento e prevenção de riscos de diabetes, hipertensos e o acompanhamento de grávidas com diabete gestacional, seriam os dois que eu colocaria como carro-chefe. Não que os demais não sejam importantes, mas eu acho que esses estão nos trazendo problemas muito mais graves, impacto na saúde da população, complicações, aumento de internações, aumento de amputações, aumento de óbito materno, aumento de óbito infantil. Eu acho que esses comprometem, têm prejuízos muito maiores do que esses surtos. Esses surtos, obviamente, são preocupantes porque a gente precisa ter uma capacidade instalada da nossa rede para poder dar conta dessa onda quando vem. E também se preparar em uma perspectiva de prevenção, que a gente já sabe que a sazonalidade desses momentos acontece todos os anos. Eu acho que a gente tem mais aparatos para se preparar. Já esses outros, questões crônicas, que evoluem para complicações. Isso é muito grave e muito evidente que é uma prioridade. Eu elegeria esses dois.”**

*[Gestora da SESA]*

*“Eu acho que o mais desafiador para a gente seria a questão da grávida e dos hipertensos. Em relação às grávidas, eu acho que tem um problema para discutir, realmente, porque elas têm todo tempo tendo crises e gerando problemas no sistema. Ela passa da atenção básica e vai até onde você imaginar que ela possa ir. Eu acho que a questão da grávida é um problema, hipertenso e diabético também seriam mais desafiadores para a gente.”*

*[Gestor de Superintendência]*

*“Grávidas também é desafiador para nós, justamente, por esse ponto de não termos a assistência à gestante de alto risco. Então, a gente recai nesse desafio. Está dando certo? Está. Mas, assim, se a gente tivesse a assistência dentro da região para concluirmos o atendimento da paciente, se referindo até o nascimento dessa criança, isso ainda seria uma entrega mais fortalecida. Então, grávidas, elas são também um desafio para nós. Diabéticos e hipertensos, eles estão nas nossas prioridades sanitárias. A gente reconhece que essas doenças crônicas, elas são meio que silenciosas, mas elas sobrecarregam os serviços, elas trazem prejuízos grandes à população, aos anos de vida da população. Então, eu também classifico como desafiador. Embora a gente saiba que é silenciosa e que, às vezes, a gente não dá a devida importância.”*

*[Gestora de Superintendência]*

O acompanhamento de grávidas com diabetes gestacional se configura como um desafio à medida que o diagnóstico e o manejo clínico desses casos ainda demandam a adoção de protocolos e alinhamento na rede. Por outro lado, este ponto já viria sendo alvo de soluções, a partir de iniciativas como as mencionadas nos trechos abaixo, especialmente no desenho da linha de cuidado materno-infantil no estado.

**“São um problema que deveria ser tratado na prevenção, nas unidades básicas de saúde, mas infelizmente a gente ainda tem alguns problemas de diagnóstico e de acompanhamento em relação a diabetes gestacional.”**

*[Gestora de COADS]*

**“Primeiro a hipertensão e diabetes, depois a gestação. Porque a nossa experiência enquanto comitê de prevenção de mortalidade infantil, materno e fetal, é de que são inúmeros óbitos evitáveis. Tinha um protocolo já definido pelo Ministério, mas que o colega ali que está no plantão não faz, de uma visualização de batimentos cardíofetais que começaram a diminuir, um ganho de peso abrupto em pouco tempo, da gestante, que aí causaria hipertensão. Enfim, o que a gente está vendo são poucos os casos que são não evitáveis e muitos evitáveis.”**

*[Gestora de COADS]*

O desafio de acompanhamento de pacientes com diabetes e/ou hipertensão foi citado com unanimidade entre os entrevistados, envolvendo dificuldades na estratificação de risco dessa população e no monitoramento dos casos e dos protocolos que devem ser adotados na APS. Com isso, muitos entrevistados relataram um aumento significativo de agravos como infartos e amputações decorrentes de complicações nesses quadros.

*“Atenção às condições crônicas, em especial diabetes e hipertensão. Primeiro pela dimensão populacional, porque a gente tem fragilidade no processo de estratificação de risco da população, consequentemente, a gente tem menos controle do que, por exemplo, da materna infantil. A materna infantil é mais previsível, acho que está mais ao nosso alcance. É mais fácil identificar gestantes, porque eu tenho um quantitativo mais ajustado, mais proporcional, enfim, do que, por exemplo, a diabetes e hipertensão que, de fato, é uma dimensão que, por vezes, a gente não tem tanta competência para estratificar esse risco. Inclusive para garantir os serviços mais adequados. Porque no caso, a depender da diabetes, ele vai ter uma série de necessidades em algum órgão-alvo do seu organismo, do seu corpo. Então, eu vou precisar desde um reumato, um dermatologista, um endócrino, um cardiologista, um neurologista. Diferente, por exemplo, do que seria um outro desafio nosso prioritário para a atenção materna e infantil, no caso para a gestante, específico mesmo, com diabetes gestacional, porque eu já tenho um protocolo mais bem definido, mais direcionado. Então, a gente consegue ter mais controle. Na minha análise, inclusive do ponto de vista epidemiológico, considerando, inclusive, a nossa taxa de mortalidade maior do estado ser por AVC, seguido por infarto, naturalmente isso ainda continua sendo um enorme desafio. Não desmerecendo os demais, mas o impacto, digamos, social eu traria essa condição.”*

*[Gestora da SESA]*

“Hipertensos e diabéticos, vamos lá. Eu vou voltar novamente ao Previne Brasil. Aqueles dois indicadores. Era para ser, pelo menos, indicadores sensíveis para trazer esses indivíduos até a unidade, ao seu monitoramento. Então se limita muito àquela questão da verificação da PA, mas e a qualidade da assistência? Em relação às diabetes, a solicitação da hemoglobina glicada e todas as outras orientações. E existe um termômetro na rede muito importante, que é o número de internações por complicações desses agravos. Por exemplo, aqui na nossa região, a gente tem um boom de casos de amputações por complicações em membros ocasionados em pacientes diabéticos. Então, a gente tem um termômetro muito significativo aqui. Tem semana que a gente tem mais de 40 pacientes na fila vascular para uma avaliação. O paciente entra lá com um roxinho no dedo e sai com a perna amputada. O tempo que ele fica na fila esperando essa assistência. Quando a gente vê, é algo que poderia ter sido feito lá na atenção primária.”

*[Gestora de COADS]*

“Em relação aos desafios quando eu falo das doenças crônicas não transmissíveis, colocando diabéticos e hipertensos, que são os que levam a esses agravos que a gente tem, significativos, de amputações, de infarto do miocárdio, que é justamente quando eu vejo as fragilidades na atenção primária que a gente trabalha essa promoção e essa prevenção desse público.”

*[Gestora de COADS]*

O esquema abaixo sintetiza como essas e as demais condições são apontadas enquanto desafiadoras em termos de resposta para a rede de saúde cearense e quais problemas mais as afetariam nesse sentido:

<b>Desafios e necessidades apontadas</b>		
<b>Acompanhamento de pacientes com HIV/AIDS</b>	Condições crônicas não agudizadas	Sobrecarga do hospital de referência (São José)
		Necessidade de adoção de ações para além da entrega de medicamentos
<b>Surto de gripe Surto de dengue</b>	Condição aguda	Falta de equipe e profissionais para a alta demanda sazonal
		Necessidade de adoção de ações de prevenção e educativas com a população
<b>Crises asmáticas respiratórias entre a população</b>	Condições crônicas agudizadas	Agravos entre crianças e sobrecarga de internações
		Necessidade de intensificação de vigilância e de criação de planos de contingência
<b>Acompanhamento de grávidas com diabetes gestacional</b>	Condições crônicas não agudizadas	De diagnóstico e de manejo dos casos e falta de assistência técnica à gestante de alto risco, levando a um aumento de óbitos evitáveis
		Necessidade de adoção de protocolos e formação dos profissionais em torno da linha de cuidado materno-infantil
<b>Acompanhamento e prevenção de riscos com diabéticos e hipertensos</b>	Condições crônicas não agudizadas	Dificuldade de estratificação de risco desses pacientes, de monitoramento dos casos e de assistência na APS, levando a um aumento de casos de infartos e amputações
		Necessidade de adoção de ações preventivas na APS, ações educativas com os pacientes e interlocução com o AAE

Por fim, a análise da atual situação de processos estruturais e centrais do cotidiano de trabalho das equipes de saúde foi segmentada a partir de oito categorias, detalhadas abaixo:

1. **Estrutura da APS e AAE:** Sobre a existência e condições de infraestrutura e recursos na rede de saúde, tais quais: equipamentos, espaços, quadro de pessoal, qualificação da equipe, etc.
2. **Macroprocessos básicos da APS:** Sobre processos tais quais: territorialização, cadastramento das famílias, agenda de atendimentos, organização da carteira de serviços das unidades, etc.
3. **Microprocessos básicos da APS:** Sobre processos tais quais: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia e coleta de exames.
4. **Macroprocessos da atenção preventiva:** Sobre processos tais quais: ações e atividades de controle do tabagismo, reeducação alimentar, incentivo a atividades físicas, controle do álcool e outras drogas, manejo do sobrepeso ou obesidade.
5. **Macroprocessos das demandas administrativas:** Sobre processos tais quais: emissão de atestados, médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames.
6. **Macroprocessos de atenção domiciliar:** Sobre processos e ações tais quais: ações de assistência domiciliar, visita domiciliar, internação domiciliar, acompanhamento domiciliar e/ou vigilância domiciliar.
7. **Autocuidado apoiado:** Sobre processos tais quais: atividades educativas, produção e distribuição de materiais informativos e construção de um plano conjunto de autocuidado.
8. **Cuidados paliativos:** Sobre a prestação de serviços de cuidados paliativos.

O quadro abaixo sintetiza os desafios e necessidades que tais processos ainda demandam, na percepção dos gestores entrevistados:

## Estrutura da APS e AAE

### Desafios e necessidades apontadas pelos entrevistados...

- falta de recursos financeiros para manutenção, conserto e renovação de equipamentos e materiais de serviços de saúde;
- falta de equipamentos específicos para realização de exames;
- resistência de alguns profissionais em relação a mudanças e qualificação de práticas;
- alta rotatividade dos técnicos e profissionais;
- sobrecarga das equipes da AP;
- falta de vagas e atendimento na atenção secundária;
- dificuldades de locomoção e atendimento em áreas rurais e mais afastadas;
- necessidade de reformas de equipamentos já existentes.

## Macroprocessos básicos da APS

### Desafios e necessidades apontadas pelos entrevistados...

- necessidade de melhoria dos processos de territorialização, para maior cobertura da APS nas regiões e formação dos profissionais para sua realização;
- necessidade de informatização das agendas e de estratificação de risco dos pacientes;
- alta demanda espontânea em algumas UBSs, que atrapalham a demanda programada;
- alta rotatividade dos profissionais, que impõe a necessidade constante de atualização da carteira de serviços;
- necessidade de aprimorar a carteira de serviços dos municípios com base num diagnóstico que identifique as demandas da população e que as oriente onde buscar o atendimento e em quais equipamentos.

## Microprocessos básicos da APS

### Desafios e necessidades apontadas pelos entrevistados...

- demanda por investimento em educação permanente das equipes nesses processos;
- necessidade de aprimorar a estratificação de risco dos usuários para melhor atendimento, transparência e encaminhamento dos pacientes no cotidiano;
- dificuldade com os sistemas de informação relacionados à imunização e com monitoramento de dados e informações relacionados à imunização;
- desabastecimentos de vacinas e atrasos frequentes na entrega delas;
- resistência e baixa adesão dos responsáveis em relação à vacinação das crianças e na população em geral (movimento anti-vacina);
- necessidade de se reavaliar ou rever a presença dos curativos na agenda da APS;
- alta demanda por exames, demora por agendamentos e na obtenção dos resultados, além de alta solicitação de exames sem critérios de diagnóstico e triagem;

## Macroprocessos da atenção preventiva

### Desafios e necessidades apontadas pelos entrevistados...

- ausência e descontinuidade de programas mais amplos focados na atenção preventiva;
- dificuldade para formação de grupos de apoio e/ou desmobilização dos grupos durante e após a pandemia;
- ausência de profissionais e equipes para atuar especificamente na atenção preventiva.

## Macroprocessos das demandas administrativas

### Desafios e necessidades apontadas pelos entrevistados...

- problemas de triagem dos pacientes, para avaliação individual dos casos de renovação de receitas que demandem consultas ou outros encaminhamentos.

## Macroprocessos de atenção domiciliar

### Desafios e necessidades apontadas pelos entrevistados...

- falta de equipes de SAD em todos os municípios;
- falta de pessoal e de transporte para realização das visitas e acompanhamentos domiciliares.

## Autocuidado apoiado

### Desafios e necessidades apontadas pelos entrevistados...

- não-realização de um plano de autocuidado com as pessoas com doenças crônicas, mas somente de ações mais passivas, de informação e educação dos pacientes.

## Cuidados paliativos

### Desafios e necessidades apontadas pelos entrevistados...

- falta de pessoal e/ou necessidade de ampliar a quantidade de equipes de SAD
- baixo conhecimento e formação dos profissionais sobre cuidados paliativos
- falta de estrutura da rede (leitos, vagas, homecare) para atender a demanda
- falta de apoio e assistência às famílias dos pacientes em cuidados paliativos



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste texto, exploramos as condições, fatores de contexto e desafios colocados previamente à implementação da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no estado do Ceará, destacando como a regionalização e as ações decorrentes dela configuram-se como potenciais para a implantação desta iniciativa. Considerando especialmente o fato que a PAS traz um foco grande na reorganização dos processos de trabalho e integração das atenções primária e especializada.

No tocante a este ponto, embora haja um avanço recente e significativo na organização e estruturação da rede de saúde do Ceará, desafios persistem, principalmente em relação à integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Esta integração é crucial para garantir a integralidade do cuidado e sua continuidade, mas a falta de comunicação e a falha na contrarreferência entre os níveis de atenção ainda representam obstáculos consideráveis. Como apontam quase todos os entrevistados, a APS, apesar de sua importância estratégica, muitas vezes não exerce plenamente seu papel de coordenadora do cuidado, o que compromete a eficiência e a resolutividade do sistema como um todo.

Outro ponto crítico identificado foi a necessidade de reavaliar e fortalecer a estratificação de risco dos pacientes, especialmente no caso das condições crônicas, como diabetes e hipertensão. Estas condições, que demandam acompanhamento contínuo e preventivo, foram amplamente reconhecidas como um dos maiores desafios para a rede de saúde cearense. A falta de protocolos claros e a dificuldade na estratificação dos pacientes resultam em complicações graves, como amputações e infartos, que poderiam ser evitadas com um monitoramento mais eficaz na APS.

Enquanto demandas e necessidades mapeadas nesta etapa diagnóstica, ressaltam-se a importância de investimentos contínuos na qualificação e capacitação das equipes de saúde, assim como a manutenção e melhoria da infraestrutura disponível. A alta rotatividade de profissionais, a escassez de recursos humanos e as deficiências na estrutura física de algumas unidades de saúde apresentam-se como problemas recorrentes que afetam a qualidade do atendimento. A implementação de novas tecnologias, como a digitalização dos processos de atendimento, também se mostra essencial para melhorar a eficiência e reduzir as filas de espera, embora esse avanço dependa também da provisão de recursos humanos e físicos.

Em termos de regionalização, a autonomia das superintendências e das coordenadorias descentralizadas de saúde (COADS) é vista como uma das grandes fortalezas do sistema de saúde do Ceará. A possibilidade de adaptar as ações de saúde às especificidades de cada região, definindo linhas de cuidados prioritárias e suas redes de atenção em saúde, permite um atendimento mais direcionado e eficaz. No entanto, para que esse modelo funcione de maneira otimizada, é necessário assegurar que todas as regiões disponham de recursos de forma equitativa de modo a atender às suas necessidades, e que haja uma coordenação eficaz entre as diversas instâncias de gestão.

Por fim, conclui-se que, para que a PAS alcance seus objetivos e resultados de maneira exitosa no contexto cearense, devem ser fortalecidos e trabalhados os pontos aqui mencionados, considerando que a qualificação dos profissionais e reorganização dos processos de trabalho já são demandas que deverão ser atendidas e que se encontram alinhadas às próprias expectativas dos entrevistados em torno da PAS. Somente assim será possível garantir um sistema de saúde que atenda de maneira eficiente e resolutiva às necessidades da população cearense, promovendo um cuidado contínuo e integral que efetivamente melhore a qualidade de vida dos cidadãos.



# REFERÊNCIAS

CECÍLIO, L. C. O. (2011). A definição de prioridades em saúde: um desafio para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 3109-3117.

SILVA, K. L., MATOS, D. S., FRANÇA, B. D., & DRUMOND, E. F. (2015). Linhas de cuidado como estratégia organizacional na atenção à saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(2), 350-357.

GOVERNO DO CEARÁ. Manual de orientação dos consórcios públicos em saúde no Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2009.

VILAÇA MENDES, Eugênio; MATOS, Marco Antônio Bragança de; EVANGELISTA, Maria José de Oliveira; BARRA, Rúbia Pereira. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. 2. ed. Brasília, 2019.

MENDES EV. As redes de assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde/ Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2011 [cited 2019 Jun 6]. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)



**UMANE**