AVALIAÇÃO
DE PROJETOS

UMANE

Ed. 10 | Julho de 2026

AVALIAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO CEARÁ

Resultados da experiência na Região do Litoral Leste/ Jaguaribe (SRLES)

Erika de Souza Lopes
Heitor de Oliveira Santos
Kassia Bobadilla

RESUMO

O presente Texto para Discussão apresenta os resultados de fim de ciclo da avaliação da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no estado do Ceará, com foco analítico na Superintendência Regional de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe (SRLES), território onde a estratégia encontrou maior densidade de implementação. A PAS, metodologia desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), busca reorganizar os macro e microprocessos da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), fortalecendo a integração entre esses níveis e a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A avaliação, de natureza qualitativa, articulou três etapas: diagnóstico (2023-2024), implementação (2024-2025) e resultados (2025-2026), combinando entrevistas semiestruturadas, grupos focais e duas ondas de aplicação de questionário estruturado. Os achados indicam avanços consistentes nos macroprocessos mais elementares da APS, como cadastro e vinculação territorial e estratificação de risco familiar, com destaque para a reorganização da agenda por meio do bloco de horas. Já a Atenção Ambulatorial Especializada mostrou avanços ainda iniciais, limitados a dinâmicas estruturais e institucionais que focam na oferta de procedimentos. A integração entre os dois níveis avançou de forma mais visível em microfluxos específicos — sobretudo na linha de cuidado materno-infantil — do que como transformação sistêmica, evidenciam os casos de municípios como Icapuí e Russas. Por fim, discute-se a sustentabilidade da PAS diante de desafios como a rotatividade de profissionais, a resistência ao tempo protegido e a necessidade de renegociação dos modelos de contrato das policlínicas.

Palavras-chave: Planificação da Atenção à Saúde (PAS), avaliação qualitativa, Redes de Atenção à Saúde (RAS), integração APS-AAE.

SOBRE OS AUTORES:

Erika de Souza Lopes
Coordenadora de Monitoramento e Avaliação na Umane, Bacharel em Ciências Econômicas (PUC-SP), Mestre em Desenvolvimento Econômico (Unicamp) e Doutora em Educação (USP).

Heitor de Oliveira Santos
Analista de Monitoramento e Avaliação na Umane, Bacharel em Ciências Sociais (USP).

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

1. INTRODUÇÃO

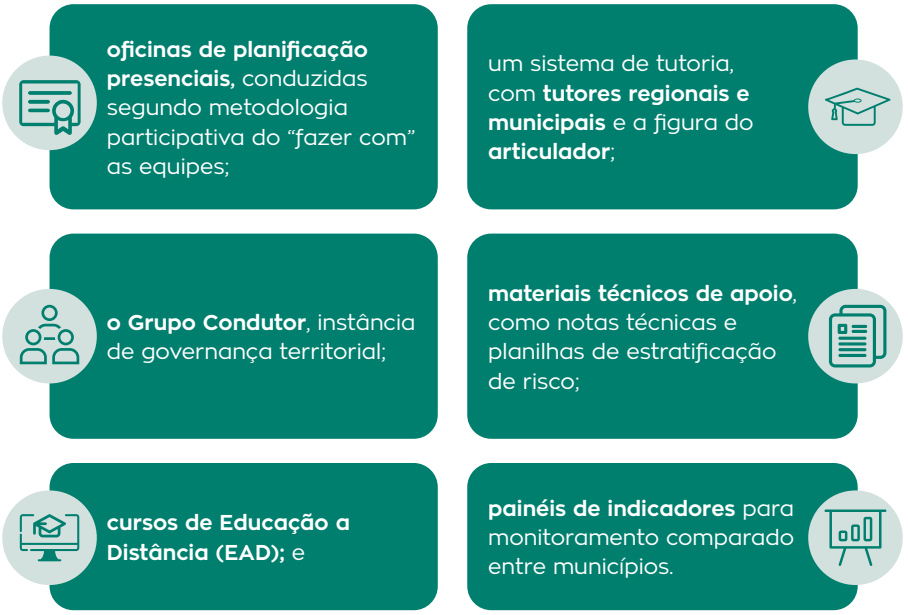
Contextualização da metodologia da Planificação

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) constitui uma estratégia de apoio à organização dos processos assistenciais e de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvida e coordenada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) desde 2005, a partir de oficinas das Redes de Atenção à Saúde iniciadas em Minas Gerais em 2004. Hoje em sua décima geração, a PAS está presente em mais de 1.800 municípios brasileiros e constitui uma das principais estratégias do Conass para a mudança do modelo de atenção vigente no SUS (CONASS, 2025).

Sua **proposta central é superar um sistema fragmentado, centrado na doença e na oferta episódica de procedimentos, em favor de um modelo orientado às Redes de Atenção à Saúde (RAS), no qual a APS opera como coordenadora do cuidado e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) atua de forma integrada, contínua e proativa**. O referencial teórico de partida é o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado por Eugênio Vilaça Mendes ao contexto do SUS a partir dos modelos de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead, dos Cuidados Crônicos de Wagner e da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente. Como destaca a publicação de referência da PAS, a mudança em

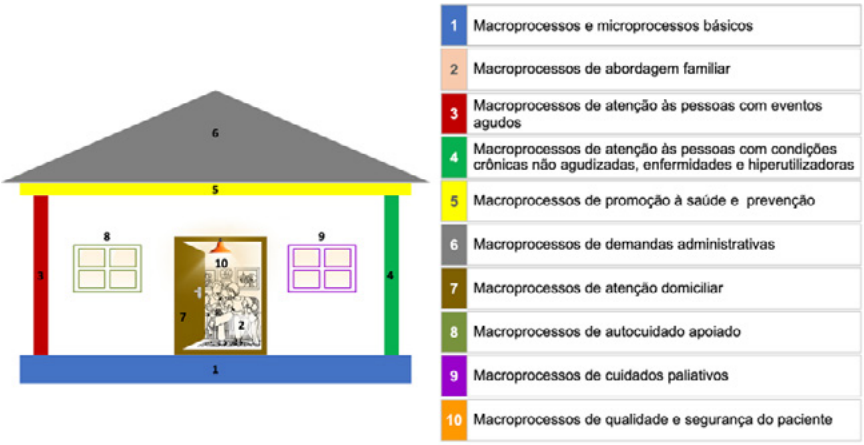
curso é, antes de tudo, uma transição "da gestão da oferta para a gestão da saúde da população" (CONASS, 2025), um modelo que assume a responsabilidade por resultados sanitários de uma população adscrita e estratificada por risco — e não apenas pela resposta a demandas individuais e/ou isoladas.

Do ponto de vista metodológico, a PAS organiza sua atuação a partir de um conjunto articulado de componentes:



A metáfora que orienta essa metodologia é a da **"construção de uma casinha"**: assim como uma casa necessita de alicerce para sustentar paredes, teto e janelas, a APS precisa primeiro estruturar macroprocessos básicos (territorialização, cadastramento, agenda, carteira de serviços) antes de avançar para microprocessos mais complexos, como atenção preventiva, autocuidado apoiado e cuidados paliativos (CONASS, 2025). Essa lógica sequencial explica por que a PAS é uma intervenção de médio e longo prazo, e não uma ação pontual.

Figura 1 - Metáfora da casa na metodologia da Planificação



Fonte: Mendes *et al.*, 2009

Contextualização da Planificação no Ceará

O sistema de saúde cearense organiza-se em três níveis de gestão: a Secretaria de Saúde do Estado (Sesa), cinco Superintendências Regionais de Saúde e 22 Coordenadorias das Áreas Descentralizadas de Saúde (COADs), estrutura fruto de um processo de regionalização consolidado desde os anos 2000[1]. As cinco regiões — Fortaleza (SRFOR), Norte (SRNOR), Litoral Leste/Jaguaribe (SRLES), Cariri (SRSUL) e Sertão Central (SRCEN) — distribuem-se por 184 municípios.

Um elemento central dessa organização são os consórcios públicos municipais de saúde: cada uma das 22 áreas descentralizadas conta com uma policlínica regional e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), estrutura que os próprios gestores apontam como diferencial do modelo cearense de regionalização.

[1] As Superintendências Regionais de Saúde equivalem ao que se costuma chamar, em outras localidades, de **macrorregiões de saúde**, e as Coordenadorias das Áreas Descentralizadas de Saúde (COADs) equivalem ao que se costuma chamar de **regiões de saúde**.

Figura 2 - Mapa-síntese da RAS no Ceará e características



Fonte: Elaboração própria

A SRLES, especificamente, abrange três áreas descentralizadas (Limoeiro do Norte, Aracati e Russas), reunindo 20 municípios cuja população depende do SUS entre 94% e 96%. Até 2019, a região não contava com nenhum leito de UTI, e toda a atenção terciária dependia de Fortaleza; quadro que começou a se transformar com a abertura do Hospital Regional do Vale do Jaguaribe.

Em termos cronológicos, em abril de 2024, o Governo do Estado lançou o projeto **De Braços Abertos**, com investimento de R$ 11,5 milhões, organizado em três eixos (Educação Permanente, Planificação da Atenção à Saúde e Rede de Articuladores) que visa fortalecer a Atenção Primária à Saúde. Este projeto começou sua implantação com o desenvolvimento da Planificação da Atenção à Saúde na Superintendência Regional Litoral Leste/Jaguaribe (SRLES), e contou com parceria do Conass, OPAS, Umane, Cosems-CE e Conasems, ambicionando expandir-se progressivamente às cinco regiões do estado.

2. METODOLOGIA

A avaliação da PAS no Ceará foi concebida como processo de natureza predominantemente qualitativa e analítica, orientado à compreensão do percurso da intervenção ao longo do tempo e à produção de evidências para subsidiar a tomada de decisão. Essa abordagem permite compreender em quais condições e com quais limites a PAS se deu, reconhecendo que políticas públicas não operam no vácuo, mas em contextos institucionais, políticos e territoriais que moldam seus efeitos (PATTON, 2011; OCDE, 2020).

As unidades de análise foram as instâncias de gestão e coordenação envolvidas na implementação da PAS: a Sesa, as Superintendências Regionais, as COADs e os municípios participantes; nível em que as decisões de implementação são tomadas e as condições de sustentabilidade são (ou não) construídas. A avaliação foi conduzida de forma remota, sem presença contínua nos territórios, o que exigiu estratégias de escuta qualificada e triangulação sistemática de informações (DENZIN; LINCOLN, 2011).

Desde a etapa diagnóstica, optou-se por realizar a escuta de todas as macrorregiões de saúde do Ceará, inclusive aquelas que, naquele momento, ainda não estavam diretamente envolvidas na implementação da PAS. Essa escolha permitiu construir uma leitura mais abrangente das condições de partida da rede, identificando tanto desafios recorrentes no estado quanto especificidades institucionais, territoriais e organizacionais de cada região; além de qualificar a compreensão do contexto em que a Planificação se insere. Esse registro constitui uma "linha de base qualitativa" relevante para análises futuras, especialmente diante de possíveis movimentos de expansão ou adaptação da intervenção para outros territórios.

Na presente etapa, entretanto, a análise se concentrou na Superintendência Regional do Litoral Leste/Jaguaribe (SRLES), território em que a implementação avançou de forma mais robusta e sistemática e no qual foi possível acompanhar o percurso da intervenção ao longo das diferentes etapas avaliativas. As informações produzidas nas demais regiões foram então mobilizadas, quando pertinentes, como elementos de contexto e comparação, sem que se atribua a elas o mesmo estatuto analítico conferido à SRLES.

Com base em materiais de monitoramento e avaliação da Planificação, foi construída uma lista de questões avaliativas que orientou a coleta e a análise ao longo das três etapas do processo.

Quais são os principais desafios enfrentados na Rede de Atenção às Condições Crônicas de Saúde no estado do Ceará? E em que ponto residem suas fortalezas?

Como as condições crônicas de saúde estão sendo gerenciadas atualmente?

Em que aspectos são percebidas melhorias no desempenho da rede?

Como está a integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada? Existem barreiras ou lacunas que impedem uma abordagem integrada?

De que forma as tutorias, a **educação permanente e o modelo de melhoria** têm fortalecido a organização e integração entre APS e AAE?

Como esses elementos contribuem para a mudança no "*modus operandi*"?

Como a PAS tem impactado a organização das redes de atenção à saúde, especialmente em relação às condições crônicas?

Quais são os principais gargalos ou redundâncias nos macroprocessos de gestão e atenção à saúde na Rede de Atenção às Condições Crônicas?

Houve uma mudança significativa no fluxo e processo que afetam o cidadão na rede de atenção à saúde?

Quais macroprocessos foram qualificados nas redes de atenção à saúde?



Etapa diagnóstica — T0 (nov. 2023 a jan. 2024). Baseou-se em entrevistas semiestruturadas com representantes das superintendências regionais e instâncias de coordenação, buscando compreender o contexto inicial da rede, seus desafios históricos e a percepção sobre os macroprocessos prioritários.



Etapa de acompanhamento da implementação — T1 (nov. 2024 a out. 2025). Combinou duas ondas de questionário estruturado online, aplicadas a profissionais e gestores de todas as regiões de saúde do estado (SRLES como região de implementação ativa, demais macrorregiões como grupo de comparação). A primeira onda (nov. 2024 a fev. 2025) obteve 45 respostas válidas; a segunda (out. 2025), 24, com concentração crescente de respondentes na SRLES. Entre as duas ondas, foi realizado grupo focal remoto com consultoras do Conass responsáveis pela condução da Planificação.



Etapa de avaliação de resultados — T2 (dez. 2025 a mar. 2026). Aprofundou a análise qualitativa por meio de entrevistas individuais e grupos focais com atores-chave da SRLES (superintendente regional, coordenadoras das ADS de Aracati, Russas e Limoeiro do Norte e representantes municipais[2]), complementadas por participações pontuais de atores da SRNOR e SRFOR.

[2] A tentativa de realizar entrevistas individuais com representantes municipais não obteve adesão relevante; grupos focais municipais foram organizados como alternativa, ainda que com adesão baixa e parcial.

A análise foi orientada por uma perspectiva de revisão temática de conteúdo, com triangulação entre os resultados dos instrumentos e papel/posição dos atores entrevistados.

Da mesma forma, é importante reconhecer algumas limitações que envolveram a realização da presente avaliação. A condução remota restringiu a observação direta dos processos, enquanto a maior concentração das atividades de coleta na SRLES faz com que os achados sejam mais robustos para essa região do que para as demais. Soma-se a isso o fato de que outras intervenções correlatas estiveram em desenvolvimento no estado ao longo do período avaliado. Esse conjunto de fatores exige cautela na comparação e na generalização dos achados entre diferentes regiões e momentos. Por fim, não é possível inferir causalidade direta entre as ações da PAS e indicadores assistenciais populacionais, já que mudanças nesses indicadores dependem de um conjunto amplo de fatores e de horizonte temporal mais extenso do que o coberto pela avaliação.

Este TD não pretende, portanto, produzir generalizações sobre o conjunto do estado, mas oferecer uma leitura situada e territorialmente referenciada da experiência da PAS onde ela encontrou maior desenvolvimento. A construção do texto articula três momentos do percurso avaliativo: a etapa diagnóstica, voltada a compreender as condições iniciais da rede; a etapa de implementação e monitoramento de processos, voltada a acompanhar a execução dos componentes da PAS; e a etapa de avaliação de resultados, voltada às mudanças percebidas e produzidas no território. Essa lógica sequencial permite compreender não apenas se houve mudanças, mas como, onde, em que medida e sob quais condições elas se tornaram possíveis.

3. ANÁLISES E RESULTADOS

Atenção Primária à Saúde (APS)

DE ONDE SE PARTIU

O diagnóstico revelou, na SRLES, uma APS marcada por fragilidades estruturais que compunham um quadro de atendimento bastante deficitário: limitações de recursos e equipamentos, falta de insumos, alta rotatividade de profissionais e sobrecarga de equipes, dificuldades de acesso em áreas rurais e pressão sobre a APS decorrente de gargalos na atenção especializada.

Em termos de processos de trabalho, evidenciaram-se territorialização incompleta, informatização heterogênea das agendas, atendimento fortemente orientado por demanda espontânea e estratificação de risco praticamente inexistente — unanimidade entre os relatos. Os problemas decorrentes envolviam especialmente o acompanhamento de pacientes com condições crônicas:

“A gente tem um boom de casos de amputações por complicações em pacientes diabéticos. 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 poderia ter sido feito lá na atenção primária.” (Coordenadora de ADS — Diagnóstico 2024)



A redução da mortalidade materno-infantil já figurava, desde então, como a prioridade sanitária mais crítica da região.

NO QUE SE AVANÇOU

A implementação foi conduzida por oficinas presenciais em unidades formativas e de extensão, com apoio de tutores regionais. Uma decisão bastante acertada foi ampliar o modelo de tutoria — de um único tutor por município para até quatro figuras de referência, envolvendo gestão, educação permanente, vigilância em saúde e unidade formativa —, reduzindo a vulnerabilidade a ausências individuais no âmbito da governança. Nas duas coletas do questionário, todos os 19 respondentes da SRLES declararam participação regular nas ações: praticamente 100% nas oficinas e tutorias de APS, 84,2% nos cursos EAD e 89,5% no uso do painel de indicadores.

A tabela a seguir sistematiza a variação das médias de doze processos da APS entre as duas ondas de questionário (escala de 1 a 5):

Tabela 1 - Notas médias dos processos da APS

PROCESSO DA APS	ONDA 1	ONDA 2	VARIAÇÃO
Cadastro e vinculação	4,42	4,79	↑
Estratificação de risco familiar	4,00	4,21	↑
Organização do acesso / bloco de horas	3,74	3,89	↑
Identificação de subpopulações crônicas	3,68	3,89	↑
Acolhimento e manejo de eventos agudos	3,79	3,53	↓
Ações de vigilância	4,37	4,21	↓
Ações de prevenção (vacinação)	4,26	4,37	↑
Demandas administrativas	4,16	3,89	↓
Visitas e atendimentos domiciliares	4,37	4,42	↑ leve
Autocuidado apoiado	3,89	3,63	↓
Cuidados paliativos	3,63	3,26	↓
Segurança do paciente	3,79	3,74	↓ leve

Fonte: elaboração própria a partir das Ondas 1 e 2 do questionário de implementação da PAS.

Os processos com melhora mais consistente (cadastro/vinculação, estratificação de risco, identificação de subpopulações e organização do acesso) foram, não por acaso, os primeiros trabalhados nas oficinas e os de tradução operacional mais imediata. Os que caíram ou estagnaram (cuidados paliativos, autocuidado apoiado, acolhimento) foram abordados nas últimas oficinas, sem tempo suficiente de assimilação, ou dependem de mudanças culturais mais profundas na relação profissional-paciente.

"Você observa. Em cima, quatro setinhas verdinhas, tudo juntinhas. Lá embaixo, cinzinho. [...] Agora você imagina se a gente tivesse mais uns dois anos com essa planificação. Ficavam todos os processos verdinhos." (Coordenadora de ADS — Etapa de Resultados)

O grupo focal com consultoras do Conass ofereceu uma leitura qualitativa importante para esses mesmos dados: a queda nas notas de cuidados paliativos, por exemplo, pode refletir não um retrocesso, mas uma avaliação mais rigorosa e autocrítica após a ampliação do repertório conceitual das equipes — já que muitas praticavam ações do tema "apenas sem as denominarem como tal". Esse padrão é consistente com o que a literatura de avaliação de programas descreve como *response-shift bias*, ou viés de mudança de referencial: em processos avaliativos baseados em autorrelato do tipo antes-e-depois, a intervenção pode alterar não apenas a variável observada, mas também o padrão interno que o respondente utiliza para julgá-la (HOWARD, 1980).

O QUE MUDOU NA PRÁTICA

O cadastro e a vinculação territorial foram os processos mais citados como mudança concreta atribuível à PAS: equipes construíram mapas do território — manuais e depois digitais — que passaram a orientar a identificação de subpopulações. Já a estratificação de risco familiar produziu seu efeito mais tangível na linha de cuidado da gestante de alto risco: coordenadoras relataram que a policlínica raramente recebe hoje uma gestante estratificada incorretamente, e que as listas de espera de gestantes de alto risco deixaram de existir em alguns municípios.

A implantação do bloco de horas foi o processo mais frequentemente mencionado como mudança perceptível. Icapuí, pequeno município da ADS de Aracati, tornou-se referência unânime entre os entrevistados: de uma unidade sem recepcionista e sem organização de agenda, o município passou a contar com chamada eletrônica, reformas físicas e até uma sala sensorial para coleta de material citológico. A superintendente da SRLES sintetizou o contraste:

> **"Quando eu olho para o município de Icapuí hoje, parece um sonho [...] não só em relação à organização de processos, mas os avanços estruturais que a gestão de fato abraçou."**
> **(Superintendência SRLES — Etapa de Resultados)**

Um achado consistente das entrevistas é que a variação dos resultados não ocorreu apenas entre municípios, mas também dentro deles, entre equipes urbanas e rurais, ou entre unidades com e sem figura de acompanhamento contínuo. Municípios maiores, como Aracati (29 equipes) e Morada Nova, avançaram de forma mais heterogênea; municípios menores, como Palhano e Itaiçaba, percorreram o ciclo de forma mais completa, não pela ausência de problemas, mas pela menor complexidade logística de alcançar todas as equipes.

Seis dos doze processos analisados registraram queda nas médias, o que não significa necessariamente piora real dos serviços. As entrevistas finais sugerem três leituras complementares: tempo insuficiente de assimilação (processos trabalhados nas últimas oficinas); efeito de autocrítica pós-formação (processos já bem avaliados na Onda 1); e condições estruturais fora do controle das equipes, sobretudo a resistência de parte da gestão municipal ao tempo protegido e a rotatividade de profissionais por concursos públicos e mudanças políticas, que mudam equipes inteiras no meio do processo e obrigam recomeços (casos de Fortim e Jaguaruana).

Sobre a redução da mortalidade materna e infantil, expectativa central da PAS desde o diagnóstico, as entrevistas apontam mudanças nos processos de trabalho, especialmente no fortalecimento das ações de prevenção e acompanhamento das mulheres ao longo do cuidado. Na percepção dos atores entrevistados, a consolidação dessas mudanças tende a ampliar seus efeitos ao longo do tempo. Essa constatação é coerente com a literatura. Em estudo sobre o Programa Saúde da Família, Aquino, Oliveira e Barreto (2009) demonstraram que efeitos expressivos sobre a mortalidade infantil só foram observados em municípios com cobertura consolidada por, no mínimo, quatro anos; Macinko, Guanais e Souza (2006) reforçam que o impacto é progressivo e dependente do tempo de implementação; e Hone, Rasella e Barreto (2017) mostram que reduções expressivas na mortalidade evitável dependem tanto da expansão da atenção primária quanto de governança robusta do sistema, dois fatores que, isoladamente, não bastam.

Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

DE ONDE SE PARTIU

O diagnóstico revelou uma AAE marcada por avanços recentes, como a abertura do Hospital Regional do Vale do Jaguaribe, com 30 leitos de UTI adulto, e a estruturação de politrauma e oncologia, mas ainda com lacunas críticas: ausência de UTI pediátrica e neonatal e dependência de outras regiões para o parto de alto risco.



NO QUE SE AVANÇOU

A implementação na AAE foi percebida, de forma unânime, como mais lenta do que na APS: na Onda 1, apenas 31,6% dos respondentes declararam participação nas oficinas da especializada, contra 100% na APS. Nessa mesma onda, entre 17% e 26% dos respondentes, a depender do processo avaliado, assinalaram a opção "*não tivemos oficinas sobre AAE ainda*", o que reduz os denominadores de referência e exige cautela na leitura dos dados.

Tabela 2 - Notas médias dos processos da AAE

PROCESSO DA AAE	ONDA 1	ONDA 2	VARIAÇÃO
Carteira de serviços e dimensionamento	3,16	3,84	↑
Agendamento integrado com a APS	3,05	3,26	↑
Ciclo de atenção contínua (multiprofissional)	2,37	2,89	↑
Apoio às equipes da APS (autocuidado)	2,63	2,74	↑
Implantação do NEP[1] com horário protegido	2,00	2,63	↑
Ações de apoio institucional indireto	2,68	2,58	↓ leve
Qualidade e segurança do paciente	3,21	3,05	↓

[1] Núcleo de Educação Permanente

Fonte: elaboração própria a partir das Ondas 1 e 2 do questionário de implementação da PAS.

As médias da AAE são, em todas as categorias, mais baixas que as da APS, algo esperado, dado o estágio inicial e tardio de implementação da especializada. Cinco dos sete processos avançaram entre as ondas, com destaque para carteira de serviços e ciclo de atenção contínua. Cabe cautela metodológica nessa análise, já que avaliações autorreportadas após formações estão sujeitas a vieses já discutidos na literatura sobre estudos CAP (Conhecimento, Atitude e Prática). Launiala (2009) e Rethans et al. (2002) mostram que a "competência declarada" tende a superar sistematicamente o desempenho observável. Isso ajuda a explicar por que alguns processos melhoraram nas notas sem que os entrevistados identificassem mudanças substantivas no cotidiano da rede.

"Na organização do acesso [...] eu não consigo visualizar esse atendimento. Continua da mesma forma. Muito focado na oferta de consulta." (Coordenadora de ADS — Etapa de Resultados)

O principal condicionante estrutural identificado como desafiador para a melhoria dos processos é o modelo contratual dos consórcios que organizam as policlínicas, orientado à oferta de procedimentos. Nesse modelo, o contrato define quantas consultas de cada especialidade serão realizadas por mês, e não a gestão do cuidado que a PAS preconiza. Essa tensão reflete um dilema já descrito na literatura de política de saúde como a distinção entre sistemas remunerados por volume de produção e sistemas orientados por *valor* em saúde, isto é, pelos resultados assistenciais e pela continuidade do cuidado ao longo do tempo (PORTER; TEISBERG, 2006). No caso do SUS, essa lógica de produção fragmentada, historicamente estruturada em torno de procedimentos pontuais e eventos agudos, é um dos principais obstáculos à consolidação das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011).

Não obstante, mudar esse modelo exige renegociação política e jurídica dos contratos de consórcio. Processo que, em experiência comparável na região de Arcoverde (Pernambuco), levou dois anos e meio para se concretizar mesmo em cenário favorável – conforme contou a equipe do Conass escutada. No Ceará, um sinal promissor emergiu na ADS de Russas: a pactuação de indicadores da Planificação nos contratos de consórcio para o ciclo seguinte, incorporando pela primeira vez uma lógica de cuidado à gestante baseada em estratificação de risco.
A alta rotatividade de pessoal nos consórcios regionais também teria comprometido o ritmo da implementação, já que a mudança nos quadros de colaboradores exigia recomeços e realinhamentos constantes de conteúdos já ministrados – em função da chegada de novos gestores.



Integração e Linhas de Cuidado

A integração entre APS e AAE é, na arquitetura da PAS, o ponto onde tudo converge, pois concretiza o percurso real da pessoa usuária na rede. Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, a APS deve exercer o papel de coordenadora do cuidado, articulando os diferentes pontos de atenção de forma contínua (MENDES et al., 2019; CONASS, 2025). As linhas de cuidado são a forma concreta pela qual essa integração se organiza na prática, e no Ceará a Linha de Cuidado Materno-Infantil ocupou papel central nesse processo, tanto como prioridade sanitária quanto como eixo em que a integração foi mais intensamente testada.

DE ONDE SE PARTIU

Desde o diagnóstico, a integração entre os dois níveis foi nomeada pelos próprios atores como o maior desafio da rede, não um entre vários, mas o principal. A regulação era organizada por disponibilidade de agenda, e não por critério clínico: gestantes sem critério de risco chegavam à policlínica e "tiravam a vaga" de quem precisava, enquanto a contrarreferência simplesmente não retornava à equipe de origem.

"Eles são separados, fragmentados, acreditando que estão fazendo um papel impactante para a vida das pessoas, mas não creio que isso, de fato, tenha representado uma melhoria significativa."
(Gestor da Sesa — Diagnóstico 2024)

NO QUE SE AVANÇOU

Entre as duas ondas de questionário, a nota média de integração APS-AAE subiu de 6,0 para 6,42 (escala de 0 a 10) na SRLES; variação que os próprios atores qualificam como aquém do esperado, sobretudo porque o grupo de comparação (regiões sem PAS) já pontuava média semelhante (6,4) na primeira onda. O grupo focal com consultoras do Conass identificou três mecanismos que explicam a persistência do gargalo: o modelo contratual dos consórcios; a regulação por disponibilidade de agenda; e a contrarreferência ineficaz.

Um avanço relevante teria ocorrido pelas notas técnicas atualizadas para gestante, criança, hipertensão e diabetes, consideradas pelas consultoras uma das conquistas mais concretas da Planificação, por traduzir conteúdos antes abstratos em parâmetros aplicáveis. Especificamente para a linha materno-infantil, a nota técnica da gestante criou parâmetros mais claros de estratificação de risco que antes simplesmente não existiam de forma padronizada.

É precisamente esse tipo de instrumento e apoio que cria as condições para que a comunicação entre níveis passe a ter uma linguagem comum, condição mínima para qualquer integração real.

O QUE MUDOU NA PRÁTICA

Na etapa de resultados, a integração avançou mais claramente em microfluxos específicos do que como transformação sistêmica. Gestantes chegando melhor classificadas à especializada é, ao mesmo tempo, entrega da APS e condição para que a AAE funcione com mais equidade. Ainda assim, a ausência de prontuário eletrônico compartilhado permanece como demanda persistente. Em uma ADS, a solução pragmática encontrada foi a APS enviar uma cópia do plano de cuidado com a própria gestante para que o profissional da policlínica a conheça antes do atendimento; processo que, contudo, ocorre em pouquíssimas equipes.

Os comitês de mortalidade materno-infantil, ativos em diversas ADS da SRLES, emergem como instâncias que promovem essa conversa entre níveis: ao analisar um óbito, torna-se inevitável cruzar o que ocorreu na APS com o que ocorreu na especializada.

Vale aqui trazer a experiência da Superintendência Regional Norte (SRNOR), ouvida a título comparativo, que ilustra o potencial desses comitês: ao identificar que a maioria dos óbitos evitáveis decorria de classificação de risco errada na APS, a própria superintendência organizou treinamentos com profissionais do ambulatório de alto risco para capacitar equipes da atenção primária; iniciativa autônoma, sem suporte metodológico da PAS, mas convergente com sua lógica.

Um achado que percorre as entrevistas da etapa de resultados é a distância entre a percepção da gestão e a percepção das equipes na ponta: gestoras que coordenam enxergam avanços que profissionais das unidades básicas ainda não percebem, sinal de que a integração ainda opera mais como arranjo institucional em nível de governança alta e média, do que como prática incorporada no cotidiano assistencial.

CASOS DE INTEGRAÇÃO: ICAPUÍ E RUSSAS

Em **Russas**, ADS que reúne cinco municípios com cerca de 95% de dependência do SUS, o ponto de virada veio de uma iniciativa simples: as policlínicas passaram a visitar os municípios, permitindo que profissionais da especializada conhecessem, pela primeira vez, as realidades distintas de cada território. Esse processo de aproximação abriu caminho para uma negociação contratual: o novo contrato do consórcio, a ser formalizado, incorporará indicadores da Planificação e uma lógica de cuidado à gestante baseada em estratificação de risco.

Em **Icapuí**, pequeno município (pouco mais de 20 mil habitantes) que conta com obstetras próprios, a integração se dá por caminho distinto: em 2024, nenhuma gestante do município foi acompanhada na policlínica regional, e a comunicação entre os níveis de atenção é favorecida pelo conhecimento mútuo e pelas relações profissionais construídas ao longo dos anos entre as equipes. A gestora municipal, que já trabalhou na própria policlínica de Aracati, mantém contato direto com os profissionais de referência. Os dois casos revelam que a integração real ainda opera, em larga medida, por meio de relações e não de sistemas; descrição realista do estágio em que a implementação se encontra, e de soluções que vêm sendo encontradas pelas equipes, longe de ser uma crítica à PAS.

Olhar comparativo: SRNOR e Sertão Central e expectativas pela Planificação

Entrevistas com superintendentes de regiões que não receberam a PAS de forma sistemática ajudaram a contextualizar os achados da SRLES sem atribuir à Planificação transformações que dependem de múltiplos fatores.

No **Sertão Central (SRCEN)**, o superintendente relatou avanços recentes na estrutura assistencial: abertura do atendimento em oncologia, ampliação de especialistas nas policlínicas (de 11 para 17 por unidade), mas reconheceu que a integração APS-AAE segue como problema a ser resolvido:

"Estou apostando todas as minhas fichas na planificação que vai ser liberada agora para o Sertão Central."

Na **Região Norte (SRNOR)**, a superintendente também relatou avanços recentes na atenção especializada, como a oferta de hemodiálise em Tianguá e de atendimento oncológico em Crateús. Na APS, embora a região apresente elevada cobertura e boa disponibilidade de profissionais, a profissional chama a atenção para desafios que envolvem a qualidade dos processos de trabalho, especialmente nas ações de prevenção e promoção da saúde, estratificação de risco e acompanhamento das condições crônicas. Nesse sentido, prontamente aponta a qualificação permanente das equipes como uma frente importante para o fortalecimento da atenção primária:

"Eu acho que a gente pode trabalhar em oficinas com os profissionais de saúde, para que [se] tenha uma melhoria de qualidade na atenção desses pacientes com doenças crônicas."

Essa constatação reforça um ponto central desta avaliação: ampliar cobertura não é suficiente sem qualificar os processos de trabalho de maneira sustentável e robusta. Pois, em ambas as regiões, gestores comprometidos desenvolveram soluções próprias (protocolos de encaminhamento, treinamentos de estratificação) que convergem com o que a PAS institucionaliza, mas sem o mesmo suporte metodológico, de materiais e de apoio institucional continuado. Para que isso se dissemine e se sustente na rede, fazem-se necessárias as estruturas de sustentação e multiplicação, tais quais tutores e materiais instrucionais comuns, que promovam esse alinhamento e pulverização.

Sustentabilidade da PAS: condições e fatores

O QUE FUNCIONOU

As **oficinas presenciais** foram consistentemente o componente mais valorizado, pelo método participativo do "fazer com" as equipes. As **notas técnicas atualizadas** para gestante, criança, hipertensão e diabetes foram amplamente reconhecidas como úteis e aplicáveis. No plano institucional, o **apoio ativo da superintendência regional** foi o fator facilitador mais decisivo, incluindo o diálogo direto com prefeitos e secretários municipais e a incorporação da Planificação como pauta sistemática nas reuniões do SIS (Sistemas de Informação em Saúde).

Os **articuladores e tutores regionais** foram o componente de governança mais determinante, pois onde essas figuras estavam presentes e bem formadas, o processo avançava com consistência; onde ausentes ou recém-substituídas, o processo fragilizava-se – como diversas gestoras explicavam as dificuldades de operacionalizar a PAS.

O QUE DIFICULTOU

A sobrecarga de profissionais foi o fator limitante mais citado, já que a PAS teria chegado sem que nenhuma demanda prévia fosse retirada das equipes, o que levou à pactuação de um intervalo mínimo de 60 dias entre as oficinas. A rotatividade de pessoas-chave configurou-se como o fator mais estrutural: cada saída de articulador ou gestor exigia recomeçar parte da sensibilização e capacitação de conteúdos já ministrados. Por sua vez, a resistência de parte da gestão municipal ao tempo protegido reflete uma cultura de gestão que ainda não reconhece formação e planejamento como dimensões do próprio trabalho em saúde. Por fim, a ausência de integração entre os instrumentos da PAS e sistemas já em uso (como o e-SUS) reforçou, em muitas equipes, a sensação de retrabalho.

O QUE ESTÁ EM JOGO

A sustentabilidade dos avanços depende ainda, em grande medida, de figuras específicas, e não de processos institucionalizados, o que pode ser enunciado como o principal risco apontado por esta avaliação. No plano da governança, o condicionante mais estrutural e menos resolvido é o modelo contratual da atenção especializada; a experiência de Pernambuco, citada como referência, mostra que essa transição, mesmo em contexto favorável, é de maturação lenta (dois anos e meio). No nível central da Sesa, processos ainda fragmentados geram descompasso entre o esforço territorial e a capacidade de suporte institucional. A perspectiva de redução do apoio das consultoras do Conass também gera inquietude entre os atores regionais quanto à continuidade do processo.

RECOMENDAÇÕES PRELIMINARES

Da leitura integrada dos dados e achados avaliativos, quatro frentes prioritárias se mostram recomendáveis para a sustentabilidade da PAS:

- **consolidar o tempo protegido como normativa operacional**, condição estruturante para que o aprendizado se converta em rotina, coerente com a literatura sobre implementação de programas formativos em saúde (RETHANS et al., 2002);

- **priorizar a integração APS-AAE a partir das linhas de cuidado** com maior tração e risco visível (materno-infantil e condições crônicas), favorecendo ganhos verificáveis no curto prazo;

- **tratar a infraestrutura básica das unidades como pré-condição prática**, revendo os instrumentos da PAS para maior integração com sistemas já em uso;

- de forma mais estrutural, **pactuar agenda de médio prazo para revisão dos contratos e da regulação na atenção especializada**, deslocando progressivamente a ênfase de procedimentos para a gestão do cuidado, o que exige decisão do nível central e vontade política.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta avaliação percorreu três anos de uma intervenção que busca, no cerne de sua proposta, reorganizar o modo como o sistema de saúde opera. O diagnóstico de 2024 revelou uma APS marcada por fragilidades estruturais e organizacionais significativas na SRLES, com a integração APS-AAE nomeada pelos próprios atores como o maior desafio da rede. Esse quadro justificava a escolha da região como território prioritário da PAS e sinalizava, desde o início, que os avanços seriam necessários e desafiadores ao mesmo tempo.

Ao final do ciclo, os avanços produzidos são reais e rastreáveis, nos dados dos questionários, nas falas das gestoras, no percurso da implementação, e não fruto de efeito de halo. Os macroprocessos organizacionais mais elementares da APS foram os que mais avançaram, o que faz sentido pela lógica da implementação: foram os primeiros trabalhados nas oficinas e os de tradução operacional mais imediata. Cadastro e vinculação territorial, estratificação de risco, identificação de subpopulações e organização do acesso passaram, em diferentes graus, a compor de maneira mais estruturada o cotidiano das equipes. No manejo das condições crônicas, os

avanços foram mais evidentes justamente na capacidade de identificar e estratificar populações do que em processos mais complexos, como autocuidado apoiado e cuidados paliativos, que demandam maior tempo de incorporação.

As oficinas, tutorias e estruturas de apoio da PAS tiveram papel relevante nesse percurso, não apenas pela disseminação de conteúdos, mas por oferecerem referências, instrumentos e espaços comuns para que as equipes revisassem seus próprios processos de trabalho. Ao mesmo tempo, a avaliação mostrou que sua capacidade de produzir mudanças sustentáveis depende da continuidade dessas estruturas. Permanecem como fatores capazes de interromper ou desacelerar tais processos a rotatividade de profissionais, ausência de tempo protegido e fragilidade das figuras de acompanhamento.

Na AAE, os avanços existem, mas são mais incipientes, condicionados por um modelo contratual que as gestoras regionais, por si só, não têm capacidade de resolver, exigindo renegociação política e jurídica que extrapola o alcance da metodologia. Cabe ressaltar que essa leitura corresponde ao estágio da implementação observado no período coberto pela avaliação. Por se tratar de uma frente iniciada posteriormente, já que as oficinas da AAE estavam começando no momento das coletas e se mantêm em execução desde então, mudanças já em andamento podem não estar integralmente refletidas nos achados aqui apresentados.

A integração entre APS e AAE avançou mais visivelmente em microfluxos do que como transformação sistêmica, com a linha materno-infantil como eixo mais intensamente afetado por essa dinâmica, mas ainda com avanços a consolidar. Os casos de Russas e Icapuí mostram diferentes caminhos encontrados nos municípios para aproximar os níveis de atenção, seja pela revisão de fluxos e instrumentos, seja pela mobilização de relações profissionais e espaços de interlocução já existentes. São movimentos relevantes, ainda que não representem, por

si sós, uma transformação sistêmica da integração entre APS e AAE.

Do ponto de vista do cidadão, do que chega "na ponta", isso significa que algumas mudanças já alcançam o percurso assistencial, como a melhor estratificação das gestantes de alto risco, a reorganização do acesso e a redução de encaminhamentos inadequados relatada pelos atores, mas ainda de maneira desigual entre municípios, equipes e linhas de cuidado. Merece destaque também a distância identificada entre a percepção da gestão e a percepção das equipes na ponta: sinal de que a transformação ainda não chegou à escala e à profundidade necessárias para ser sentida de forma homogênea por quem executa o cuidado no cotidiano.

A comparação com regiões que não receberam a PAS de forma sistemática (SRNOR e Sertão Central) é elucidativa, pois os mesmos problemas de fragmentação e regulação por disponibilidade de vaga aparecem ali, e gestores comprometidos desenvolvem soluções próprias que convergem com o que a PAS propõe, mas sem o mesmo suporte metodológico estruturado. A PAS pode ser assim compreendida como uma estratégia que oferece método, instrumentos e estruturas de sustentação para que iniciativas de qualificação dos processos de trabalho das RAS ganhem maior capacidade de disseminação e continuidade nos territórios.

Do ponto de vista metodológico, esta avaliação produziu evidências por meio de triangulação ampliada, com limitações reais e explicitadas ao longo do texto — a condução remota, a baixa adesão municipal na etapa final e a impossibilidade de inferir causalidade direta entre a PAS e indicadores populacionais. Nenhuma delas invalida os achados; todas devem apenas ser consideradas na leitura dos resultados.

O que esta avaliação não quis fazer, desde seu princípio, foi emitir um veredicto sobre sucesso ou fracasso da Planificação, categoria binária incompatível com intervenções complexas como a PAS. O que se pode

afirmar, com base nas evidências produzidas, é que a Planificação contribuiu para criar condições de mudança na SRLES, ao organizar espaços de formação, instrumentos e referências comuns e mobilizar atores em torno de problemas da rede que já estavam colocados desde o diagnóstico. Os resultados, contudo, não se distribuem de maneira uniforme: variam conforme o processo analisado, o território, o momento da implementação e as condições institucionais encontradas. A sustentabilidade desses avanços, contudo, depende de decisões políticas, contratuais e de infraestrutura que estão além do alcance da metodologia por si só: a PAS pode construir condições para a mudança; a mudança, em sua dimensão mais estrutural, precisa ser construída pelo sistema.

Por fim, mudar o modo de operar de uma rede de atenção à saúde é tarefa de médio e longo prazo, e os indicadores populacionais de mortalidade são os últimos a responder a esse movimento. Pois, como explicaram diversas interlocutoras ouvidas: "*um óbito de 2025 é, em grande medida, parte de um pré-natal de 2024*". Essa não é uma justificativa para adiar avaliações de resultado, mas um argumento para que sua leitura seja feita com a perspectiva temporal adequada. Da mesma forma, acompanhar os resultados da PAS ao longo do tempo permitirá observar se mudanças hoje identificadas sobretudo nos processos de trabalho conseguem se consolidar, alcançar maior escala e, progressivamente, repercutir sobre os resultados assistenciais esperados. Espera-se que esta avaliação contribua para que outros esforços de monitoramento e avaliação sejam fomentados e mantidos na própria estrutura da Sesa, de modo que as evidências produzidas ao longo desse processo de mudança sejam também fruto de uma gestão do conhecimento aplicada, disseminada e compartilhada com todas as partes interessadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F. de; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. American Journal of Public Health, Washington, v. 99, n. 1, p. 87-93, jan. 2009.

CONASS — Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS em Redes: a Planificação da Atenção à Saúde como estratégia de organização. Organizadores: Eugênio Vilaça Mendes, Jurandi Frutuoso Silva, Maria José de Oliveira Evangelista. Brasília: Conass, 2025.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.). The SAGE Handbook of Qualitative Research. 4. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2011.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. et al. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. Health Affairs, Bethesda, v. 36, n. 1, p. 149-158, jan. 2017.

HOWARD, G. S. Response-shift bias: a problem in evaluating interventions with pre/post self-reports. Evaluation Review, v. 4, n. 1, p. 93-106, 1980.

LAUNIALA, A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. Anthropology Matters, v. 11, n. 1, 2009.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. Journal of Epidemiology and Community Health, London, v. 60, n. 1, p. 13-19, jan. 2006.

MENDES, E. V. et al. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Conass, 2019.

OCDE — Organisation for Economic Co-operation and Development. Quality Standards for Development Evaluation. Paris: OECD Publishing, 2020.

PATTON, M. Q. Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use. New York: Guilford Press, 2011.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

RETHANS, J. J. et al. Methods of assessing the performance of practising physicians processes and outcomes. Medical Teacher, v. 24, n. 2, p. 117-126, 2002.

UMANE