

Implementação de linhas de cuidado de condições crônicas em regiões de saúde: estudos de casos

Implementation of care pathways for chronic conditions in health regions: case studies

Liza Yurie T. Uchimura*¹
Orcid: 0000-0002-4935-2432

Jeane Roza Quintans*²
Orcid: 0000-0003-0076-9242

Fernanda Jafet El Khouri*³
ORCID: 0000-0003-2753-3934

Juliana Invenção Gomes*⁴
ORCID: 0000-0002-8450-290X

João Gabriel Sanchez*⁵
ORCID: 0000-0003-1347-9279

Pedro Paulo M. Chrispim**⁶
ORCID: 0000-0002-7620-8049

Caroline dos Reses Gino*⁷
ORCID: 0000-0002-1842-7921

Enilda Maria Sousa Lara*⁸
ORCID: 0000-0001-7249-620X

Gizelda Monteiro da Silva*⁹
ORCID: 0000-0002-3999-9689

Tatiana Yonekura*¹⁰
ORCID: 0000-0001-8271-6691

Resumo

INTRODUÇÃO: No âmbito do sistema de saúde brasileiro um avanço importante foi a organização, planejamento e assistência à saúde de forma regionalizada, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A compreensão dos arranjos organizativos e das dinâmicas de implementação das RAS nas diferentes realidades territoriais do país é necessário para aprimorar as políticas de saúde e as estruturas dos sistemas regionais. **OBJETIVO:** Apresentar estudos de casos que utilizaram a ferramenta 5W2H para a construção de ações estratégicas para a implementação de cinco linhas de cuidado em condições crônicas não transmissíveis, preconizadas pelo Ministério da Saúde, em duas regiões de saúde do Nordeste brasileiro. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de dois casos com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A ferramenta 5W2H foi utilizada para elencar prioridades e apoiar a tomada de decisão na definição dos planos de intervenção e das principais ações de implementação. **RESULTADOS:** participaram 86 gestores municipais, estaduais e apoiadores, além de 89 profissionais dos serviços de saúde e representantes da sociedade civil. As ações priorizadas foram organizadas em seis eixos temáticos: (1) atenção primária à saúde; (2) atenção especializada; (3) atenção hospitalar; (4) urgências e emergências; (5) regulação; (6) gestão. **CONCLUSÕES:** A matriz 5W2H mostrou-se uma estratégia metodológica efetiva para a priorização no planejamento das ações, favorecendo a deliberação coletiva, a integração entre os níveis de gestão e o fortalecimento da gestão clínica nas regiões de saúde analisadas.

Palavras-chave: atenção à saúde; planejamento estratégico; regionalização da saúde.

Abstract

INTRODUCTION: Within the Brazilian Health System, a significant advancement has been the regionalized organization of health planning and service delivery through Health Care Networks (Redes de Atenção à Saúde - RAS). Understanding the organizational arrangements and essential for improving public health policies and the configuration of regional health systems. **AIM:** To present case studies that used 5W2H tool to develop strategic actions for the implementation of five care pathways for chronic non-communicable conditions recommended by the Ministry of Health, in two health regions of northeastern Brazil. **MATERIALS AND METHODS:** This study adopts a multiple case study design (two cases) with a qualitative, descriptive, and exploratory approach. The 5W2H tool was used to identify priorities and guide decision-making regarding the definition of intervention plans and main implementation actions. **RESULTS:** A total of 86 municipal and state managers and technical supporters participated, along with 89 health professionals and civil society representatives. The prioritization problems and actions were organized into the following thematic areas: (1) primary health care; (2) specialized care; (3) hospital care; (4) emergency care; (5) regulation; (6) management. **CONCLUSIONS:** The 5W2H matrix proved to be an effective methodological strategy for prioritizing actions in planning processes, fostering collective deliberation, promoting integration across management levels, and strengthening clinical governance in the analyzed health regions.

Keywords: delivery of health care; strategic planning; regional health planning.

Financiamento: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

* Hcor, São Paulo, Brasil.

** (1) Instituto Alicece; (2) Hcor, São Paulo, Brasil.

¹ E-mail: lytuchimura@gmail.com

² E-mail: jeanequintans@gmail.com

³ E-mail: fjkhouri@hcor.com.br

⁴ E-mail: juinvencao@gmail.com

⁵ E-mail: joaogsanchez@gmail.com

⁶ E-mail: pedropaulo.chrispim@gmail.com

⁷ E-mail: caroline.gino2011@gmail.com

⁸ E-mail: enildamslara@gmail.com

⁹ E-mail: gmonteiro@hcor.com.br

¹⁰ E-mail: tatyonekura@gmail.com

Introdução

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se um avanço significativo com a implementação da regionalização na organização dos serviços de saúde da oferta de serviços de saúde. As regiões de saúde são projetadas para fornecer uma ampla gama de ações e serviços, a fim de atender de forma integrada às necessidades da população, por meio da articulação em Redes de Atenção à Saúde (RAS).¹

A RAS e as linhas de cuidado voltadas a usuários de condições crônicas não transmissíveis (DCNT) têm apresentado avanços no Brasil, especialmente no que se refere à ampliação da oferta e melhoria do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, tais avanços também evidenciaram fragilidades na organização dos serviços das regiões de saúde. A falta de integração e de mecanismos formais entre os serviços e os profissionais de saúde, a ausência de redes regionalizadas e as dificuldades de acesso a vários pontos da RAS em território nacional são identificadas como as principais dificuldades na organização da RAS. A fragmentação do cuidado leva o usuário a buscar serviços de saúde que atendam às suas necessidades da forma mais resolutiva e imediata, ainda que muitas vezes não é condizente com o itinerário assistencial pactuado no planejamento regional.²

Nos últimos anos, a gestão em saúde tem utilizado ferramentas estratégicas que favorecem o aprimoramento do planejamento e da tomada de decisão. Alinhados a essa tendência, os gestores de saúde, juntamente com os profissionais da saúde e representantes da sociedade civil, vêm se mobilizando para antecipar problemas e elaborar estratégias viáveis e factíveis para os diferentes cenários. A necessidade de desenvolver novas estratégias ou programas de saúde promove e estimula diferentes formas de colaboração entre os atores envolvidos para o alcance de

melhores resultados para a atenção em saúde e tomadas de decisões informadas por evidências.³

Um exemplo notável da importância do planejamento estratégico é evidenciado na transformação do sistema de saúde da Turquia. Este processo foi considerado bem-sucedido em função de uma reestruturação abrangente da gestão do setor, caracterizada por uma atenção equitativa às etapas de implementação, monitoramento e avaliação. O estudo destaca, ainda, o papel central da liderança institucional o apoio político, os quais, sem eles talvez não seria possível a implementação das reformas.⁴

A compreensão aprofundada dos arranjos e dinâmicas das RAS nas diferentes realidades do país torna necessário o conhecimento da organização do sistema de saúde e as políticas de saúde implantadas para cada região. Assim, em distintas realidades socioespaciais (regiões) e de conformação dos sistemas de saúde emergem semelhantes e distintos condicionantes de implementação das linhas de cuidado. O objetivo deste artigo é apresentar estudos de casos que utilizaram uma ferramenta para construção das ações estratégicas, visando compreender os contextos dos sistemas de saúde regionais para a implementação de cinco linhas de cuidado em DCNT preconizadas pelo Ministério da Saúde, em duas regiões de saúde no nordeste do Brasil. Especificamente, como objetivo secundário, iremos apresentar os principais resultados da implementação utilizando as ações identificadas por esta ferramenta.

Materiais e Métodos

Amostra e tipo de estudo

Trata-se de um estudo de dois casos com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A estratégia metodológica de estudo de caso foi selecionada como método para descrever uma situação ou entender como e porque os eventos ocorrem.⁵ Optou-se por realizar um estudo



de dois casos que possui como vantagem, maior grau de generalização dos resultados, comparado a adoção de caso único.⁵

Delineamento da pesquisa

Este estudo foi realizado como parte do projeto “Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde por meio do apoio à implementação das linhas de cuidado de sobrepeso e obesidade (SO), diabetes mellitus tipo 2 (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM)” – FortaleceRAS, desenvolvido pelo Hcor - Associação Beneficente Síria, em parceria com a Coordenação-Geral de Prevenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), por intermédio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) entre 2021 e 2023. O objetivo geral do projeto foi apoiar a implementação das linhas de cuidado nos diferentes pontos de atenção da RAS.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios para seleção das regiões de saúde foram: (1) possuir hospitais de médio e grande porte, conforme a classificação do Ministério da Saúde; (2) registrar, desde 2019, no mínimo 200 internações relacionadas às DCNTs por ano; (3) realizar, a partir de 2019, cirurgias bariátricas (4) realizar, a partir de 2019, cirurgias de revascularização miocárdica; (5) realizar, a partir de 2019, angioplastia coronariana primária. Com base nesses critérios, foram selecionadas duas regiões de saúde entre as 438 existentes no país: a 1ª Região de Saúde - Mata Atlântica - Paraíba (1RSPB), composta por catorze municípios e, a 7ª Região de Saúde — Metropolitana de Natal, no Rio Grande do Norte (7RSRN), composta por cinco municípios.

Procedimentos

As atividades de planejamento estratégico foram realizadas entre novembro e dezembro de 2021, em João Pessoa, Paraíba (PB), e junho de 2022 em Natal, Rio Grande do Norte (RN). As oficinas contaram com a participação de representantes de todos os municípios das regiões de saúde, incluindo membros da sociedade civil, técnicos administrativos, profissionais e gestores dos serviços de saúde. Com o intuito de minimizar e evitar possíveis constrangimentos nas relações interprofissionais a programação foi estruturada em dois dias: o primeiro foi direcionado aos técnicos administrativos municipais e gestores, e o segundo foi reservado para profissionais dos serviços de saúde e representantes da sociedade civil. Os participantes foram distribuídos de forma proporcional em seis grupos, garantindo a representatividade de diferentes municípios em cada grupo, a fim de contemplar a pluralidade da vivência dos participantes.

A programação foi similar nos dois dias das oficinas e fundamentou-se na ferramenta 5W2H e na técnica 6.3.5 adaptada do *brainstorming*.⁶ A ferramenta 5W2H foi empregada para auxiliar na sistematização das ideias de cada participante com o objetivo de detalhar e mapear as ações necessárias para a implementação. Os cinco “W” e dois “H” são relacionados a perguntas que os participantes devem responder: What? Why? Where? When? Who? How? How much? (o que?; por que?; onde?; quando?; quem?; como?; e quanto?).⁶ Para esta atividade, optou-se por adaptar essa ferramenta, no intuito de facilitar a dinâmica e o entendimento dos participantes em relação ao conteúdo esperado em cada item (Quadro 1).



Quadro 1. Matriz 5W2H adaptada para as atividades do projeto. São Paulo, 2023.

Qual é o problema?	Por que o problema existe?	Onde está o problema?	Como solucionar o problema?	Quem são os principais atores?	Qual o período da ação?	Será necessário investimento?	Prioridade

Fonte: Elaboração própria.

Para a problematização das situações que interferem nas linhas de cuidado da RAS, seis estações temáticas, foram estabelecidas, alinhadas aos principais pontos de atenção da RAS: (1) atenção primária à saúde; (2) atenção especializada; (3) atenção hospitalar; (4) urgências e emergências; (5) regulação; (6) gestão. Em cada estação, foi disponibilizada uma matriz seguindo a ferramenta 5W2H e um mediador para conduzir as discussões. Cada grupo teve 40 minutos para discutirem cada estação, passando sequencialmente por todas elas. Na última estação, os participantes fizeram uma síntese da matriz para apresentar a construção coletiva desenvolvida em cada estação, referente aos pontos de atenção.

As matrizes 5W2H foram transcritas, preservando a originalidade dos seus formatos e conteúdo. O material explorado é abrangente, permitindo uma análise sob diversos aspectos temáticos. Para sintetizar os achados e assegurar a qualidade dos dados, foi realizada uma análise de conteúdo, mantendo a categorização dos pontos de atenção da RAS. O material transcrito serviu de base para a elaboração do documento com as

ações de implementação para as cinco linhas de cuidado nas duas regiões de saúde.

Quanto aos riscos e desconfortos, esse estudo talvez possa causar incômodo em revelar informações sobre os serviços de saúde. Entretanto, as informações e os resultados serão analisados e divulgados de forma agregada para garantir a confidencialidade e anonimato. Todos os municípios da região de saúde assinaram o termo de cooperação e adesão ao projeto FortaleceRAS antes do início das atividades.

Resultados

Nas duas regiões, participaram um total de 86 (N= 47 PB + 39 RN) gestores municipais, estaduais e apoiadores, além de 89 (N= 40 PB + 49 RN) profissionais dos serviços de saúde e representantes da sociedade civil. A partir da ferramenta 5W2H, utilizada para o mapeamento e a priorização dos componentes estratégicos, foram identificados e sistematizados os principais resultados em cada uma das seis estações temáticas estabelecidas (Quadro 2).

Quadro 2. Matrizes 5W2H Compactas - Paraíba e Rio Grande do Norte. São Paulo, 2023.

Gestão		
5W2H	Paraíba	Rio Grande do Norte
What (o quê?)	Desatualização PPI; fragmentação da rede; ausência de gestão de recursos; ausência de educação permanente.	Processos de trabalho desorganizados, dificuldade de levantamento e monitoramento de indicadores, alta rotatividade de profissionais, judicialização para medicamentos.
Why (por quê?)	Fragmentação da rede; subfinanciamento; falta de articulação e planejamento.	Fragmentação da rede, dificuldade em conhecer a realidade, precarização da gestão.
Where (onde?)	Na gestão municipal e estadual; em toda a RAS.	Meios de comunicação, gestão municipal e estadual, contratos mal geridos e fiscalizados.
When (quando?)	Início imediato, metas em 6 meses a médio prazo.	Início imediato, porém, de longo prazo
Who (quem?)	Gestores municipais, estaduais, equipe técnica e multiprofissional.	Gestores municipais, estaduais, profissionais de saúde e usuário.
How (como?)	Oficinas, pactuação de fluxos, capacitação de equipes, atualização de documentos (PPI/PRI).	Institucionalização do processo, fóruns de diálogos permanentes, construção dos fluxos das linhas de cuidado, melhorar a gestão de contratos.
How Much (quanto?)	Investimento em capacitação, transporte, alimentação, estrutura básica.	Investimento em capacitação, material didático, informatização, comunicação interna.
Regulação		
What (o quê?)	Estruturar a regulação estadual, fila única, protocolos, transparência da fila.	Estruturar a regulação, protocolos, fila pela necessidade do usuário, transparência da fila.
Why (por quê?)	Fragmentação, inexistência de complexos reguladores, desconhecimento de filas e fluxos.	Fragmentação, inexistência de complexos reguladores, desconhecimento de filas, demandas e fluxos, falta de profissionais na regulação de leitos.
Where (onde?)	Núcleos de Regulação (NIR), hospitais, centrais de regulação.	Serviços de saúde, centrais de regulação.
When (quando?)	Curto a médio prazo (ações urgentes a serem iniciadas).	Médio e longo prazo.
Who (quem?)	Estado, municípios, gestão da RAS, profissionais de regulação.	Estado, municípios, gestão da RAS, profissionais de regulação.
How (como?)	Pactuação formal, capacitação, protocolos de estratificação de risco, sistemas integrados.	Pactuação formal, unificação do fluxo de referência, capacitação, protocolos de estratificação de risco, sistemas integrados.

How Much (quanto?)	Principalmente recursos humanos e tecnologia (equipamentos/sistemas).	Principalmente recursos humanos e tecnologia (equipamentos/sistemas).
Atenção Primária à Saúde		
What (o quê?)	Fortalecer APS como porta de entrada e capacidade resolutiva; monitorar protocolos.	Fortalecer a APS no cuidado da obesidade, considerando um problema de saúde pública.
Why (por quê?)	Falta de triagem, contrarreferência frágil, baixa resolutividade.	Falta de conscientização dos profissionais sobre a importância da identificação do problema; Falta de educação permanente direcionada ao tema.
Where (onde?)	Unidades Básicas de Saúde (UBS) e coordenação da rede.	Unidades Básicas de Saúde (UBS).
When (quando?)	Início imediato, implementação em médio prazo (6 meses a 1 ano).	Início imediato, implementação em médio prazo (6 meses a 1 ano).
Who (quem?)	Equipe APS, gestores, ACS, profissionais da saúde.	Equipe APS, gestores, ACS, profissionais da saúde.
How (como?)	Educação permanente, fluxos de triagem, melhoria da comunicação, incentivo à integração APS-rede.	Educação permanente, incentivo à integração APS-rede, fortalecimento da gestão na implementação da atenção à obesidade na APS.
How Much (quanto?)	Investimentos em cursos, oficinas, informatização, e estrutura básica.	Investimentos em cursos, oficinas.
Atenção Especializada		
What (o quê?)	Melhorar acesso e qualificação da AE; integrar APS-AE; padronizar protocolos.	Fortalecer a rede de especialidades, estruturar contrarreferência e teleconsulta.
Why (por quê?)	Encaminhamentos inadequados; baixa oferta de especialidades; falhas de comunicação.	Alta demanda reprimida, fluxos inexistentes entre atenção primária e especializada, baixa resolutividade.
Where (onde?)	Atenção especializada, unidades de saúde e rede hospitalar.	Unidades de especialidades, polos regionais, rede hospitalar.
When (quando?)	Curto a médio prazo (ações em até 6 meses a 1 ano).	Curto a médio prazo.
Who (quem?)	SES, secretarias municipais, APS, AE, CRM, usuários.	SES, secretarias municipais, gestão de consórcios e a regional.
How (como?)	Pactuar fluxos regionais, criar protocolos, consórcios intermunicipais, melhorar estrutura e equipes.	Estabelecer consórcios regionais, protocolos integrados, ampliar teleconsultoria e educação permanente.



How Much (quanto?)	Recursos humanos, equipamentos, insumos médicos.	Recursos para contratação de especialistas, estruturação de centros de especialidades e investimentos em telessaúde.
Urgência e Emergência		
What (o quê?)	Fortalecer rede de urgência; implementar protocolos de risco; melhorar acesso a exames; acelerar transporte e trombólise.	Melhorar classificação de risco, ampliar capacidade de atendimento, garantir protocolos de atendimento a AVC/IAM.
Why (por quê?)	Superlotação, tempo de resposta alto, falta de estrutura e integração.	Alta demanda de casos não urgente, fluxo inadequado, ausência de manejo clínico adequado.
Where (onde?)	UPA, pronto-socorro, rede hospitalar, APS.	UPAs, hospitais, rede de urgência regional.
When (quando?)	Imediato e contínuo.	Imediato para fluxos, contínuo para capacitação.
Who (quem?)	Profissionais da rede, gestores, usuários.	Gestão estadual e municipal, profissionais de urgência, equipes de apoio.
How (como?)	Capacitação contínua, protocolos de acolhimento e trombólise, melhoria de transporte e exames.	Capacitar para manejo de urgência (trombólise), estruturar fluxos de atendimento, ampliar suporte diagnóstico nas unidades.
How Much (quanto?)	Recursos humanos, insumos, equipamentos, ambulâncias.	Equipamentos, insumos, ambulâncias de suporte avançado e investimentos em capacitação.
Atenção Hospitalar		
What (o quê?)	Melhorar regulação hospitalar, informatizar, protocolos para AVC/IAM, aumentar capacidade hospitalar.	Melhorar gestão de leitos, estrutura de retaguarda, informatização dos hospitais, organizar contrarreferência.
Why (por quê?)	Deficiência em vagas, falta de trombólise precoce, desorganização da alta hospitalar e contrarreferência.	Alta permanência de pacientes, dificuldade de transporte, superlotação hospitalar, baixa adesão a protocolos.
Where (onde?)	Hospitais de referência e rede hospitalar geral.	Hospitais regionais, UPAs, sistema de referência intermunicipal.
When (quando?)	Médio prazo com ações imediatas.	Curto e médio prazo, com continuidade permanente.
Who (quem?)	Gestão hospitalar, municipal e estadual, profissionais, população.	Diretores hospitalares, gestores estaduais e municipais, equipe de vigilância e gestão de leitos.

How (como?)	Atualizar fluxos, capacitar equipes, investir em tecnologia, criar novos pontos de referência.	Implantar gestão de leitos informatizada, criar equipe de alta hospitalar, protocolos de fluxo entre serviços.
How Much (quanto?)	Equipamentos médicos, pessoal qualificado, trombolíticos, manutenção hospitalar.	Rh especializado, equipamentos médicos, manutenção hospitalar e estrutura tecnológica.

Em ambas as regiões, a ausência da estratificação de risco cardiovascular emergiu como um dos principais desafios enfrentados no contexto da APS. Isso decorreu da falta de protocolos clínicos padronizados, devido à alta rotatividade das equipes nos serviços e a sobrecarga de trabalho das equipes de enfermagem. Tais fatores comprometem diretamente o papel da APS, dificultando o rastreamento, o acompanhamento a longo prazo das necessidades de saúde da população e a eficácia na resolução dos problemas. Para resolver essa questão, os profissionais destacaram a necessidade de institucionalizar a estratificação de risco como meta, capacitar as equipes para aprimorar a triagem da população e fortalecer ações de busca ativa no território.

É importante fortalecer as estratégias para reduzir a rotatividade das equipes da APS seja aprimorada, pois impacta nas ações de planejamento e na execução das ações das UBS no enfrentamento das necessidades de saúde da população. A solução proposta foi a implementação de medidas que incentivem a permanência dos profissionais nos serviços de saúde, como melhorias na remuneração, realização periódica de concursos públicos e a criação de planos de carreira estruturados no RAS.

No âmbito da atenção especializada, destacou-se a dificuldade de acesso dos usuários das duas regiões de saúde às consultas médicas de especialidades nos ambulatorios, principalmente cardiologia, endocrinologia, neurologia e vascular, devido às longas filas de espera. Segundo a perspectiva dos profissionais e gestores, diversos fatores contribuem para essa

problemática: o baixo número de especialistas nos territórios; a alta demanda de encaminhamentos inadequados aos especialistas; a ausência de critérios definidos; a escassez de concursos atrativos, com boas condições de trabalho e salários; e a ausência de incentivos para formação de especialistas.

Para enfrentar essa problemática, foram apontadas como possíveis soluções o fortalecimento da APS e a ampla divulgação dos seus recursos disponíveis, como as teleconsultas e os processos de matriciamentos. Além disso, recomenda-se a ampliação da oferta e a melhoria das condições de trabalho dos médicos especialistas, incluindo a implementação de consórcios e pactuações intermunicipais e regionais. A organização de fluxos assistenciais nas regiões de saúde, bem como o fortalecimento dos mecanismos de referência e contrarreferência, também foram apontados como medidas importantes para o fortalecimento da APS.

De acordo com os participantes, esses fatores impactam na continuidade do cuidado dos usuários na RAS, sendo um problema destacado em todos os níveis de atenção à saúde. A principal dificuldade identificada foi a ausência de uma comunicação efetiva entre os níveis de atenção, atribuída à falta de padronização de um protocolo regional para a realização da referência e contrarreferência, bem como da inexistência de um prontuário eletrônico integrado na RAS. Como solução de curto prazo, os profissionais sugeriram a elaboração de um instrumento de referência e contrarreferência, baseado em um protocolo unificado e pactuado para toda a região de saúde.



Para enfrentar as dificuldades apontadas, os participantes relataram a necessidade de integração e articulação entre as gestões municipal, estadual e federal, o CONASS, as equipes de saúde e dos conselhos de classes profissionais. No contexto específico do Rio Grande do Norte, destacaram a importância da regulamentação da gestão do SUS e do setor privado.

No que se refere aos serviços de urgência e emergência, um dos problemas identificados, nas duas regiões de saúde, é a alta demanda de atendimentos de baixa complexidade. Tal situação está relacionada à dificuldade da população em compreender o funcionamento da RAS quanto às limitações da APS em suprir a demanda, seja por horários limitados ou ausência e rotatividade dos profissionais da saúde. Segundo os participantes, possíveis soluções incluem a capacitação dos profissionais da APS e dos usuários para a melhor compreensão das demandas de cada nível de atenção, a ampliação dos horários de funcionamento dos serviços da APS e a definição de fluxos para contratações emergenciais de profissionais.

A dificuldade no uso de trombolíticos para pacientes com sinais de infarto agudo do miocárdio nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e nos hospitais, antes da internação em serviço de referência, também foi apontada como um problema relevante nas duas regiões de saúde. As prováveis causas identificadas incluem a dificuldade de aquisição do trombolítico, a ausência de protocolo clínico específico para o seu manejo, a baixa adesão dos profissionais ao uso dessa terapia e a ausência de uma regulação central para esses casos. Entre as possíveis soluções, destacam-se a sensibilização e a capacitação dos profissionais da RAS, aquisição regular dos trombolíticos e elaboração de um protocolo clínico padronizado, como estratégias consideradas mais factíveis.

As duas regiões de saúde, foram identificadas longas internações de usuários

nos serviços de urgência e emergência, atribuídas à baixa oferta de leitos hospitalares, à ausência de critérios para alta hospitalar, às dificuldades relacionadas ao transporte sanitário, à demora ou dificuldade de acesso aos exames complementares e à elevada demanda enfrentada pelos serviços de regulação. Entre as possíveis soluções para este problema, destacam-se a padronização das condutas clínicas entre todos os profissionais da RAS e a definição do papel central na regulação de leitos.

No que diz respeito ao monitoramento, os representantes das duas regiões de saúde identificaram a ausência dos indicadores assistenciais e gerenciais nos serviços de urgência e emergência e atenção hospitalar, atribuindo essa lacuna à falta do prontuário eletrônico e à carência da gestão qualificada. Para o enfrentamento dessa problemática, foram sugeridas o uso de sistemas de informação já existentes e a realização de investimentos para a unificação de prontuários eletrônicos entre outros serviços da RAS.

Observou-se ainda com relação à atenção hospitalar, altas taxas de internação hospitalar para ambas as regiões de saúde. Entre as possíveis causas, destacam-se a ausência de gestão clínica e ausência de médicos especialistas. Como estratégias de enfrentamento foram sugeridas a abertura de policlínicas e novos leitos hospitalares, a definição de protocolos clínicos, além de ampliar as pactuações hospitalares entre os municípios.

Em todos os níveis de atenção, foram também identificados problemas estruturais, tais como: precariedade da infraestrutura física; utilização predominante de prontuários físicos por muitos serviços; ausência de integração entre os prontuários eletrônicos na rede; dificuldade para levantamento e monitoramento de indicadores da população; rastreio dos usuários na rede. Nesse sentido, foram propostas como soluções viáveis a atualização da Programação Pactuada e Integrada (PPI) a

integração e a articulação das gestões municipal, estadual e federal.

Discussão

Os dois casos se configuraram como replicações suficientes para compreender o fenômeno geral do planejamento e o apoio à implementação das ações das cinco linhas de cuidado na RAS em duas regiões de saúde no Brasil. Estes estudos demonstraram que o planejamento estratégico desempenha um papel de facilitador no compartilhamento do conhecimento e o estabelecimento de metas, promovendo o alinhamento das equipes nas estratégias de cuidado aos usuários de DCNT nos serviços da RAS, assim como realizado em momentos de emergência sanitária na pandemia de COVID-19.⁷ Nossos achados corroboram com Mendes⁸ que destaca que a eficácia das RAS depende da capacidade de planejamento e coordenação entre os diferentes pontos de atenção, reafirmando a importância de estratégias claras e colaborativas para assegurar respostas ágeis e integradas às necessidades da população.

A aplicação da ferramenta 5W2H demonstrou sua viabilidade em diferentes contextos, como no desenvolvimento de um biobanco, a fim de elencar prioridades e orientar a tomada de decisão quanto à definição do plano de ação e na avaliação dos custos.⁹ Em nosso estudo, a ferramenta foi empregada para analisar as relações governamentais e suas esferas de representatividade municipal, estadual e regional, além das capacidades estruturais da RAS e seus desenhos organizacionais. Além disso, apresentou uma descrição das intervenções necessárias e de como cada componente da RAS deve contribuir para o processo de implementação de linhas de cuidado para DCNT no contexto das regiões de saúde. A divisão dos participantes entre grupos de gestores e profissionais da saúde também desempenhou um papel fundamental neste processo colaborativo, produzindo olhares e

experiências capazes de identificar ações para o planejamento em saúde no nível regional. Essa estratégia metodológica está alinhada às discussões propostas por Mendes⁸ e Starfield¹⁰, que enfatizam a relevância da governança colaborativa e da Atenção Primária à Saúde como elementos estruturantes dos sistemas de saúde.

Na 1RSPB e na 7RSRN, a participação de atores-chaves foi de fundamental importância para a concretização compartilhados e para a organização das ações centradas nas necessidades sociais, populacionais e individuais no contexto da RAS e suas linhas de cuidado. No entanto, apesar dos avanços observados com a implementação de ações, como estratificação de risco cardiovascular, protocolos clínicos, instrumento de referência e contrarreferência, ainda há muitos desafios sistêmicos a serem enfrentados para garantir um cuidado integrado nos vários pontos da RAS. Entre esses desafios estão a rede insuficiente de serviços de saúde e a falta de inclusão de profissionais de saúde e usuários no processo decisório, em consonância com outros estudos^{11,12} Este estudo corrobora com as descobertas de pesquisas anteriores^{10,13, 14} que também destacaram a dificuldade de acesso aos serviços de atenção especializada, além da desarticulação do cuidado com a atenção primária.

Os problemas identificados nas duas regiões de saúde, podem estar associados à organização do sistema de saúde, evidenciados por longas filas de espera para as consultas, demora no acesso e na obtenção de resultados de exames, e as dificuldades dos usuários em compreender o perfil dos serviços. Acrescente-se que problemas estruturais, como prontosuários físicos e estruturas de serviços em más condições, também foram identificados como questões significativas. Estes resultados são consistentes com os principais achados de estudos realizados em âmbito regional na Colômbia, no qual foram observadas limitações estruturais e



organizacionais, principalmente, aos relacionados a equipamentos em saúde.¹⁵ Tais similaridades destacam desafios estruturais comuns enfrentados por sistemas de saúde em diferentes contextos regionais latino-americanos, exigindo estratégias de fortalecimento da infraestrutura e da governança regional.

O planejamento regional integrado é de fundamental importância para a organização da RAS. O Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS corroboram com a necessidade da elaboração de planos regionais com a descrição não somente da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada, mas também da organização dos pontos de atenção da RAS e programação geral das ações e serviços de saúde.¹⁶ Essa abordagem visa fortalecer a integração regional, otimizar o uso de recursos e garantir a continuidade e integralidade do cuidado no território.

A organização da RAS depende não apenas de uma liderança institucional articulada, mas também do engajamento ativo dos profissionais de saúde enquanto agentes de mudanças. A alta rotatividade dos profissionais compromete o vínculo com os serviços e com os usuários, impactando negativamente na continuidade e qualidade da atenção no sistema de saúde, pois a conexão com os serviços não é clara^{2,17}, afetando a coordenação dos cuidados e a transmissão de informações essenciais para garantir um tratamento adequado e contínuo aos pacientes. As estratégias de vínculos e valorização dos profissionais são fundamentais para a consolidação das redes regionais de atenção mais eficientes e resolutivas.¹¹

Diante desse cenário e considerando os desafios e suas implicações, é essencial que a RAS adote um modelo consistente de retenção dos profissionais de saúde. Beidacki *et al.*¹⁷ propuseram um modelo que contempla fatores estratégicos como o dimensionamento adequado de profissionais; a garantia de infraestrutura

apropriada; a oferta de remuneração competitiva ao mercado de trabalho; a estruturação de um plano de carreira; a promoção de um ambiente organizacional favorável, com boa comunicação interna; a implementação de programas contínuos de capacitação e de desenvolvimento do profissional de saúde; e por fim o suporte social, familiar e comunitário.¹⁷

Nesse sentido, a identificação dos problemas e a elaboração das ações estratégicas, a partir da matriz 5W2H e das oficinas participativas, subsidiaram a elaboração dos planos de intervenção regionais nas duas regiões de saúde. Esses planos foram posteriormente aprovados pelas respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIR)^{18,19} e pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)²⁰, em consonância com a normatização preconizada nacionalmente.¹⁶

Esse processo de construção dos planos de intervenção também subsidiou a priorização das ações nos territórios para a implementação das linhas de cuidado ao longo do ano de 2023. Nas duas regiões de saúde, observou-se uma similaridade de propostas prioritárias e nas estratégias em âmbito regional. Destacam-se o desenvolvimento e a implementação do instrumento de estratificação de risco cardiovascular para os serviços da APS²¹⁻²³, assim como, a criação do instrumento de referência e contrarreferência de pacientes²¹⁻²³ entre os diferentes níveis de atenção da RAS. Além disso, foram implementados protocolos de atendimento e fluxo nas linhas de cuidado de infarto agudo do miocárdio (IAM)²² e acidente vascular cerebral (AVC).

A organização dessas ações prioritárias visa estabelecer um funcionamento articulado entre os serviços, orientando os profissionais, quanto ao manejo clínico, a comunicação entre equipes multiprofissionais e ao percurso assistencial, de modo a viabilizar um atendimento integral, contínuo e efetivo aos usuários.¹⁸ Destaca-se a necessidade de sensibilização, capacitação e



implementação, não apenas por meio de normativa, mas de forma efetiva no cotidiano dos serviços de saúde, principalmente para os médicos da atenção primária, destacando-se a importância dos mecanismos de coordenação clínica e o fortalecimento das linhas de cuidado.²⁵

Os resultados destes estudos de casos, utilizando a ferramenta 5W2H nas duas regiões de saúde, indicaram prioridades importantes de ações e processos para a implementação das cinco linhas de cuidado relacionadas às principais DCNT. Nosso estudo identificou a relevância das unidades regionais em todo o processo de implementação de ações. Assim como o estudo de Tanaka e colaboradores²⁶ realizado em outras quatro regiões de saúde, destacamos a importância dos gestores estaduais.²⁶ Este cenário contrasta com os resultados encontrados por Santos e Giovanella¹³, em outra região de saúde do nordeste do Brasil, onde a regionalização demonstrou o seu declínio, fato este associado pela frágil gestão clínica da atenção primária. Essas comparações evidenciam a influência significativa dos diferentes contextos e abordagens de gestão na eficácia da implementação de políticas de saúde regionalizadas.

Importante destacar que, entre os limites dos nossos casos, estão a instabilidade no cenário político e epidemiológico. O primeiro devido às constantes trocas de gestores municipais e regionais, o que exigiu repactuações constantes para a implementação das ações planejadas. E o segundo fator está relacionado ao início das atividades em meio à pandemia de SARS-CoV-2, que impôs a adoção de atividades no formato virtual. A volatilidade política e as condições epidemiológicas adversas representam aspectos importantes a serem considerados nos resultados e na

formulação de recomendações para futuras intervenções.

No entanto, é importante notar que o fim da pandemia durante a etapa final dos estudos de casos, representou um contexto significativo para a retomada das atividades coletivas e das ações de prevenção das DCNT. Durante a pandemia de SARS-CoV-2, essas atividades foram relegadas em segundo plano devido às demandas urgentes de saúde pública relacionadas à COVID-19. Este período, no entanto, também proporcionou uma oportunidade para priorizar novamente as iniciativas de prevenção e controle das DCNT na 1RSPB e na 7RSRN.

Conclusão

As evidências apresentadas demonstram que a ferramenta utilizada foi eficaz na priorização do planejamento das ações, bem como a participação contínua e relevante dos gestores em todo o processo. Além disso, ressaltam o interesse significativo dos profissionais de saúde na melhoria da gestão clínica. Os dois estudos de casos descrevem recursos importantes para o escalonamento da implementação das ações nas linhas de cuidado, além de garantir a continuidade das atividades seguindo o planejamento regional proposto nas regiões de saúde.

Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração e valiosas contribuições de Denila Bueno Silva, Dr. Erlon Oliveira de Abreu Silva, Dr. Fabrício Porto do Nascimento, Dr. Jasvan Leite de Oliveira, Dr. Pedro Paulo de Paris Caravatto, Raira Pagano, Sidney Marcel Domingues e a Coordenação-Geral de Prevenção às Condições Crônicas do Ministério da Saúde (CGCOC/MS) nas diferentes etapas do processo do projeto FortaleceRAS.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento



- da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011.
- Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Filho AN, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cien Saude Colet*, 2018; 23(6):1791-1798. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05502018.
 - Rasouli A, Khoonsari MK, Ashja SA, Sarace F, Ahmadi FZ. The Importance of Strategic Planning and Management in Health: A Systematic Review. *J Health Man & Info*. 2020; 7(1): 1-9.
 - Johansen AS. Strategic planning for health: a case study from Turkey. WHO Regional Office for Europe; 2015.
 - Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods*. 5ª edição. Sage Publications: Los Angeles; 2014.
 - Ferreira SCC, Silva LB, Miyashiro GM. Planejamento em Saúde. In: Livro Técnico de Vigilância em Saúde 2: Fundamentos. 1ª edição. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2017. v. 2, cap. 4, p. 137-164. ISBN 978-85-98768-99-1. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/tecnico-de-vigilancia-em-saude-fundamentos>. Acesso em: 27 set. 2021.
 - Gorla, F., Borojevic, A., Gibertoni, C., Landi, L., Storchi, M., Fontana, L., Regmi, J., Burmen, B., Silenzi, A. The Hospital of Tomorrow Case Study: Multidisciplinarity, Inclusiveness and Holistic Approaches to Foster Innovation in Complex Organizations. *International Journal of Health Policy and Management*, 2023; 12(Issue 1): 1-12. doi: 10.34172/ijhpm.2023.7330
 - Mendes EV. *A construção social da Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e política*. Brasília: CONASS; 2021.
 - Kuligovski C, Robert AW, Azeredo CMO, Setti JAP, Aguiar AM. 5S and 5W2H Tools Applied to Research Laboratories: Experience from Instituto Carlos Chagas - FIOCRUZ/PR for Cell Culture Practices. *Braz arch biol technol* 2021; 64(spe):e21200723. DOI: 10.1590/1678-4324-75years-2021200723.
 - Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2020.
 - Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Seidl H, Bousquat A, Lima JG, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no SUS: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*. 2021;45(spe1):125–39.
 - Silva SF, Andrade LOM, Barreto ICHC, Rocha DG. Governança regional e redes de atenção à saúde: análise de experiências no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(5):1805–16.
 - Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(3):e00172214. DOI: 10.1590/0102-311X00172214.
 - Campos GWS, Pereira Júnior N. A atenção primária e a construção das redes de atenção à saúde no SUS: conceitos, práticas e pesquisa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1417–27.
 - Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* 2016; 31(6):736-48. DOI: 10.1093/heapol/czv126.
 - Brasil. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2018.
 - Beidacki CS, Silva RPV, Boeira LS. Absenteísmo e rotatividade entre profissionais de saúde: uma resposta rápida. Brasília: Instituto Veredas, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1414588>

18. Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Regional Mata Atlântica, 24 de março de 2022b. Aprova o Plano de Intervenção do Projeto de Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde por meio do apoio à implementação das linhas de cuidados de sobrepeso e obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (FortalecerRAS), desenvolvido pelo Laboratório de Implementação do Conhecimento em Saúde do Instituto de Ensino do Hospital do Coração (LICS/IE/Hcor), em parceria com o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Publicado no DOU de 20 de abril de 2022.
19. Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Regional – CIR Metropolitana VII Região de Saúde. Deliberação n° 63. Natal, 25 de agosto de 2022. Aprova o Plano de Intervenção do Projeto FortaleceRAS da Região Metropolitana.
20. Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB-PB n° 69, de 05 de abril de 2022a. Aprova o Plano de Intervenção do Projeto FortaleceRAS - Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União: 20 de abril de 2022. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/doi/2022/abril/diario-oficial-20-04-2022.pdf>
21. Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Regional – CIR Metropolitana VII Região de Saúde. Deliberação n° 64. Natal, 28 de novembro de 2022. Aprova o instrumento de Referência e Contrarreferência e o instrumento de Estratificação de Risco para implantação das linhas de cuidado de Sobrepeso e Obesidade (SPO), Diabetes Mellitus tipo 02 (DM2), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo de Miocárdio (IAM) na 7ª região de saúde (Metropolitana) através do Projeto FortaleceRAS do Hcor.
22. Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB-PB n° 264, de 09 de dezembro de 2022c. Aprova os instrumentos do Plano de Intervenção do Projeto FortaleceRAS para a 1ª Região de Saúde da Paraíba, CIR Mata Atlântica. Diário Oficial da União: 09 de dezembro de 2022.
23. Rio Grande do Norte. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Portaria SEI n° 2024, de 09 de agosto de 2023. Aprova os instrumentos do Plano de Intervenção do Projeto FortaleceRAS para a 7ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte. Diário Oficial da União: 24 de agosto de 2023. Disponível em: <https://deirn.sdoe.com.br/diariooficialweb/#/checar-autenticidade/codigo=9CMO0U604C-L3E90G65DW-P2TH9ZW2VI>
24. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. Cien Saude Colet 2021; 26(10):4769-4782. DOI: 10.1590/1413-812320212610.26102020.
25. López-Vázquez J, Pérez-Martínez DE, Vargas I, Vázquez M-L. Barreras y factores asociados al uso de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en México. Cad Saúde Pública. 2021; 37(4):e00045620. DOI: [10.1590/0102-311X00045620](https://doi.org/10.1590/0102-311X00045620).
26. Tanaka OY, Akerman M, Louvison MCP, Bousquat A, Pinto NRS, Meira ALP, et al. Desafios para a implementação de processos de planificação em regiões de saúde. Rev Saude Publica. 2023; 57: Suppl 3:1s. DOI: [10.11606/s1518-8787.2023057005138](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005138).

Como citar este artigo:

Uchimura LYT, Quintans JR, El Khouri FJ, Gomes JI, Sanchez JG, Chrispim PPM, Gino CR, Lara SEM, Silva GM, Yonekura T. Implementação de linhas de cuidado de condições crônicas em regiões de saúde: estudos de casos. Rev. Aten. Saúde. 2026; e20269623(24). doi <https://doi.org/10.13037/ras.vol24.e20269623>

