

Planejamento regional integrado e ferramentas de planejamento em saúde: relato de experiência na aprendizagem em serviço

Integrated regional planning and healthcare planning tools: experience report on in-service learning

Elizandra Pereira Pinheiro

Bacharela em Fisioterapia; Fisioterapia; Especialista em Saúde Pública, Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP PB), João Pessoa, PB, Brasil; E-mail: fisioelizpinheiro@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8864-6444

Emanuely Rolim Nogueira

Bacharela em Fisioterapia, Mestra em Ciências da Saúde; Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM), Cajazeiras, PB, Brasil; E-mail: emanuelyfisio@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1732-5357

Flávia Luçara Lourenço de Oliveira

Bacharela em Fisioterapia, Mestra em Gestão e Sistemas Agroindustriais, Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP PB), João Pessoa, PB, Brasil; E-mail: flaviaiucarafisio@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2831-4242

Karen Moura Duarte

Bacharela em Fisioterapia, Especialista em Saúde da Família e Comunidade, e Especialização em Saúde Pública; Prefeitura Municipal de Uiraúna, Uiraúna, PB, Brasil; E-mail: kmd_uira@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-2185-1053

Ubiraídys de Andrade Isidorio

Bacharel em Fisioterapia, Mestre em Ciências da Saúde e Doutor em Ciências da Saúde; Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM), Cajazeiras, PB, Brasil; E-mail: ubiraidys_1@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-6569-3168

Contribuição dos autores: EPP contribuiu com a concepção e o delineamento do estudo, resultados, escrita e revisão final do manuscrito. ERN atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando nas etapas de ajustes e revisão final do manuscrito. KMD contribuiu com o delineamento do estudo e escrita do manuscrito. FILO e UAI contribuíram com a correção e revisão crítica do conteúdo intelectual. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Por se tratar de um estudo do tipo Relato de Experiência os eventuais conflitos de interesse versam das percepções partilhadas na escrita do manuscrito as quais podem ter interferências considerando os sujeitos inseridos nos processos inerentes à vivência da residência multiprofissional em saúde. Ademais, sobre outros aspectos os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Resumo: Objetivo: Relatar a vivência de sanitarista em formação na gestão em saúde, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva durante o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) numa Região de Saúde do estado da Paraíba. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um Relato de Experiência sobre a etapa regional do Projeto de Fortalecimento do Planejamento Regional Integrado da Paraíba, que utilizou ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional e contou com a participação de diferentes profissionais de saúde. Pode ser dividida entre momentos presenciais e virtuais, e teve as seguintes etapas vivenciadas: Análise da Situação de Saúde regional, levantamento de problemas por redes temáticas de atenção à saúde, Oficina de Priorização de Problemas com uso das ferramentas de planejamento Árvore de Problemas e Matriz GUT, e Modelagem da Rede Cegonha. **Conclusões:** A vivência formativa de sanitarista formado a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) e para o SUS, por meio do planejamento em saúde de maneira sistematizada, foi agregadora pela ênfase propositiva, coletiva e de corresponsabilização sobre a resolução de problemas, conferindo ao profissional residente um aprimoramento de habilidades diversas. Com a experiência envolvendo profissionais do SUS, foi possível se deparar com a qualidade formativa das residências, onde o aprender e o atuar ocorrem no cotidiano. Desafios acerca da organização regional do SUS puderam ser observados como dificuldades teóricas e técnicas. Apesar disso, o planejamento a partir do PRI oportunizou aos sanitaristas em formação o refinamento do olhar sobre a governança e estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Regionalização da Saúde, Equipe Multiprofissional.

Abstract: Objective: To report the experience of a public health professional undergoing training in health management in the Multiprofessional Residency Program in Public Health during the Integrated Regional Planning (PRI) process in a Health Region in the state of Paraíba. **Description of the Experience:** This is an experience report on the regional stage of the project to strengthen the integrated regional planning of Paraíba, which used elements of situational strategic planning and included the participation of different health professionals. It can be divided between face-to-face and virtual moments and had the following stages experienced: Analysis of the

Fontes de financiamento:
Próprio.

Recebido em: 28/02/2024

Aprovado em: 18/02/2025

Editor responsável: Carlos
Alberto Severo Garcia Jr.

regional health situation, listing of problems by thematic health care networks, prioritization of problems using the planning tools Problem Tree and GUT Matrix, and modeling of the maternal and child health care network. **Conclusions:** The formative experience of a health professional trained from the Unified Health System (SUS) and for the SUS, through health planning in a systematized manner, was aggregating due to the propositional, collective, and co-responsibility emphasis on problem-solving, providing the resident professional an improvement of diverse skills. With the experience involving SUS professionals, it was possible to come across the formative quality of residencies where learning and acting occur on a daily basis. Challenges regarding the regional organization of the SUS could be observed as theoretical and technical difficulties; despite this, planning based on the PRI provided the opportunity for public health professionals in training to refine their perspective on the governance and structuring of the health care network.

Keywords: Health Planning; Regional Health Planning; Patient Care Team.

Resumen: Objetivo: Relatar la experiencia de formación en la gestión de la salud en el Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Colectiva, durante el proceso de Planificación Regional Integrada (PRI) en una Región de Salud del estado de Paraíba. **Descripción de la experiencia:** Se trata de un relato de experiencia sobre la etapa regional del Proyecto de Fortalecimiento de la Planificación Regional Integrada de Paraíba, que utilizó herramientas de planificación y contó con la participación de diversos profesionales. La experiencia puede dividirse en momentos presenciales y virtuales, y abarcó las siguientes etapas: análisis de la situación de salud, identificación de problemas a través de redes temáticas, taller de priorización de problemas mediante el uso de las herramientas Árbol de Problemas y Matriz GUT, y modelado de la Red Cegonha. **Conclusiones:** La experiencia formativa del sanitarista, formado a partir del Sistema Único de Salud (SUS) y para el SUS mediante una planificación en salud sistematizada, fue enriquecedora debido a su énfasis propositivo, colectivo y de corresponsabilidad en la resolución de problemas, lo que permitió al profesional mejorar sus habilidades. Gracias a esta experiencia, fue posible percibir la calidad formativa de las residencias, donde el aprendizaje y la práctica ocurren en la rutina diaria. Se observaron desafíos en relación con la organización regional

del SUS, tales como dificultades teóricas y técnicas. A pesar de ello, la planificación a partir de la PRI permitió a los sanitarios refinar su comprensión sobre la gobernanza y la estructuración de la Red de Atención a la Salud.

Palabras clave: Planificación en Salud; Regionalización de la Salud; Equipo Multiprofesional.

INTRODUÇÃO

A regionalização configura-se como um processo complexo que envolve a organização e qualificação das ações e serviços assistenciais e de gestão em saúde. Enquanto um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), representa um meio de viabilização de acesso e pode ser entendida como facilitadora dos processos de organização das ações e serviços, refletindo assim, na assistência na dinâmica das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Considerando as limitações sobre equidade e integração do sistema de saúde, a organização regional do SUS se estabelece como um processo desafiador, com carência de sistematização e, sobretudo, necessário¹⁻³.

No SUS, o planejamento em saúde é previsto em seu arcabouço legal desde a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990¹, firmando sua criação enquanto sistema, passando pelo Decreto 7.508 de junho de 2011², abordando a organização do SUS, até a criação do Manual de Planejamento no SUS⁴, como exemplos. Esses elementos normativos trazem o planejamento com a necessidade de que seja ascendente e integrado, ou seja, do nível local até o federal, havendo comunicação entre os entes. Acerca do planejamento no SUS, a Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013 estabelece as suas diretrizes, podendo-se destacar dois de seus pressupostos: o “monitoramento, a avaliação e a integração da gestão do SUS” e ainda o “planejamento ascendente e integrado [...] orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.”⁵.

Estabelecer meios e metodologias para que se proceda à Análise da Situação de Saúde (ASIS) é fundamental e se configura como uma etapa indispensável ao planejamento no SUS. A ASIS deve considerar a organização da RAS e as cinco redes temáticas prioritárias, sendo elas: a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (rede DCNT), a Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (rede PCD), a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e a Rede Cegonha⁶. Direcionar o planejamento tendo em vista as fragilidades e potencialidades destas redes se alinha a uma compreensão ampliada das mudanças de perfil demográfico e epidemiológico que se impõem⁷.

O Planejamento Regional Integrado (PRI) se apresenta como uma estratégia no SUS para oportunizar equidade regional, sendo utilizado no contexto das regiões de saúde (RS). No cenário estadual, fornece subsídio ao Plano Estadual de Saúde, um dos instrumentos de gestão no SUS, sendo o produto final do PRI o Plano Regional e Macrorregional. O PRI deve ser pactuado, monitorado e avaliado pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pode servir como base para o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). A organização da RAS sob o delineamento regional do PRI não é apenas um mero documento, pois pode dar suporte ao monitoramento e avaliação das ações implementadas e planejadas decorrentes das pactuações nos espaços de gestão como a CIR e a CIB (Comissão Intergestores Bipartite), oportunizando processos de gestão integrada dos sistemas de governança, apoio clínico e logístico da RAS^{2,8,9}.

A compreensão dos processos de gestão junto aos atores que compõem os espaços de estruturação das ações e serviços se firma como essencial, entendendo-se o planejamento e a gestão do SUS para além de uma dinâmica de sistematização, aspecto imprescindível, mas também de espaço para reflexão sobre as práticas de cuidado no cotidiano do trabalho no SUS, se conformando então, em espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS)¹⁰. Com isso, podem ser utilizadas ferramentas de planejamento e estratégias de EPS com uso de metodologias ativas de aprendizagem, como a Aprendizagem Baseada em Projetos, a criação de Mapas Conceituais e Mentais, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), o Estudo de Casos, entre outras. Essas metodologias incentivam a reflexão crítica sobre vivências locais, o desenvolvimento de soluções práticas e têm um lugar oportuno para promover o engajamento dos profissionais em um processo que geralmente é complexo e com necessidade de realização em muitas etapas¹¹⁻¹⁴.

Ao integrar estratégias do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e ferramentas sob a perspectiva da EPS, como a Árvore de Problemas e a matriz GUT, pode-se realizar uma abordagem dinâmica que melhora a capacidade de adaptação dos envolvidos, instigando um planejamento coletivo mais propositivo e com produção de sentidos. A Árvore de Problemas é uma ferramenta do PES, que considera um problema buscando estabelecer relações de causa e consequência, na perspectiva de diferenciar esses fatores e identificá-los¹⁵. Na árvore, a representação do problema identificado se caracteriza como o “tronco”, os nós críticos são representados como as “raízes” do problema, e as consequências como os “galhos da árvore”, representando o que o problema gera, ou o que ele afeta. Enquanto estratégia de planejamento, essa ferramenta possibilita a visualização do impacto de um problema e as repercussões geradas por ele, e com isso pode facilitar a delimitação de objetivos e possíveis soluções. Esta ferramenta fornece suporte para o entendimento do contexto de um determinado problema¹⁶.

A matriz de priorização GUT representa uma ferramenta de suporte à tomada de decisões. Ocupa-se da priorização de problemas para atuação sobre estes de maneira assertiva. O termo é um acrônimo que faz referência a Gravidade (G), Urgência (U) e Tendência (T) e foi estabelecido em 1981 por Charles H. Kepner e Benjamin B. Tregoe. A gravidade faz alusão à intensidade relativa aos danos que o problema pode causar caso não haja intervenção. A urgência concerne ao tempo para o aparecimento dos danos caso não se atue sobre o problema. E a tendência se relaciona à ausência de ação que favorece o desenvolvimento do problema ao longo do tempo¹⁷. Ambas as ferramentas supracitadas, utilizadas no planejamento baseado em problemas da realidade, podem favorecer a sistematização do planejamento no âmbito da regionalização do SUS.

A estruturação do PRI na Paraíba contou com o delineamento do Projeto de Fortalecimento do Planejamento Regional Integrado, aprovado pela Resolução nº 26/2021 da CIB¹⁸. O projeto foi estruturado em três etapas e contou com a cooperação da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (SES PB), do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde na Paraíba (SEMS PB). Teve como processos uma etapa municipal realizada em 2021 com a

construção e consolidação dos Planos Municipais de Saúde, etapa regional decorrida no ano de 2022 e etapa macrorregional em finalização em 2023. O projeto se propôs a subsidiar a construção do Plano Macrorregional de Saúde da Paraíba¹⁸.

A sistematização do planejamento em saúde inserido no cotidiano das equipes, dos espaços de gestão e de produção do cuidado em saúde para otimização dos recursos e adequado funcionamento sob a lógica das RAS é imprescindível. Compreende-se, portanto, a ASIS como etapa fundamental para a regionalização, contando para isso com a presença de diferentes atores implicados na organização das RAS local, tanto para conhecimento quanto para a priorização das fragilidades sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS), utilizando de estratégias e ferramentas de PES no âmbito da saúde. A sistematização do planejamento e da regionalização com o uso de ferramentas norteadoras, contando com a presença de profissionais sanitários em formação, acompanhando e contribuindo com a construção do Planejamento Regional Integrado local, se faz relevante por promover uma compreensão ampliada sobre as Redes de Atenção à Saúde, com vistas a melhorias no SUS. Com isso, o presente estudo tem por objetivo relatar a vivência profissional sanitária em formação na gestão em saúde, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, durante o processo de Planejamento Regional Integrado no Alto Sertão da Paraíba.

METODOLOGIA

O presente estudo tem caráter descritivo, com abordagem qualitativa do tipo Relato de Experiência. Trata dos processos vivenciados por profissionais residentes em saúde durante a execução do Projeto de Fortalecimento do Planejamento Regional Integrado do estado da Paraíba. Consiste em um relato de experiência sobre o processo de regionalização no SUS que contou com o uso de ferramentas de PES em Saúde com abordagem crítica e reflexiva sob o olhar profissional no processo de especialização sanitária do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, o qual tem ênfase em Gestão em Saúde, vinculado à Escola de Saúde Pública do estado da Paraíba. Com um Relato de Experiência, busca-se sistematizar processos a partir do que foi vivido, considerando o lugar de sujeitos e objetos de conhecimento e transformação inseridos nos processos. Não se vislumbra apenas descrever e observar fenômenos, mas partir de uma leitura da

realidade que compreenda um olhar crítico, evidenciando as percepções adquiridas no percurso¹⁹. Neste trabalho, busca-se sistematizar um relato de experiência de maneira não rígida sob a perspectiva do ensino-aprendizagem e EPS.

Os processos experienciados transcorreram do período de março a dezembro de 2022, correspondendo ao processo do PRI regional delimitado no projeto estadual contendo três fases (etapa municipal, etapa regional e etapa macrorregional). A vivência é referente à segunda fase do projeto. Esta fase esteve destinada à ASIS e Identificação de Prioridades Sanitárias. Os cenários da vivência corresponderam ao âmbito da 10ª Região de Saúde do estado da Paraíba, que comporta nove municípios, sendo eles: Aparecida, Lastro, Marizópolis, Nazarezinho, Santa Cruz, São Francisco, São José da Lagoa Tapada, Sousa e Vieirópolis, tendo como sede o município de Sousa, configurando assim uma das regiões do Alto Sertão Paraibano incluída dentro da 3ª Macrorregião de Saúde da Paraíba. Os espaços de encontros onde se transcorreu a vivência correspondem à sede da 10ª Gerência Regional de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde de Sousa.

A residência em Saúde Coletiva se organiza no estado de maneira que, no primeiro ano, o profissional permanece alocado nas Gerências Regionais de Saúde (âmbito estadual) em uma determinada região de saúde do estado, conhecendo os diversos aspectos da gestão no SUS em diálogo com municípios, gestores, técnicos do estado e RS. No segundo ano, são realizados rodízios nos serviços (âmbito predominantemente municipal) das RAS. Dessa forma, os aprendizados sobre esses cenários, suas diferenças e fragilidades se acumulam ao longo do período e serviram como embasamento para a compreensão da região no processo do PRI.

O processo do PRI na região contou com etapas iniciadas em 2021. A etapa municipal sofreu interrupção por conta da pandemia de Covid-19 enfrentada mundialmente, principalmente entre os anos de 2020 e 2021. Além disso, ocorreram momentos de capacitações virtuais para técnicos dos municípios da terceira macrorregião de saúde que antecederam a parte operacional das atividades, sendo momentos formativos na perspectiva de EPS, os quais foram facilitados por profissionais vinculados à Secretaria Estadual de Saúde. Foram designadas duas profissionais da Gerência de Planejamento e Gestão

(GEPLAG), sendo uma Apoiadora Matricial em Planejamento no SUS e uma Apoiadora Macrorregional, ambas para o Projeto de Fortalecimento do Planejamento Regional Integrado do estado da Paraíba. Estas profissionais atuaram na facilitação das oficinas e articulação regional. O PRI contou com a participação de profissionais técnicos dos nove municípios da 10ª RS da Paraíba mediante critérios pactuados em resolução CIB e indicação dos gestores de dois técnicos representantes de cada município. Além disso, participaram profissionais do Apoio Institucional e Apoio Regional da 10ª Região de Saúde e profissionais residentes multiprofissionais em Saúde Coletiva dos núcleos de fisioterapia, enfermagem e psicologia.

As etapas acerca da vivência podem ser divididas entre momentos virtuais (síncronos e assíncronos) e momentos presenciais. Os momentos virtuais corresponderam à: implementação de Grupo de Trabalho (GT) facilitando a comunicação e definição de prazos, responsabilidades e atividades entre todos os envolvidos; participação nas reuniões regionais e macrorregionais virtuais; pesquisas de dados secundários nas bases de dados e nos sistemas de informação do SUS; e escrita colaborativa da minuta do PRI. Os momentos presenciais corresponderam a oficinas e reuniões na Secretaria de Saúde de Sousa e 10ª Gerência Regional de Saúde que abordaram: Elaboração da ASIS (discussão com os municípios sobre identificação e levantamento de problemas da RS pelas RAS; Oficina de Priorização de Problemas (presencial e remoto); Uso de ferramentas de Planejamento em saúde (Matriz de priorização de GUT e Árvore de Problemas); Delineamento da Modelagem da Rede Cegonha com a construção de Fluxograma (modelagem das demais redes prioritárias programada como processo seguinte), e definição coletiva de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) por cada rede.

O presente trabalho considera os preceitos bioéticos presentes na resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisa no âmbito das Ciências Humanas e Sociais. Com isso, o presente estudo não careceu de apreciação de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) pela não utilização de dados provenientes de forma direta pelos participantes, bem como o não uso de informações identificáveis que acarretem riscos a seres humanos neste estudo.

RESULTADOS

A fase do planejamento base para o presente trabalho é referente à etapa regional do Projeto de Fortalecimento do PRI decorrida no ano de 2022, que teve como objetivos estratégicos a organização das RAS no estado da Paraíba, visando promover equidade regional, fortalecer o planejamento ascendente do SUS e organização da governança da RAS¹⁸. Nesta etapa regional, em termos operacionais, ocorreu a organização da Análise da Situação de Saúde (ASIS) e levantamento de problemas por cada rede, Oficina de priorização de problemas com uso de ferramentas de PES e Modelagem das RAS com delineamento de fluxograma regional da Rede Cegonha, sendo estas etapas objetos desta experiência.

ASIS e levantamento de problemas por redes

Para se proceder a Análise da Situação de Saúde (ASIS) foi traçado pelo estado da Paraíba um Plano de ação para a ASIS abordando fases, ação, responsáveis e prazos. Para a operacionalização desta etapa, ocorreu uma pactuação com os técnicos dos municípios e demais atores envolvidos para corresponsabilização pela escrita e busca de dados nos sistemas de informação do SUS no cenário da RS. A escrita se deu de maneira colaborativa e contou com a participação de 16 colaboradores, culminando na construção do documento referente à “Minuta do PRI da 10ª RS”, abordando os tópicos: Visão geral da RS, Perfil demográfico e socioeconômico da região, Condições de Saúde da População, Estrutura das redes de Atenção, (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Apoio logístico, Regulação, Apoio Diagnóstico, Assistência Farmacêutica, Governança), Prioridades sanitárias e organização dos pontos de atenção da RAS; e Diretrizes, objetivos, metas e indicadores de cada rede.

Após isso, seguiu-se a etapa de levantamento de problemas por redes, com a identificação de relações de causa e consequência a partir de um problema central que foi suscitado considerando as redes. Com um momento de “*Brainstorm*”, em reunião presencial, cada participante listou de maneira escrita em papéis todos os problemas identificados em cada uma das cinco redes, sendo depois fixado em painel onde todos os participantes puderam ver. Foi discutido com o grupo de trabalho os itens listados e suas implicações e levantaram-se, neste momento, todos os problemas

identificados, objetivando uma leitura genérica sobre a rede para posterior definição de prioridades.

Oficina de Priorização de Problemas

As oficinas para priorização de problemas ocorreram em dois dias, em modo presencial e virtual, respectivamente. Sucederam sob a perspectiva de elencar os problemas prioritários dentro das cinco redes de atenção à saúde, correspondendo a uma média de 11 problemas elencados. As discussões nelas suscitadas se deram de forma multiprofissional e foram facilitadas por profissional da GEPLAG-SES/PB. A partir disso, seguiu-se uma definição e escrita coletiva do problema geral para cada rede.

A escrita ocorreu durante a oficina mediante ampla discussão com os envolvidos. Em consenso, e confrontado com os aspectos da realidade da região, foi elencada uma pontuação com variação gradual crescente de um (1) a cinco (5), referente a cada componente da matriz GUT. Posteriormente, os pontos foram multiplicados entre si como parte do cálculo dos parâmetros considerados na matriz. Essa etapa subsidiou a definição de uma ordem de prioridades dispostas no Quadro 1. Destaca-se o mesmo resultado numérico em diferentes redes, com empate nas pontuações, o que trouxe à tona a discussão de quais critérios poderiam ajudar na definição da urgência para a resolução dos problemas elencados, sendo essa a reflexão disparada de maior inquietação entre o grupo de trabalho. Após ampla discussão entre os momentos presenciais e virtuais, chegou-se ao consenso de que a RUE seria a rede prioritária.

Modelagem da Rede Cegonha

Nesta etapa, a vivência se transcorreu presencialmente e, como fase inicial, considerou-se a Rede Cegonha como a primeira rede a ser discutida. No período de execução do PRI, ainda chamada de Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), a qual foi reprimada pela Portaria nº 13/2023 do Ministério da Saúde. Mediante amplo diálogo com os participantes (técnicos dos municípios, residentes, apoiadores da gerência regional), representante da Rede Cegonha da 10ª RS e facilitado por facilitadora regional da SES vinculada ao Projeto de Fortalecimento do PRI. Solicitou-se ao GT um caso contendo o detalhamento do percurso da pessoa que necessitou da rede. Iniciou-se com a leitura de Caso Clínico baseado na realidade no âmbito da

10ª RS. O caso foi levado para discussão com o GT presencialmente, e a partir disso, seguiu-se um momento de discussão coletiva onde se identificaram os nós críticos da rede local e, partindo disso, se construiu coletivamente o Fluxograma da Rede Materno Infantil da 10ª RS.

Quadro 1. Problemas Prioritários e Matriz GUT das Redes de Atenção à Saúde na 10ª Região de Saúde do Estado da Paraíba (2022).

Rede de Atenção à Saúde	Problema Prioritário	Matriz GUT				Ordem de prioridade
		Gravidade	Urgência	Tendência	Total	
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	Baixa resolutividade nas ações da AB direcionadas às Doenças Crônicas e não Transmissíveis na 10ª RS	5	4	5	100	2º
Rede de Atenção Psicossocial	Carência na estruturação dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial da 10ª RS	5	5	4	100	3º
Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	Dificuldade de atendimento pelo serviço especializado em tempo hábil	4	3	3	36	4º
Rede de Urgência e Emergência	Insuficiência no número de leitos disponíveis de urgência e emergência destinados a 10ª RS	5	5	4	100	1º
Rede Cegonha	Baixos índices de partos normais na 10ª RS	4	3	3	36	5º

Fonte: Adaptado pelas autoras com base no documento “Minuta do PRI da 10ª RS do estado da Paraíba” (2022).

Esta etapa contou com a presença de representantes da Maternidade do Município de Sousa, que funciona dentro do Hospital Regional Deputado

Manoel G. Abrantes, coordenadoras do setor de Obstetrícia e do setor de Pediatria do referido hospital. Para a construção do fluxograma, durante o momento, foi apresentado ao GT os símbolos e seus significados para a criação de fluxogramas e, com isso, o desenho da rede se deu em cartolina, feito a várias mãos e amplo diálogo, considerando as dificuldades da rede e suas normativas para organização dessa rede na região. O fluxograma foi construído coletivamente e teve como elementos pontos de entradas, saídas e ações do fluxo na RS considerando a rede e ainda os pontos de atenção da saúde suplementar.

Ferramentas de Planejamento

O uso de instrumentos utilizados nas oficinas, especificamente a matriz GUT e o estabelecimento de relações inferenciais de causas e consequências com a Árvore de Problemas sobre a RS, se configurou como um processo em que o aprender e atuar se fizeram presentes. No primeiro momento, foram apresentados os conceitos teóricos de definição sobre a Matriz de GUT e Árvore de Problemas, seguindo para um momento prático de identificação, relacionando-os aos problemas da RAS. No momento coletivo, se identificou como o planejamento com uso destes instrumentos pode ser norteador das decisões no SUS. Neste processo, foi possível observar as dificuldades de diversas ordens enfrentadas na RAS pela região, pelos municípios, convergências e divergências que extrapolaram o âmbito teórico de entendimento sobre a RAS e se direcionaram para uma leitura da realidade a partir da experiência de profissionais atuantes na assistência e gestão do SUS. Foi possível perceber a forte influência dos Determinantes Sociais da Saúde envolvidos nas problemáticas.

Em termos de estratégias utilizadas pelo estado para sistematizar o PRI nas regiões, foi possível acompanhar a criação dos Grupos de Trabalho virtuais por meio de plataformas de mensagens instantâneas (*WhatsApp*), os quais puderam ser observados como estratégia de comunicação oportuna considerando o período pós-pandemia de Covid-19, mas ainda firmados com fragilidades dadas as dificuldades identificadas como agenda não protegida pelos participantes e carga horária limitada para participação.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O planejamento no SUS, como um pressuposto legal formalizado em instrumentos de gestão diversos, tem na Portaria nº 2.135/2013 as diretrizes para o planejamento⁵. Esta direciona no art. 3 § 5º artigo que “[...] Os Planos Estaduais de Saúde terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade interregional”. Considerando que o PRI dá subsídio à elaboração do Plano Estadual de Saúde, a etapa vivenciada trouxe à tona a fragilidade a respeito da definição de objetivos, indicadores e metas que tivessem embasamento teórico, epidemiológico e normativo. Esta dificuldade se alinha à encontrada no estudo de Fuginami, Colussi, Ortiga²⁰, em que a maior parte dos municípios teve dificuldade para construir a DOMI nos Planos Municipais de Saúde. A busca de dados em sistemas de informação, ou nos registros municipais, para definição de indicadores numéricos considerando a situação de saúde dos municípios da RS durante o PRI se destaca como uma das dificuldades encontradas nessa vivência.

Em estudo de revisão evidenciando nós críticos da descentralização da gestão do SUS, Pinafo, Carvalho, Nunes²¹ pontuam o planejamento e avaliação em saúde como uma problemática presente em diversos cenários do país e abordam a realização do planejamento distanciado da realidade, focado apenas em metas e cumprir normativas como uma fragilidade encontrada. A DOMI representa uma etapa fundamental e normativas são direcionadoras de ações de gestão e assistência, mas ambas devem se alinhar às demandas de saúde da população para não serem vazias de sentido. Diante disso, infere-se que a utilização de instrumentos como os utilizados no PRI pode contribuir para superar práticas de planejamento pouco coerentes e pouco direcionadas à resolução de problemas regionais.

Num contexto municipal, o estudo de Carmo *et al.*²² aborda uma experiência semelhante com profissionais residentes. No estudo, utilizaram a ASIS como a etapa inicial e um método de planejamento como estratégia de priorização de problemas, o método Cendes/OPAS. O uso da Matriz GUT para priorização de problemas pode ser um diferencial na vivência do PRI, oportunizando o conhecimento de um modelo possível a ser incorporado em outros espaços de planejamento pelo direcionamento proposto,

considerando que a resposta aos problemas de saúde demanda de rápida resolução e, por este motivo, priorização norteadora.

Impulsionada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a estrutura pedagógica das residências multiprofissionais em saúde deve partir da premissa da problematização do cotidiano dos serviços, e em equipe. Na dinâmica das residências em saúde no SUS, o aprender se estrutura por meio do trabalho e problematizar a realidade a partir do que foi vivido surge como consequência inerente da experiência, influenciando nos conhecimentos apreendidos e partilhados^{10,23}. Com a experiência do PRI junto aos profissionais do SUS na participação das oficinas, grupos de trabalho multiprofissionais e debates na CIR, foi possível se deparar com essa qualidade formativa das residências em que o aprender e o atuar ocorrem no cotidiano e o conhecimento é possibilitado pelo vivido em concreto.

No âmbito do planejamento em saúde, pode-se destacar que o profissional residente desempenha papel relevante nos cenários como consequência do seu processo de trabalho, o de mobilizador e disparador de reflexões²². Apesar disso, é imprescindível salientar os desafios do atuar como profissional residente considerando os aspectos imbricados desde a criação dessa estratégia de aprendizagem, como exemplos o modelo biomédico do cuidado em saúde e as relações de poder históricas. Em alguns cenários, a dinâmica de aprendizagem em serviço tem se alinhado e se estruturado a partir de processos de precarização do trabalho na saúde^{24,25}, como a carga horária excessiva, ausência de política nacional própria e ausência de direitos trabalhistas formalizados.

Apesar disso, integrar uma equipe multiprofissional e lidar com a dubiedade de aprender e atuar nos cenários enquanto profissional residente se configurou como construtivo por ampliar as perspectivas de atuação, considerando a interação com diversas categorias profissionais e suas contribuições nos cenários. Não se aprisionar em apenas um núcleo profissional e ter a possibilidade de dialogar com profissionais de diferentes perspectivas de atuação é distanciar-se da fragmentação do cuidado, considerando um modelo de atenção estruturado pelos que o compõem, um fator de potencialidade das residências em saúde^{7,23}.

O trabalho multiprofissional por si só apresenta desafios, como destacado por Macedo²⁶, que pontua que, apesar do trabalho multiprofissional em saúde ter conseguido avançar e se estabelecer como um modelo importante, “[...] este formato de trabalho é produtor de tensões e conflitos, relacionados ao poder e aos interesses em jogo, podendo também vir a produzir desgaste e alienação nos processos de trabalho [...]”^{26:2}. Tensionar reflexões sobre o trabalho multiprofissional, possibilitando mudanças por meio do convívio mútuo de diferentes atores colaborando no PRI, reafirma o SUS como lugar de desenvolvimento de recursos humanos¹. Nos cenários com profissionais residentes, há tensões produzidas e dificuldades que partem dos limites de atuação por fatores diversos, como o tempo que o profissional residente dispõe no cenário compreendendo e se apropriando dos processos de planejamento e do SUS, e ainda dos vínculos de trabalho em construção, características identificadas nessa experiência.

Aspectos políticos puderam ser identificados durante o processo do PRI e se alinham com as limitações de gestão encontradas para a consolidação da RAS, como discutem em seu estudo Aleluia, Medina, Vilasbôas²⁷. Nas esferas político-administrativas e político-partidárias, há por vezes a existência de divergências de projetos de governo, grau de cooperação limitado, desequilíbrios de poder e reduzida autonomia. Apesar de desafiador aos cenários de gestão, o processo de regionalização não é um tema recentemente emergido, considerando experiências internacionais e a RAS representar o modelo preconizado de organização do SUS estabelecido há cerca de 13 anos, tem sido uma experiência nacional em construção. Com isso, é possível perceber ainda uma fragilidade formativa dos profissionais que pode se inferir serem oriundas do âmbito das graduações em saúde, dadas as dificuldades encontradas, de cunho tanto teórico como prático, a partir dessa vivência^{6,27}.

Com isso, nestes espaços é possível identificar a relevância de um programa de residência multiprofissional em saúde localizado numa região interiorana como espaço de acesso à formação qualificada, a qual permite o aprofundamento teórico, aprimorar habilidades de comunicação e escuta, de trabalho em equipe multiprofissional considerando as necessidades emergidas dos territórios. A partir dessa vivência com o PRI, pode-se

perceber, imbricado nos processos, o contato com o tripé da Saúde Coletiva aqui destacado como a Epidemiologia, a Administração e Planejamento em Saúde e Ciências Sociais em Saúde, o que, em termos de formação do trabalhador da saúde no SUS, viabiliza a aquisição de conhecimentos e habilidades de esferas diversas com uma correlação teórico-prática. Os aprendizados versam também sobre a compreensão do desenvolvimento de relações interpessoais e da utilização de estratégias de EPS e PES no âmbito da saúde. Pode-se inferir que superar a lógica de fragmentação da assistência, apontada por Mendes⁷, de constante resposta às condições agudas de saúde, considerando as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, voltando-se à organização do sistema de saúde para a estruturação de uma atenção humanizada, eficiente e efetiva em oferta adequada de ações e serviços, perpassa por aspectos formativos que compreendam o planejamento na formação sanitária sob perspectiva também multiprofissional.

Diversas foram as adversidades enfrentadas sobre a organização regionalizada do SUS desde a publicação do Decreto 7.508 de 2011, o qual trouxe a viabilidade de acordos entre os entes federados numa perspectiva de aprimorar o processo de regionalização. Dentre essas dificuldades, pode-se destacar aspectos de incapacidade financeira dos municípios e de iniciativas pró-regionalização^{2,27}. No cenário brasileiro de desatualizações da Programação Pactuada Integrada (PPI), elemento importante acerca da administração dos recursos financeiros, tem-se ainda o contexto de restrição econômica oriunda do período pós-pandemia. Com isso, a otimização de recursos no âmbito das RAS, tendo como base o planejamento a partir da realidade da RS, se faz importante^{28,29}. Esses fatores puderam ser observados no PRI, sendo o aspecto de financiamento insuficiente um dos mais recorrentes na fala dos participantes.

Outros desafios e fragilidades observados dizem respeito à dificuldade de compreensão sobre a organização regional do SUS e de conhecimento dos aspectos normativos. Observou-se também uma dificuldade para a participação dos técnicos dos municípios nos encontros, apesar de pactuação prévia com gestores, dificuldade de agenda protegida e agendamentos de encontros via GT virtual, e desconhecimento no acesso aos dados dos sistemas de informação do SUS para a escrita do documento

formal do PRI da região por alguns técnicos dos municípios. Nos momentos presenciais, foi possível observar alguns gestores mais presentes junto aos técnicos, estando mais inteirados das problemáticas. Em algumas falas, o foco se deu em problemas e não em soluções e diálogos mais propositivos, além de uma abordagem superficial de problemas. Vínculos frágeis no cenário de trabalho dos municípios e uma maior facilidade em pontuar os problemas presencialmente do que virtualmente puderam ser observados.

Entretanto, essas dificuldades encontradas demonstram como o SUS, apesar de seus mais de 30 anos de existência, ainda enfrenta entraves a serem superados. A sobrecarga de trabalho, a desvalorização salarial, reduzida autonomia, processos de trabalho que podem produzir sofrimento e adoecimento, alta demanda e existência de um quantitativo de profissionais ainda aquém do necessário são alguns exemplos de problemas destacados por trabalhadores do SUS^{30,31}. Pode-se inferir que essas problemáticas relacionadas ao trabalho no SUS possam ter representação nas fragilidades vivenciadas nesta experiência. Carmo *et al.*²² destacam dificuldades semelhantes enfrentadas no processo de construção do Plano Municipal de Saúde num distrito sanitário baiano, sendo destacados “A insuficiência de participação de técnicos do distrito e o pouco domínio de profissionais sobre a situação epidemiológica dos seus locais de atuação, refletindo a baixa valorização das informações em saúde”^{22:8}. O período de pandemia também corroborou para as dificuldades na concretização do PRI, que também foi uma dificuldade relatada no estudo acima citado.

Em termos de dificuldade relacionada à gestão, estabelecer pautas fixas na CIR para acompanhamento, monitoramento e aprovação dos produtos finais e encaminhamentos do PRI surgiu como uma fragilidade. E ainda se percebeu a dificuldade sobre a Atenção Primária à Saúde conseguir exercer seu papel resolutivo, repercutindo nas redes de atenção da região. Foi notória a dificuldade de financiamento adequado por PPI desatualizada, e divergências acerca de serviços instalados e vazios assistenciais, e frágil corresponsabilização na região sobre ações e serviços. Além disso, dificuldades sobre a execução do planejamento pelo delineamento político-administrativo do período, como exemplo o período eleitoral, e desafios sobre o período da pandemia também foram considerados como entraves presentes no processo do PRI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento em saúde em equipe multiprofissional promoveu a discussão e reflexão sobre o trabalho no SUS sob diferentes pontos de vista, se alinhando a melhor compreensão da complexidade envolvida na organização regional das redes, e possibilitou um processo formativo aliando teoria e prática a partir de realidades adversas e conhecimentos acumulados no período nos cenários da residência, o qual permitiu discussões abrangentes sobre o trabalho no SUS. Com a vivência formativa no lugar de profissional sanitaria formado dentro do SUS, a partir do SUS e para o SUS, construir conhecimentos por meio do planejamento em saúde de maneira sistematizada foi agregador e enriqueceu a prática profissional. Como aspecto positivo do processo do PRI, pode-se destacar o estímulo ao foco mais propositivo, coletivo e de corresponsabilização sobre a resolução de problemas, o que pode conferir ao profissional residente um aprimoramento de habilidades de comunicação.

Pode ser observado que o planejamento em saúde nos cenários regionais e nos municípios é de extrema relevância, desafiador e ainda incipiente em sistematização, e com isso, a utilização de ferramentas de Planejamento Estratégico Situacional pode ser aliada para responder às necessidades de saúde de uma região, considerando causas, consequências e a priorização de problemas. Vivenciar o planejamento numa região de saúde oportunizou aos sanitaria em formação o refinamento do olhar sobre a governança e estruturação da RAS, ampliando a compreensão da realidade a partir dos desafios identificados nos encontros e oficinas. Nessa vivência, foi possível perceber o contraponto entre a realidade local, regional e estadual com o que se preconiza na literatura e legislação do SUS sobre os problemas existentes nas redes no processo de planejamento do PRI.

As etapas vivenciadas foram importantes para, em termos práticos, vislumbrar e compreender o tripé da Saúde Coletiva, perceber a sistematização do planejamento em saúde nos cenários regionais como uma necessidade contínua para organização RAS e busca por equidade regional no SUS e adotar o uso de metodologias ativas no processo de planejamento em saúde. Nesse sentido, as Instituições de Ensino Superior, responsáveis por fornecer suporte teórico e prático na formação das residências, se

apresentaram como aliadas, aproximando as necessidades formativas das necessidades cotidianas de atuação, integrando os diversos atores. O aporte teórico e das metodologias práticas estimuladas especialmente pela figura dos preceptores do programa possibilitou aos residentes uma perspectiva teórica conceitual conectada à realidade. Além disso, destaca-se o suporte dos programas de residência no apoio à consolidação das RAS.

Além disso, o papel do controle social no SUS, representado pela participação com voz ativa dos usuários também no processo de planejamento, se apresentou como uma limitação dessa vivência, considerando que a experiência não pode abranger todas as etapas seguintes do processo programado do PRI no estado da Paraíba. Essa participação, integrada aos cenários formativos da residência, pode auxiliar os profissionais a incorporar ao seu aprendizado e trabalho as demandas e percepções da população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. 1990 [citado 30 maio 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. 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 [Internet]. 2011 [citado 30 maio 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
3. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática [Internet]. Cienc Saude Colet. 2017 [citado 26 maio 2023];22(4):1291-310. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ML5vsyD9WccNyD93RmJtJRH/?format=pdf&lang=pt>
4. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de planejamento no SUS [Internet]. 2016 [citado 15 fev. 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf
5. Brasil. Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2013 [citado 30 maio 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html
6. Brasil. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2017 [citado 1 ago. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2010 [2 ago. citado 2023];15(5):2297-305. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>
8. Paraíba. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 59, de 07 de agosto de 2018: diretrizes para o processo de planejamento regional integrado [Internet]. 2018 [citado 30 maio 2023]. Disponível em: <http://static.paraiba.pb.gov.br/2018/02/Resolucao-59-Diretrizes-para-Planejamento-Regional.pdf>
9. Ministério da Saúde (Brasil). Planejamento regional integrado [Internet]. 2021 [citado 30 maio 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/articulacao-de-instrumentos-da-gestao-interfederativa/planejamento-regional-integrado>
10. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [citado 3 set. 2023]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
11. Melo BC, Sant’Ana G. A prática da metodologia ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem [Internet]. 2013 [citado 25 out. 2024]. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/artigos/pratica_metodologia_ativa.pdf
12. Cauduro FLF, Kindra T, Ribeiro ER, Mata JAL. Uso da problematização com apoio do Arco de Maguerez como estratégia de educação permanente para a promoção da segurança do paciente. Espaço Saude [Internet]. 2017;18(1):150–6. [citado 7 nov. 2024]. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/355/pdf>
13. Bezerra INM, Nascimento J, Vieira NRS, Silva RPC, Monteiro VCM, Silverio ZR, et al. A utilização da aprendizagem baseada em problema (ABP) na formação em saúde: um relato de experiência. Rev Cienc Plur [Internet]. 2020;6(1):102–18. [citado 7 nov. 2024]. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18184/12537>
14. Freitas CM, Freitas CASL, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Lima GK, Mesquita KO, et al. Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. Trab Educ Saude [Internet]. 2015;13(2):117–30. [citado 7 nov. 2024]. doi:10.1590/1981-7746-sip00081.
15. Lida I. Planejamento estratégico situacional. Production [Internet]. 1993;3(2):113–25. [citado 18 set. 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prod/a/pCwYWXkFS6NyL3FYC8FwxWw>
16. Rieg DL, Scramim FCL, Raimundo DO, Zau VC, Calazans WR. Aplicação de procedimentos do planejamento estratégico situacional (PES) para estruturação de problemas no âmbito empresarial: estudos de casos múltiplos. Gestao Prod [Internet]. 2014;21(2):417–31. [citado 18 set. 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/zFNsMk5Y4wTbzkvqcF7myPg/?format=pdf&lang=pt>
17. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas [Internet]. Brasília, DF; 2020 [citado 30 maio 2023]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf

18. Paraíba. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 26, de 13 de abril de 2021: aprova o guia orientador para a execução do Projeto de Fortalecimento do Planejamento Regional Integrado do Estado da Paraíba [Internet]. 2021 [citado 11 ago. 2023]. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/cib-2021/resolucao-cib-no-26-guia-orientador-projeto-planejamento-regional.pdf>
19. Holliday OJ. Para sistematizar experiências [Internet]. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente; 2006 [citado 18 set. 2023]. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/oscar-jara-para-sistematizar-experic3aancias1.pdf>
20. Fuginami CN, Colussi CF, Ortiga AMB. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. Saude Debate [Internet]. 2020;44(126):857–70. [citado 28 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MbJGP6zfSjvLR3h3j5NZZwL/?format=pdf&lang=pt>
21. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. Cienc Saude Colet [Internet]. 2016;21(5):1511–24. [citado 1 dez. 2023 Dez 1]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hw57xQMscD8PMKcrHvXS8Cm/abstract/?lang=pt>
22. Carmo A, Souza L, Santos E, Souza M, Conceição AR. Construção do Plano Municipal de Saúde na perspectiva distrital: experiências e desafios no contexto pandêmico. Saude Debate [Internet]. 2022;46(135):1249–58. [citado 28 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dkd4t9xstTbn9wHv7LrWHzB/?lang=pt>
23. Maroja MCS, Almeida Jr JJ, Noronha CA. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. Interface (Botucatu) [Internet]. 2020;24:e180616. [citado 13 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4b6HRp4F5sMsSGqc3wSdZh/?lang=pt>
24. Silva LB. Trabalho em saúde e residência multiprofissional: problematizações marxistas [tese]. [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016 [citado 28 nov. 2023]. 248 p. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/15901>
25. Silva LB. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Rev Katalysis [Internet]. 2018;21(1):200–9. [citado 24 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH8tww34qhg9LSW6n84d/?format=pdf&lang=pt>
26. Macedo PCM. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde [Internet]. 2007;10(2):33-41. [citado 28 nov. 2023]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n2/v10n2a05.pdf>
27. Aleluia IRS, Medina MG, Vilasbôas ALQ. Desafios da gestão regionalizada no Sistema Único de Saúde. Rev Gestao Países Lingua Port [Internet]. 2021;20(2):104–20. [citado 3 ago. 2023]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5680/568070329003/html/>
28. Araújo EC, Lobo MSC, Medici AC. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. J Bras Econ Saude [Internet]. 2022;14(Supl.1):86–95. [citado 3 ago. 2023]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1363113/jbes-especialportugues-86-95.pdf>

29. Silva RCF, Santos ERR, Martelli P JL, Sobrino JE, Souto CCL. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. Rev Saude Colet [Internet]. 2020;30(3):e300331. [citado 12 ago. 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WmvD8YnbqkQ3VwchjxsNR6c/?format=pdf&lang=pt>

30. Gontijo MD, Viegas SMF, Freitas ATS, Maia AFF, Nitschke RG, Nabarro M. Atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde em sua terceira década. Esc Anna Nery [Internet]. 2020;24(4):e20190350. [citado 24 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/t843QZsz8vtZCpXzhvkY7nF/?lang=pt>

31. Dalmolin GL, Lanes TC, Magnago ACS, Setti C, Bresolin JZ, Speroni KS. Prazer e sofrimento em trabalhadores da atenção primária à saúde do Brasil. Rev Cuidarte [Internet]. 2020;11(1):e851. [citado 24 jan. 2024]. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000100306&lng=en&nrm=iso