

Planificação da Atenção à Saúde: o que a evidência revela sobre sua implementação no Sertão de PE

Macrorregião Sertão — Pernambuco | 2023–2026

Faculdade de Saúde Pública – USP

Financiamento: Associação Umane

Relatório Final · Maio/2026

A Planificação da Atenção à Saúde foi implementada a partir de 2023 na Macrorregião Sertão de Pernambuco — três regiões de saúde, 35 municípios — para reduzir a fragmentação entre a Atenção Primária (APS) e a Atenção Especializada (AE). Esta avaliação longitudinal, conduzida pela FSP-USP em cinco fases com survey em três ondas, entrevistas qualitativas com gestores, profissionais e usuários do SUS, **revela avanços concretos na organização do trabalho e no acesso**, ao mesmo tempo que expõe **fragilidades estruturais e comunicacionais que exigem resposta de política pública**.

CONTEXTO

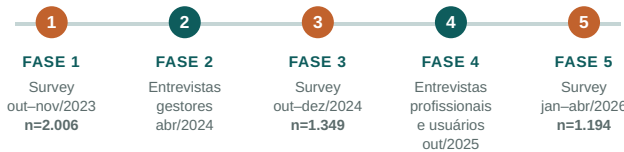
Por que avaliar a Planificação?

A fragmentação entre APS e AE é problema histórico do SUS. A Planificação, metodologia do CONASS em parceria com o governo de Pernambuco, propõe reorganização sistêmica dos processos de trabalho — estratificação de risco, agendamento por blocos de horas, ciclo de atenção contínua — para fortalecer a APS como coordenadora e melhorar a articulação com a AE.

Esta avaliação é a primeira de caráter longitudinal a acompanhar um ciclo completo de implementação, gerando evidências inéditas para orientar políticas.

DESENHO DA PESQUISA

Como a avaliação foi conduzida



Estudo quanti-qualitativo sequencial (REDCap / FSP-USP). Municípios das três Geres da Macrorregião (VI, X e XI).

INDICADORES-CHAVE AO LONGO DO CICLO

2.006

respostas na 1ª onda — linha de base

7,1 → 7,5

nota de integração APS-AE (0–10), Fases 1 a 3

81%

com bloco de horas em andamento ou concluído (Fase 5)

<15

dias de espera para AE (era >12 meses) — casos prioritários

SITUAÇÃO INICIAL (2023)

A linha de base revelou que: **64,2%** dos encaminhamentos APS → AE eram em papel; **48,3%** dos profissionais afirmavam que a AE não realiza a contrarreferência; ressonâncias e colonoscopias raramente ocorriam no prazo (médias 2,9 e 3,0 em escala 1–5). O registro eletrônico, presente em 90,8% das unidades, ainda não garantia comunicação integrada entre os níveis.

PRINCIPAIS ACHADOS — PROCESSOS DE TRABALHO NA APS

Bloco de horas e fluxograma de atendimento

Bloco de horas: em andamento ou concluído em **75% das unidades na Fase 3** e **81% na Fase 5**; percepção de mudança positiva em **86,7%**. Fluxograma: **81,7%** de implementação com 90,7% de aprovação. A Planificação é vivenciada por ACS e enfermeiros como **"resgate profissional"** — reconhecimento do papel clínico e de cuidado longitudinal.

Estratificação de risco e ciclo de atenção contínua

Estratificação de risco: o processo mais consolidado — iniciada em **mais de 90%** das unidades para idosos, hipertensos e diabéticos, com médias de concordância sobre resultados positivos acima de **4,5/5**. Ciclo de Atenção Contínua em **65,8%** das unidades na Fase 5, resultando em planos de cuidado pactuados em **95,6%** dos casos.

PRINCIPAIS ACHADOS — ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

>12

meses (antes)



~15

dias (após)

Houve redução no tempo de espera para a AE entre os usuários de alto e muito alto risco estratificados e encaminhados pela via da planificação. Gestores e profissionais convergem no reconhecimento desse avanço, mas reconhecem que este resultado pode ser pontual e relacionado ao início da implementação do programa. Usuários elogiam o modelo multiprofissional integrado na UP AE — múltiplos especialistas no mesmo dia — como diferencial percebido do modelo.

Perspectiva dos usuários

Os itinerários terapêuticos revelam **forte vínculo com as equipes da UBS**, incluindo acesso informal via mensagem. Atendimento na AE amplamente elogiado. Contudo, usuários ainda recorrem ao setor privado para exames complexos por demora no SUS, e **medicamentos prescritos pela AE fora da rede básica** são barreira financeira crítica. Planos alimentares nem sempre consideram renda real dos pacientes.

Oferta especializada: gargalo estrutural

Em Serra Talhada: **apenas 13 vagas mensais de ressonância** para 90 mil habitantes — municípios obrigados a comprar serviços privados. Carência crítica de neurologistas, reumatologistas e ginecologistas. Afogados da Ingazeira respondeu com telemedicina: **centro de saúde digital** para consultas com especialistas, iniciativa que emerge da Planificação e sinaliza potencial de difusão.

PRINCIPAIS ACHADOS — COMUNICAÇÃO APS-AE

O desafio mais persistente em todo o ciclo avaliativo

Nas três ondas, comunicação entre os níveis foi o ponto crítico. Na Fase 5, médias de concordância entre **3,32 e 3,75** — as mais baixas. Os itinerários revelaram um **conflito de percepção estrutural**: profissionais da AE afirmam enviar planos de cuidado; médicos e enfermeiros da APS relatam que raramente chegam. Esse descompasso gera ruptura na continuidade do cuidado e risco clínico real para usuários complexos. Além disso, a Planificação muitas vezes **fica restrita à enfermagem** — participação passiva de parte da categoria médica nas UBS fragiliza a coordenação.

SÍNTESE ANALÍTICA — TRÊS EIXOS, CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS

Acesso e processos de trabalho	CONVERGÊNCIAS Bloco de horas percebido como útil por todos os grupos; estratificação consolidada	DIVERGÊNCIAS Enfermeiros/ACS veem "resgate profissional"; médicos resistem; receio de sobrecarga burocrática
Integração APS-AE	CONVERGÊNCIAS Desejo de que a comunicação interníveis seja o maior legado; nota de integração subiu de 7,1 para 7,5	DIVERGÊNCIAS AE afirma enviar planos de cuidado; APS relata não recebê-los — ruptura sistêmica não resolvida
Barreiras estruturais e socioeconômicas	CONVERGÊNCIAS Escassez de especialistas e custo de exames de alta complexidade são gargalos que a Planificação isolada não resolve	DIVERGÊNCIAS Dietas e medicamentos inacessíveis; planos terapêuticos desconsideram realidade socioeconômica

O que facilitou a implementação

- Empenho de trabalhadores e gestores por melhorar o cuidado
- Alta estabilidade da força de trabalho nas UBS: mais de 47% na mesma unidade há 5+ anos — índice acima da média nacional
- Adesão crescente quando ferramentas provaram utilidade prática
- Apoio técnico dos tutores e papel indutor da SES-PE

O que dificultou a implementação

- Estrutura frágil nas UBS e rede de AE insuficiente para a demanda
- Ausência de aporte financeiro no modelo — ônus absorvido pelos municípios
- Atraso no cronograma de implantação das etapas previstas
- Resistência de trabalhadores antigos e de parte da categoria médica
- Extensão territorial e dificuldades de logística e deslocamento

Recomendações para gestores estaduais e municipais

- 1 Investir em infraestrutura digital integrada entre APS e AE.** A reorganização dos processos é possível, mas a continuidade do cuidado depende de prontuário eletrônico interoperável entre os dois níveis. Sem isso, a contrarreferência permanece informal e assistemática, com risco clínico real para usuários de maior complexidade.
- 2 Garantir financiamento específico para a implementação.** A ausência de aporte direto sobrecarrega municípios e limita a escala. Custeio de deslocamento para formação, insumos e suporte técnico precisam ser incorporados à política — e não deixados ao improviso municipal.
- 3 Ampliar a oferta de atenção especializada e reduzir a dependência do setor privado.** São necessários investimentos em especialistas, diagnóstico de média e alta complexidade e transporte sanitário — dimensões que a Planificação não substitui.
- 4 Incluir a categoria médica como protagonista da Planificação.** Participação passiva de médicos(as) das UBS limita a efetividade do modelo. Estratégias de engajamento com formação continuada, incentivos adequados e reconhecimento do trabalho multiprofissional são necessárias para a coordenação real do cuidado.
- 5 Expandir a educação permanente e a valorização da força de trabalho.** A superação das resistências ocorreu quando as ferramentas provaram utilidade prática. Processos estruturados de educação permanente devem acompanhar cada etapa da implementação — especialmente para os ACS, principal interface com a comunidade.
- 6 Incorporar equidade socioeconômica como dimensão do modelo.** Planos alimentares e medicamentos inacessíveis revelam que excelência clínica não se traduz em cuidado equânime sem considerar a realidade dos usuários. Avaliação socioeconômica deve integrar o ciclo de atenção contínua como rotina.

PERSPECTIVA DOS GESTORES — ACHADOS SELECIONADOS

MOTIVAÇÃO

Organizar serviços e fortalecer referência/contrarreferência. Governo estadual (SES-PE) teve papel indutor central, embora alguns municípios percebessem adesão como *top-down*.

BARREIRA

Volume expressivo de trabalho adicional para coordenadores que já acumulam funções, e custos operacionais de deslocamento/formação não previstos no projeto.

RESULTADO

Unidades laboratório mostravam redução de filas e melhor organização já na Fase 2 — servindo de modelo para expansão em toda a macrorregião.

ESCASSEZ

Carência crítica de neurologistas, reumatologistas e ginecologistas.

INOVAÇÃO

Afogados da Ingazeira implantou centro de saúde digital com telemedicina para suprir déficit local de especialistas — iniciativa que sinaliza potencial de difusão.

FINANC.

A Planificação não prevê aportes financeiros diretos — obstáculo estrutural para a superação das desigualdades de oferta entre municípios da macrorregião.

"A Planificação da Atenção à Saúde demonstra ser um potente indutor de mudança de modelo assistencial. O desafio remanescente é garantir que essa organização não se torne uma nova forma de burocratização, mas sim o alicerce para uma atenção à saúde efetivamente integral, equânime e resolutiva, tal como preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS."

— Conclusão do Relatório Final, FSP-USP, 2026

CONQUISTAS DOCUMENTADAS

- ✓ Bloco de horas, fluxograma e estratificação de risco amplamente adotados
- ✓ Redução de meses para ~15 dias no acesso à AE para casos de alto risco
- ✓ Percepção positiva de 86–91% dos profissionais sobre as novas ferramentas
- ✓ Satisfação dos usuários com o modelo multiprofissional integrado na AE
- ✓ Ciclo de atenção contínua com planos de cuidado pactuados em 95,6% das unidades que o adotaram
- ✓ Nota de integração APS–AE crescente ao longo do ciclo (7,1 → 7,49)

AGENDA PRIORITÁRIA PARA GESTORES

- ! **Contrarreferência:** mecanismo formal e digital interoperável entre AE e APS
- ! **Financiamento:** custeio de formação, logística e insumos na política
- ! **Oferta especializada:** ampliar AE regional, diagnóstico e transporte sanitário
- ! **Engajamento médico:** incentivos, formação e protagonismo na coordenação
- ! **Educação permanente:** estruturada em cada etapa de implementação
- ! **Equidade:** avaliação socioeconômica integrada ao ciclo de atenção contínua

Conclusão

A Planificação demonstra ser um **potente indutor de mudança do modelo assistencial** no SUS: reorganiza o processo de trabalho, qualifica a APS e melhora — de forma concreta e mensurável — o acesso à atenção especializada para as condições crônicas mais prevalentes na Macrorregião Sertão. Os resultados são robustos, triangulados e consistentes entre métodos e fases. O principal risco à sustentabilidade não é técnico, mas estrutural: a ausência de investimentos em comunicação interoperável, oferta especializada e equidade socioeconômica pode esvaziar de sentido uma metodologia que, quando implementada com recursos adequados, prova funcionar.

SOBRE A PESQUISA

Equipe de pesquisa

Aylene Emilia Moraes Bousquat (coord.) · Paulo Henrique dos Santos Mota · Carinne Magnago · Luiz Henrique Bastos da Silva de Oliveira

Instituição

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (FSP-USP)

Financiamento

Associação Umane

Período

2023–2026 | Relatório Final: Maio/2026

Área geográfica

Macrorregião de Saúde do Sertão, Pernambuco
3 regiões de saúde (Afogados da Ingazeira, Arcoverde, Serra Talhada) · 35 municípios

Participantes

4.549 respostas ao survey · 20 entrevistas com gestores · 15 profissionais · 10 usuários

REFERÊNCIAS SELECIONADAS

Bousquat A et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(4):1141-1154, 2017. · CONASS. *Planificação da atenção à saúde*. Brasília: CONASS, 2018. · Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. OPAS, 2011. · Shimocomaqui GB et al. Atenção ambulatorial especializada à saúde materno-infantil em regiões do PlanificaSUS. *Rev. de Saúde Pública*, 57, 2023. · Harris PA et al. The REDCap consortium. *J Biomed Inform.* 2019.