

Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade

Participatory modeling of educational activities in the Healthcare Planning strategy: backing for assessment of effectiveness

Construcción participativa en la modelización de acciones educacionales para la estrategia de Planificación de la Atención en Salud: ayudas para la evaluación de la efectividad

Sofia Guerra ¹
Ana Coelho de Albuquerque ¹
Pedro Marques ¹
Indira Oliveira ¹
Eronildo Felisberto ¹
Luciana Santos Dubeux ¹
Gabriella de Almeida Raschke Medeiros ²
Isabella Chagas Samico ¹

doi: 10.1590/0102-311X00115021

Resumo

A estratégia de Planificação da Atenção à Saúde configura-se como um potente dispositivo de reorganização dos processos de trabalho nas redes de atenção à saúde e vem sendo implementada pelo conselho nacional de secretários de saúde desde 2013, em 25 regiões de saúde de 11 estados brasileiros, ofertando um conjunto de ações educacionais aos profissionais do sistema único de saúde. Este estudo objetiva descrever o processo de construção participativa e consenso da modelização das ações educacionais, para subsidiar a avaliação da efetividade da estratégia. A construção da modelização foi realizada por meio da consulta a 18 informantes-chave, selecionados intencionalmente pela sua proximidade com o planejamento e a execução das ações educacionais. Os informantes analisaram individualmente a modelização inicialmente proposta, declarando seu grau de concordância acerca do conteúdo e fornecendo sugestões e comentários, os quais foram analisados pelos pesquisadores. O percentual mínimo de concordância total previamente estabelecido de 75% foi obtido ao final de três rodadas de consulta. Importantes sugestões foram realizadas ao longo das rodadas, evidenciando os elementos prioritários para subsidiar a avaliação da efetividade da estratégia. Os percentuais finais de concordância total da modelização variaram entre 76,5% e 100%, de acordo com o componente, demonstrando que a modelização construída participativamente pode ser considerada satisfatória. Essa construção pode estimular pesquisas a respeito de estratégias que busquem qualificar a resposta do sistema de saúde, por meio do desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes de seus profissionais.

Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Avaliação em Saúde; Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Educação Profissional em Saúde Pública

Correspondência

S. Guerra
Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.
Rua dos Coelhos 300, Recife, PE 50070-902, Brasil.
sofiaguerraavila@gmail.com

¹ Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, Brasil.

² Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, Brasil.



Introdução

As práticas profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda são fundamentadas, predominantemente, em ações curativas, centradas no cuidado médico e baseadas em serviços dimensionados a partir da oferta. Encontram-se, portanto, desconexas das reais demandas da população, sendo insuficientes para solucionar os desafios sanitários do presente e insustentáveis para os enfrentamentos futuros ¹. Ademais, o complexo perfil sociodemográfico e epidemiológico exige maior integração entre pontos assistenciais para que a atenção à saúde seja orientada por ações combinadas de diferentes serviços e profissionais, no qual as necessidades do usuário assumem a centralidade do cuidado e definem a urgência, a gravidade e a complexidade da resposta que deve ser dada pelo sistema ².

A implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é defendida como proposta para organização da atenção à saúde em sistemas integrados, tendo a atenção primária à saúde (APS) como eixo estruturante e coordenador do cuidado ^{3,4,5}. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) vem desenvolvendo, desde 2013, uma proposta intitulada Planificação da Atenção à Saúde (Estratégia PAS), que prevê o apoio técnico e gerencial a secretarias estaduais e municipais de saúde. Como intervenção central para alcance dos seus objetivos, realiza-se um conjunto de ações educacionais tais como oficinas, tutorias, treinamentos e capacitações práticas de curta duração, com foco na organização dos macroprocessos de trabalho da APS e da atenção ambulatorial especializada (AAE), bem como na coordenação entre pontos de atenção ^{6,7}.

Essa estratégia estimula o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais para o atendimento das necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, buscando a efetividade das RAS, fundamentando-se nos referenciais teóricos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) ⁸ e da Construção Social da APS ⁶. Tendo como base práticas problematizadoras que proporcionam ação reflexiva dos participantes, os momentos educacionais da PAS propõem o desenvolvimento de ações concretas a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo, capaz de envolver dirigentes, técnicos e todos os trabalhadores que atuam nas unidades de saúde ⁷.

Com uma proposta flexível, capaz de adaptar-se aos diferentes contextos, a Estratégia PAS vem sendo implementada em 25 regiões de saúde de 11 estados brasileiros. Aliando teoria à prática, a planificação busca organizar as RAS nos territórios, rediscutindo processos de trabalho, fortalecendo o modelo de atenção centrado nas necessidades dos usuários e integrando os diversos pontos de atenção para a conformação de uma rede regionalizada de saúde ^{6,7}. Devido à sua capilaridade e abrangência, a PAS tem sido objeto de diversas análises, que envolvem revisões de literatura ⁹, estudos avaliativos ¹⁰, análises de suas bases conceituais e metodológicas ¹¹, implantação de processos de trabalho e ferramentas ^{12,13,14}, relatos de experiência ^{6,15,16,17}, entre outros.

As ações educacionais representam uma importante intervenção em saúde para o desempenho da Estratégia PAS, cujos efeitos também devem ser objeto de processos avaliativos. Assim, recomenda-se, como passo inicial para sua avaliação, a compreensão a respeito da racionalidade interna de funcionamento dessa intervenção, ou seja, a interação entre os recursos necessários, as atividades previstas e os efeitos esperados, permitindo mapear se ela opera como o previsto e quais seus aspectos mais frágeis ¹⁸. A escolha desse foco de investigação considerou o entendimento dos profissionais que atuam no âmbito da Estratégia PAS quanto aos elementos necessários para o delineamento da intervenção. Com a construção participativa e o consenso, pretendeu-se promover uma oportunidade para o diálogo entre o que está posto na teoria da intervenção e a crítica daqueles que a executam na prática, a partir de suas convicções, experiências e conhecimentos ^{19,20}.

Este estudo tem como objetivo descrever o processo de construção participativa e consenso da modelização das ações educacionais da Estratégia PAS, com vistas à avaliação da efetividade dessa estratégia.

Método

Trata-se de um estudo descritivo acerca do processo de construção da modelização das ações educacionais da Estratégia PAS, integrante da *Pesquisa Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil* (Pesquisa Efetiva PAS), cujo objetivo é avaliar a efetividade da Estratégia PAS na melhoria da organização e qualificação dos processos assistenciais em cinco regiões de saúde do Brasil. Essa pesquisa é desenvolvida por meio de quatro estudos, sendo um deles direcionado à compreensão de como os diversos atores envolvidos na Estratégia PAS percebem e interpretam os efeitos das ações educacionais utilizadas.

A concepção de modelização utilizada neste estudo está ancorada no referencial teórico proposto por Champagne et al.²¹, e trata-se de uma representação esquemática que expõe como os componentes de uma intervenção se articulam por meio de atividades desenvolvidas e recursos disponíveis para alcançar os efeitos esperados. Por se tratar de uma intervenção em saúde de cunho educacional, agregou-se ao referencial da modelização de intervenções, a abordagem desenvolvida por Abbad²² para avaliação da efetividade de treinamentos, ambos adaptados ao contexto deste estudo.

Entende-se por efetividade de treinamento a aferição do resultado do evento instrucional a curto, médio e longo prazo, a serem mensurados em níveis individuais e organizacionais. A ideia de efetividade está relacionada à investigação dos possíveis efeitos positivos do treinamento no trabalho das pessoas e na organização, fazendo com que a noção de efetividade esteja direta e constantemente relacionada à ideia de avaliação²³.

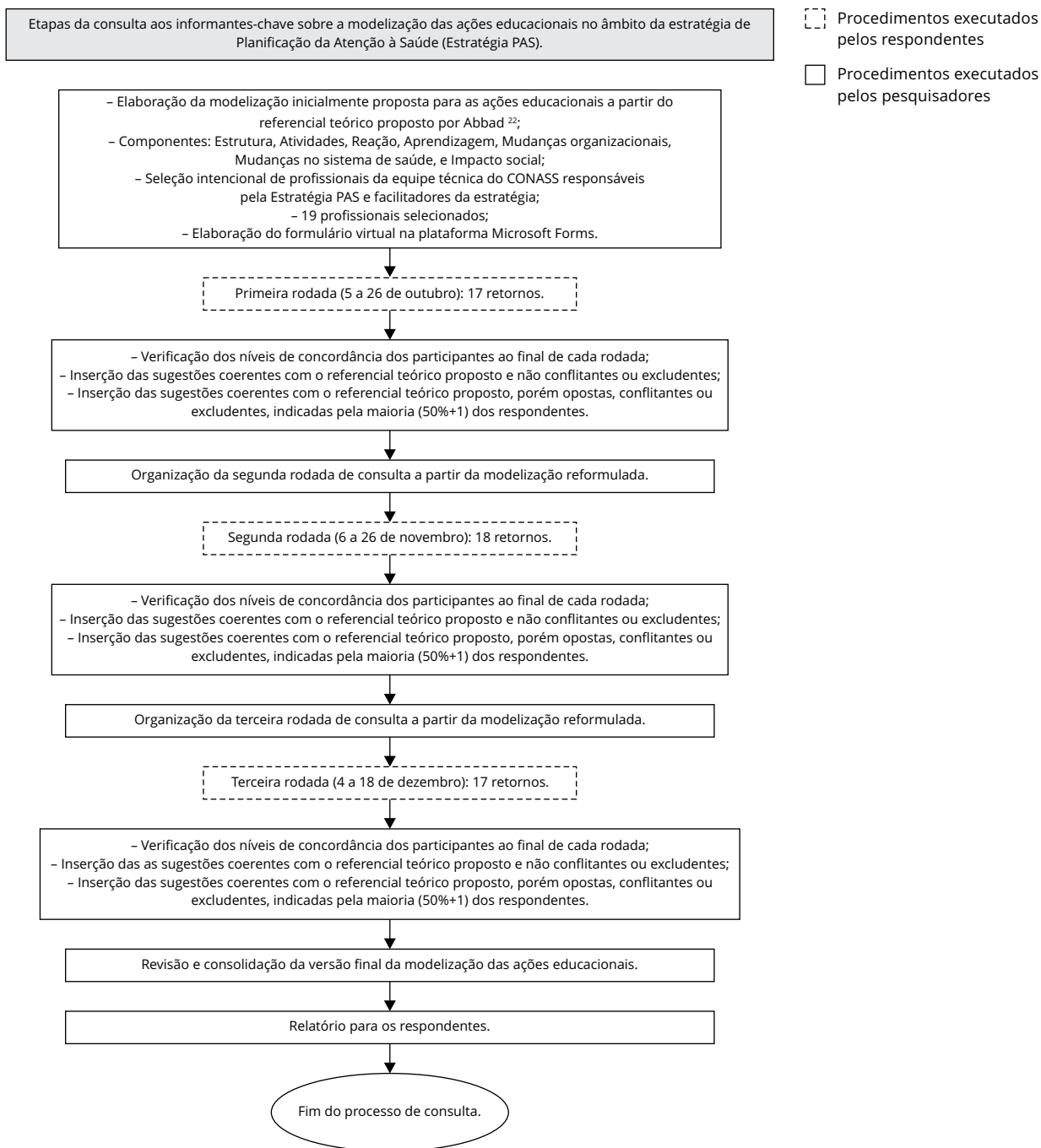
A construção da modelização foi realizada no período de julho a dezembro de 2020 e conduzida em duas fases, considerando a importância do caráter participativo durante o processo. Primeiramente, foi elaborada uma versão inicial, a partir das informações disponíveis sobre as ações educacionais implementadas no âmbito da Estratégia PAS, da análise documental e da discussão coletiva sobre o conteúdo e formato do modelo, que aconteceu durante 13 reuniões virtuais com a participação proativa de 14 pesquisadores. No segundo momento, foram realizadas três rodadas de consultas a informantes-chave, a fim de obter o consenso em relação ao conteúdo da modelização, permitindo também a incorporação das sugestões dos participantes e posterior construção da versão final (Figura 1).

A análise documental que subsidiou a elaboração da modelização inicial (Figura 2) contemplou publicações institucionais^{5,7,24,23,25,26,27}, guias de oficinas e tutorias das ações educacionais da Estratégia PAS e a literatura científica disponível sobre o tema^{6,13,14,15,16}. Essas fontes permitiram caracterizar as ações educacionais, traçar seus objetivos, identificar a estrutura necessária a sua realização, os efeitos e impactos esperados, introduzindo novos elementos explicativos de forma a instrumentalizar as discussões oriundas da consulta aos informantes em uma perspectiva ideal, teórica e normativa. O desenho contemplou os seguintes componentes: (i) estrutura, determinada pelos insumos necessários para a realização das ações educacionais; (ii) atividades, referente aos processos desenvolvidos desde o planejamento até a avaliação final das ações; e (iii) efeitos, definido pelos resultados decorrentes da intervenção.

Os componentes da modelização avaliativa foram organizados conforme o referencial proposto pelo Modelo Integrado de Avaliação do Impacto do Treinamento no Trabalho (Modelo IMPACT)^{22,28}, adaptados ao contexto deste estudo. O Modelo IMPACT é composto por oito elementos principais: ambiente externo; suporte psicossocial; necessidades; características da clientela; características do treinamento; reação; aprendizagem; e impacto do treinamento no trabalho. Para elencar os efeitos esperados das ações educacionais no âmbito da Estratégia PAS, foram utilizados os elementos teóricos dos elementos: reação, aprendizagem e impacto do treinamento no trabalho, sendo este último subdividido em três categorias de efeitos: mudanças organizacionais, mudanças nos sistemas de saúde e impacto social.

Figura 1

Processo de construção participativa da modelização das ações educacionais. *Pesquisa Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil* (Pesquisa Efetiva PAS), 2020.

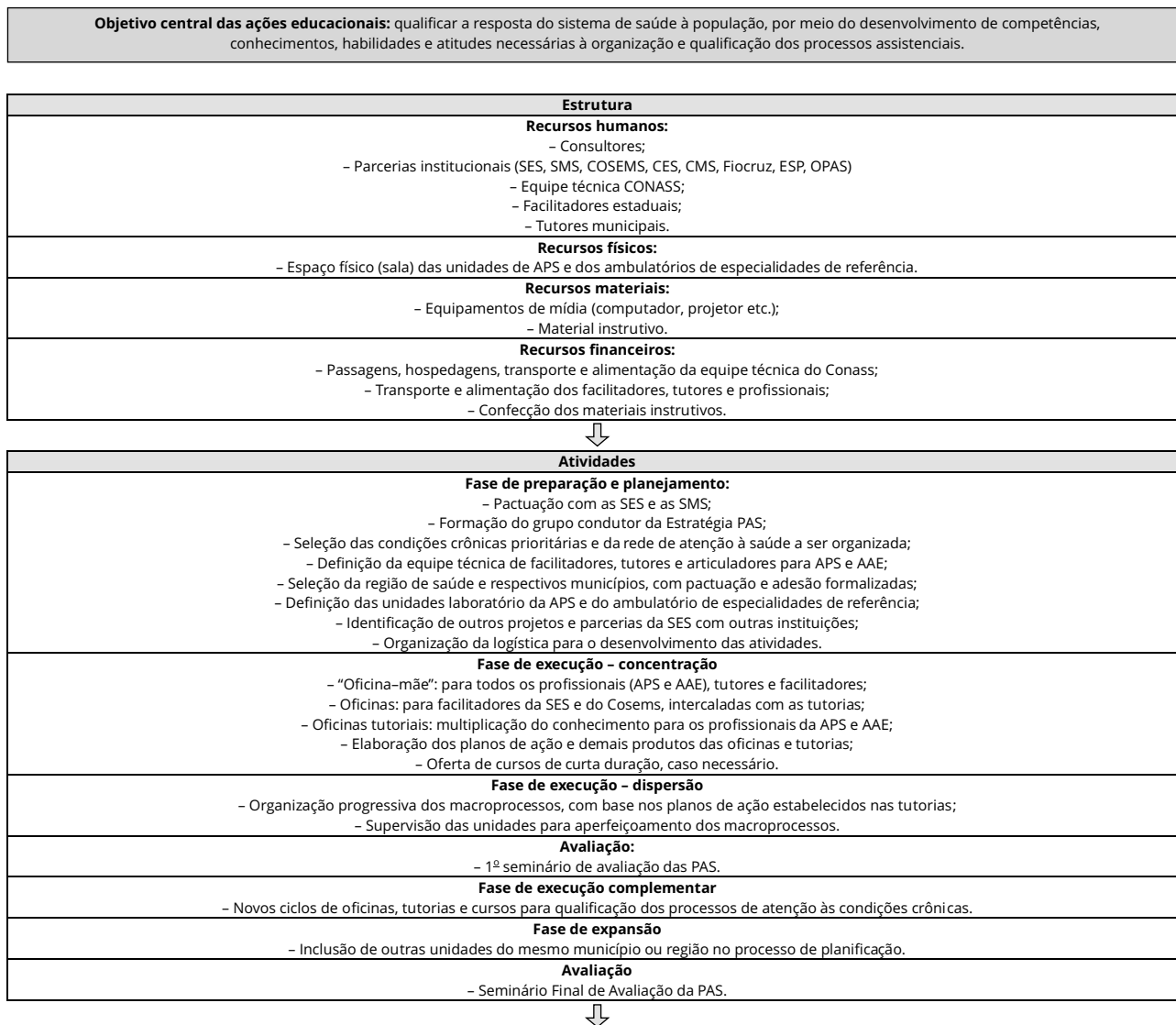


CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Fonte: elaboração própria.

Figura 2

Modelização inicialmente proposta das ações educacionais. *Pesquisa Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil* (Pesquisa Efetiva PAS), 2020.



(continua)

Figura 2 (continuação)

Efeitos	
Reação	Percepção positiva dos profissionais às Ações Educacionais quanto aos seguintes aspectos: - Facilitadores; Tempo; Conteúdo programático; Instalações; Material instrutivo; Estratégias didáticas; Aplicabilidade e usabilidade do conhecimento adquirido.
Aprendizagem APS	Aquisição de comportamentos, habilidades e atitudes para melhorar qualificação e reorganização dos processos de trabalho relacionados à: - Reorganização dos macros e microprocessos básicos da APS; - Qualificação da atenção prestada à população usuária por meio do gerenciamento de processos; da criação de POPs; do gerenciamento de riscos; da implantação de diretrizes clínicas; dos estudos de fluxos.
Aprendizagem AAE	Aquisição de comportamentos, habilidades e atitudes para melhorar qualificação e reorganização dos processos de trabalho relacionados à: - Reorganização dos macros e microprocessos básicos da AAE; - Qualificação da gestão da condição de saúde do usuário com alto e muito alto risco, ofertando atendimentos interdisciplinares, com foco na estabilização; - Programação da oferta da atenção aos usuários de alto e muito alto risco de acordo com a demanda da APS; - Apoio e cultivo da integração permanente entre APS e AAE por meio: do conhecimento e da vinculação dos profissionais entre níveis; do manejo compartilhado da condição crônica de alto e muito alto risco; do uso de mecanismos de comunicação entre níveis (plano de cuidados, formulários de referência, interconsulta, supervisão e segunda opinião); da realização de atividades educacionais; - Matriciamento e qualificação das equipes da APS para a estratificação de risco e manejo dos cuidados clínicos aos usuários com condições crônicas; - Acompanhamento da linha de cuidado priorizada e monitorar a execução dos planos de cuidado dos usuários junto às equipes da APS; - Respeito e confiança entre médicos generalistas e especialistas.
Mudanças organizacionais	Qualificação e organização dos micros e macroprocessos básicos da APS; Ordenação das RAS; Organização da demanda de atendimento para AAE: - Equilíbrio entre a estrutura da demanda e da oferta de AAE. Organização dos fluxos assistenciais: - Acesso à AAE apenas pelo encaminhamento da APS; - Redução das filas de espera para AAE. Organização dos micros e macroprocessos básicos da AAE: - Adequação do manejo da condição crônica de alto e muito alto risco; - Superação da vinculação definitiva dos pacientes com a AAE; - Introdução de novos processos de trabalho: atendimento multiprofissional; interconsulta; educação permanente; supervisão e apoio à APS; pesquisa investigativa. Institucionalização do compartilhamento de responsabilidades e de cuidados entre níveis de atenção; Qualificação das práticas clínicas; Maior integração da gestão com o serviço; Maior integração entre os profissionais para o trabalho em equipe.
Mudanças no sistema de saúde	Acesso adequado, oportuno e organizado à APS e entre níveis de atenção; Fortalecimento da capacidade resolutiva da APS; Gestão da saúde compartilhada e integrada entre níveis; Redução da fragmentação da atenção ao usuário com condições crônicas de alto e muito alto risco; Redução das complicações e internações em pacientes com condições crônicas de alto ou muito alto risco.
Impacto social	Maior efetividade da RAS; Maior integralidade da atenção à saúde; Redução da morbimortalidade em pacientes com condições crônicas de alto ou muito alto risco; Reconhecimento social da APS e AAE.

APS: atenção primária à saúde; AAE: assistência ambulatorial especializada; CES: Conselho Estadual de Saúde; CMS: Conselho Municipal de Saúde; CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; COSEMS: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde; ESP: Escola de Saúde Pública; MP: Ministério Público; OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde; PAS: Planificação da Atenção à Saúde; POP: procedimento operacional padrão; RAS: Rede de Atenção à Saúde; SES: Secretaria Estadual de Saúde; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: elaboração própria.

O subcomponente reação apresenta a percepção dos participantes sobre as características das ações educacionais, que abrangem: a programação, a duração, o conteúdo programático, as instalações, o material instrutivo, as estratégias didáticas, a aplicabilidade e a utilidade das ações educacionais, bem como o desempenho de tutores e facilitadores. A aprendizagem refere-se à retenção dos conteúdos abordados nas ações educacionais para a aquisição de comportamentos, habilidades e atitudes (CHA), com vistas à melhoria e à reorganização dos processos de trabalho, apresentados separadamente para APS e AAE. As mudanças organizacionais referem-se aos efeitos esperados nos serviços em decorrência da aplicação dos novos CHA adquiridos. As mudanças nos sistemas de saúde elencam as alterações esperadas em decorrência das ações educacionais. Os impactos sociais referem-se aos resultados finalísticos, de maior amplitude, das ações educacionais na sociedade.

Os informantes-chave foram selecionados intencionalmente, pela relação de proximidade com as atividades de planejamento e execução das ações educacionais da Estratégia PAS nas cinco regiões do Brasil. Foram convidados 19 profissionais, dentre os quais 18 concordaram em participar do estudo, sendo 13 tutores/facilitadores, um consultor técnico da Estratégia PAS e quatro profissionais da assessoria técnica do CONASS. Realizou-se uma reunião virtual entre pesquisadores e informantes para apresentação do processo de consulta sobre a modelização avaliativa.

Para dar início à primeira rodada, uma mensagem eletrônica foi enviada aos participantes, contendo um texto introdutório, um anexo em formato PDF com a modelização inicialmente elaborada pelos pesquisadores e um *link* de acesso ao formulário de consulta, o qual foi elaborado com as seguintes seções: (1) Apresentação do estudo: descrição da Pesquisa Efetiva PAS e seus objetivos e convite a participar da consulta; (2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; (3) Informações sobre o respondente; (4) Esclarecimentos sobre a metodologia para a consulta; (5) Apresentação da modelização; e (6) Agradecimentos.

Os componentes (Estrutura, Atividades e Efeitos) e subcomponentes (Reação, Aprendizagem, Mudanças Organizacionais, Mudanças no Sistema de Saúde e Impactos Sociais) da modelização foram apresentados separadamente, precedidos por um texto explicativo que pudesse subsidiar a análise quanto ao conteúdo proposto. Cada componente e subcomponente foi seguido de uma pergunta de múltipla escolha para verificação do grau de concordância do respondente acerca do conteúdo (concordo totalmente, concordo parcialmente ou não concordo) e de um espaço para sugestões, comentários ou justificativas para sua resposta anterior. As observações e os ajustes foram retornados aos pesquisadores para análise e consolidação, preservando o anonimato dos envolvidos.

Ao final de cada rodada, foram realizadas reuniões da equipe de pesquisa para análise das contribuições, com vistas ao consenso sobre as alterações na modelização. Inseridas as contribuições, o arquivo com as novas informações foi enviado aos participantes para uma nova rodada de consulta. Para análise e inserção das sugestões, a equipe de pesquisa executou as seguintes premissas: verificação dos níveis de concordância dos participantes ao final de cada rodada, e inserção de todas as sugestões coerentes com o referencial teórico proposto e não conflitantes ou excludentes. Em caso de sugestões que fossem coerentes com o referencial teórico proposto, porém opostas, conflitantes ou excludentes, seriam inseridas as que foram sugeridas pela maioria (50%+1) dos respondentes. A modelização foi considerada finalizada quando o percentual de concordância total de todos os componentes e subcomponentes do modelo alcançou o valor de 75%.

A Pesquisa Efetiva PAS foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sob o parecer CAEE: 34198320.5.0000.5201, conforme as *Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016* do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A maioria dos respondentes (83,3%; n = 15) pertencia ao sexo feminino, com idade média de 56,5 anos. Quanto à formação acadêmica, a maioria dos profissionais era enfermeiro (55,6%; n = 10). Todos declararam possuir pós-graduação na área de saúde pública, sendo 27,8% (n = 5) com nível de especialização, 55,6% (n = 10) com nível de mestrado e 16,7% (n = 3) com doutorado. A maioria referiu atuar profissionalmente no CONASS (83,3%; n = 15), e os demais, em universidades e secretarias estaduais de saúde. Destaca-se que 72,2% (n = 13) ocupavam cargos de facilitadores e que 44,4% (n = 8) dos profissionais abordados apresentavam entre 3 e 6 anos de experiência profissional (Tabela 1).

As sugestões propostas para o componente estrutura centraram-se na inclusão, nos elementos de recursos humanos, de atores necessários à realização das ações educacionais. Foram acrescentados gestores, prestadores de serviços de instituições privadas que fazem a gestão dos ambulatórios, bem como profissionais das secretarias estaduais e municipais de saúde e de instituições de Ensino Superior, convidados a participar como tutores e facilitadores. Também foram realizados ajustes na descrição dos recursos físicos e materiais, unificando-os e passando a ser tratados apenas como recursos físicos. Os percentuais de concordância para esse componente variaram entre 70,6%, 61,1% e 88,2% ao longo das três rodadas de consulta (Tabela 2).

Tabela 1

Composição da amostra (n = 18) dos informantes-chave que participaram da construção modelização das ações educacionais. *Pesquisa Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil* (Pesquisa Efetiva PAS), 2020.

	n	%
Sexo		
Feminino	15	83,3
Masculino	3	16,7
Idade (anos) [média de 56,5 anos]		
30-39	1	5,6
40-49	3	16,7
50-59	5	27,8
60-69	9	50,0
Formação		
Assistente social	2	11,1
Enfermeiro(a)	10	55,6
Médico(a)	3	16,7
Odontologista	2	11,1
Biólogo(a)	1	5,6
Pós-graduação na área de saúde coletiva		
Especialização	5	27,8
Mestrado	10	55,6
Doutorado	3	16,7
Local de trabalho		
CONASS	15	83,3
Universidades	1	5,6
Secretarias Estaduais de Saúde	2	11,1
Cargo que ocupa		
Tutor/Facilitador	13	77,2
Assessor técnico	4	22,2
Consultor	1	5,6
Tempo no cargo (em anos) [média de 8,5 anos]		
3-6	8	44,44
7-10	5	27,8
11-14	4	22,2
15 ou mais	1	5,6

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Fonte: elaboração própria.

Ainda que o componente atividades tenha obtido um percentual final satisfatório de concordância, essa categoria apresentou os menores valores em todas as rodadas (64,7%; 66,7% e 76,5%, respectivamente), conforme a Tabela 2. As sugestões dos participantes focaram-se na supressão do termo “seleção das condições crônicas prioritárias”, como também na descrição dos atores envolvidos e do público-alvo da primeira oficina da Estratégia PAS, denominada oficina-mãe. Um ajuste de escrita foi sugerido, de forma a explicitar que essa oficina deveria contar com todos os profissionais que participariam direta ou indiretamente do processo de Estratégia PAS, e não apenas os profissionais de saúde, tutores e facilitadores. Outra inserção importante foi realizada na etapa de execução da Estratégia PAS, com a inclusão da atividade de avaliação dos planos de ação elaborados em cada uma das oficinas, com destaque para o monitoramento e avaliação dos produtos das oficinas anteriores e a proposição de melhoria dos processos executados.

Tabela 2

Percentuais de concordância, por rodada de consulta, do processo de construção participativa da modelização das ações educacionais. *Pesquisa Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil* (Pesquisa Efetiva PAS), 2020.

Componente	1a consulta		2a consulta		3a consulta	
	CT (%)	CP (%)	CT (%)	CP (%)	CT (%)	CP (%)
Estrutura	70,6	29,4	61,1	38,9	88,2	11,8
Atividades	64,7	35,3	66,7	33,3	76,5	23,5
Reação	82,3	17,6	94,4	5,6	100,0	0,0
Aprendizagem APS	76,5	23,5	66,7	33,3	88,2	11,8
Aprendizagem AAE	82,3	17,6	83,3	16,7	88,2	11,8
Mudanças organizacionais	88,2	11,8	83,3	16,7	82,3	17,6
Mudanças nos serviços de saúde	82,3	17,6	83,3	16,7	94,1	5,8
Impacto social	94,1	5,8	94,4	5,6	100,0	0,0

APS: atenção primária à saúde; AAE: assistência ambulatorial especializada; CT: concordo totalmente; CP: concordo parcialmente.

Fonte: elaboração própria.

* Não foram obtidas respostas na opção “discordo totalmente”.

Os subcomponentes relacionados aos efeitos das ações educacionais apresentaram consenso desde a primeira rodada, com exceção do subcomponente aprendizagem (relativa aos profissionais da APS), que entre a primeira e a segunda consulta obteve redução no percentual de concordância total (Tabela 2). Para o subcomponente reação, houve a sugestão de um ajuste na redação para inclusão da metodologia em conjunto com as estratégias didáticas utilizadas. Com relação ao Impacto Social, dois ajustes foram realizados: a supressão do termo “em pacientes com condições crônicas de alto ou muito alto risco” e a inserção do impacto “qualificação do acesso aos usuários da APS e da AAE”.

Os subcomponentes aprendizagem, mudanças organizacionais e mudanças no sistema de saúde foram os que tiveram maior número de sugestões em todas as rodadas. O subcomponente aprendizagem foi subdividido em APS e AAE, uma vez que os diferentes níveis de atenção apresentam distintas expectativas de aprendizagem dentro do escopo da Estratégia PAS. Sobre a aprendizagem esperada para os profissionais da APS, as principais sugestões demonstraram a importância de alguns processos básicos tais como territorialização, estratificação de risco familiar, cuidados paliativos, programação e agendamento. Outras expectativas de aprendizagem foram sugeridas pelos participantes, como a compreensão da função da APS como coordenadora da RAS; a compreensão das funções essenciais da AAE (assistencial, educacional, de supervisão e de pesquisa); e a qualificação da relação entre as equipes de ambos os níveis e o cuidado compartilhado e integral.

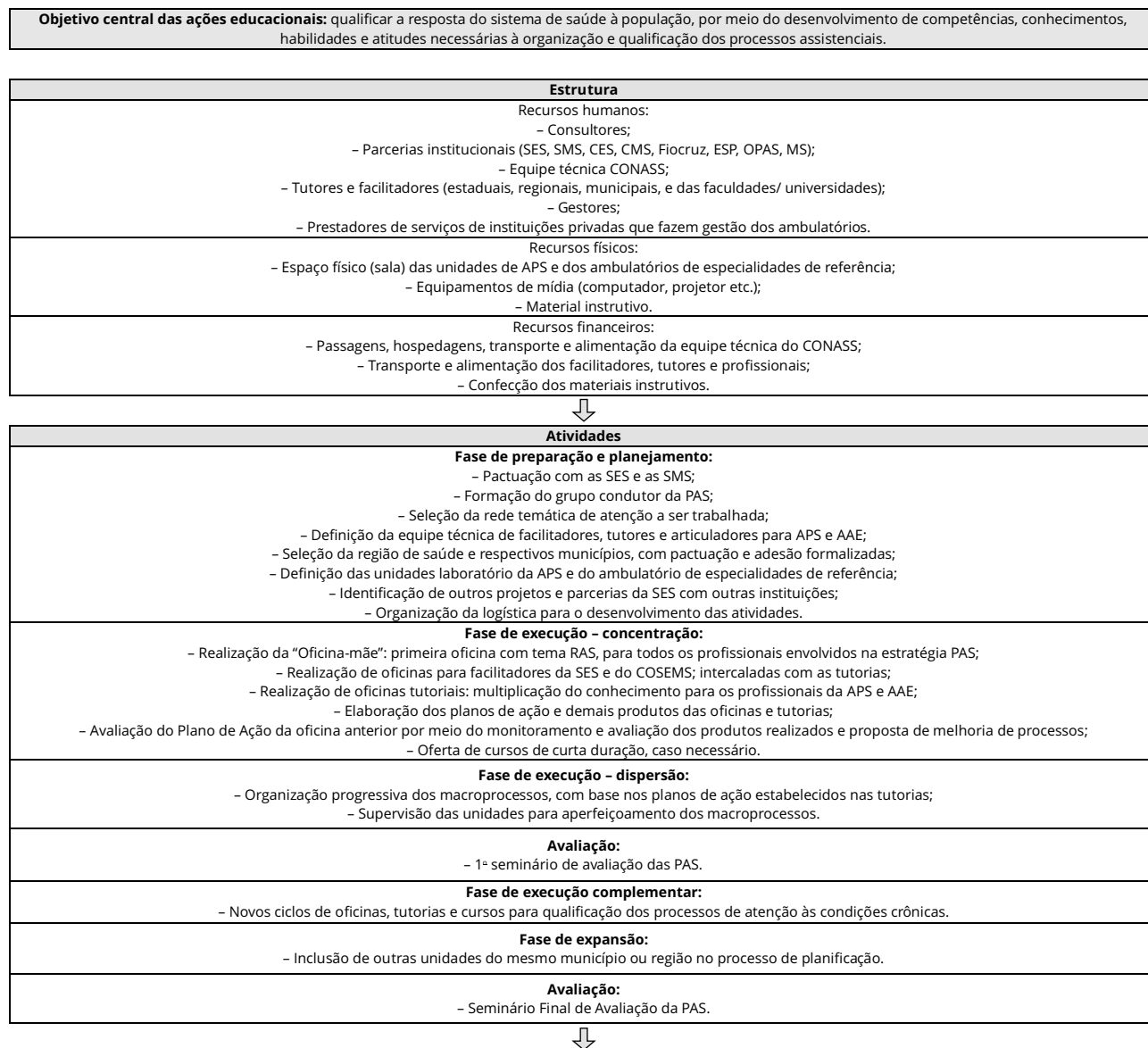
Adições semelhantes podem ser observadas no subcomponente aprendizagem AAE acerca da compreensão dos profissionais sobre a função da APS como coordenadora da RAS e das funções essenciais da APS e da AAE. Também foram incluídos aspectos relativos à continuidade do cuidado entre níveis de atenção; à necessidade de uma atuação profissional em equipe multidisciplinar, a qual funcione como ponto de apoio e matriciamento para a APS, ou seja, atuando como referência de acordo com o objetivo de cada unidade, as características de cada local e a disponibilidade de recursos ²⁹; à qualificação do manejo clínico; e à programação, monitoramento e avaliação dos processos de trabalho.

No que diz respeito às mudanças esperadas na organização dos serviços, foi dado destaque ao conhecimento do território; à melhoria da integração entre os níveis de atenção; à organização dos fluxos assistenciais de atendimento; à qualificação dos processos segundo o referencial teórico da Construção Social da APS; à atuação das equipes de maneira interprofissional; e ao uso da informação para fornecer subsídios à organização dos processos de trabalho. Foram ressaltados como efeitos esperados no sistema de saúde o fortalecimento da capacidade de autocuidado dos usuários, bem

como o suporte familiar e social a eles conferidos; a redução das internações por condições sensíveis à APS; o aumento da satisfação dos usuários; a maior eficiência dos serviços de saúde e da rede; e o fortalecimento das equipes, da integração entre níveis e da RAS. A Figura 3 apresenta a versão final da modelização.

Figura 3

Versão final da modelização das ações educacionais. *Pesquisa Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em cinco Regiões de Saúde no Brasil* (Pesquisa Efetiva PAS), 2020.



(continua)

Figura 3 (continuação)

Efeitos	
Reação	<p>Percepção positiva dos profissionais às Ações Educativas quanto aos seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitadores; tempo; conteúdo programático; instalações; material instrutivo; metodologia e estratégias didáticas; aplicabilidade e usabilidade do conhecimento adquirido.
Aprendizagem APS	<p>Aquisição de comportamentos, habilidades e atitudes para melhorar qualificação e reorganização dos processos de trabalho relacionados à:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reorganização dos macro e microprocessos básicos da APS, tais como: melhor conhecimento da população (necessidades e demandas em saúde) e do território; estratificação de risco familiar; cuidados paliativos; programação, entre outros; - Qualificação da atenção prestada à população usuária por meio do gerenciamento de processos, da criação de POPs, do gerenciamento de riscos, da implantação de diretrizes clínicas, e dos estudos de fluxos; <ul style="list-style-type: none"> - Qualificação do manejo clínico e reorganização da atenção aos eventos agudos, às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; - Qualificação e reorganização dos processos relativos ao autocuidado apoiado; às demandas administrativas, da atenção preventiva, da atenção domiciliar e ao sistema de gerenciamento; <ul style="list-style-type: none"> - Respeito e confiança entre as equipes nos diversos pontos da RAS; - Compreensão da função da APS como coordenadora da RAS; - Compreensão dos macroprocessos e das funções essenciais da AAE (assistencial, educacional, supervisão e pesquisa); - Qualificação da relação entre equipe de APS e AAE estruturando em rede os processos de trabalho do cuidado ao usuário, visando estabelecer o cuidado compartilhado e integral, garantindo a coordenação da APS.
Aprendizagem AAE	<p>Aquisição de comportamentos, habilidades e atitudes para melhorar qualificação e reorganização dos processos de trabalho relacionados à:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reorganização dos macro e microprocessos básicos da AAE; - Qualificação da gestão da condição de saúde do usuário com alto e muito alto risco, ofertando atendimentos interprofissionais, com foco na estabilização clínica, metabólica e funcional; <ul style="list-style-type: none"> - Programação da oferta da atenção aos usuários de alto e muito alto risco de acordo com a demanda da APS; - Apoio e cultivo da integração permanente entre APS e AAE por meio: do conhecimento e vinculação dos profissionais entre níveis, do manejo compartilhado da condição crônica de alto e muito alto risco, do uso de mecanismos de comunicação entre níveis (plano de cuidados, formulários de compartilhamento do cuidado APS-AAE, interconsulta, supervisão e segunda opinião), e da realização de atividades educacionais; - Matriciamento e qualificação das equipes da APS para a estratificação de risco e manejo dos cuidados clínicos aos usuários com condições crônicas; <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento da linha de cuidado priorizada e monitoramento da execução dos planos de cuidado dos usuários junto às equipes da APS; <ul style="list-style-type: none"> - Respeito e confiança entre as equipes nos diversos pontos da RAS; - Atenção contínua, ponto de apoio, interprofissionalidade e plano de cuidado, monitoramento e avaliação; <ul style="list-style-type: none"> - Melhor conhecimento da população (necessidades e demandas); <ul style="list-style-type: none"> - Respostas às necessidades e demandas de saúde; - Programação e qualificação dos processos; - Qualificação do manejo clínico; - Compreensão da função da APS como coordenadora da RAS; - Compreensão dos macroprocessos e das funções essenciais da AAE: assistencial, educacional, supervisão e pesquisa; <ul style="list-style-type: none"> - Qualificação do manejo da condição crônica de alto e muito alto risco; - Superação da vinculação definitiva dos usuários com a AAE; - Introdução de novos processos de trabalho: atendimento multiprofissional, interconsulta, educação permanente, supervisão e apoio à APS, pesquisa investigativa.
Mudanças organizacionais	<p>Qualificação dos macroprocessos e microprocessos da APS segundo a lógica da Construção Social. Ordenação das RAS. Organização da demanda de atendimento para AAE: <ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio entre a estrutura da demanda e da oferta da APS e da AAE. Organização dos fluxos assistenciais: <ul style="list-style-type: none"> - Acesso à AAE por meio do compartilhamento do cuidado com a APS; <ul style="list-style-type: none"> - Redução das filas de espera para AAE; - Maior integração entre a APS e AAE; - Organização dos fluxos assistenciais de atendimento de condições agudas e crônicas. Organização dos micros e macroprocessos básicos da AAE. Compartilhamento de responsabilidades e de cuidados entre níveis de atenção. Qualificação das práticas clínicas. Maior integração da gestão com o serviço. Maior integração entre os profissionais para o trabalho em equipe. Gestão de base populacional. Atuação da equipe de maneira interprofissional. Gerenciamento de indicadores de processos e resultados. Melhoria dos fluxos de cuidado por meio da otimização dos espaços e da agenda. Utilização da informação como ferramenta para gestão da assistência à saúde e organização dos recursos da RAS.</p>
Mudanças no sistema de saúde	<p>Acesso adequado, oportuno e organizado à APS e entre níveis de atenção. Fortalecimento da capacidade resolutive da RAS nos componentes da APS e da AAE. Gestão da saúde compartilhada e integrada entre níveis. Redução da fragmentação da atenção aos usuários, pelo fortalecimento da integração vertical da RAS. Redução das complicações e internações em pacientes com condições crônicas de alto ou muito alto risco. Fortalecimento da capacidade de autocuidado, do suporte familiar e do suporte social. Redução das internações por condições sensíveis à APS. Aumento da satisfação dos usuários do SUS. Maior eficiência dos serviços e da rede. Fortalecimento de equipes interprofissionais multidisciplinares.</p>

(continua)

Figura 3 (continuação)

Impacto social	Maior efetividade da RAS. Maior integralidade da atenção à saúde. Redução da morbimortalidade. Reconhecimento social da APS e AAE. Qualificação do acesso aos usuários da APS e da AAE.
-----------------------	---

APS: atenção primária à saúde; AAE: assistência ambulatorial especializada; CES: Conselho Estadual de Saúde; CMS: Conselho Municipal de Saúde; CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; COSEMS: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde; ESP: Escola de Saúde Pública; Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz; MP: Ministério Público; MS: Ministério da Saúde; OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde; PAS: Planificação da Atenção à Saúde; POP: Procedimento Operacional Padrão; RAS: Rede de Atenção à Saúde; SES: Secretaria Estadual de Saúde; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.
 Fonte: elaboração própria.

Discussão

No contexto do referencial teórico da Avaliação de Programas ³⁰, com a construção da modelização avaliativa, vislumbra-se saber como a intervenção funciona em campo, conhecer e discutir os recursos disponíveis, as atividades necessárias e os efeitos esperados. Além disso, espera-se entender quais fatores, dentro de determinado contexto, podem influenciar no alcance dos seus resultados. No entanto uma das limitações da modelização é não considerar as possíveis barreiras para a execução da intervenção ³¹, o que pode ser minimizado por meio da construção de consensos sobre seus componentes.

Nesse estudo, o consenso, garantido por meio da inclusão e exclusão de itens na modelização inicialmente proposta, foi fundamental para o alcance de uma decisão compartilhada ³² a partir da participação de atores diretamente envolvidos na Estratégia PAS. A modelização consensuada tem grande relevância, pois proporciona melhor entendimento da intervenção, auxilia na sua divulgação de maneira mais objetiva e demonstra a importância de cada ator envolvido nos processos de planejamento e execução da Estratégia PAS. Além disso, favorece a transparência da ação de compatibilização a qualquer interessado ³³.

O número de rodadas de consulta depende do nível de consenso alcançado, pois, quanto menor a discordância entre os itens avaliados, mais rapidamente o processo pode ser concluído ^{34,35}. Neste estudo foram realizadas três rodadas, especialmente pelos componentes estrutura, atividades e ao subcomponente aprendizagem APS, que ainda apresentaram percentuais abaixo de 75% de concordância após o término da segunda rodada.

A implementação da Estratégia PAS nas regiões de saúde é realizada por meio de uma parceria entre o CONASS e os gestores estaduais e municipais a partir de uma proposta inicial. Embora as ações educacionais possuam um desenho inicial, fundamentado nos referenciais teóricos da Construção Social da APS ⁵ e do MACC ⁸, é conferida aos gestores a liberdade de realizar adaptações em virtude dos recursos disponíveis, das características dos seus profissionais e de seu território, respeitando, assim, as especificidades regionais ⁷. Tal fato pode explicar os percentuais mais baixos de concordância para os componentes estrutura e atividades nas primeiras rodadas de consulta, visto que os informantes sugeriram exclusões ou inserções tomando como base a experiência vivenciada da Estratégia PAS no seu território. Dessa forma, ao final da segunda rodada, foi necessário um ajuste no formulário de consulta, esclarecendo aos participantes que se buscava construir coletivamente uma modelização avaliativa que descrevesse de maneira abrangente as ações educacionais desenvolvidas em âmbito nacional, não sendo possível inserir as sugestões que contemplassem aspectos específicos de uma ou outra região de saúde planificada.

O consenso foi obtido quanto à descrição da estrutura necessária à realização das ações educacionais, em termos de recursos humanos, físicos e financeiros, com destaque para a importância do envolvimento dos gestores na Estratégia PAS. Esses achados são coerentes com um estudo conduzido em Minas Gerais, que observou que os gerentes de saúde das unidades são fundamentais para o acom-

panhamento dos profissionais durante a Estratégia PAS, garantindo a implementação dos macros e microprocessos abordados nas ações educacionais ¹⁵.

O componente atividades elenca as ações essenciais ou prioritárias que devem ser realizadas para atingir os objetivos da intervenção ³⁶. Inserções importantes foram realizadas na atividade que descreve o primeiro evento educacional do processo de Estratégia PAS: a oficina-mãe. Além de proporcionar um primeiro alinhamento conceitual sobre as RAS, a oficina ainda conta com um evento que oficializa a adesão da gestão à Estratégia PAS e a formação das parcerias institucionais, identificando os facilitadores que conduzirão o processo na região selecionada ^{6,7}.

Entende-se que a adição da atividade de avaliação dos planos de ação foi fundamental para elaborar a modelização, pois esse instrumento tem papel importante no monitoramento da execução dos macros e microprocessos trabalhados nas ações educacionais. Nele deve conter a avaliação das inconformidades encontradas, a análise das causas do problema e o plano de ação propriamente dito, que objetiva melhorar ou sanar o problema relatado. A cada nova tutoria, o plano é atualizado a partir das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde, sendo acrescido dos novos processos a serem trabalhados ⁶. Permitindo o acompanhamento da reorganização dos processos, o Plano de Ação se configura como um instrumento potente para identificar as dificuldades, reorientar os trabalhos e corrigir rumos.

Os efeitos esperados para as ações educacionais foram descritos de acordo com o Modelo IMPACT ^{22,28}. Diversos estudos já utilizaram esse referencial teórico para avaliação da efetividade de treinamentos, capacitações e estratégias de educação permanente ofertadas a profissionais de saúde em âmbito público e privado ^{37,38,39,40,41}. No Modelo IMPACT, entende-se reação como a percepção dos participantes sobre a programação, a aplicabilidade, a utilidade e os resultados no treinamento e o desempenho do instrutor ²⁸. Portanto a reação esperada acerca das ações educacionais se traduz em uma percepção positiva dos profissionais a respeito das características dos diferentes momentos educacionais (oficinas, tutorias e cursos de curta duração) ofertados durante a planificação. Por se tratar de um referencial teórico com definições próprias, apenas uma sugestão relacionada à percepção dos profissionais acerca da metodologia utilizada pelos facilitadores e tutores foi considerada pertinente durante a consulta.

As ações educacionais da Estratégia PAS são uma potente intervenção para reorganização das RAS, mas é necessário destacar sua complexidade. Por meio dessas ações, almeja-se a incorporação de diferentes ferramentas na gestão do cuidado à saúde, o que depende diretamente de profissionais que compreendam uma nova forma de pensar e ofertar atenção às condições crônicas de saúde ¹⁵. O grande diferencial da Estratégia PAS é induzir a reorganização do cuidado ofertado e da RAS propriamente dita, unindo a teoria e a prática, colocando os profissionais de saúde como principais autores do processo ⁶. Propor essa união entre o conhecimento teórico e o saber-fazer implica que os efeitos esperados para a aprendizagem dos profissionais estejam intimamente relacionados com as mudanças esperadas na organização dos serviços e, por consequência, do sistema de saúde.

Por se tratar do elemento central das ações educacionais, os subcomponentes aprendizagem, mudanças organizacionais e mudanças nos sistemas de saúde foram as que receberam o maior número de sugestões e comentários durante todas as rodadas de consulta. Percebe-se que as inclusões realizadas no texto exploram a valorização de pontos semelhantes entre essas três categorias da modelização avaliativa, todos voltados à qualificação dos processos de trabalho à luz dos referenciais teóricos da Construção Social da APS ⁵ e do MACC ⁸.

Para uma adequada gestão da condição de saúde, é preciso pensar em coordenação assistencial entre pontos de atenção, uma vez que parte dos usuários atendidos pela APS tem necessidades que demandam estratégias de cuidado mais complexas. A coordenação do cuidado entre pontos de atenção requer interações colaborativas também entre profissionais e usuários, incluindo a transferência oportuna de informações clínicas, a comunicação eficaz e a tomada de decisão compartilhada ⁴². Uma APS forte e articulada a outros níveis de atenção confere maior e melhor acesso aos serviços de saúde; maior enfoque em prevenção e promoção; redução da morbimortalidade; maior qualidade no atendimento; diagnóstico e tratamento precoce de doenças; e redução de procedimentos especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais ^{43,44}.

Assim, as mudanças organizacionais e no sistema de saúde esperadas como resultado da Estratégia PAS, descritas na modelização elaborada, relacionam-se diretamente com a reorganização de práticas

e processos de trabalho voltados à coordenação assistencial entre níveis de atenção. Uma adequada coordenação do cuidado implica na definição de funções e atribuições, bem como na formação de vínculos entre os níveis de atenção ¹⁶.

Na elaboração de modelagens avaliativas em saúde, os impactos estão relacionados com o efeito final da intervenção na população geral, sendo, em sua maioria, de longo prazo ³⁶. Na modelização final, foram evidenciados como impactos sociais a maior efetividade da RAS, a maior integralidade da atenção à saúde, a redução da morbimortalidade, o reconhecimento social da APS e da AAE, e a qualificação do acesso aos usuários. Por sua natureza mais abrangente, entende-se que esses efeitos não são resultado apenas das ações educacionais, sofrendo permanente influência de fatores externos à Estratégia PAS, tais como ações, serviços, programas e políticas no âmbito do SUS, e, ainda, fatores políticos, sociais, econômicos e demográficos. Tais efeitos encontram-se intimamente relacionados entre si e, também, com o objetivo central das ações educacionais da planificação, que é qualificar a resposta do sistema de saúde à população, por meio do desenvolvimento de competências, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à organização e qualificação dos processos assistenciais ⁷.

Considerações finais

Este estudo permitiu a elaboração participativa de uma modelização das ações educacionais capaz de subsidiar a avaliação da efetividade da Estratégia PAS, o que tem grande relevância, pois conhecer os recursos necessários, as atividades desenvolvidas e os efeitos esperados de uma intervenção em saúde é fundamental para o entendimento de quais fatores, em determinado contexto, podem influenciar no alcance dos seus resultados. Ressalta-se ainda que a construção da modelização por meio da participação de atores envolvidos na implementação da Estratégia PAS possibilitou aos participantes uma reflexão acerca do arcabouço teórico-metodológico que dá suporte às ações educacionais, ou seja, a apreciação da prática confrontada com a teoria.

A modelização construída deve ser revisada periodicamente para que se mantenha alinhada à realidade da Estratégia PAS, inclusive contemplando uma consulta aos profissionais e gestores das unidades de saúde da APS e da AAE. Assim, tanto a equipe do CONASS quanto os gestores e técnicos das secretarias estaduais e municipais de saúde podem utilizá-la como auxiliar no planejamento e na execução das ações educacionais, bem como na tomada de decisão para ajustes futuros.

Avaliar uma intervenção de cunho eminentemente educacional é um desafio, tendo em vista o caráter subjetivo da aprendizagem e a influência direta da realidade local na realização das ações, sendo necessária a flexibilização e a adaptação da estratégia aos diversos contextos. Entretanto o alcance da concordância ao final das três rodadas de consulta demonstrou que a modelização, elaborada com a participação dos atores envolvidos no planejamento e na execução da Estratégia PAS pode ser considerada satisfatória.

Como destaque desse processo de consulta, aponta-se a importância dos macro e microprocessos de trabalho, essenciais à APS (territorialização, estratificação de risco familiar, cuidados paliativos, programação e agendamento, entre outros), descritos na teoria da Construção Social da APS ⁵ e trabalhados em profundidade durante todo o processo de planificação, os quais foram temas da maior parte das sugestões, contemplando os subcomponentes aprendizagem, mudanças organizacionais e mudanças no sistema de saúde. Também a importância da integração entre os diferentes pontos de atenção, tendo a APS forte e organizada como pilar ordenador do sistema, além da necessidade de uma equipe multidisciplinar que faça o matriciamento do usuário, a qualificação do manejo e a programação e avaliação dos processos de trabalho.

A construção participativa da modelização das ações educacionais possibilitou evidenciar os elementos prioritários para a avaliação da efetividade da Estratégia PAS. Deve, portanto, subsidiar a construção dos instrumentos de pesquisa e as análises a serem realizadas nas próximas fases da Pesquisa Efetiva PAS. Por se tratar de uma modelização que evidencia os efeitos esperados de uma intervenção educacional ofertada a profissionais do SUS, entende-se que essa construção pode estimular futuras pesquisas não apenas a respeito da Estratégia PAS, mas também sobre outras estratégias que busquem qualificar a resposta do sistema de saúde por meio do desenvolvimento de competências, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias aos profissionais de saúde.

Colaboradores

S. Guerra, A. C. Albuquerque, P. Marques e I. Oliveira contribuíram no desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. E. Felisberto e I. C. Samico contribuíram com a concepção e o desenho do estudo, e revisão crítica do manuscrito. L. S. Dubeux e G. A. R. Medeiros contribuíram com a revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Sofia Guerra (0000-0002-0431-7203); Ana Coelho de Albuquerque (0000-0001-6305-4127); Pedro Marques (0000-0002-8482-1601); Indira Oliveira (0000-0002-5745-8886); Eronildo Felisberto (0000-0002-2316-2251); Luciana Santos Dubeux (0000-0002-7142-5191); Gabriella de Almeida Raschke Medeiros (0000-0002-7406-3210); Isabella Chagas Samico (0000-0002-8338-7946).

Agradecimentos

Os autores desejam expressar seu agradecimento aos consultores, tutores e facilitadores da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde coordenada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que generosamente compartilharam seu tempo e opiniões com a modelagem proposta, e aos demais pesquisadores da Pesquisa Efetiva PAS: Ana Luiza D'A. Viana, Ana Paula de M. Chancharulo, Liza Y. T. Uchimura, Nelson Ibañez, Suely A. Vidal e Tania C. M. S. B. Rehem, por sua contribuição a este trabalho. Estudo financiado pelo CONASS em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde e o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Referências

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 31 dez.
2. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, Negri FA, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1791-8.
3. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:2753-62.
4. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15:2307-16.
5. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
6. Evangelista MJO, Guimarães AMDAN, Dourado EMR, Vale FLB, Lins MZS, Matos MAB, et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:2115-24.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2018. (CONASS Documenta, 31).
8. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
9. Megier ER, Silva FM, Kleinert H, Gueterres EC, Silva LMC, Weiller TH. Planificação da Atenção à Saúde: perspectiva da literatura brasileira. In: Anais do 6º Congresso Internacional em Saúde. <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/11172/9765> (acessado em 01/Mai/2021).
10. Oliveira Júnior SA, Chaves ECR, Lima SBA, Leite DS, Cardoso KB, Costa ILOF, et al. O olhar dos gestores municipais sobre a planificação da rede temática de atenção à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2021; 13:e5385.
11. Padilha MA. Educação interprofissional em saúde e a prática colaborativa: o caso do Brasil. In: XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. <https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewFile/631/374> (acessado em 07/Fev/2022).
12. Barra RP, Moraes EM, Jardim AA, Oliveira KK, Bonati PCR, Issa AC, et al. A importância da gestão correta da condição crônica na atenção primária à saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. *APS em Revista* 2020; 2:38-3.

13. Costa VFC. O processo de implementação da tutoria da planificação da atenção primária em uma unidade laboratório de um município do interior de Goiás. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago* 2018; 4:208-15.
14. Rolim EC, Rolim CLRC, Souza MNF, Garcia CEA, Nobre Júnior AFN, Silva DLM. Uso de ferramentas de gestão clínica e de segurança do paciente em uma unidade básica de saúde no Distrito-Federal. *Comun Ciênc Saúde* 2018; 29 Suppl 1:79-83.
15. Andrade MV, Noronha K, Cardoso CS, Oliveira CDL, Calazans JA, Souza MN. Challenges and lessons from a primary care intervention in a Brazilian municipality. *Rev Saúde Pública* 2019; 53:45.
16. Guedes BAP, Vale FLB, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:2125-34.
17. Mendes EV, Cataneli RCB, Nicoletti RHA, Kemper ES, Quintino ND, Matos MAB, et al. Integrated care in the Unified Health System of Brazil: the laboratory for innovation in chronic conditions in Santo Antônio do Monte. *Int J Healthc Manag* 2017; 12:116-22.
18. Oliveira CM, Cruz MM, Kanso S, Reis AC, Lima A, Torres RMC, et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20:2999-3010.
19. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p.19-40
20. Knaap PVD. Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges. *Evaluation* 2004; 10:16-34.
21. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. Modelizar intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 61-74.
22. Abbad GS. Um modelo integrado de avaliação do impacto do treinamento no trabalho – IMPACT [Tese de Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 1999.
23. Pilati R. Modelo de efetividade do treinamento no trabalho: aspectos dos treinandos e moderação do tipo de treinamento. Brasília [Tese Doutorado]. Brasília: Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de Brasília; 2004.
24. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da atenção primária à saúde nos estados. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011. (CONASS Documento, 23).
25. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária à saúde: coleção para entender o a gestão do SUS. v. 3. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
26. Oliveira ALI, Gomides EFC, Souto R, Santos TGM. A planificação da atenção à saúde no Estado de Goiás. *Revista Consensus* 2019; (30).
27. Cruz A. Planificação da Atenção à Saúde. *Revista Consensus* 2019; (31).
28. Araújo MCS, Abbad GS, Freitas TR. Evaluation of learning, reaction and impact of corporate training at work. *Psicol (Univ Brasília, Online)* 2019; 35:e35511.
29. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Colet* 1999; 4:393-403.
30. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016.
31. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS, Souza MHN, Medeiros DC. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde Debate* 2017; 41(n. spe):167-79.
32. Andrade FR, Narvai PC, Montagner MA. Conflitos éticos em um inquérito populacional em saúde bucal. *Saúde Debate* 2017; 41:848-59.
33. Araújo RF, Costa JMBS, Cruz MM, França JRM. Avaliabilidade da compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42:566-78.
34. Esher A, Santos EM, Azeredo, TB, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Oliveira MA. Logic models from an evaluability assessment of pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:4833-44.
35. Uchoa AC, Gondim GMM, Barreto MA, Rocha NSPD, Rocha PDM. Utilizando técnicas de consenso: potencialidades e limites na avaliação da informação em saúde. In: Hartz Z, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 253-82.
36. Felisberto E, Brito RL, Barca DAAV, Martins MAF, Oliveira AKNB, Souza NC, et al. Evaluation Modelagem avaliativa para a construção de indicadores de efetividade das ações de vigilância sanitária no Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2018; 18:653-64.
37. Mira VL, Peduzzi M, Melleiro MM, Tronchin DMR, Prado MFF, Santos PT, et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(spe):1574-81.
38. Souza ALA, Feliciano KVO, Mendes MFM. Family Health Strategy professionals' view on the effects of Hansen's disease training. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49:610-8.

39. Ferreira PS, Mendonça FTNF, Souza DJ, Paschoal VDA, Lipp UG, Santos AS. Avaliação do suporte à transferência e do impacto da educação permanente na atenção primária à saúde. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc* 2017; 5:404-14.
40. Araújo MCSQ, Abbad GS, Freitas TR. Avaliação qualitativa de treinamento. *Rev Psicol Organ Trab* 2017; 17:171-9.
41. Guerra S, Albuquerque AC, Felisberto E, Marques P. Cuidado na atenção domiciliar: efeitos de uma intervenção educacional em saúde. *Trab Educ Saúde* 2020; 18:e00292124.
42. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med* 2017; 182:10-9.
43. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2018; 42(n.spe1):52-66.
44. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Albuquerque P, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015; 5:e007037.

Abstract

The Healthcare Planning strategy is a powerful device for reorganization of work processes in healthcare networks and has been implemented by the Brazilian National Council of State Health Secretaries since 2013 in 25 health regions in 11 states, offering a set of educational activities for healthcare workers in the Brazilian Unified National Health System. This study aims to describe the process of participatory and consensual modeling of educational activities to back the assessment of the strategy's effectiveness. Development of the modeling used consultation with 18 key informants, selected intentionally according to their proximity to the educational activities' planning and execution. The key informants analyzed the initially proposed modeling, stating their degree of agreement with the content and providing suggestions and commentary, analyzed by the researchers. Minimum total agreement, predetermined at 75%, was obtained after three rounds of consultation. Important suggestions were provided throughout the rounds, evidencing priority elements for backing assessment of the strategy's effectiveness. Final total agreement in the modeling varied from 76.5% to 100%, according to the component, demonstrating that participatorily modeling can be considered satisfactory. This construction can encourage studies on strategies that seek to improve the health system's effectiveness through development of health workers' competencies, skills, and attitudes.

Program Evaluation; Health Evaluation; Evaluation of the Efficacy-Effetiveness of Intervention; Health Human Resource Training; Public Health Professional Education

Resumen

La estrategia de Planificación de la Atención en Salud constituye un potente dispositivo de reorganización de los procesos de trabajo en las redes de atención en salud y viene siendo implementada por el Consejo Nacional de Secretarías de Salud desde 2013, en 25 regiones de salud, de 11 estados brasileños, ofertando un conjunto de acciones educativas a los profesionales del Sistema Único de Salud. Este estudio tiene como objetivo describir el proceso de construcción participativa y consenso en la modelización de las acciones educativas, para apoyar la evaluación de la efectividad de la estrategia. La construcción de la modelización se realizó mediante la consulta a 18 informantes-claves, seleccionados intencionalmente por su proximidad con la planificación y ejecución de las acciones educativas. Los informantes analizaron individualmente la modelización inicialmente propuesta, declarando su grado de concordancia acerca del contenido, proporcionando sugerencias y comentarios, que fueron analizados por los investigadores. El porcentaje mínimo de concordancia total previamente establecido de 75% se obtuvo tras el final de tres ruedas de consulta. Se realizaron importantes sugerencias a lo largo de las ruedas, evidenciando los elementos prioritarios para apoyar la evaluación de la efectividad de la estrategia. Los porcentajes finales de concordancia total de la modelización variaron entre 76,5% y 100%, de acuerdo con el componente, demostrando que la modelización construida participativamente puede ser considerada satisfactoria. Esa construcción puede estimular investigaciones, respecto a las estrategias que busquen cualificar la respuesta del sistema de salud, mediante el desarrollo de competencias, habilidades y actitudes de sus profesionales.

Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Evaluación en Salud; Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones; Capacitación de Recursos Humanos en Salud; Educación en Salud Pública Profesional

Recebido em 10/Mai/2021
Versão final reapresentada em 10/Ago/2021
Aprovado em 10/Set/2021