



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Margarete Martins de Oliveira

**PROJETO QUALISUS-REDE: DA ANÁLISE ESTRATÉGICA  
À PERCEPÇÃO DOS ATORES SOBRE OS DESAFIOS PARA  
A IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE  
NO BRASIL.**

Brasília  
2019

Margarete Martins de Oliveira

**PROJETO QUALISUS-REDE: DA ANÁLISE ESTRATÉGICA  
À PERCEPÇÃO DOS ATORES SOBRE OS DESAFIOS PARA  
A IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE  
NO BRASIL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, no Departamento de Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências da Saúde, na Universidade de Brasília – UNB, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Planejamento e Gestão em saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Helena Eri Shimizu

Coorientador: Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

**Brasília**

**2019**

Autorizo a publicação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Catálogo na Fonte

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.  
OLIVEIRA, M.M.

Ficha Catalográfica (a ser realizada pela biblioteca)

n. autora: Oliveira, Margarete Martins.

Projeto QualiSUS-Rede: da análise estratégica à percepção dos atores sobre os desafios para a implementação das redes de atenção à saúde no Brasil.

nº. f. : il.

Orientadora: Helena Eri Shimizu  
Coorientador: Everton Silva dos Santos  
Tese (Doutorado) – Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UNB, 2019.

1. QualiSUS-Rede. 2. Avaliação em saúde. 3. Análise Estratégica. 4. Políticas Públicas. 5. Redes de Atenção à Saúde

Margarete Martins de Oliveira

**PROJETO QUALISUS-REDE: DA ANÁLISE ESTRATÉGICA À PERCEPÇÃO DOS  
ATORES SOBRE OS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES DE  
ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, no Departamento de Saúde Coletiva, na Faculdade de Ciências da Saúde, na Universidade de Brasília – UNB, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Planejamento e Gestão

Aprovada em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helena Eri Shimizu (Orientadora)  
Universidade de Brasília (UnB) – Faculdade de Ciências de Saúde  
Presidente da Banca

---

Prof. Dr. Everton Nunes Silva – (Coorientador)  
Universidade de Brasília (UnB) – Faculdade de Ceilândia – DF

---

Prof. Dr. Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)  
(Membro Externo)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gisela Cordeiro Pereira Cardoso  
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio  
Arouca (ENSP)  
(Membro Externo)

---

Prof. Dr. Jorge Otávio Maia Barreto - membro titular  
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Brasília)  
Universidade de Brasília (UnB) - Faculdade de Ciências da Saúde  
(Membro Interno)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Noêmia Urruth Leão Tavares  
Universidade de Brasília (UnB)– Faculdade de Ciências da Saúde  
(Membro Interno)

### **Dedico essa Tese.**

À minha mãe, Vilma, pela constante motivação e afeto, além do exemplo de vida, por meio do qual sempre me senti desafiada a não desistir dos meus propósitos e a procurar, sempre, por novos desafios.

Ao meu marido, Alexandre, companheiro de todas as horas, por todo amor, dedicação e estímulo.

Vocês são seres especiais que iluminaram o meu caminho e me fizeram acreditar que eu podia, por isso eu cheguei até aqui.

## AGRADECIMENTOS

O processo de doutoramento exige anos de amadurecimento acadêmico e muitos momentos de isolamento para produção intelectual, mas é também nesse processo que encontramos apoio e estímulo vindos de muitas pessoas. Ao final, este já não é um produto só meu, já que recebeu muitas contribuições e, para o futuro, espero que possa contribuir com novos estudos e que suscite outras inquietações. Dessa forma, com profunda gratidão, agradeço:

À Universidade de Brasília (UnB), onde realizei meu sonho de estudar numa grande universidade pública, por meio da qual pude cursar a especialização, o mestrado e o doutorado na Faculdade de Ciências da Saúde.

À Professora Helena Eri Shimizu, por ter aceitado o desafio de me conduzir nessa jornada, compartilhando comigo seus conhecimentos e dedicando seu tempo para me orientar. Aprendi muito no PLANUS, sob sua liderança, e levarei comigo essa experiência para sempre.

Ao Professor Everton Silva, por ter me incentivado a voltar para os “bancos da universidade” e por ter se tornado meu Coorientador, me acompanhando *par e passo* até aqui. Sem sua amizade, capacidade técnica e desprendimento, esse trabalho não teria o mesmo valor.

À equipe técnica da Unidade Gestora do Projeto QualiSUS-Rede, do Departamento de Economia da Saúde, Desenvolvimento e Investimento (DESID), do Ministério da Saúde (MS), pela liberação do acesso à documentação que subsidiou esse trabalho.

À Ana Gurgel, gerente da UGP-QualiSUS-Rede, pela constante presença e pelas instigantes discussões e releituras do tema redes de atenção à saúde no SUS. Sua capacidade técnica é diferenciada e especial.

Às pesquisadoras do LASER/ENSP/FIOCRUZ: Marly Cruz, Gisela Cardoso, Egléubia Oliveira (Bia), meus agradecimentos pela parceria, por dividir o conhecimento de vocês comigo sobre implementação de processos e práticas de Monitoramento e Avaliação, assim como pela acolhida; professora Marly, agradeço também pela cordialidade no compartilhamento do banco de entrevistas que subsidiou a elaboração de um dos produtos dessa tese; e, professora Elizabeth Moreira, pesquisadora inspiradora, meu agradecimento muito especial, pela generosidade do acolhimento, por compartilhar comigo sua biblioteca, sua casa e seu tempo nos fins de semana. Vocês terão sempre meu afeto e minha gratidão.

Aos meus colegas do Programa de Evidências, Políticas e Tecnologias em Saúde (PEPTS) Fiocruz-Brasília: Primeiramente à Flavia Elias, por orbitar no meu universo acadêmico e pessoal por tantos anos, cuja força de trabalho e humanismo são inspiradores e inquietantes. Daniella Pereira, pela amizade e pela compreensão sempre que precisei me ausentar para avançar na tese; Erika Tatiane, Erika Camargo, Flávia Salomon, Juliana Girardi e Tianna Yamamoto, obrigado pela torcida. Jaqueline Barbosa, pelo incentivo, pela parceria e por me substituir nas minhas ausências, acumulando funções e atividades. Agradecimento especial à Ana Carolina Esteves e Johnathan Portela, pelo carinho, atenção e por todo o suporte técnico na elaboração de figuras, gráficos e normalização. Vocês são demais.

À Maira Ramos, inicialmente colega no Laboratório de Planejamento (PLANUS) do nosso Departamento de Saúde Coletiva, hoje uma querida amiga, minha gratidão pela presença incondicional, por compartilhar comigo seus talentos tecnológicos e pelo suporte na elaboração de figuras. Foi uma grande oportunidade aprendermos juntas sobre análises textuais com o uso do Iramuteq, além de divertido.

Aos colegas, apoiadores do QualiSUS-Rede, por toda a vivência ao longo do projeto, seja em Brasília ou nos estados. Vocês não sabem o quanto eu aprendi com cada um/uma de vocês: Célia Nicoletti, Eudes Lorena Sobrinho, Fabiana Bianchet, Helena Paula Guerra, Kátia Yumi Uchimura, Kátia Simoni, Laura Vida, Lúcia Vilarinho, Maria de Lourdes Dutra, Solange Setta, Mércia Carvalho, Maria da Paz Monteiro. Vocês são gigantes e vibrantes atores em prol do SUS e da melhoria da saúde das pessoas.

À minha turma de doutorado: Ana Carolina Amorim, Dalila Tusset, Elton Chaves, Gabriela Drumond, Juliana Schardosim, Remédio Mendes, Nilo Bretas, Patrícia Ferras, Rita Passos, Wallace Santos, pelas nossas trocas, motivadoras, lhes sou muito grata. Carla Pintas, especialmente, pelos trabalhos que desenvolvemos juntas e pela parceria que formamos e com a qual seguiremos. Desejo-lhes muito sucesso na jornada que seguirão pós-doutoramento, e que possamos seguir trabalhando pelo SUS que acreditamos.

*“Os gregos contam que Teseu recebeu de presente de Ariadne um fio. Com esse fio, Teseu se orientou no labirinto, encontrou o Minotauro e o matou. Dos rastros que Teseu deixou ao vagar pelo labirinto, o mito não fala”.*

Carlos Ginzburg, em “O Fio e os rastros: verdadeiro, falso, fictício”, P.07. São Paulo, Companhia da Letras, 2007.



## RESUMO

**Introdução:** A Constituição Federal possui como diretriz, em consonância com a Lei Orgânica da Saúde e a estrutura federativa do país, que a organização da assistência à saúde deve se dar por meio de regiões e redes de ações e serviços de saúde, com vistas à produção de sistemas integrados de saúde. O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) buscou qualificar a atenção e a gestão por meio da organização das redes de atenção. **Objetivo:** Avaliar o processo de formulação e de implementação do QualiSUS-Rede em relação à sua pertinência e à percepção dos atores sobre sua implementação em termos de barreiras e facilitadores. **Método:** Trata-se de uma investigação avaliativa, composta por três etapas. A primeira etapa consistiu em uma análise quantitativa, de base documental, sobre a execução operacional e financeira do QualiSUS-Rede. A segunda etapa trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou a análise estratégia para verificar a pertinência da intervenção, considerando-se o problema priorizado, o objetivo e as soluções propostas e as parcerias estabelecidas. Aplicou-se a análise estratégica de forma hibridizada com a teoria de mudança nos três eixos que a compõem: cadeia de efeitos e seus condicionantes, modo de funcionamento e interações entre os atores. A terceira etapa trata-se em um estudo qualitativo, onde foram analisadas 191 entrevistas concedidas por atores responsáveis pela implementação dos 15 subprojetos regionais que compuseram o QualiSUS-Rede. Foi utilizado o software IRaMuTeq para a análise das entrevistas. Adotou-se o método de Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram agrupados em classes e subclasses. **Resultados:** Da primeira etapa identificou-se uma baixa execução financeira do QualiSUS-Rede e uma grande dispersão das atividades planejadas. Da segunda etapa verificou-se que o QualiSUS-Rede obteve pertinência total nas duas primeiras dimensões e parcial na terceira dimensão da análise estratégia. No entanto, a teoria de mudança explicitou que ainda que os elementos essenciais à implementação estivessem presentes, alguns aspectos comprometeram a execução, tais como: i) necessidade de agilização dos tempos institucionais; ii) a fragilidade do modelo institucional de monitoramento e avaliação; e iii) dificuldade das instâncias envolvidas com a gestão de riscos. Da terceira etapa, obteve-se aproveitamento textual de 99,27%. Houve convergência das entrevistas em torno de duas classes discursivas principais e de sete subclasses. Os facilitadores identificados foram: motivação dos atores em implementar o QualiSUS-Rede; gestão participativa; indução da discussão sobre redes temáticas de atenção. As barreiras foram predominantemente relacionadas a aspectos externos ao QualiSUS-Rede como burocracia excessiva, baixa capacidade administrativa instalada, rotatividade de gestores e dificuldade em ultrapassar a barreira das discussões normativas e rotineiras que predominam as pautas nos colegiados de gestão. **Conclusão:** O QualiSUS-Rede contribuiu para o fortalecimento da governança local e com o planejamento regional em favor das redes temáticas. Entretanto, o tempo de execução (cinco anos) se mostrou insuficiente para contornar os desafios burocráticos que se impuseram para a implementação das redes de atenção. Os usos de múltiplas estratégias metodológicas, com base na teoria da intervenção, mostraram-se potentes para explicitar a teoria e o modelo de gestão do QualiSUS-Rede.

**Palavras-Chave:** Política Pública. Atenção à Saúde. Avaliação de Projetos. Metodologias de Avaliação. Banco Mundial.

## ABSTRACT

**Background:** The Federal Constitution states as directive, in accordance with the Organic Health Law and the federal structure of the country, that the organization of health care must take place through regions and networks of actions and health services, for the production of integrated health systems. The Training and Quality Improvement of the Health Care Network Project (QualiSUS-Network) sought to qualify the health care and management through the organization of health care networks.

**Objective:** To analyze the process of formulation and implementation of QualiSUS-network in relation to its suitability and to the actors' perception of its implementation in terms of barriers and facilitators.

**Method:** This is an evaluation research, composed of three steps. The first step consisted of quantitative document analysis of the operational and financial execution of QualiSUS-Network. The second step is a qualitative study, which used the strategy analysis to verify the intervention's pertinence, considering the prioritized problem, the objective, the proposed solutions and the established partnerships. The strategic analysis was applied hybridized with the theory of change in the three axes that comprise it: chain of effects and its conditioning factors, mode of operation and interactions among the actors. The third step is a qualitative study, which analyzed 191 interviews with the actors responsible for the implementation of 15 regional subprojects that composed QualiSUS-Network. The IRaMuTeq software was used to analyze the interviews. The descending hierarchical classification method was adopted. The results were grouped into classes and subclasses.

**Results:** From the first step, it was identified a low financial execution of QualiSUS-Network and a great dispersion of the planned activities. From the second step, QualiSUS-Network was found to be pertinent in the first two dimensions and partial in the third dimension of the strategy analysis. However, the theory of change highlighted that, although the essential elements to the implementation were present, some aspects compromised the execution, such as: i) the necessity of streamlining institutional times; ii) the fragility of the institutional model of monitoring and evaluation; and iii) difficulty of the instances involved with risk management. From the third step, a textual achievement of 99.27% was obtained. There was a convergence of the interviews around two main discursive classes and seven subclasses. The facilitators identified were: motivation of the actors to implement the QualiSUS-Network; participative management; the induction of discussion on thematic networks of attention. The barriers were predominantly related to external aspects to the QualiSUS-Network as excessive bureaucracy, low installed administrative capacity, managerial turnover and difficulty in overcoming the barrier of normative and routine discussions that predominate the agenda in the management collegiates.

**Conclusion:** The QualiSUS-Network contributed to the strengthening of local governance and regional planning in favor of thematic networks. However, the execution time (5 years) was insufficient to overcome the bureaucratic challenges imposed for the implementation of the health care networks. The use of multiple methodological strategies, based on the intervention theory, proved to be powerful to explicit the theory and management model of the QualiSUS-Network.

**Keywords:** Public Policy. Health Care. Evaluation of Projects. Evaluation Methodology. World Bank.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Região e redes no contexto do SUS: percurso histórico e normativo na política de saúde no Brasil. ....	45
---	----

### LISTA DE FIGURAS ARTIGO 1

Figura 1 - Modelo da Teoria da Mudança da gestão do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede (Brasil, 2006-2016). ....	81
Figura 2 - Linha do Tempo do Processo de Formulação e Implementação do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede (Brasil,2006-2016) .....	85
Figura 3 – Roda de Análise Estratégica da implementação do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede, 2019 .....	88

### LISTA DE FIGURAS ARTIGO 2

Figure 1 - Dendrogram representing the classes and subclasses resulting from IRaMuTeQ analysis with descendent hierarchical classification (CHD), indicating classification percentages .....	104
---	-----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Modalidades de licitação utilizadas nos subprojetos regionais - Componente 1 .....	66
Gráfico 2 - Licitações por tipo de revisão .....	66
Gráfico 3 - Distribuição da alocação de recursos por objeto de aquisição .....	69

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Síntese da distribuição e aplicação dos recursos financeiros, em dólar, por componente constituinte do Projeto QualiSUS-Rede.....	60
Tabela 2 - Valores financeiros totais previstos e executados e os respectivos percentuais de execução, por componente do QualiSUS-Rede .....	60
Tabela 3 – Aplicação financeira, por subprojeto regional, considerando os recursos previstos e os executados com os respectivos percentuais de execução.	61
Tabela 4 - Execução do Plano de Aquisições do Componente 2 – Intervenções Sistêmicas .....	70

## LISTA DE TABELAS ARTIGO 2

Table 1- Main lexicometric characteristics of the different texts analyzed .....	103
Table 2 - Most typical words and typical text segments from each subclass related to class1 arising from open comment analyses.....	106
Table 3 - Most typical words and text segments from each subclass in relation to class 2 and arising from open comment analyses .....	109

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Manifestações de não objeção (NO) por parte do BIRD para prosseguimento à execução dos subprojetos regionais.....	63
Quadro 2 - Distribuição das intervenções realizadas por eixo estruturante e por subprojeto .....	68
Quadro 3 - Projetos de Intervenção Sistêmica e ações realizadas .....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AB** - Atenção Básica  
**ABC/SP** - Santo André, São Bernardo e São Caetano/São Paulo  
**AE** - Análise Estratégica  
**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Saúde  
**AM** - Alto Solimões  
**APS** – Atenção Primária à Saúde  
**BIRD** - Banco Internacional Reconstrução e Desenvolvimento  
**BH** - Belo Horizonte  
**CE** - Ceará  
**CF**- Constituição Federal  
**CGI** – Comitê Gestor de Implementação  
**CGR** – Colegiado de Gestão Regional  
**CE** - Ceará  
**CHD** - Classificação Hierárquica Descendente  
**CIB** – Comissão Intergestores Bipartite  
**CIR** – Comissão Intergestores Regional  
**CIT** – Comissão Intergestores Tripartite  
**COAP** – Contrato Organizativo de Ação Pública  
**COFIEX**- Comissão de Financiamentos Externos  
**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
**CONASEMS**– Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
**COSEMS** - Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
**DAB** – Departamento de Atenção Básica  
**DARAS** - Departamento de Articulação das Redes de Atenção à Saúde  
**DESID** - Departamento de Economia, Desenvolvimento e Investimento  
**DF** – Distrito Federal  
**DHC** - Descending hierarchical classification  
**ENSP**– Escola Nacional de Saúde Pública  
**ESF**- Estratégia Saúde da Família  
**e-SUS** – Primary Health Care Information system  
**e-SUS** – Sistema de Informação para a atenção básica  
**FPS** – Formuladores de Política de Saúde  
**FIOCRUZ**- Fundação Oswaldo Cruz  
**GC** - Grupo Condutor  
**GM** - Gabinete do Ministro  
**GO** – Goiás  
**HORUS** - Pharmaceutical care qualification  
**IBRD** - International Bank for Reconstruction and Development  
**IDH** - índice de desenvolvimento humano  
**IDS** – *Integrated Delivery Systems*  
**INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
**IRAMUTEQ** - *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*  
**LASER** – Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais  
**MS** - Mato Grosso do Sul  
**MS** – Ministério da Saúde  
**MPOG** - Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão  
**NHS** – *National Health Service*

**NO** - Não objeção  
**NOAS** – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
**NOB** – Norma Operacional Básica  
**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**PA**- Pará  
**PAD** - Project Appraisal Document  
**PDI** - Plano Diretor de Regionalização e de Investimento  
**PDR** - Plano Diretor de Regionalização e de Investimento  
**PE** – Pernambuco  
**PEBA** – Pernambuco/Bahia - Juazeiro/Petrolina  
**PI** – Piauí  
**PIB** – Produto Interno Bruto  
**PNAB** Política Nacional de Atenção Básica  
**PPA** – Plano Plurianual  
**PPI** – Programação Pactuada e Integrada  
**PR** - Paraná  
**QualiSUS-Rede** - Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde  
**RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial  
**RAS** – Redes de Atenção à Saúde  
**RC - Rede Cegonha**  
**RIDE** – Região inter-regional de desenvolvimento  
**RIDE** - Inter-regional development region  
**RJ** - Rio de Janeiro  
**RM** – Região Metropolitana  
**RS** – Rio Grande do Sul  
**RUE** - Rede de Urgência e Emergência  
**SADT** - Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico  
**SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde  
**SC** – Santa Catarina  
**SE** – Secretaria Executiva  
**SES** – Secretaria Estadual de Saúde  
**SEAIN** - Secretaria de Assuntos Internacionais  
**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde  
**TCG** – Termo de Compromisso de Gestão  
**TCU** – Tribunal de Contas da União  
**TdM** - Teoria da mudança  
**TOPAMA** – Tocantins, Pará e Maranhão -Região Interestadual Bico do Papagaio  
**TOPAMA** – Tocantins, Pará e Maranhão -Interstate Region Bico do Papagaio  
**TS** - Text segment  
**UGP** - Unidade Gestora do Projeto QualiSUS-Rede  
**UGP** - Project Management Unit



## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>PARTE I- CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....</b>	<b>19</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
1.1. Os tipos de avaliação que orientaram a tese .....	29
1.2. Principais concepções de Sistemas Integrados de Saúde no contexto mundial que influenciaram o Subsistema de Atenção à Saúde no Brasil.....	31
1.3. Redes de Atenção à Saúde no contexto da Regionalização no Brasil.....	33
1.4. Concepções de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde no Brasil.....	38
1.5. Caracterização do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde - Projeto QualiSUS-Rede.....	46
1.5.1. Componentes e eixos estruturantes do Projeto QualiSUS-Rede .....	48
<b>2. HIPÓTESE .....</b>	<b>51</b>
<b>3. PERGUNTAS .....</b>	<b>52</b>
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>53</b>
4.1. Objetivo geral .....	53
4.2. Objetivos Específicos.....	53
<b>5. METODOLOGIA .....</b>	<b>54</b>
<b>6. ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>56</b>
<b>PARTE II- RESULTADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>57</b>
<b>7. RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
7.1. Projeto QualiSUS-Rede: resultados operacionais e de execução financeira .....	58
7.2. Artigo 1- Análise estratégica do Projeto QualiSUS-Rede: contribuições para avaliação em Saúde Pública .....	73
7.3. Artigo 2- Implementation of health care networks in Brazil: the case of the QualiSUS-Rede project .....	97
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>122</b>
<b>9. LIMITES DA PESQUISA .....</b>	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICE A – DOCUMENTO COMPROVANTE SUBMISSÃO DE ARTIGO (Artigo 1)</b> .....	<b>147</b>
<b>APÊNDICE B - DOCUMENTO COMPROVANTE SUBMISSÃO DE ARTIGO (Artigo 2)</b> .....	<b>148</b>
<b>APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO DE USO DE BANCO DE DADOS .....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE DOCUMENTOS.....</b>	<b>151</b>

## **APRESENTAÇÃO**

Constituiu o objeto de estudo desta pesquisa avaliativa o processo de formulação e implementação do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), cujo objetivo foi o de contribuir com a qualificação da atenção e da gestão em saúde por meio da organização das redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil.

Cabe esclarecer que por um período de quatro anos, dos 18 que atuei no Ministério da Saúde, participei da equipe de profissionais que implementou o QualiSUS-Rede. Antes do QualiSUS-Rede, tive a oportunidade de participar da implementação de outras políticas nacionais, tais como a da Saúde do Adolescente e a de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, cada uma delas com suas especificidades, se caracterizaram como desafios que contribuíram para o desenvolvimento das capacidades técnicas que hoje possuo no campo da implementação, avaliação e monitoramento de políticas de saúde. Diante desses fatos, este estudo tem a influência do lugar de fala desta pesquisadora, como profissional ativo que fez parte destas histórias.

Para compreender como se deu o processo de formulação e de implementação, elaborou-se esta tese em três momentos. No primeiro, por meio de uma análise quantitativa, de base documental, buscou-se verificar os resultados operacionais e de execução financeira do QualiSUS-Rede, assim como, as atividades planejadas e as executadas, considerando-se os eixos de investimento estabelecidos no manual operacional do QualiSUS-Rede. A análise considerou os dois componentes finalísticos do projeto: componente 1- Subprojetos Regionais e componente 2- Intervenções Sistêmicas. Os relatórios finais de prestação de contas dos estados, os da Unidade Gestora do Projeto (UGP-QualiSUS-Rede) e os relatórios finais dos apoiadores locais foram os documentos principais que subsidiaram essa análise. Os documentos foram concedidos pelo Departamento de Economia, Desenvolvimento e Investimento (DESID) da Secretaria Executiva (SE) do Ministério da Saúde (MS), referente ao período de 2006 a 2016. A exploração desse acervo instruiu as questões postas nesta tese e subsidiaram, além da análise da execução operacional e financeira, o desenvolvimento de dois estudos, apresentados nos artigos 1 e 2, cujo intuito foi o de responder aos objetivos desta tese.

O primeiro artigo, qualitativo, de base documental, intitula-se “*Análise estratégica do Projeto QualiSUS-Rede: contribuições para avaliação em Saúde Pública*”, buscou desvelar a teoria subjacente ao QualiSUS-Rede, a teoria de mudança nele contido e verificar a pertinência do QualiSUS-Rede frente ao problema a ser enfrentado, o objetivo e as estratégias adotadas, assim como, os atores incluídos para intervirem no problema que motivou a implementação, por meio do acordo de empréstimo estabelecido entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial, em 2009. Esse estudo, teve como foco o componente de gestão do QualiSUS-Rede.

O segundo artigo, qualitativo, intitulado “*Implementation of health care networks in Brazil: the case of the QualiSUS-Rede*”, teve por objetivo identificar a percepção dos atores e os desafios enfrentados na implementação do QualiSUS-Rede, assim como as barreiras e os aspectos facilitadores que podem ter concorrido para o sucesso ou não da implementação do QualiSUS-Rede, conseqüentemente, para a conformação ou fortalecimento das redes de atenção. Nesse estudo, além da análise documental, foi utilizado o banco de entrevistas de uma pesquisa desenvolvida pelo Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), realizada no período entre 2012-2015. O banco de entrevistas foi concedido pela professora Marly Cruz, coordenadora da pesquisa. O estudo do LASER teve como objetivo principal medir o grau de implementação do QualiSUS-Rede, referente ao componente 1 do QualiSUS-Rede, implementação de 15 subprojetos regionais, e recebeu financiamento do Ministério da Saúde, por meio da Unidade Gestora do QualiSUS-Rede. Como membro da equipe da UGP, tive a oportunidade de integrar a equipe de pesquisadores do LASER, na condição de avaliadora interna, assim como, pude acompanhar todas as etapas da pesquisa, do planejamento à execução da pesquisa. A pesquisa trouxe elementos que possibilitam a visualização de algumas dificuldades que os gestores acenavam à época, referente a implementação dos subprojetos, entretanto, a coleta de dados se deu num momento em que os subprojetos se encontravam em início de implementação das aquisições e alguns nem haviam iniciado. Esse fato, aumentou minha inquietação e me incentivou a aprofundar o conhecimento sobre os “porquês” das dificuldades de implementação, indo além, explorando os dois componentes finalísticos do projeto (subprojetos regionais e

intervenções sistêmicas), com maior profundidade e com ênfase na gestão do QualiSUS-Rede.

Com isso, tive a oportunidade de fazer uma releitura das entrevistas dos atores entrevistados e aprofundar meu conhecimento sobre o contexto de implementação, além de buscar identificar a percepção desses atores sobre a implementação, tanto do ponto de vista administrativo e político, quanto do ponto de vista técnico, para o que diz respeito à implementação e organização das redes regionalizadas de atenção à saúde, objeto central do QualiSUS-Rede.

Os dois estudos evidenciaram a complexidade em torno do tema. O longo tempo decorrido entre a concepção da estratégia, etapa de formulação, e o início da execução, os muitos entraves burocráticos e administrativos encontrados, algumas vezes condicionados aos contextos políticos e outros por baixa capacidade instalada para dar agilidades ao processo de aquisição. Considerando-se os aspectos técnicos para conformação de redes regionalizadas de atenção, destaca-se que as muitas necessidades existentes na rede, de falta de equipamentos a treinamento dos profissionais, empurraram o projeto para ser mais um investimento na qualificação das estruturas dos serviços, o que se tornou barreira para produção da integralidade da atenção, por meio da conformação das redes de atenção. Ficou evidente que a orientação burocrática a partir do Ministério da Saúde por meio da indução no financiamento das redes não foi suficiente para sua conformação, ainda que tenham atuado em alguns elementos que são estruturantes para as redes. A falta de instrumentos de planejamento regional e as pautas dos colegiados regionais centradas na discussão de portarias e financiamentos enfraqueceu a perspectiva organização de redes regionais, que é dependente da cooperação e solidariedade entre os gestores para que a região seja o *locus* privilegiado para produção do cuidado integral à saúde da população a ela vinculada.

Assim, o percurso na tese sobre este tema foi dividido em duas partes. A primeira apresenta o contexto e a caracterização da pesquisa, e está composta por uma pequena introdução, pelas teorias norteadoras da pesquisa, pelos pressupostos, pelas perguntas avaliativas, pelos objetivos e o método para alcançá-los. A segunda parte apresenta os resultados, as considerações finais e os limites da pesquisa. Dos resultados constam a análise da execução operacional e financeira do QualiSUS-Rede e dois artigos submetidos à publicação em periódicos, o primeiro nacional e o segundo internacional, por meio dos quais se explicitam as lições aprendidas que,

acredita-se, sejam capazes de orientar decisões futuras quanto a implementação de políticas da mesma natureza.

## **PARTE I- CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

## 1. INTRODUÇÃO

O federalismo brasileiro, enquanto forma de organização do Estado contemporâneo, nasce do movimento dialético entre a centralização e a descentralização de poder político. Pode-se afirmar que antes da Nova República, considerando-se os períodos de 1930 a 1945 e de 1964 a 1985, o modelo era centralizado e associava-se a governos de contornos autoritários, enquanto que nos períodos de 1889-1930 e de 1946-1964, de forma geral, viveu-se períodos de descentralização do poder político(1). Historicamente, os sistemas federativos estão correlacionados com a descentralização geopolítica e à desconcentração de poder(2).

Com a Constituição Federal (CF) de 1988 foi instituído o federalismo cooperativo no Brasil, que inovou ingressando os municípios, junto aos estados e à União, na estrutura federativa enquanto unidade detentora de poder local na organização do Estado Brasileiro. (3) Nessa perspectiva, os municípios passam a deter o poder de editarem suas próprias leis orgânicas, lhes assegurando autonomia política, normativa, administrativa e financeira e passam a ser responsáveis pelo provimento de bens e serviços à população(4–6).

Foi também com a CF de 1988, no Artigo 198, que se instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), voltado à garantia do direito à saúde, enquanto política de Estado, tendo como ordenamento jurídico a descentralização enquanto unicidade sistêmica, em harmonia com a Lei Orgânica de 1990(2). Trata-se de uma política social, norteadada pelos princípios fundamentais de universalidade, da integralidade do cuidado à saúde e da equidade, de cobertura universal e gratuita. O SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação em saúde, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar, por meio da garantia de amplo escopo de intervenções e adoção de estratégias diversas(7).

A organização institucional do SUS reproduz a estrutura federativa brasileira, ou seja, se compõe por três esferas autônomas de governo para a gestão das ações e dos serviços de saúde em seus respectivos territórios: federal, estadual, e municipal, conforme determina a Constituição. Ribeiro et al., registram que o modelo de organização admite superposições de papéis entre os entes federados, fazendo-se necessária a adoção de mecanismos de governança tripartites para haver um funcionamento adequado no campo da saúde(2).

Apesar dos avanços sanitários ocorridos nas últimas duas décadas, o Brasil ainda apresenta acentuadas desigualdades sociais e econômicas (8), sendo que parte delas foi atenuada com a criação do Sistema Único de Saúde(9).

Do ponto de vista da implementação, o SUS pode ser analisado considerando-se dois ciclos políticos que nortearam a sua organização, onde prevaleceu a descentralização do nível central para os estados e municípios, com protagonismo dos municípios no primeiro ciclo, período de 1988 a 2000, e o início do processo de regionalização e das redes de atenção à saúde (RAS), no segundo ciclo, referente ao período de 2000 até os dias de hoje. (10) Inicialmente, impulsionado pelas normativas em evidência, pretendia-se impulsionar a regionalização da saúde, e em 2010, entra na normatividade as redes de atenção à saúde. Vários fatores distinguem estes dois períodos históricos, dentre eles os contextos políticos, econômicos e sociais; o modelo de atenção; o perfil de financiamento, o tipo de descentralização, os atores envolvidos, a base de sustentação política, a territorialização e os modelos de gestão e a regulação(11).

A CF possui como diretriz constitucional, em consonância com a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990) e com a estrutura federativa do país, que a organização da assistência à saúde deve se dar por meio das regiões e das redes de ações e serviços de saúde, em território determinado, com vistas à produção de sistemas integrados de saúde(3,12). Portanto, o tema regiões e redes de atenção são, praticamente, indissociáveis, uma vez que a própria perspectiva da regionalização está condicionada ao entendimento de como deve funcionar uma rede de atenção(13).

Ainda que sejam indissociáveis as redes de atenção da regionalização, uma vez que a regionalização da saúde tem como elemento dependente para sua consolidação a organização da assistência por meio das redes de atenção, não necessariamente a região geográfica é coincidente com a região de saúde, ou seja, com o desenho regional do planejamento onde se desenvolvem as ações e serviços de saúde(14).

Os elementos centrais postos para constituição de região e redes de saúde são: o Modelo de Atenção, a Atenção Primária à Saúde (APS), o Cuidado aos Usuários com Doenças Crônicas e a Assistência Hospitalar(15).

As diretrizes de regionalização e redes no Brasil foram influenciadas, predominantemente, pelo modelo inglês, na perspectiva de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção, e pelo modelo americano, na perspectiva de redes de



atenção à saúde, que pressupunha a integração dos sistemas de saúde. Foi a partir dos anos 2000 que as redes passaram a ser reconhecidas como potentes para imprimir uma nova lógica para a gestão e para a organização dos serviços de saúde, atuando como promotora da tão esperada integralidade sistêmica.

No Brasil, pode-se afirmar que o processo de se instituir as redes regionalizadas de atenção nasce com a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS (2001/2002), que guarda proporções de alinhamento com o modelo inglês trazido por Dawson para organização das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, na perspectiva de se obter um sistema integrado de saúde, resolutivo e de acesso universal(16,17).

Por meio do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, um conjunto de reformas importantes para o SUS foram instituídas(18). Nesse contexto, pode-se destacar a promoção de novas estratégias de integração e articulação da política de saúde, por meio da condução das relações entre as esferas de governo e do desafio de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde com base na organização das redes de atenção à saúde(18). O pacto, enquanto ordenador do processo de gestão do SUS, compôs a agenda prioritária dos colegiados de gestão no período de 2006 a 2011.

Outro passo importante rumo ao fortalecimento do processo de regionalização se deu com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria 648 de 2006, como desdobramento das discussões ocorridas entre as esferas de gestão do SUS(18).

Somado a estes dispositivos normativos, criou-se um cenário de avanços no campo político e institucional entre 2008 e 2009, com incremento da discussão sobre regionalização e redes no contexto tripartite. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) promoveram debates sobre a necessidade de se amadurecer os fundamentos conceituais e os aspectos operacionais que concorrerem à implementação das RAS no Brasil(19).

Como o amadurecimento desse debate, publicou-se em 30 de dezembro de 2010 a Portaria GM/MS 4.279, que dispôs sobre a implantação de redes de atenção à saúde no Brasil. A portaria estabelece as diretrizes para organização redes de atenção à saúde, define os seus componentes e aponta para a necessidade do fortalecimento do planejamento regional e dos espaços regionais de governança(15).

Uma lacuna importante da Portaria 4.279 é exatamente a proposta de financiamento. A portaria não altera a forma de financiamento, apenas traz entre as estratégias para a implementação das RAS a necessidade de definir uma estrutura de financiamento alinhada com os seus objetivos. Também não trata o processo de monitoramento e avaliação de forma estruturada.

Pouco tempo depois, publicou-se o Decreto Presidencial número 7.508, de 28 de junho de 2011(20) que colocou as RAS como forma de organização do SUS nas regiões de Saúde.

Na sequência, em 2011 e 2012, à luz do Decreto 7508/2011, foram publicadas as portarias das redes temáticas, cuja intenção foi dar concretude à integração de ações e serviços de saúde por meio da organização das linhas de cuidados(20).

A publicação das portarias ocorreu concomitante ao primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff, momento em que os recursos financeiros estavam escassos e comprometidos com outras ações, e não constava na programação dinheiro novo para implementação de novas estratégias de incremento à organização da atenção por meio das RAS.

Em paralelo, os gestores do MS vinham discutindo, desde 2006, o estabelecimento de um acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), com vistas a implementar um projeto que aportasse recurso financeiro para a implementação das RAS, no caso, o projeto QualiSUS-Rede. Essa discussão se deu concomitantemente à implantação da PNAB e do Pacto pela Saúde.

Nesse contexto, decorrente do acordo de empréstimo assinado entre o governo brasileiro e o BIRD, em dezembro de 2009, foi assinado o acordo de empréstimo do QualiSUS-Rede, com a aporte financeiro importante da ordem de US\$ 235 milhões, sem contrapartida financeira por parte dos estados participantes. O objetivo principal do QualiSUS-Rede foi o de qualificar o cuidado em saúde e a gestão do SUS por meio da implementação e organização das redes regionalizadas de atenção à saúde, num contexto onde a organização dessas redes ainda estava circunscrita a poucas experiências no país(21).

Porém, atender ao objetivo a que se propunha o Projeto QualiSUS-Rede não é uma questão simples.

Deve-se considerar que o SUS se estruturou a partir de um conjunto de serviços advindos de diversas instituições que já prestavam serviços de saúde à população.

Estes serviços foram contratualizados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com o objetivo de dar manutenção ao provimento. Desta forma, a expansão do SUS, nas últimas décadas, não seguiu um sistema de planejamento e de organização. Ou seja, o sistema nasceu fragmentado e assim permanece até os dias de hoje(22–24).

As evidências também sugerem que a organização de redes de atenção à saúde é problemática no contexto do SUS, dentre outros motivos, em função do desenho da federação brasileira e das dificuldades de articulação com que os vários municípios de uma mesma região se defrontam quando procuram promover a integração dos serviços de saúde, em especial da rede de atenção básica com níveis mais altos complexidade(25,26).

Embora as experiências com redes integradas de saúde estejam crescendo no nível internacional, tem havido pouca pesquisa sobre elas e destaca estudos realizados na América do Norte e Europa, que têm foco na análise das estratégias, estruturas e desempenho das redes e nos países de baixa e média rendas, estudos sobre análise e avaliação de redes ou de sistemas com escopo ainda mais limitados (27), cujo foco centram-se em processos de descentralização. Afirmam ainda que, no Brasil, a literatura sobre redes regionalizadas é farta, mas, concentram-se em artigos de opinião, que refletem a evolução da política e suas limitações, ou estudos teóricos sobre implementação de redes regionais, predominantemente relacionados em patologias ou em arranjos políticos regionais, sendo identificados poucos estudos que analisam os fatores que influenciam a implementação das redes de saúde(28).

Independente dos esforços empreendidos e de importantes pesquisas realizadas, alguns estudos indicam que em muitos estados brasileiros os serviços de saúde não estão funcionando em rede(7).

Em consonância com a literatura, motivados por experiências locais de organização de redes de atenção que vinham ocorrendo desde o final da década de 1990, assim como pelo fato de encontrar-se em pauta o tema organização das redes, a gestão do Ministério da Saúde adotou o QualiSUS-Rede como estratégia para se buscar mais recursos financeiros junto ao BIRD para incrementar o investimento na saúde, com vistas à implementação de redes integradas no país, num contexto onde a organização dessas redes ainda estava circunscrita a poucas experiências no país(29).

O BIRD pratica esta modalidade de empréstimos no Brasil desde a criação do SUS, demonstrando seu interesse em participar da política nacional de saúde. No período de 2000 a 2015 o BIRD financiou, parcialmente, 211 projetos no Brasil. Destes, 32 se aplicaram ao setor saúde, sendo nove com o Governo Federal, dentre eles o Projeto QualiSUS-Rede(30).

O BIRD vem deslocando e ampliando, de forma significativa, suas ações para o nível estadual, onde, segundo os autores, os gestores dispõem de mais liberdade para a execução. Sugerem os autores que estudos específicos sobre acordos de empréstimo sejam realizados, porém, que levem em conta dimensões que transcendam a análise de eficiência alocativa, modalidade em geral privilegiados pelo Banco(30).

O embrutecimento das dívidas públicas e o contingenciamento de investimentos em programas sociais, especialmente a partir da aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (a PEC do teto dos gastos), aprovada em 2016, que determinou limites para os gastos no setor saúde, pode levar os governos, nacional e subnacionais, a recorrerem a outros acordos de empréstimo. Os gastos com saúde pública no Brasil foram equivalentes a 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB) do País no ano de 2015, de acordo com o relatório Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil, que apresentou dados analisados pelo Banco Mundial.

Diante do exposto, este estudo avaliativo, de caráter exploratório e descritivo, por meio de técnicas quantitativas e qualitativas, pretende compreender as características que foram peculiares ao contexto de formulação e de implementação do QualiSUS-Rede, tanto no que se refere ao modelo de gestão adotado, quanto às dificuldades do contexto que concorreram para a efetividade ou não dos resultados esperados.

A abordagem qualitativa objetiva a construir descrições ricas de fenômenos complexos que são inexplorados na literatura, baseados na análise de casos particulares(31).

Considera-se como inovadora e oportuna a realização da avaliação do Projeto QualiSUS-Rede.

É inovadora porque se trata de fenômeno complexo que não foi explorado na literatura. Ademais, não se conhece se os mecanismos de gestão adotados foram pertinentes para produzirem os efeitos esperados. Configura-se como oportunidade para se identificar alguns dos elementos que podem estar dificultando a

implementação das redes regionalizadas e fornecer subsídios para tomadas de decisão futuras.

É oportuna porque a conformação de redes de atenção à saúde, a qualificação do cuidado e o alcance da integralidade sistêmica no SUS continuam sendo um dos grandes desafios enfrentados cotidianamente pelos gestores e demais trabalhadores do SUS, o que certamente continuará fazendo com que os gestores busquem meios e estratégias para superar ou dirimir este problema.

Discute-se nesta tese a existência de barreiras burocráticas/administrativas, políticas e de coordenação federativa que dificultam a implementação de políticas públicas, que por consequência, podem comprometer a consecução dos objetivos almejados. Com o propósito de investigar a hipótese ora posta, a tese avalia o processo de formulação e de implementação do QualiSUS-Rede e busca identificar, com foco no componente de gestão, os elementos que concorreram para o alcance ou não do objetivo proposto pela intervenção. A análise de implementação, nesse caso, objetiva delimitar os fatores que facilitam ou comprometem a intervenção(32).

O referencial teórico que orientou esta tese toma lugar na análise de políticas públicas(33) tendo como pressuposto que as instituições e as decisões políticas influenciam no desenvolvimento dos programas e ações dos governos. A argumentação será sustentada considerando-se os fundamentos conceituais associados aos dados coletados, conforme descritos no capítulo de resultados apresentados nesta tese.

Na sequência, sem pretensão de esgotar o campo temático ora em discussão, apresenta-se, de forma breve, os tipos de avaliação que orientaram a tese, assim como as principais concepções de Sistemas Integrados de Saúde no contexto mundial que influenciaram o Subsistema de Atenção à Saúde no Brasil. Para além, no intuito de contextualizar a trajetória imbricada dos processos de descentralização, regionalização e implementação das redes de atenção à saúde no Brasil, descreve-se o percurso histórico desses processos, por meio do ordenamento jurídico normativo que os orientou, tendo como marco histórico a Constituição Federal de 1988. De forma ilustrativa, a Figura 1 denominada '*Região e redes no contexto do SUS: percurso histórico normativo na política de saúde no Brasil*' (Figura 1), sintetiza, por meio de uma linha do tempo, o processo de descentralização e a aproximação e deslocamento entre regionalização e redes no decorrer do tempo e destaca os

principais instrumentos de planejamento relacionados a cada uma das três estratégias citadas. As linhas coloridas da Figura têm a função de destacar os períodos históricos em que as respectivas estratégias estiveram concentradas.

Encerra-se a revisão teórica apresentando-se o caso estudado, o QualiSUS-Rede, destacando-se as normativas, as estratégias e as diretrizes que nortearam a implementação.

### 1.1. Os tipos de avaliação que orientaram a tese

A avaliação em saúde, nos tempos atuais, é resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução de meios com vistas a produção de conhecimento sobre as intervenções, que por mais de dois séculos veem concebendo abordagens, métodos e técnicas para avaliarem diversas intervenções e programas sociais. Esse processo vem produzindo importantes avanços teóricos no campo, assim como trazem novos métodos avaliativos que possibilitam a realização de avaliações mais finas e completas(34).

Ainda que a avaliação esteja intimamente ligada aos programas, políticas e práticas, seu uso ainda tem sido pouco explorado para orientar a tomada de decisão sobre estas intervenções(35,36). Espera-se que os estudos avaliativos possam trazer credibilidade para os julgamentos produzidos e que estes tenham potência para influenciar os processos tomada de decisão no âmbito da gestão em saúde, e que contribuam para melhorar o desempenho das intervenções.

A concepção de avaliação adotada neste estudo foi a proposta por Champagne(37):

“Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações”(37).

A avaliação toma como central a relação entre a intervenção e seu contexto e, geralmente visa a ajudar na tomada de decisão(32,38,39).

Adota-se o conceito de intervenção proposto por Contandriopoulos: “uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.” (40).

Champagne(37) afirma haver vários tipos de avaliações. Segundo ele, Patton, em estudo realizado em 1986, havia listado 132 tipos. Afirma o autor que o campo da avaliação é marcado por falta de uniformidade terminológica e definições diversificadas que marcam a evolução das diferentes concepções existentes no campo.

Contandriopoulos classificou os tipos de avaliações em dois grandes grupos: avaliação normativa, resultante da aplicação de critérios e de normas e a pesquisa avaliativa, a partir de um procedimento científico(40).

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas da mesma natureza. A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento de uma intervenção usando métodos cientificamente válidos. A pesquisa avaliativa permite analisar e compreender a relação de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção, e busca identificar o como e o porquê dos resultados(37).

Champagne decompõem a pesquisa avaliativa em seis tipos de análises que usam de métodos de pesquisa diferentes: análise estratégica, analisa a pertinência da intervenção; análise lógica, a coerência e os fundamentos teóricos; análise de produção, a produtividade e o que determina a qualidade do processo; análise de efeitos, ver a eficácia; análise de eficiência, atesta a eficiência global; e, análise de implantação, os efeitos; o rendimento; e as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa para produção dos efeitos pretendidos(37).

Diante disso, entre os tipos de pesquisa avaliativa, segundo a classificação adotada pelos autores, nesta tese optou-se pela aplicação de dois tipos de análise: a análise estratégica e a análise de implantação.

A análise estratégica vem ocupando lugar de importância no campo da avaliação. Tem por objetivo determinar a pertinência da intervenção, verificando a vinculação entre objetivos e os problemas identificados, assim como das estratégias escolhidas e dos atores envolvidos.

A análise estratégica exige que se retome à fase de planejamento da intervenção, para a partir dela identificar-se como se construiu a intervenção, do ponto de vista das decisões tomadas. Esse exercício possibilita olhar para as estratégias adotadas e verificar se foram as mais adequadas, ou ainda, compará-las com outras possibilidades(37).



A análise da implementação tem em foco a relação entre a intervenção, os componentes, o contexto organizacional onde se insere e a produção dos efeitos esperados e não esperados. Trata-se de estratégia metodológica adequada e indispensável quando se pretende explicar 'o por que' e o 'como' da efetividade dessas ações e se constituem no eixo dos estudos de caso(38).

Champagne et al. afirmam que é pertinente realizar uma análise de implantação em duas situações: i) Quando os efeitos da introdução de uma intervenção são sensíveis às variações contextuais; ii) Quando se quer identificar melhor a dinâmica de implantação e os fatores explicativos críticos. É esperado que o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção sejam explicitados, cuja intenção é minimizar os riscos de se cometer um erro na avaliação dos efeitos da intervenção(41).

Ao final, o que se pretende é que a avaliação seja útil e que tenha potencial para informar e qualificar a prática dos envolvidos na intervenção, tanto na implementação quanto nos processos avaliativos. Especialmente se considerarmos que: a sistematização e a análise de dados, fruto de estudos avaliativos, podem orientar futuras decisões e contribuir para o aprimoramento da gestão pública (32,38).

## **1.2.Principais concepções de Sistemas Integrados de Saúde no contexto mundial que influenciaram o Subsistema de Atenção à Saúde no Brasil**

A fragmentação dos sistemas de saúde é considerada um dos principais obstáculos para sua organização e para a obtenção de resultados, em todo o mundo. Para superar esse problema, agências internacionais, agências nacionais e governos têm como objetivo integrar o cuidado em saúde(42,43). A fragmentação se explica em face da fragilidade do processo de articulação entre instâncias gestoras do sistema, entre os serviços e níveis de gestão e as diversas práticas clínicas aplicadas por profissionais diversos(44,45).

A inovação sugerida por organismos internacionais, Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-americana da Saúde (OMS e OPAS) para organizar os sistemas de saúde está no desenvolvimento de redes integradas de atenção à saúde é reconhecida como uma estratégia potente para promover a articulação entre os

componentes do sistema e para alcançar melhores resultados em termos de desempenho sanitário e econômico(46–48).

A definição do que seria uma rede regionalizada de atenção à saúde não é nova, tendo como primeiro registro de partida o relatório Dawson, publicado em 1920, fruto da reflexão sobre a revisão no sistema de proteção social inglês, cujo objetivo foi organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população residente em determinada região do país(49,50).

O relatório Dawson apresenta pontos essenciais como a integralidade da atenção, territorialização, integração da medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na atenção primária à saúde, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais. Objetivando ao acesso e ao cuidado integral, baseava a regionalização em territórios de grande porte populacional, subdividido em distritos, regiões e ou sub-regiões, autossuficientes em recursos e que atendesse todos os níveis de atenção(49). O relatório é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de atenção primária à saúde, organizada de forma regionalizada e com serviços de saúde hierarquizados, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida(51).

O documento influenciou a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, o *National Health Service* (NHS), que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. Era baseado na relação intrínseca entre os princípios da universalidade, equidade e integralidade e a estratégia de regionalização e hierarquização. Esse sistema era centrado na figura do *General Practitioner* (GP), médicos generalistas, de atenção primária, que recebiam por capitação. Parte do orçamento da região era transferido aos generalistas de acordo com o número de pacientes sob sua responsabilidade. Os GP proviam serviços ambulatoriais e agiam como porta de entrada (*gate keepers*) para a assistência hospitalar não-emergencial. Os hospitais públicos eram detentores da maioria dos leitos e nesse contexto, não havia competição entre os hospitais e a atenção hospitalar era garantida para todos os GP(49).

Esse modelo de organização em redes baseado nos conceitos do relatório Dawson, com as devidas adaptações, foi seguido por países que construíram sistemas nacionais de saúde, tal qual o Brasil, os nórdicos e Canadá, tomando como base principalmente os princípios da universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização(52).

Outro modelo que influenciou a concepção de redes de atenção à saúde tem origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, implantado na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos, e foi referência para a organização de outros sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá, e posteriormente para alguns países em desenvolvimento como o Brasil.

Nos Estados Unidos, os primeiros ensaios de sistemas integrados de provisão basearam-se no trabalho elaborado por(53), que define *Integrated Delivery Systems* como uma rede de organizações que oferecem um contínuo de serviços de saúde coordenados, composto por uma população definida previamente, cujo objetivo é superar a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde. O proposto por Shortell avançou a partir de algumas experiências bem sucedidas advindas de iniciativas de alguns hospitais comunitários que possuíam características que configuravam-se como atenção focada no contínuo dos cuidados, com vistas à promoção e à manutenção da saúde das pessoas, com população definida para gestão rede de serviços(54).

Santos relata que na América Latina as Redes de Atenção à Saúde são processos em construção e encontram-se em estado incipiente. O autor cita as experiências do Chile, constituídas por meio de política governamental, no Peru, na Bolívia, na Colômbia, na República Dominicana(55).

### **1.3. Redes de Atenção à Saúde no contexto da Regionalização no Brasil**

A regionalização, enquanto uma das diretrizes do SUS, nasce da necessidade de integrar seus componentes com vistas a efetivar o direito constitucional à saúde da população brasileira (numa forma descentralizada dos serviços para os municípios) e preconiza que os serviços de saúde estejam conformados em redes de serviços de saúde regionalizados e integrados. Regionalizar a saúde é, portanto, entendida como estratégia adequada e necessária quando se pretende organizar sistemas de saúde universais em países cuja organização do estado é federada e que tem como princípio a descentralização para a sua implementação(52,56,57).

A despeito do que ocorreu com outros países que têm experiência em implantar sistemas de saúde universais, no âmbito da política nacional de saúde, o processo de

descentralização, regionalização e organização das redes de atenção à saúde não estiveram conjuntamente vinculadas à implantação do SUS desde o início(13,58–60).

Albuquerque e Viana(13) registraram que a indução da regionalização e da conformação de redes tem início nos anos 2000, separando esse processo em “três períodos distintos: fase I (2001-2005), região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; fase II (2006-2010): região negociadas com redes regionalizadas e integradas; fase III (20011-atual) região negociada e contratualizada com as redes de atenção à saúde (RAS)”. A fases citadas pelas autoras foram ordenadas por normativas distintas, que orientaram as concepções de região e redes no país.

Algumas normativas publicadas pelo Ministério da Saúde orientaram e possibilitaram o avanço do processo de regionalização até que se incluísse as RAS na normatividade do SUS. Inicialmente, as Normas Operacionais Básicas (NOB), principalmente a NOB 93 e NOB 96, por exemplo, ocupam lugar de importância em face do estabelecimento dos critérios de habilitação e intensa transferência de recursos financeiros para os municípios, que levou os municípios a serem responsáveis por quase a totalidade da execução das ações e serviços nos territórios, imprimindo uma forte marca de descentralização, no entanto, ainda não apontava para implementação das regiões/regionalização.

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (16,17) trouxe para o arcabouço normativo institucional a definição de região enquanto espaço territorial de planejamento à saúde região de saúde. A NOAS apresentou as redes como hierarquizadas e regionalizadas, sem definição conceitual de rede, com publicação de portarias que continham diretrizes organizativas para a RAS, dando ênfase à estruturação de redes regionalizadas de atenção. O objetivo centrou-se na busca por se ampliar o acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis da atenção e regular os fluxos assistenciais municipais(61). Os instrumentos de planejamento adotados, com o objetivo de estimular o planejamento regional sob liderança dos estados, foram os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI)(13).

A importância da NOAS no processo de politização do debate sobre a regionalização de saúde no Brasil é inegável. Porém, os municípios que haviam adquirido importante protagonismo com o processo de descentralização,

vislumbraram na estratégia uma possibilidade de se recentralizar a gestão no estado(5).

Com o Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria 399/2006, a regionalização da saúde foi inserida como um dos seus eixos estruturantes(18). Neste Pacto, foi apresentando um quadro de responsabilidades sanitárias a ser distribuídas entre municípios, estados, Distrito Federal e União, na busca pela promoção da gestão compartilhada entre as três esferas de governo, que deveria se dar de forma coordenada e cooperativa. O propósito não foi outro senão o de integrar os diferentes níveis de gestão do sistema, tendo como imagem-objetivo a diminuição das desigualdades regionais, por meio da constituição de redes de serviços de saúde integradas e resolutivas, visando o alcance da integralidade da atenção à saúde e a implementação qualificada do SUS(62).

O Pacto trouxe uma proposta de desenho regional, territorial, em espaço contíguos e não necessariamente coincidente com as divisões administrativas do estado, assim como buscou fortalecer o papel da gestão estadual na coordenação intergovernamental. A região de saúde pode adquirir distintos recortes, intra e interestaduais. Nesse caso, também não está posto um conceito específico para as redes e foram usadas diversas nomenclaturas para nominá-la, no entanto, portarias organizativas foram publicadas(13).

Considera-se que o Pacto recuperou o conteúdo político da regionalização, além de propor a criação dos colegiados de gestão regional de acordo com as regiões de saúde definidas, admitindo-se que a organização do sistema deveria considerar a diversidade de elementos que caracterizam o território(56, 59).

A partir de 2011, a indução assumiu a perspectiva da região negociada e contratualizada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), diferenciando-se nas concepções de região e redes que orientaram as normativas e o desenho das políticas existentes(13).

Nesse contexto, a publicação do Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990 e dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, traz com destaque a questão das redes de atenção à saúde no SUS. O Decreto visa a dar mais transparência a essa estrutura, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados em

Redes de Atenção à Saúde(20). Esse tipo de alcance não é tão simples e requer maior envolvimento dos entes federados, tendo em vista a complexidade dos arranjos técnicos e políticos de conformação deste sistema. Pode-se afirmar que o Decreto estabeleceu uma fase de indução positiva no sentido da implementação das redes regionalizadas de atenção à saúde.

Ainda pelo Decreto, definiu-se região de saúde como um agrupamento de municípios limítrofes, tendo no mapa regional de saúde um instrumento de planejamento regional, cuja centralidade deve se dar por meio do estabelecimento de linha de base sobre a capacidade instalada da rede de serviços e a estrutura existente, além do estabelecimento de fluxos assistenciais, tomando-se como referência as necessidades locais da população. O efeito esperado é de que essa estratégia possa orientar um planejamento regional integrado. Para além, também foi o Decreto que instituiu as Comissões Intergestores Regionais (CIR) enquanto instâncias de articulação e negociação regional(20), uma das estratégias para se efetivar a governança regional.

A CIR é o espaço de governança das redes de atenção, cuja atuação necessita de legitimidade e liderança para a produção de resultados. Para isso, a regionalização deve constar da agenda dos gestores dos três níveis de governo(64).

Ao preconizar a organização de regiões de saúde no Brasil, o Decreto trouxe um instrumento jurídico de gestão voltado para refletir os pactos entre gestores de cada região, o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP). Os objetivos do COAP foram de criar uma visão e uma missão nas organizações; definir objetivos e metas que devem ser alcançados a curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas; desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores e da organização(65). No entanto, registre-se que o COAP foi uma aposta importante para contribuir com planejamento regional, porém não foi incorporado ao planejamento nas regiões de saúde. A adesão ficou circunscrita aos estados do Ceará (CE) e do Mato Grosso do Sul (MS).

A Região de Saúde é a base territorial e populacional, com autossuficiência, compreendida como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e

serviços de saúde. A delimitação dessas regiões, além de concorrer para a sua coesão interna, visa a instrumentalizar a própria ação política na saúde(52).

A região não é criada pelo sistema de saúde. É, na verdade, o reconhecimento pelo sistema de uma determinada região, que tem base, não apenas territorial e populacional, mas também econômica, social e cultural(63, 64). Cada região de Saúde deverá conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde(20).

Ferreira(68) afirma que a regionalização deve ser compreendida como um processo de organização das ações e dos serviços de saúde em uma região, a fim de assegurar a integralidade da atenção, a racionalidade dos gastos efetuados, a otimização dos recursos e a equidade, com vistas à garantia do direito à saúde.

Lima et al.(69) consideram a regionalização da saúde um processo técnico-político, condicionado pela capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde, mas também pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos, em diferentes espaços geográficos.

Albuquerque e Viana(13) afirmam que a regionalização do SUS é um processo que possui múltipla determinação, onde os elementos políticos, institucionais e econômicos incidem sobre sua concretização. De modo que o processo de regionalização do SUS está incompleto e permanece como um desafio para o sistema de saúde.

Com todo o amadurecimento existente em torno do debate sobre regionalização da saúde no Brasil, o avanço da regionalização vem se dando de forma bastante desigual, por depender de múltiplos fatores, dentre eles: de como se dá a condução do processo de regionalização por parte das Secretarias Estaduais de Saúde, especialmente em relação ao fortalecimento, ou não, das instâncias regionais de discussão; da existência de uma cultura de negociação intergovernamental; da experiência acumulada em planejamento governamental; e, da existência de lógicas territoriais de integração de serviços que extrapolam as redes urbanas(70).

Além dos fatores citados acima, somam-se ao complexo processo de implantação da regionalização em diferentes espaços geográficos, a existência de múltiplos agentes (governamentais e não governamentais; públicos e privados) envolvidos na gestão e prestação da atenção à saúde; a necessidade de

desenvolvimento de mecanismos e instrumentos de planejamento, administração, coordenação, regulação e financiamento de redes de ações e serviços de saúde(68, 69) e, a necessidade de se integrar os diversos setores da atenção à saúde e de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e redução das desigualdades regionais(73).

A regionalização, mais do que um processo de organização das ações e dos serviços de saúde no território, visando assegurar a integralidade da atenção, é uma construção política que deve favorecer o diálogo entre os atores locais e os gestores federados para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde dos territórios específicos(74). A discussão sobre a regionalização continua em pauta, em busca de qualificação e consolidação dessa importante diretriz do SUS.

Recentemente, por meio de acordo tripartite, novas normativas foram publicadas, tais como as Resoluções da Comissão Intergestores Triparite, CIT nº 23/2017 e CIT nº 37/2018 (75,76). A Resolução CIT nº 23/2017 trouxe as diretrizes para a retomada do processo de regionalização e reafirmou a organização do SUS em base territorial ao destacar o espaço regional como o *locus* privilegiado para a organização da RAS (76). A Resolução nº 37/2018 afirma a indissociabilidade entre os processos de definição das regiões de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde. O destaque da Resolução CIT nº 37/2018 é a orientação ao processo de revisão da conformação das atuais 438 regiões de saúde e traz o conceito da macrorregião de saúde como o espaço regional ampliado, configurado a partir das regiões de saúde existentes com uma definição de parâmetro populacional, condicionando a constituição de uma macrorregião de saúde a uma população mínima de 500 mil habitantes.

#### **1.4. Concepções de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde no Brasil**

No Brasil, o tema Rede de Atenção à Saúde foi base de discussão para a reforma do nosso sistema de saúde, que tomou como referência as experiências dos países que constituíram sistemas universais, amparado pela literatura internacional, e que orientou por muito tempo o planejamento em saúde no país(41, 47).

As redes de atenção à saúde têm seu marco legal estabelecido no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, onde dispõe que as ações e os serviços públicos de



saúde integram uma rede regionalizada e se constituem como um único sistema. Portanto, o próprio conceito de rede foi determinado na própria Constituição(77).

É possível afirmar que, na década de 90, a instituição de redes deixou de ser central, uma vez que a discussão da descentralização se estabeleceu como prioridade. Porém, com a publicação e pactuação das Normas Operacionais Básicas (NOAS), no ano 2000, e especialmente com o Pacto pela Saúde, em 2006, a discussão retoma papel central(52).

Entre os anos de 2000 e 2006, propriamente em 2004, o CONASS também exerceu protagonismo na discussão sobre redes de atenção à saúde no Brasil, quando trouxe para a pauta a discussão sobre as RAS adaptando-a do referencial teórico e da experiência internacional para a realidade brasileira, observando-se as dimensões continentais do país, onde, por sua singularidade, ainda predomina grande desigualdade regional(19).

Em consonância com os acordos tripartite em curso, publicou-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006), concebida na perspectiva da construção de um novo modelo de atenção, através do qual a atenção básica passaria a ser a porta de entrada preferencial para exercer a coordenação do cuidado à saúde dos usuários nos territórios adscritos. Esse aspecto é considerado fundamental ao processo de organização de RAS, bem como para a construção de sistemas integrados de atenção à saúde(78).

As referências internacionais de organização de sistemas integrados de saúde, como o sistema nacional de saúde britânico, o *National Health Service* (NHS), e os documentos elaborados por órgãos de cooperação técnica, como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), atribuem destaque aos sistemas de saúde organizados em RAS coordenadas pela atenção básica. A atenção básica como eixo orientativo e coordenador das RAS está associada a melhores resultados sistêmicos, em termos de eficiência, e melhores resultados sanitários.

A opção brasileira para a organização do SUS, pactuada na CIT em 2010, culminou com a elaboração da Portaria GM/MS 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS e conceituou redes como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”* (15), conceito adotado nesta tese. Essa Portaria, atualmente, orienta a estruturação das

redes regionalizadas no âmbito do SUS e está alinhada com a concepção de sistema integrado de saúde, que tem a atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema, e a conformação de RAS, caracterizada pela formação de relações horizontais entre os demais pontos de atenção, tendo a atenção primária no centro de comunicação, como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS. Identifica-se alinhamento conceitual entre as normativas federais que regulamentam o tema. A Portaria nº 4279 foi influenciada pela PNAB publicada em 2006 e mantém o alinhamento com as revisões da PNAB em 2011 e 2017.

A PNAB revisada em 2011 enfatizou a organização da atenção básica no Brasil a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) e contribuiu muito para ampliar a cobertura e a qualidade da atenção. A segunda atualização da PNAB em 2017, por meio da Portaria 2436, destaca um aspecto importante que é o reconhecimento das diferentes formas de organização da atenção básica, inclusive com a sinalização de financiamento federal específico para esse fim. No entanto, a normativa ainda não foi implementada no seu sentido efetivo, ou seja, na transferência de recursos financeiros. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos atenção básica (AB) e atenção primária à saúde (APS) como termos equivalentes e à eles associa os princípios e as diretrizes definidas na Portaria (79). Em comum, as três normativas que se seguiram na atualização da PNAB destacam a função da atenção básica na coordenação do cuidado e ordenamento das RAS, mantendo a sua configuração como centro de comunicação das RAS prevista na Portaria 4279.

No período de junho de 2011 a fevereiro de 2013, considerando o marco da Portaria 4.279, cinco redes temáticas foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sendo elas: a Rede Cegonha (RC), a Rede de Urgência e Emergência (RUE), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência (Viver Sem Limites) e a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas(77).

Com isso, a gestão do Ministério da Saúde orientou seus esforços para a implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e no fortalecimento da atenção básica, numa aposta de que esse modelo produziria avanços na organização do sistema, na perspectiva de produção de resultados e benefícios à população(20).

Foram estabelecidas fases para a implementação das redes temáticas, considerando-se as especificidades que lhes são inerentes e negociações nos colegiados de gestão: diagnóstico (análise situacional) e adesão (política e técnica,

após conformação de um Grupo Condutor de cada rede); desenho da rede, com pactuação dos fluxos e dos pontos de atenção e seus respectivos perfis; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes e certificação da rede(77).

A implantação das Redes Temáticas caracteriza-se como importante iniciativa para se implantar as redes no SUS, pois podem oportunizar a aprendizagem no processo e produzir conhecimento tácito, que podem subsidiar os ajustes necessários à expansão e qualificação das redes. A consolidação, a estruturação e o fortalecimento da atenção básica em saúde, de igual forma, são importantes estratégias para a implantação das Redes Temáticas e para a própria consolidação do SUS. Organismos internacionais enfatizam que a atenção básica deve ser reconhecida como o centro de comunicação das redes temáticas e reguladora do acesso e do uso dos serviços de saúde necessários à produção da integralidade do cuidado(38, 77).

Segundo Hoffmann(81), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços em uma Região de Saúde. O autor considera que organização de redes regionalizadas de atenção são estratégias potentes para consolidação do processo de regionalização da saúde, preconizada nos marcos normativos e teóricos acima citados, tendo em vista seu papel de dispositivo potencializador dos mecanismos de integração da produção de saúde em âmbito regional, podendo, através da execução das atividades nele previstas, contribuir para organização das redes, agregando-as qualidade e resolutividade.

Hoffmann(81) afirma que as definições de RAS descritas na literatura não apresentam diferenças substanciais. Elas têm em comum alguns componentes que são indispensáveis para a constituição de uma RAS: um espaço territorial e uma população definida, com suas necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; serviços ou pontos de atenção e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas, com distintas características nos territórios, adequadamente articulados e integrados em ótima condição de custo/benefício e oferta/necessidade, devidamente caracterizados quanto às suas funções e objetivos.

A estrutura operacional de uma rede é formada pelos nós críticos que a compõem e pelas ligações materiais e imateriais que estabelecem a comunicação entre esses diferentes nós. A rede de atenção é composta de cinco elementos principais: (1) atenção básica à saúde; (2) pontos de atenção secundários e terciários,

ambulatoriais e hospitalares; (3) sistemas de apoio; (4) sistemas logísticos; (5) sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes. O quarto corresponde às ligações que comunicam esses diferentes nós. Já o quinto, o sistema de governança da rede, é o componente que governa as relações entre os outros quatro(68, 79).

Essa estrutura deve permitir a oferta de atenção contínua e integral, que deveria ser coordenada pela atenção primária à Saúde (APS) para uma população determinada, com responsabilidades sanitárias e econômicas definidas, somando esforços em comum para melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida da população e os resultados sanitários.

Desse modo, a integração dos sistemas de saúde deve ser entendida então como um ato contínuo, processual, onde podem ser identificados graus de integração, que variam da fragmentação absoluta à integração total. A integração é um meio pelo qual se busca melhorar o desempenho do sistema, na medida em que conduzem para o acesso a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e que atendam as expectativas dos usuários(43).

Fleury e Ouverney(83) consideram que a constituição de redes requer solidariedade entre os entes. Contudo, devem ser preservados os padrões de interdependência que influenciam a rede tanto do ponto de vista da natureza quanto pela distribuição dos recursos existentes, fato que condicionam a uma maior ou menor coesão entre si(84). Os recursos sobre os quais os autores se referem podem ser: de ordem legal (distribuição formal e de competências entre os níveis de gestão do governo); político (estratégias adotadas, interesses definidos e o setor em que esses atores atuam); organizacionais (capacidade instalada, pessoal, equipamentos, espaço físico); e disponibilidade financeira.

Mendes(85) discute que a solução do problema fundamental do SUS consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde brasileira, marcada por uma de tripla carga de doenças, com forte predominância das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde centrado nas urgências. As mudanças mundiais em relação ao padrão do perfil epidemiológico e demográfico da população, bem como o crescimento urbano acelerado e desorganizado e a alteração nos hábitos alimentares e no estilo de vida, têm repercutido no processo de saúde-doença, levando ao incremento das condições crônicas de saúde.

Para Silva(86) a implantação das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde tem potencial para restabelecer a coerência entre a atual situação epidemiológica e demográfica e um modelo de atenção à saúde que atenda de forma mais adequada a população, oferecendo condição para a efetivação da integralidade da atenção e para a redução dos custos dos serviços, que propiciaria uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos.

Registre-se algumas iniciativas pioneiras na busca da integralidade e da regionalização com intuito da conformação de redes regionalizadas de atenção à saúde, como a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (2000), a Secretaria Municipal de saúde de Vitória (2001), a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2002) – com o conhecido programa mãe curitibana –, e em Minas Gerais, no período de 2003 a 2006(55).

Essas redes temáticas se traduzem como linhas de cuidado e se configuram como as redes que nos últimos anos vem contando com maiores aportes de investimentos dos recursos federais, por meio da transferência de recursos estabelecidos por portarias. Essas ações nas diversas regiões podem permitir a aprendizagem em processo e proporcionar conhecimento empírico necessário para os ajustes no processo de expansão e qualificação de outras redes(55).

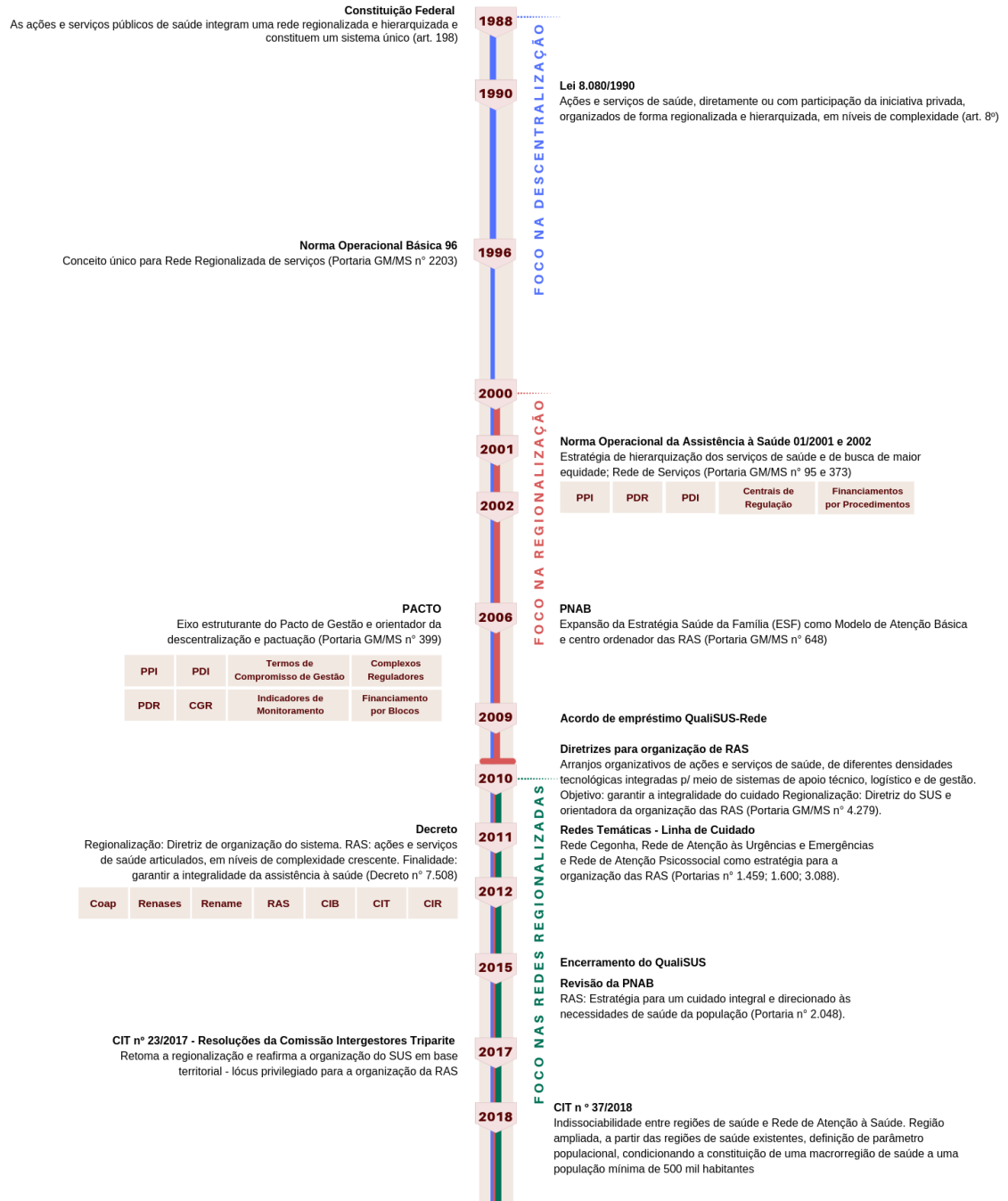
Paim, citando Santos e Andrade(87), conceituam “linhas de cuidado como conjunto de saberes, tecnologias e recursos acionados para enfrentar riscos, agravos, ou condições específicas do ciclo de vida, configurando-o como um modelo de atenção alternativo, na perspectiva da promoção da regionalização da saúde.”

Ainda que pareça bom para a organização de sistemas de atenção iniciar a modelagem da rede centrada nas redes preferenciais, linhas de atenção, Viana et al. (88), chamam a atenção para o fato de que a soma destas redes não necessariamente conformará redes complexas, integradas. O aperfeiçoamento das redes de atenção no SUS implica em adotar modelos eficazes e estratégias diversas para o alcance da integralidade e fortalecimento das redes de saúde com o uso de ferramentas que visem a ampliação da clínica.

Entende-se que a discussão sobre implementação das Redes de atenção em Saúde, de forma integrada e regionalizada, apesar do marco teórico e das iniciativas já implementadas pelo Governo Federal, estados e municípios, ainda é um desafio para o SUS e requer estudos e desenvolvimento de tecnologias que contribuam com a organização de sistemas integrados de atenção à saúde.

Nesse contexto, na busca pelo alcance da integralidade e fortalecimento das redes de saúde, o Ministério da Saúde implantou o projeto QualiSUS-Rede. Um projeto de abrangência nacional, com vistas a promover o desenvolvimento de intervenções sistêmicas estratégicas, centradas em prioridades nacionais e de apoio à implantação de redes de atenção e à qualificação de cuidados em saúde(89).

**Figura 1 - Região e redes no contexto do SUS: percurso histórico e normativo na política de saúde no Brasil.**



Fonte: elaboração própria.

### **1.5. Caracterização do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde - Projeto QualiSUS-Rede**

O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde (Projeto QualiSUS-Rede) surge da intenção dos gestores do Ministério da Saúde, ainda em 2006, de implementar uma política de incentivo que desse suporte à continuidade da qualificação do cuidado e fortalecimento do SUS. Desse debate, iniciou a fase preparatória para elaboração do Projeto com a aprovação da carta consulta que o Ministério da Saúde fez à Secretaria de Assuntos Internacionais (SEAIN), através da Comissão de Financiamentos Externos (COFIEEX), órgão colegiado integrante da estrutura organizacional do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). A manifestação foi apresentada em maio de 2007, por meio da Recomendação nº 927, aprovando o pleito(90).

Em 2008, decorrente da Recomendação, o BIRD, em acordo com o Ministério da Saúde, elaborou o documento de avaliação do Projeto (*Project Appraisal Document – PAD*), por meio do qual foram estabelecidas as condições e as bases referenciais para implantação do Projeto QualiSUS-Rede. Nesse documento destacou-se os avanços significativos obtidos pelo Brasil na última década em termos de desenvolvimento humano e seus reflexos positivos na situação de saúde, mas também os desafios a serem superados pelo setor saúde, especialmente no que se refere à eficiência e a qualidade dos serviços prestados no SUS, e reafirmou a intenção do BIRD em apoiar as reformas de saúde no Brasil.

Para além do objetivo geral do Projeto, a Portaria Nº 577/2010, publicada pelo Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde, institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde - QualiSUS-Rede(91), o Comitê Gestor de Implementação - CGI, a Unidade de Gerenciamento de Projeto (UGP) e define o arranjo de gestão para a execução da Fase 1 do Projeto. O mesmo documento estabeleceu objetivos específicos que o Projeto deveria buscar alcançar, conforme disposto na sequência:

I - Organizar, no âmbito do SUS, as redes de atenção à saúde, considerando o protagonismo da atenção primária no seu ordenamento;



- II - Priorizar os investimentos na atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), na atenção de urgência e emergência e no aprimoramento dos sistemas logísticos de suporte à rede;
- III - Aumentar a eficiência alocativa e produtiva do SUS;
- IV – Instituir o aprimoramento dos mecanismos de gestão das redes de atenção à saúde;
- V - Fortalecer a regionalização, a contratualização, a regulação do acesso, a responsabilização dos gestores e a participação social;
- VI - Qualificar o cuidado em saúde, incentivar a definição e implantação de protocolos clínicos, linhas de cuidado e processos de capacitação profissional;
- VII - Melhorar a efetividade e a resolubilidade da prestação dos serviços de saúde para as populações cobertas pelo projeto;
- VIII - Produzir, sistematizar e difundir os conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da atenção e da gestão em saúde, o desenvolvimento de metodologias e processos de avaliação e gestão da qualidade e à gestão da inovação tecnológica em saúde(91).

A mesma Portaria dispôs sobre a estrutura operacional de gestão e administrativa do Projeto, composta pelo Comitê Gestor de Implementação do Projeto QualiSUS- Rede (CGI) e pela Unidade Gestora do Projetos (UGP).

Coube ao CGI a definição das diretrizes técnicas e operacionais para execução das atividades relativas à Fase 1 do Projeto QualiSUS-Rede, assim como analisar e deliberar sobre os relatórios técnicos de acompanhamento produzidos pela UGP. O Comitê foi presidido pelo Ministro de Estado da Saúde, composto por representantes das diversas secretarias do MS, assim como tinham assento representantes da FIOCRUZ, Agência Nacional de Saúde (ANS), Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), CONASS e CONASEMS.

As competências da UGP foram definidas na Portaria Nº 396(89), publicada em 9 de março de 2011. De modo geral, coube à UGP programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas do QualiSUS-Rede, por meio de gestores do Ministério da Saúde e técnicos e especialistas contratados via seleção pública para exercer tais atividades.

Para além destes atores, participaram da operacionalização do Componente 1 do Projeto os gestores estaduais e municipais de saúde, que instituíram comitês gestores locais para execução dos subprojetos regionais, coordenados pelas

Secretarias de Estado da Saúde. Outro ator presente na operacionalização do Projeto foram os representantes do BIRD, que tinham função de monitorar a execução, aprovar os planos de aquisição e pactuar com a UGP os ajustes necessários para implementação do Projeto. Constitui-se, portanto, o Projeto QualiSUS-Rede numa proposta de projeto que foi implementada de forma tripartite.

As normas e diretrizes específicas para a execução de cada componente foram estabelecidas por meio do Manual Operacional do Projeto(21). Destina-se o Manual às equipes gestoras e administrativas do Projeto QualiSUS-Rede, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, a ser aplicado como instrumento de divulgação e de consulta para orientar os gestores na implementação.

#### **1.5.1. Componentes e eixos estruturantes do Projeto QualiSUS-Rede**

O Projeto QualiSUS-Rede estruturou-se em três Componentes que se articulam entre si, sendo os dois primeiros finalísticos: Componentes 1 – Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde; e Componente 2 – Intervenções Sistêmicas Estratégicas, onde se agrupam as ações a serem desenvolvidas visando contribuir com a organização de redes de atenção à saúde baseadas na atenção primária à saúde (APS), e com a instituição de processos de gestão mais seguros e eficazes no âmbito do SUS. O terceiro Componente, Gestão do Projeto, é o componente que operacionaliza e viabiliza a execução das ações e atividades pactuadas no colegiado gestor do projeto(89).

O Componente 1 contemplou o desenho de intervenções específicas em quinze regiões selecionadas e financiou 15 Subprojetos Regionais, propostos pelos gestores estaduais de saúde em articulação com os gestores municipais de saúde, e aprovados pelos MS e pelo BIRD. O QualiSUS-Rede envolveu 485 municípios em 17 estados, representando 20% da população nacional.

Destes 15 Subprojetos, 10 estão vinculados às regiões metropolitanas: Rio de Janeiro (RJ), Recife/Pernambuco (PE), Belo Horizonte (BH), Curitiba/Paraná (PR), Florianópolis/Santa Catarina (SC), Porto Alegre/Rio Grande do Sul (RS), ABC (São Paulo), Teresina/Piauí (PI), Belém/Pará (PA), Região Inter-regional de

Desenvolvimento-RIDE, envolve regiões do Distrito Federal DF), Goiás (GO) e Minas Gerais (MG); e cinco vinculados às regiões que apresentam características sociais e geográficas singulares, denominadas Regiões Tipo: Alto Solimões/Amazonas (AM) – região amazônica com destacada presença indígena; Dourados/Ponta Porã/Mato Grosso do SUL) (MS) – região de fronteira internacional; PEBA/Pernambuco e Bahia (PE e BA) – região de fronteira de desenvolvimento agrícola; TOPAMA - Tocantins(TO), Maranhão (MA) e Pará (PA) – região interestadual; e Cariri/Ceará (CE) – região com clima semiárido.

As regiões tipo também são reconhecidas como regiões onde prevalecem as doenças negligenciadas, têm baixa cobertura de ações e de serviços, dificuldade de fixação de profissionais e baixo índice de desenvolvimento humano (IDH).

A elaboração dos Subprojetos Regionais, a operacionalização e a implementação das atividades previstas e a prestação de contas couberam às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) que, para isso, instituíram Grupos Condutores (GC) específicos para este fim, no nível local, como consta dos Manuais Operacionais anteriormente citados.

Foi estabelecido que as SES coordenassem os processos de trabalho e que compusessem os GC com membros das secretarias estaduais de saúde e dos municípios pertencentes às regiões de saúde envolvidas nos respectivos subprojetos regionais, somados a um representante do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) de um Apoiador Local do MS. O arranjo deveria considerar a possibilidade de incluir representantes da academia e do controle social.

A execução operacional e financeira se deu de forma descentralizada, por meio de instrumentos legais (Termo de Compromisso) firmados entre o MS e as SES, onde se estabelecem regras para o cumprimento das ações previstas, bem como define o papel de cada órgão envolvido na implementação do Subprojeto.

A elaboração dos Subprojetos Regionais foi norteada por diretrizes estratégicas que dialogam diretamente com os elementos que constituem a estrutura operacional da rede de atenção à saúde (APS – centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança).

Para tal, foram considerados cinco Eixos estruturantes que orientaram a elaboração dos planos de aquisições e de atividades de cada subprojeto regional. São eles: Eixo 1 - Atenção Primária em Saúde; Eixo 2 - Redes Temáticas de Atenção à

Saúde; Eixo 3 - Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT); Eixo 4 - Sistema de Apoio Logístico; Eixo 5 - Fortalecimento da Governança Regional. Cada Subprojeto poderia optar por investir em um ou em até cinco destes Eixos e apresentar um plano de atividades coerente com os Eixos priorizados(92).

O Componente 2 contemplou o desenvolvimento de intervenções sistêmicas estratégicas, centradas em prioridades nacionais, e teve por finalidade desenvolver um conjunto de iniciativas sistêmicas de apoio à implantação de redes de atenção e à qualificação de cuidados em saúde, produzindo sinergia com os subprojetos regionais. Envolveu a avaliação e aperfeiçoamento de inovações tecnológicas, o desenvolvimento de políticas, estratégias, instrumentos e sistemas de apoio que possam apoiar, transversalmente, a implantação ou o fortalecimento de redes de atenção à saúde e à qualificação de cuidados em saúde.

A execução do Componente 2 foi centralizada, sendo a UGP a responsável, em nível federal, pela administração e pelas aquisições necessárias para a implementação dos temas prioritários de investimento definidos pelo CGI.

Ao Componente 3, que foi gerenciado pela UGP, sob gestão do Departamento de Economia da Saúde (DESID) do MS, coube a organização, a administração e o financiamento das ações e atividades relacionadas ao Projeto e a articulação técnica entre os outros dois componentes.

Para além das competências acima, a UGP também intermediou as relações entre o nível central e estadual para fins de operacionalização dos Subprojetos Regionais (Componente 1), assim como entre as áreas do ministério da saúde para operacionalização do Componente 2, e atuou como interlocutor para fins de monitoramento e prestação de contas junto ao BIRD e aos órgãos de controle.

Os componentes do Projeto QualiSUS-Rede, em especial os componentes 1 e 2, objetos de atenção deste estudo, demarcaram o espaço em que o Projeto QualiSUS-Rede se propôs a atuar, o que o caracteriza como uma estratégia complexa, não só por conta do arranjo de gestão adotado, que envolveu os três entes federados, mas também pelo objeto de investimento: qualificação da atenção e da gestão em saúde, por meio da organização de redes regionais de atenção à saúde.

## **2. HIPÓTESE**

A hipótese contida neste estudo é a de que existem barreiras burocráticas/administrativas, políticas e de coordenação federativa que dificultaram a implementação de políticas públicas e, por consequência, no caso em estudo, concorreram para a implementação insatisfatória do QualiSUS-Rede, comprometendo seus objetivos.

### 3. PERGUNTAS

Nesse sentido, tendo o QualiSUS-Rede como objeto de estudo, pretende-se responder:

- a) A execução financeira e operacional ocorrerá conforme planejadas?
- b) Os subprojetos regionais foram implementados em conformidade com o planejado?
- c) Diante da teoria de mudança proposta pelo projeto, foram pertinentes o problema priorizado, o objetivo e as soluções propostas, e as parcerias estabelecidas?
- d) Quais foram os fatores facilitadores e as barreiras encontradas para a implementação das redes regionais de atenção à saúde, no contexto da indução do QualiSUS-Rede, na perspectiva dos atores entrevistados?

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. Objetivo geral

Avaliar a implementação do QualiSUS-Rede nas regiões de abrangência, verificando a pertinência da intervenção e a percepção dos atores sobre a implantação.

### 4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Analisar os resultados do QualiSUS-Rede em relação aos recursos financeiros aplicados e às ações planejadas e às executadas.
- ✓ Realizar análise estratégica do QualiSUS-Rede para verificar a pertinência do problema priorizado, do objetivo, das soluções propostas e das parcerias estabelecidas (artigo 1).
- ✓ Analisar a percepção dos atores sobre os desafios e as barreiras encontradas para a implementação das redes regionais de atenção à saúde no contexto da indução do QualiSUS-Rede (Artigo 2).

## 5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de abordagem quantitativa e qualitativa, com utilização de métodos mistos(93), cuja unidade central de análise é o Projeto QualiSUS-Rede, analisado na perspectiva das regiões de abrangência estabelecidas e da Unidade Gestora do Projeto (UGP). Assim como os objetivos, as abordagens metodológicas específicas estão apresentadas de forma detalhada no Capítulo Resultados, que está composto por três etapas: a primeira descreve os resultados operacionais e financeiros do QualiSUS-Rede; a segunda o artigo 1; e a terceira o artigo 2.

A análise quantitativa realizada com vistas a se identificar os resultados de execução operacionais e financeiros do QualiSUS-Rede, tanto considerando-se os recursos globais estabelecidos e os executados, quanto o seu vínculo com as ações e atividades previstas e a relação com as executadas. Assumiu-se como importante a realização dessa etapa como subsídio ao melhor julgamento sobre a análise de implementação do QualiSUS-Rede. Os relatórios finais de prestação de contas dos estados e da própria UGP para o Banco Mundial, assim como os relatórios finais dos apoiadores locais, foram os documentos privilegiados para apoiarem os resultados apresentados. O financiamento e sua forma de execução podem explicar parte do sucesso ou insucesso da intervenção.

O Artigo 1, *Análise estratégica do Projeto QualiSUS-Rede: contribuições para avaliação em Saúde Pública*, submetido à periódico nacional, trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório, onde aplicou-se diferentes estratégias metodológicas do campo da avaliação em saúde e análise documental (Apêndice A).

Inicialmente, foi realizada revisão bibliográfica sobre os temas que orientaram a elaboração do artigo. Fez-se uso da análise estratégica, considerando-se as três dimensões que a compõem: pertinência do problema priorizado; pertinência do objetivo e das soluções propostas; pertinência das parcerias. Aplicou-se a análise estratégica de forma hibridizada com a teoria de mudança da intervenção em seus três eixos: cadeia de efeitos e seus condicionantes, modo de funcionamento e as interações entre os atores. Elaborou-se a linha do tempo do QualiSUS-Rede, com vistas a identificar os eventos críticos que podem ter alterado a rota de implementação.

O Artigo 2, *Implementation of health care networks in Brazil: the case of the QualiSUS-Rede project*, submetido à periódico internacional, trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório, do tipo estudo de casos múltiplos,



constituídos pelos 15 subprojetos regionais que compuseram o QualiSUS-Rede, com uso de diferentes técnicas de investigação, dentre elas: revisão bibliográfica sobre os temas que orientaram a elaboração do artigo; análise documental; e entrevistas semiestruturadas (Apêndice B). Foram utilizadas 191 entrevistas realizadas com gestores que atuaram na implementação do QualiSUS-Rede nos níveis municipal, estadual e federal. As entrevistas receberam tratamento para que se constituíssem num corpus de análise. O software IRaMuTeq foi utilizado para processar o corpus textual. A Classificação Hierárquica Descendente foi o tipo de análise textual priorizada.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo atende a Resolução 466/12, artigo XIII.3, e a Resolução nº 510 de 7/4/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi conduzido de forma ética e legal.

Os dados secundários citados e utilizados neste estudo, referentes às documentações que compõem o acervo do QualiSUS-Rede, foram acessadas à partir da Unidade Gestora do Projeto QualiSUS-Rede, com a devida autorização do gestor para uso neste estudo (Apêndice C).

As entrevistas utilizadas no Artigo 2 foram realizadas no âmbito da pesquisa sobre “Avaliação do Grau de Implementação do Projeto QualiSUS-Rede”, realizado pelo Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais, pertencentes à Escola Nacional de Saúde Pública, no período de julho a dezembro de 2014, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número 213.691/2013. A coleta das informações e o uso dos dados secundários foram realizadas mediante termo de autorização do pesquisador coordenador responsável pelo banco de dados da pesquisa citada (Apêndice D). As entrevistas foram codificadas, o corpus textual preparado em acordo com o software IRamuTeq para a correta configuração em um *corpus de análise*, analisadas por agregação e de forma anonimizada.

## **PARTE II- RESULTADOS DA PESQUISA**

## 7. RESULTADOS

### 7.1. Projeto QualiSUS-Rede: resultados operacionais e de execução financeira.

A análise da execução do Projeto QualiSUS-Rede aqui apresentada visou conhecer os resultados operacionais e de execução financeira do Projeto, assim como identificar as atividades realizadas frente às planejadas, por meio dos dois componentes finalísticos que o compõem: Componente 1 - subprojetos regionais; Componente 2 - intervenções sistêmicas. Essa análise também se tornou fonte importante de informação para a realização dos dois artigos produzidos no âmbito desta tese. Para isso, foram analisados os planos de aquisições, os relatórios de monitoramento e os de prestação de contas elaborados pelas Secretarias de Estado da Saúde, pelos apoiadores locais e pela própria unidade gestora do projeto no Ministério da Saúde.

Foram consideradas duas dimensões para a análise. A primeira refere-se à execução financeira, por meio da qual identificam-se os valores monetários previstos e os executados, assim como, os processos de aquisição realizados, com vistas a atender as atividades planejadas. A segunda dimensão, execução técnica, visa identificar o conjunto de ações realizadas e sua relação com os elementos organizativos da RAS, caracterizados no Projeto como “Eixos de Financiamento”.

Na dimensão de execução financeira, o Brasil desembolsou US\$ 93.850.000,00 e aplicou US\$ 92.191.760,49, incluindo o valor de US\$ 587.500,00 referente à *Taxa Front-end fees*, recolhida pelo BIRD ao se efetivar a transferência do primeiro montante de recursos financeiros em favor do governo brasileiro. Os valores aplicados correspondem a 54,23% dos US\$ 170.000.000,00 contratados após a reestruturação do QualiSUS-Rede, realizada em 2014, quando houve um cancelamento parcial do contrato no valor de US\$ 65.000.000,00, deduzido dos US\$ 235 milhões inicialmente disponibilizados pelo contrato de empréstimo.

O pedido de cancelamento parcial dos recursos foi condicionante para a aprovação da reestruturação do projeto e extensão do prazo de execução, justificado pelos recursos financeiros executados. Em março de 2014, transcorridos pouco mais de 4 anos de iniciada a implementação, documento elaborado pela UGP para orientar o processo de reestruturação indicava 16,54% de desembolso correspondente ao

saque de US\$ 38.887.500,00 em relação ao total disponível de US\$ 235 milhões. Além do baixo percentual de execução financeira, outro fator determinante para a decisão de cancelamento foi a análise da variação cambial no período de execução, a considerar que os valores destinados a cada subprojeto foram publicados na Portaria GM/MS Nº 1.375, de 07 de julho de 2012, fixados em Reais com taxa cambial de 1 US\$ = 1,5384 R\$, correspondendo a R\$ 313,2 milhões (R\$ 298.320.473,57 distribuídos entre os 15 subprojetos adicionados de R\$ 14.916.023.68, que seriam repassados às unidades federadas participantes à título de bonificação com base em desempenho). Estes valores em 2012 correspondiam aos U\$ 205 milhões previstos no acordo de empréstimo, 87% em relação ao valor inicial do acordo de empréstimo. Em 2014, quando realizado o pedido de reestruturação e extensão do prazo de execução do projeto, os valores destinados aos subprojetos correspondiam a 60% do valor total do acordo de empréstimo.

No que se refere ao Componente 2, o processo de reestruturação do projeto ampliou o número de intervenções previstas. Inicialmente, o componente previa a contratação de um conjunto de estudos nacionais para subsidiar o estabelecimento de diretrizes nacionais sobre a estruturação de redes de atenção à saúde com a disponibilidade de US\$ 26 milhões, aproximadamente. Após a reestruturação, esse componente passa a compreender outras intervenções sistêmicas estratégicas com o desenvolvimento de projetos de intervenção e recursos financeiros ampliados para US\$ 44 milhões, recebendo incremento considerável de recursos financeiros. No Componente 3 o recurso financeiro aplicado se destinou basicamente em contratação de pessoas e infraestrutura para operacionalização do projeto. Registre-se que o Componente 3 não foi objeto de análise.

A Tabela 1, apresenta a síntese da distribuição e aplicação dos recursos financeiros, em dólar, por componente constituinte do projeto QualiSUS-Rede, pós reestruturação. A informação foi extraída do relatório de prestação de contas elaborado pela UGP.

**Tabela 1- Síntese da distribuição e aplicação dos recursos financeiros, em dólar, por componente constituído do Projeto QualiSUS-Rede**

COMPONENTE	VALOR ESTIMADO (US\$)	VALOR APLICADO (US\$)	EXECUÇÃO (%)
Subprojetos Regionais	115.400.000,00	50.774.049,26	43,99
Intervenções Sistêmicas	44.000.000,00	32.315.030,67	73,45
Gestão do Projeto	10.012.500,00	8.515.180,56	85,04
Taxa Front End Fee	587.500,00	587.500,00	100
<b>TOTAL</b>	<b>170.000.000,00</b>	<b>92.191.760,49</b>	<b>54,23</b>

Fonte: elaboração própria

Os recursos aplicados no valor de US\$ 92.191.760,49 deduzidos do valor referente a *Taxa Front End Fee*, ou seja US\$ 91.604.260,49, foram convertidos a partir da taxa cambial vigente nos diferentes momentos de desembolso e corresponderam, em Reais, a R\$ 221.080.833,36. A Tabela 2 apresenta os valores financeiros totais previstos e os executados e os respectivos percentuais de execução por componente do QualiSUS-Rede. Os valores em voga, indicam a baixa execução financeira do projeto, especialmente do seu Componente 1 (subprojetos regionais) que obteve execução de 34,49% em relação aos recursos previstos.

**Tabela 2 - Valores financeiros totais previstos e executados e os respectivos percentuais, por componente do QualiSUS-Rede**

COMPONENTE	VALOR PREVISTO (R\$)	VALOR EXECUTADO (R\$)	% EXECUÇÃO
Componente 1 – Subprojetos Regionais	298.320.473	102.877.583,73	34,49
Componente 2 – Intervenções sistêmicas	171.105.546,00	107.332.528,00	62,73
Componente 3 – Gestão do Projeto	12.800.000,00	10.870721,55	84,93
<b>Total</b>	<b>482.226.019,00</b>	<b>221.080.833,36</b>	<b>45,85</b>

Fonte: elaboração própria

Observa-se, na sequência, Tabela 3, que sete subprojetos, dos quinze inicialmente aprovados, ultrapassaram a marca de 50% de execução e que três subprojetos não foram executados. Quanto aos três estados que não tiveram nenhuma execução, registre-se que eram três estados para os quais havia sido disponibilizado o maior volume de recursos financeiros e trata-se de estados que possuem capacidade instalada e tradição em execução de recursos, inclusive recursos advindos de acordos de empréstimo. A não execução por parte desses estados implicou diretamente na baixa execução em relação ao montante total disponibilizado.

Os relatórios finais declaram que o estado do Rio de Janeiro desistiu da implementação, por meio de documento formalizado junto à UGP, em 10 de março de 2014. Identificamos, salvo melhor juízo de valor, que o modelo centralizado de compras adotado pelo estado do Rio de Janeiro esteve relacionado com a decisão de desistência, pois o grupo condutor não conseguiu se contrapor ao processo burocrático lento e centralizado que deveria nortear as aquisições previstas.

No caso da região Metropolitana do Recife, o que se viu foi um projeto que apostou numa ação central voltada para a implantação de sistema informatizado estadual, que previa organização do fluxo da rede na região metropolitana, com foco na implantação do prontuário eletrônico. Esta ação dependia do estabelecimento da parceria entre instituições do estado, que não foram possíveis dentro do tempo disponível para execução do subprojeto.

O caso da Região Metropolitana de Belo Horizonte foi ainda mais emblemático. O subprojeto tinha foco no fortalecimento da política de transporte sanitário no estado com a ampliação do serviço na RM de Belo Horizonte. A execução do plano de aquisições se iniciou com a realização do processo licitatório para a aquisição dos veículos, que chegou a ser aprovado pelo BIRD. No entanto, as compras não foram efetivadas e os recursos foram devolvidos ao Ministério da Saúde. A UGP relata que houve desmobilização do grupo condutor regional e que esse fato, associado a se tratar de ano eleitoral, se mostraram fatores prováveis para a não conclusão das aquisições.

**Tabela 3 – Aplicação financeira, por subprojeto regional, considerando os recursos previstos e os executados com os respectivos percentuais de execução**

SUBPROJETO	RECURSOS		EXECUÇÃO (%)
	PREVISTOS (PT 1.375/2011) (R\$)	VALOR EXECUTADO	
RIDE DF	25.455.723,26	6.875.419,00	27,01
Região Interestadual Bico do Papagaio - TOPAMA	17.318.088,27	8.316.033,35	48,02
Região Metropolitana de Florianópolis – SC	14.146.999,52	7.898.607,17	55,83
Região Metropolitana ABC/SP	20.464.378,04	13.520.513,39	66,07
Região Metropolitana de Porto Alegre/RS	25.037.727,32	15.504.939,47	61,93

Região Metropolitana de Teresina/PI	15.405.985,72	8.133.425,50	52,79
Região de Fronteira Agrícola Juazeiro/Petrolina - PEBA	13.723.168,04	501.675,00	7,16
Região Metropolitana de Recife/PE	26.299.769,00	0,00	0,00
Região Metropolitana de Belém/PA	18.390.673,81	11.436.176,54	62,18
Região de Fronteira Internacional Ponta Porã - MS	13.580.369,75	8.846.304,99	65,14
Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG	30.450.097,05	0,00	0,00
Região do Semiárido Cariri/CE	12.933.507,52	6.571.370,09	50,81
Região do Alto Solimões/AM	11.373.396,15	5.678.715,21	49,93
Região Metropolitana de Curitiba/PR	23.290.493,03	9.594.404,02	41,19
Região Metropolitana do Rio de Janeiro/RJ	30.450.097,05	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>298.320.473,53</b>	<b>102.877.583,73</b>	<b>34,49</b>

A diferença entre os recursos financeiros disponibilizados às secretarias estaduais de saúde por meio dos estados para implementação dos respectivos subprojetos regionais, comparados aos valores executados, acendem alguns alertas e suscitam que barreiras e dificuldades foram encontradas no processo de implementação dos subprojetos regionais.

Um dos motivos que podem ter contribuído para esse baixo desempenho, relaciona-se aos tempos decorridos entre a submissão, aprovação e início dos processos de aquisições dos bens e serviços necessários à implementação dos subprojetos regionais. A análise do Quadro 1 mostra que as condições legais de execução foram obtidas pelos subprojetos ao final de 2012 com a aprovação das propostas e dos seus respectivos planos de aquisições e assinatura dos Termos de Compromisso, firmados entre o MS e as SES dos estados participantes.



**Quadro 1 - Manifestações de não objeção (NO) por parte do BIRD para prosseguimento à execução dos subprojetos regionais**

	<b>Região</b>	<b>Subprojeto Encaminhado Ao Bird Para Não Objeção</b>	<b>Não Objeção Obtida</b>	<b>Plano De Aquisições Encaminhado Ao Bird Para Não Objeção</b>	<b>Não Objeção Obtida</b>	<b>Termo De Compromisso Entre O MS E SES Publicado</b>	<b>Último Termo Aditivo Ao Termo De Compromisso</b>
1	<b>RM RJ</b>	Em 27.04.2012.	Em 09.05.2012	Em 05.09.2012.	Em 12.09.2012	Em 06.08.2012	Não houve
2	<b>RM Florianópolis</b>	Em 22.08.2012.	Em 29.08.2012	Em 22.08.2012.	Em 13.09.2012	Em 06.08.2012	DOU nº 5, Seção 3, pg. 126, de 08.01.2015
3	<b>RM Curitiba</b>	Em 13.09.2012.	Em 21.09.2012	Em 13.09.2012.	Em 21.09.2012	Em 14.08.2012	DOU nº 5, Seção 3, pg. 126, de 08.01.2015
4	<b>Entre Rios - PI</b>	Em 06.08.2012.	Em 14.09.2012	Em 05.09.2012.	Em 12.09.2012	Em 16.08.2012	DOU nº 5, Seção 3, pg. 126, de 08.01.2015
5	<b>Grande ABC</b>	Em 22.08.2012	Em 24.09.2012	Em 05.09.2012.	Em 12.09.2012	Em 20.09.2012	DOU nº 23, Seção 3, pg. 96, de 03.02.2015
6	<b>RM Recife</b>	Em 06.08.2012.	Em 26.09.2012	Em 06.08.2012.	Em 01.10.2012	Em 10.09.2012	DOU nº 5, Seção 3, pg. 126, de 08.01.2015
7	<b>Alto Solimões</b>	Em 24.07.2012.	Em 14.09.2012	Em 24.07.2012.	Em 21.09.2012	Em 06.08.2012	DOU nº 5, Seção 3, pg. 126, de 08.01.2015
8	<b>RM Belém</b>	Em 06.08.2012.	Em 14.09.2012	Em 06.08.2012.	Em 13.09.2012	Em 21.08.2012	DOU nº 5, Seção 3, pg. 126, de 08.01.2015
9	<b>Cariri - CE</b>	Em 22.08.2012.	Em 04.10.2012	Em 24.09.2012	Em 04.10.2012	Em 31.08.2012	DOU nº 5, Seção 3, pg. 126, de 08.01.2015
10	<b>Ponta Porã Dourados</b>	Em 24.09.2012.	Em 04.10.2012	Em 24.09.2012	Em 04.10.2012	Em 22.10.2012	DOU nº 5, Seção 3, pg. 126, de 08.01.2015
11	<b>RM BH</b>	Em 15.10.2012	Em 29.10.2012	Em 15.10.2012	Em 06.11.2012	Em 07.11.2012	DOU nº 23, Seção 3, pg. 96, de 03.02.2015
12	<b>RM POA</b>	Em 30.10.2012	Em 14.11.2012	Em 30.12.2012	Em 14.11.2012	Em 01.11.2012	DOU nº 23, Seção 3, pg. 96, de 03.02.2015

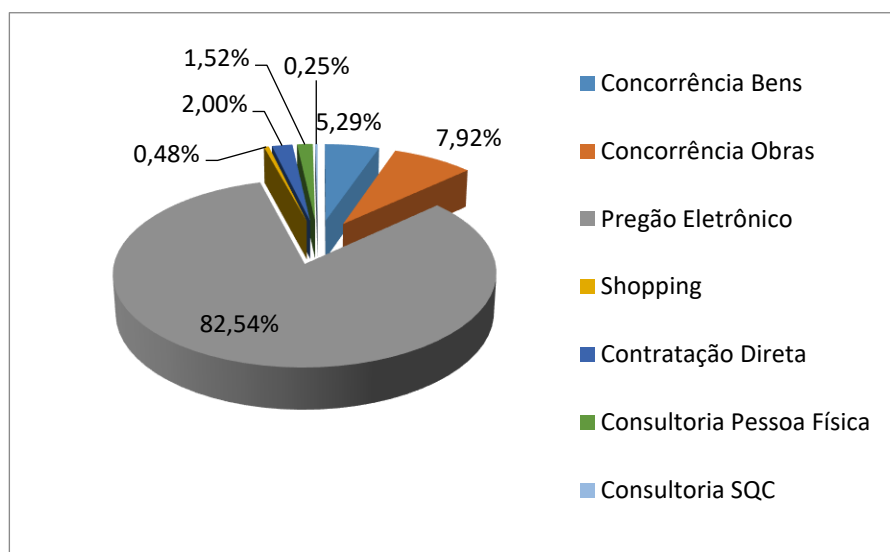
<b>13</b>	<b>PEBA</b>	Em 22.08.2012.	Em 14.11.2012	Em 22.08.2012.	Em 13.09.2012	Em 31.08.2012 (BA) e em 10.09.2012(PE)	DOU nº 5, Seção 3, pg. 126, de 08.01.2015
<b>14</b>	<b>TOPAMA</b>	Em 22.08.2012.	Em 17.09.2012	Em 22.08.2012.	Em 13.09.2012	Em 03 e 05.10.2012	TO-PA: DOU nº 5, Seção 3, pg. 126, de 08.01.2015 (MA) DOU nº 23, Seção 3, pg. 96, de 03.02.2015
<b>15</b>	<b>RIDE - DF</b>	Em 26.09.2012	Em 06.12.2012	Em 14.11.2012	Em 18.01.2012	Em 14.08.2012 (DF), 21.08.2012 (GO) e 23.11.2012 (MG)	DF: DOU nº 5, Seção 3, pg. 126, de 08.01.2015; MG: DOU nº 23, Seção 3, pg. 96, de 03.02.2015; GO não assinou o Aditivo

Fonte: elaboração própria

No entanto, outras condições estavam postas e envolviam as regras de aquisições estabelecidas pelo agente financiador e consignadas no acordo de empréstimo, como as análises e aprovações prévias (manifestação de *não objeção*), pelo BIRD dos termos de referência e resultados da licitação, condição *sine qua non* para autorizar a descentralização dos recursos, assim como, a organização administrativa dos executores para desempenhar as atividades de licitação e contratação a partir de um normativo diferenciado. Dentre os apontamentos apresentados nos relatórios de monitoramento do projeto, destaca-se que as diferenças entre as normas nacionais e as regras do acordo e diretrizes geraram muitas dúvidas, tais como o impedimento de negociar com o licitante de menor preço, ou a proibição de utilização da margem de preferência para produtos nacionais (conforme autoriza o Decreto 8.184/2014) em licitações de “modalidade nacional”. A impossibilidade de divulgar os preços estimados, por exemplo, trouxe dificuldades de entendimento junto às áreas jurídicas e pregoeiros, responsáveis pelos processos de aquisição, e tornaram longos os tempos de tramitação processual.

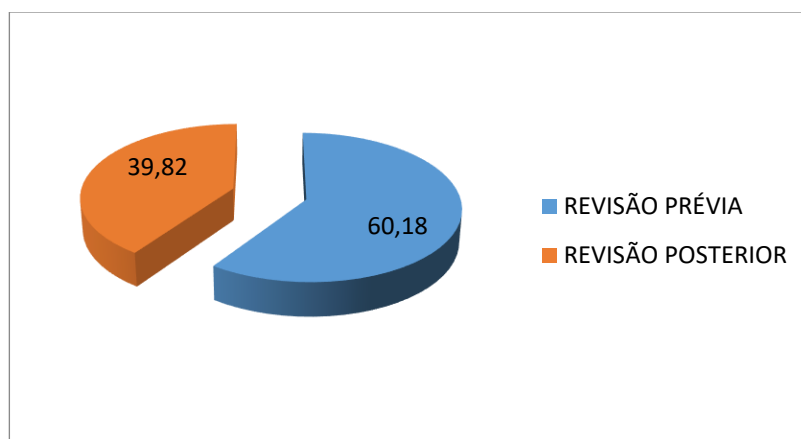
A análise das licitações e contratos no âmbito dos subprojetos regionais, componente 1, demonstram que a modalidade de aquisição mais utilizada foi o pregão eletrônico, com 82,54% (Gráfico 1). Quanto ao tipo de aquisição, 60,18% foram de revisão prévia e 39,82 de revisão posterior (Gráfico 2). Se enquadram nas aquisições do tipo revisão as de maior valor, que necessitam de revisão aprovação do BIRD antes da abertura de processo licitatório. As do tipo revisão posterior, são de menor valor e devem ser apresentadas os processos somente no ato de prestação de contas.

**Gráfico 1- Modalidades de licitação utilizadas nos subprojetos regionais - Componente 1**



Fonte: elaboração própria.

**Gráfico 2 - Licitações por tipo de revisão**



Fonte: elaboração própria.

A distribuição das atividades, por eixo prioritário de intervenção (Quadro 2), considerando-se os 12 subprojetos que apresentaram execução, concentraram-se na atenção básica e nas Redes Temáticas. Os eixos Sistemas de Apoio Terapêutico e Diagnóstico, Sistema Logístico e Governança não foram desenvolvidos por todos os subprojetos. Dentre as ações, destaca-se o Sistema de Transporte Sanitário Eletivo desenvolvido em dois subprojetos, Região do Cariri/CE e Região de Entre Rios/PI, e as ações associadas à aplicação de dispositivos de gestão clínica com o desenvolvimento de diretrizes

clínicas e elaboração de protocolos assistenciais, implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e capacitação de profissionais e gestores, induzindo novos modos de produzir em saúde.

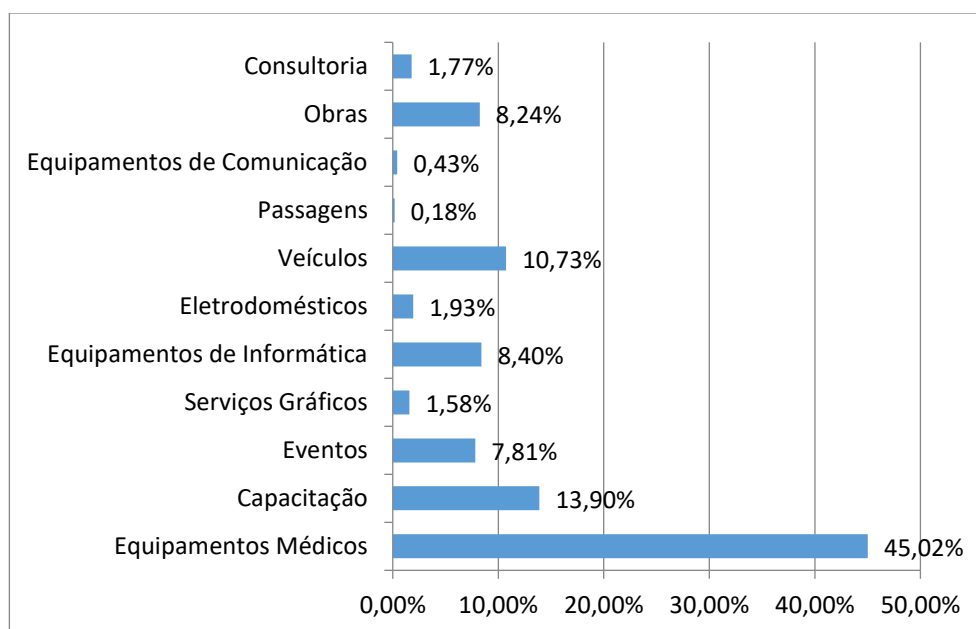
**Quadro 2 - Distribuição das intervenções realizadas por eixo estruturante e por subprojeto**

EIXOS ESTRUTURANTES	INTERVENÇÕES	ABC/SP	RM BELÉM	RM FLORIANÓPOLIS	RM CURITIBA	RM POA	RIDE DF	ENTRE RIOS	ALTO SOLIMÕES	CARIRI	PEBA	TOPAMA	PONTA PORÃ E DOURADOS
ATENÇÃO BÁSICA	Qualificação da infraestrutura da AB (obra e equipagem)		x		x	x	x		x			x	
	Capacitação das equipes de AB	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Elaboração e disponibilização de materiais técnicos e de comunicação a profissionais, usuários e controle social				x	x			x	x			
	Implantação do acolhimento												
REDES TEMÁTICAS	Qualificação da infraestrutura de serviços especializados e hospitalares (obras e equipagem)	x	x	x		x	x			x		x	x
	Capacitação dos profissionais para a RC	x	x			x			x	x		x	
	Capacitação dos profissionais para a RUE	x	x	x	x	x				x		x	
	Capacitação dos profissionais para a RAPS			x								x	
	Elaboração e implantação de diretrizes e protocolos clínicos			x									
	Elaboração e disponibilização de materiais técnicos e de comunicação a profissionais, usuários e controle social							x					
SISTEMA DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	Qualificação da infraestrutura de serviços de confirmação diagnóstica (obra e equipagem)		x						x			x	x
SISTEMA DE APOIO LOGÍSTICO	Implantação de sistema de transporte sanitário eletivo							x		x			
	Qualificação da infraestrutura da regulação		x	x					x	x			
	Capacitação dos profissionais para a regulação		x	x					x	x			
	Qualificação e estruturação do sistema de informação											x	
SISTEMA DE GOVERNANÇA	Fortalecimento da gestão e da governança regional			x	x	x		x	x	x		x	x

Fonte: elaboração própria

Quanto à definição da alocação dos recursos, considerando-se os eixos de financiamento, pode-se afirmar que os grupos condutores, com base na análise situacional realizada pelos estados e nas pactuações locais, na sua maioria, diversificaram as aquisições em vários dos eixos de financiamento disponibilizados e, com isso, fragmentaram a alocação de recursos, reforçando a aquisição de bens de capital como equipamentos médico-hospitalares voltados para estruturação física de serviços, onde se aplicou 45% dos recursos. A distribuição dos recursos contratados nas linhas de aquisição está demonstrada nos gráficos abaixo.

**Gráfico 3 - Distribuição da alocação de recursos por objeto de aquisição**



Fonte: elaboração própria.

É possível observar pelos percentuais de distribuição dentre as aquisições realizadas, que houve dispersão de recursos entre as ações e atividades propostas nos planos de trabalho regionais. Assim como observa-se centralidade em ações de qualificação dos profissionais de saúde, aquisição de equipamentos médico hospitalares, reformas de infraestrutura das unidades de serviços, que não tinha sido objeto de análise no estudo anterior.

No que se refere ao Componente 2, Intervenções Sistêmicas, os projetos abrangeram iniciativas nacionais de apoio à implantação das RAS e para a qualificação de cuidados, também vinculados aos componentes e estratégias operacionais estabelecidas na Portaria PRT GM/MS nº4.279/2010.

A implementação e execução financeira deste componente se deu de forma centralizada, sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Neste componente, foi planejada a aplicação de R\$171.105.546,00 para o financiamento de diversas ações e o percentual executado foi de 62,73% do valor programado, conforme demonstrado na Tabela 4.

Os recursos iniciais de US\$ 26,3 milhões cresceram em 42,22% após a reestruturação do Projeto e o Componente 2 passou a ter participação significativa na execução geral do Projeto, correspondente a US\$ 44 milhões, contribuindo com 49,72% da execução total do Projeto. Dessa forma, através dos subprojetos de intervenção sistêmica, foi possível ampliar as possibilidades de intervenção do Projeto QualiSUS-Rede para contribuir com desenvolvimento da política de saúde e de tecnologias de gestão necessárias para o aprimoramento das estratégias operacionais de apoio à implantação de RAS, assim como, viabilizar a execução dos recursos disponibilizados pelo acordo de empréstimo.

**Tabela 4 - Execução do Plano de Aquisições do Componente 2 – Intervenções Sistêmicas**

<b>OBJETO</b>	<b>VALOR ESTIMADO (R\$)</b>	<b>VALOR CONTRATADO (R\$)</b>
Equipamento de Informática Hórus	18.292.440,00	14.522.611,48
Equipamento Informática E-Sus	98.399.120,00	91.385.395,23
EAD Hórus	1.498.000,00	1.312.499,14
Salvaguarda Indígena - Seminário Regional de Política de Saúde Indígena e Regulação do Acesso - Dourados	150.000,00	50.570,13
Salvaguarda Indígena - Seminário Regional de Política de Saúde Indígena e Regulação do Acesso - Juazeiro	150.000,00	61.452,10
<b>TOTAL</b>	<b>118.489.560,00</b>	<b>107.332.528,08</b>

Fonte: elaboração própria.

As tecnologias desenvolvidas pelas intervenções sistêmicas relacionam-se com o debate técnico operacional das RAS, onde destacam-se: a construção de conhecimento com a elaboração de diagnóstico estruturado e sistemas de informação essenciais para a tomada de decisão e planejamento; fortalecimento da atuação profissional com processo educacional estruturado, entendido como um dispositivo de mudança de prática; e aplicação das



ferramentas de gestão da clínica, que permitem a aplicação de mecanismos de coordenação do cuidado de forma contínua e integral. O Quadro 3, na sequência, apresenta a relação das intervenções sistêmicas desenvolvidas no âmbito do Componente 2 e as principais ações realizadas.

**Quadro 3 - Projetos de Intervenção Sistêmica e ações realizadas**

PROJETO DE INTERVENÇÃO SISTÊMICA	AÇÕES REALIZADAS
GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	ESTRUTURA - Aquisição de equipamentos em TI p/ informatização das UBS
	INFORMAÇÃO - implantação e utilização do Sistema HÓRUS c/ instrumento de gestão e qualificação do cuidado
	EDUCAÇÃO - curso voltado para a qualificação da gestão da assistência farmacêutica
	EIXO CUIDADO - implantação do Serviço de Cuidado Farmacêutico, que se constitui por meio de uma ação integrada do farmacêutico com os demais membros da equipe de saúde. Envolve a aplicação de ferramentas de gestão clínica na AB e na RAS e induz a discussão sobre: o processo de trabalho na AB, a relação entre os diferentes pontos de atenção e a aplicação do trabalho multidisciplinar, com a inserção do profissional farmacêutico na produção do cuidado
IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO DA AB (e-SUS AB)	Aquisição de equipamentos em TI para informatização das UBS
	Implantação do sistema informatizado da atenção básica (e-SUS AB) como um dos instrumentos de gestão e qualificação do cuidado na AB e nas RAS
QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DE TECNOLOGIAS MÉDICO HOSPITALARES NAS RAS	Elaboração do diagnóstico elaborado e documento de análise disponibilizado, incluindo a metodologia aplicada que se apresenta como replicável para as demais regiões do país
CURSO DE FORMAÇÃO DE APOIADORES TEMÁTICOS EM AMBIÊNCIA EM SAÚDE	Elaboração e aplicação do curso como estratégia para capacitar profissionais de saúde e a formar apoiadores locais para elaboração e análise de projetos arquitetônicos voltados à adequação dos espaços físicos das unidades de atendimento do SUS
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO CUSTOS EM HOSPITAIS	Implantação da gestão de custos e da ferramenta informatizada APURASUS (Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS) p/a gestão de custos em unidade hospitalares do SUS, incorporando a utilização da gestão de custos como ferramenta gerencial

Fonte: elaboração própria.

Em linhas gerais, os avanços desencadeados pelos subprojetos de intervenção sistêmica indicam o desenvolvimento de tecnologias de gestão com potencial de induzir mudanças no processo de prestação de serviço, como a incorporação de ferramentas de gestão clínica, a partir da implantação dos serviços de clínica farmacêutica e o fomento à formação de profissionais de saúde para o exercício da estratégia do apoio institucional no desenvolvimento

de novos modos de produzir saúde. Trata-se de dispositivos com potencial para contribuir com o planejamento em saúde e com a integração regional, assim como para ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Em síntese, a partir da análise da execução financeira dos subprojetos regionais, não é possível afirmar se as ações e atividades realizadas, por si, promoveram a integração dos serviços para conformação de redes integradas de atenção à saúde. No entanto, certamente se converteram em insumos para o fortalecimento da estratégia de implementação das redes temáticas, uma vez que estas foram fomentadas tanto pela indução do financiamento quanto pelos grupos condutores dos subprojetos regionais.

As intervenções sistêmicas guardaram coerência com elementos integrativos de redes, pois trata-se de dispositivos tecnológicos importantes e reconhecidos como estruturantes para a operacionalização de redes integradas. No entanto, do ponto de vista da execução financeira, não é possível afirmar que tenham produzido tal efeito.

Na sequência apresentam-se os estudos qualitativos, por meio dos quais pretende-se explicar o contexto e as variáveis que interferiram tanto na formulação e implementação quanto na execução financeira do QualiSUS-Rede.

## **7.2. Artigo 1- Análise estratégica do Projeto QualiSUS-Rede: contribuições para avaliação em Saúde Pública.**

Autores: Margarete Martins de Oliveira (\*), Helena Eri Shimizu; Everton Nunes da Silva; Elizabeth Moreira dos Santos.

### **Resumo:**

O QualiSUS-Rede buscou qualificar a atenção e a gestão em saúde via organização das redes de atenção. O objetivo do estudo foi analisar o processo de formulação e implementação do QualiSUS-Rede relacionado à gestão. Trata-se de estudo qualitativo, de base documental. Fez-se uso da análise estratégica, considerando suas três dimensões: pertinência do problema priorizado; pertinência do objetivo e das soluções propostas; pertinência das parcerias. Aplicou-se a análise estratégica de forma hibridizada com a teoria de mudança em seus três eixos: cadeia de efeitos e seus condicionantes, modo de funcionamento e as interações entre os atores. Elaborou-se a linha do tempo do QualiSUS-Rede, identificando os eventos críticos. Como resultado, verificou-se que o QualiSUS-Rede obteve pertinência nas três dimensões da análise estratégica. No entanto, as evidências apontam que em intervenções futuras os seguintes aspectos precisam ser observados: i) a agilização dos tempos institucionais; ii) a fragilidade do modelo institucional de monitoramento e avaliação; e iii) dificuldade das instâncias envolvidas com a gestão de riscos, especialmente daqueles originários das transições governamentais. O uso de múltiplas estratégias metodológicas, com base na teoria da intervenção, considerando a cadeia de efeitos e causalidades, mostraram-se potentes para explicitar a teoria e o modelo de gestão no QualiSUS-Rede.

**Palavras-chave:** Atenção à Saúde. Avaliação de Projetos. Banco Mundial. Análise Qualitativa. Metodologia de Avaliação.

**Title:** Strategic analysis of the QualiSUS-Rede Project: contributions for evaluation in Public Health.

**Abstract:**

QualiSUS-Network was a project that aimed at improving management and health care by means of organization of health network. The objective of our study is to analyse the process of formulation and implementation of QualiSUS-Network in terms of management. The study employed a qualitative document analysis. We used strategic analysis by considering three dimensions: relevance of the problem prioritized; relevance of the proposed objectives and solutions; relevance of partnerships. We used the strategic analysis together with the theory of change, considering its three components: chain of results and its conditioners, actives and interactions among players. We also developed a timeline of QualiSUS-Network, identifying critical events. Our findings showed that QualiSUS-Network achieved relevance in the three dimensions of the strategic analysis. However, our results highlighted that future interventions should take into consideration the following barriers: i) institutional time-lag; ii) weak institutional model for monitoring and evaluation; iii) difficulty of the instances involved with risk management, especially those originating from government transitions. The use of multiple methodological strategies, based on the intervention theory, considering the chain of outcomes and causalities, have proved potent in explaining the theory and management model in the QualiSUS-Network.

**Keyword:** Health Care. Evaluation of Projects. World Bank. Qualitative Analysis. Evaluation Methodology.

## **INTRODUÇÃO**

O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) configura-se como uma proposta de intervenção na realidade do sistema de atenção à saúde no Brasil. Originou-se de acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Mundial (BIRD), com vistas a qualificar a gestão e o cuidado em saúde, por meio da organização das redes de atenção à saúde (RAS)(1). Logo, o QualiSUS-Rede é objeto desta análise, não só pelo grande montante de recursos públicos à ele destinados (US\$ 235 milhões)(1), mas porque se registra que as intervenções realizadas pelo BIRD

em países de baixa e média renda, inclusive no Brasil, reafirmam a centralidade de práticas de mercado como sistema organizador e gestor mais eficiente das políticas públicas de saúde(2).

A organização de redes de atenção à saúde (RAS), escopo principal do QualiSUS-Rede, é reconhecida internacionalmente como alternativa para superar a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde, conforme já demonstrado por alguns países que conseguiram consolidar sistemas integrados(2–6). Os sistemas fragmentados são caracterizados, dentre outras questões, por meio de um conjunto de pontos de atenção isolados que não se comunicam, ou se comunicam de forma inadequada, e que não oferecem ação contínua, longitudinal e integral à população(7). Ademais, a população nem sempre se encontra adstrita, e as autoridades sanitárias têm dificuldades para efetivar a coordenação do cuidado(7,8).

As primeiras iniciativas de organização de redes de atenção no Brasil ocorreram, desde os anos noventa, nos estados do Ceará, Espírito Santo e Minas Gerais, e nos municípios de Curitiba, Rio de Janeiro (9). Observada as experiências exitosas em âmbito local, e a necessidade superar a fragmentação do sistema de atenção, em 2010, foi publicada a Portaria Ministerial GM 4.279, que normatiza a rede de atenção à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que esta estivesse estabelecida no marco legal constitucional desde 1988(3).

Concomitantemente, desde os anos 2000, as estratégias de regionalização da saúde vêm sendo implementadas visando à integração dos serviços de atenção organizados em redes de atenção à saúde(10).

Em 2011, foram publicadas as portarias das redes temáticas: Rede Cegonha – Portaria n 1.459, de 24 de junho; Rede de Urgência e Emergência - Portaria n 1.600, de 07 de julho; Rede de Atenção Psicossocial – Portaria 3.008 de 23 de dezembro; em 2012, a Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência, de n 793 de 24 de abril(3).

Nesse contexto, o QualiSUS-Rede caracterizou-se como a primeira estratégia formalmente adotada pelo Ministério da Saúde com o explícito objetivo de fomentar a organização das RAS, num momento em que as mesmas se encontravam circunscritas a poucas experiências no país.

O QualiSUS-Rede se constituiu com três componentes, sendo os dois primeiros finalísticos e o terceiro voltado para a gestão administrativa e financeira. O componente 1 visou à qualificação da gestão e do cuidado por meio da organização de redes de atenção à saúde, a partir das necessidades locais, por meio da implementação de 15 subprojetos regionais, sob responsabilidade dos estados selecionados. Destes 15 subprojetos, 10 estavam vinculados às regiões metropolitanas: Rio de Janeiro (RJ), Recife (PE), Belo Horizonte (BH), Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Porto Alegre (RS), ABC (SP), Teresina (PI), Belém (PA), RIDE (DF/GO/MG). Os outros cinco vinculados às regiões que apresentam características sociais e geográficas singulares, denominadas Regiões Tipo. Essas incluíam: Alto Solimões (AM), região amazônica com destacada presença indígena; Dourados/Ponta Porã (MS), região de fronteira internacional; PEBA (PE/BA), região de fronteira de desenvolvimento agrícola; TOPAMA (TO/MA/PA), região interestadual; e, Cariri (CE), região com clima semiárido. As Regiões Tipo também são reconhecidas como regiões onde prevalecem as donças negligenciadas, têm baixa cobertura de ações e de serviços, dificuldade de fixação de profissionais, e baixo índice de desenvolvimento humano(1).

O componente 2, operacionalizado de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, buscou implementar intervenções sistêmicas estratégicas, centradas em prioridades nacionais. O propósito foi o desenvolvimento de estratégias, instrumentos e sistemas de apoio que pudessem apoiar transversalmente a implantação ou o fortalecimento das RAS(1).

O componente 3, de gestão, também de responsabilidade do MS, respondeu pelos processos políticos, técnicos e administrativos inerentes ao projeto QualiSUS-Rede como um todo(1).

Acredita-se que entender os fatores intervenientes e as características que foram peculiares ao modelo de gestão adotado possam contribuir para o aprimoramento da gestão pública de políticas de saúde(11) e de projetos de intervenção da mesma natureza.

A análise do processo de formulação e de implementação do QualiSUS-Rede é importante pelo seu potencial de esclarecer o caminho que a intervenção percorreu e orientar futuras decisões com vistas ao aprimoramento da gestão

pública, levando-se em conta as prioridades existentes, os recursos disponíveis, os processos e os resultados a serem atingidos(12,13).

De igual forma, é uma oportunidade para se identificar problemas existentes na estrutura de incentivos, os quais podem explicar grande parte das dificuldades dos gestores em alcançar os resultados pretendidos, mesmo que tenham atendido à todos os requisitos estabelecidos(14).

Estudos de análise estratégica são escassos na literatura, embora tenham potencial para auxiliar os gestores na tomada de decisão(15,16). São mais raros ainda aqueles que exploram, para além do significado da palavra pertinência no senso comum, as suas relações com a teoria da mudança (TdM).

Este artigo tem como objetivo realizar a análise estratégica (AE) da formulação e implementação do QualiSUS-Rede, com ênfase no componente de gestão. Com a AE buscou-se analisar a partir das 3 dimensões que a compõem a pertinência do projeto em termos de: i) priorização do problema a ser enfrentado (AE1); ii) objetivos e soluções propostos para combater o problema priorizado (AE2); iii) parcerias estabelecidas para atingir os objetivos (AE3)(11,15).

A articulação da análise estratégica com a teoria da mudança se deu por meio de três eixos analíticos, a cadeia de efeitos principais e aquelas relacionadas aos seus condicionantes: a de funcionamento e a das relações(17–19). Por meio dessa hibridização pretende-se desvendar a teoria subjacente ao QualiSUS-Rede e identificar o caminho percorrido para que as atividades levassem aos resultados esperados. Isto é, o caminho causal das atividades aos resultados planejados, que mostram por que e sob quais condições espera-se que os vários elos da via causal funcionem(19). Além disso, a hibridização crítica com diferentes abordagens e modelos, possibilitam melhor apropriação das complexidades do real(20).

Nesse contexto, foram metodologicamente construídas: i) a teoria da mudança que permitiu compreender os elos de ligação causais existentes entre os principais efeitos esperados pelo QualiSUS-Rede; ii) a teoria do funcionamento que identificou as diretrizes técnicas, os normativos e os instrumentos legais utilizados para viabilizar as mudanças pretendidas; e iii) a teoria das relações que possibilitou identificar as parcerias estabelecidas por meio do arranjo de gestão instituído. Em cada eixo, foram identificados eventos

críticos que, de alguma medida, afetaram a rota de mudança almejada pelo QualiSUS-Rede.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de caso, do tipo *ex post*, de base documental, com uso de técnicas e de evidências qualitativas. Foram analisados dados do período de 2006 e 2016. Compreendeu quatro etapas: i) análise documental; ii) modelização do componente de gestão da intervenção, com caracterização da teoria de mudança que lhe é subjacente(19); iii) elaboração da linha tempo para identificação de eventos críticos(21) e, iv) elaboração da roda de análise estratégica(15).

A análise documental contemplou a revisão dos documentos referentes ao projeto, dentre eles o manual operacional, o documento de avaliação do projeto (PAD), as Portarias de instituição e implementação do projeto, os relatórios de acompanhamento da execução, e os relatórios de atividades e de prestação de contas dos subprojetos regionais produzidos pela unidade gestora do projeto e pelas secretarias estaduais de saúde. A apreciação documental se deu por meio da análise de conteúdo(22,23) e para a interpretação temática apreendeu-se os núcleos de texto significantes neles contidos.

A análise documental possibilitou a identificação dos elementos que são inerentes ao QualiSUS-Rede, tais como a normatividade, o objetivo, o contexto, os componentes operacionais, o arranjo de gestão e atores humanos, institucionais e tecnológico. O produto dessa análise orientou a elaboração do modelo da teoria da mudança; da linha do tempo; e, da roda da análise estratégica.

A elaboração do modelo da teoria da mudança, a partir da cadeia de efeitos esperados, objetivou descrever a teoria subjacente ao QualiSUS-Rede. Buscou evidenciar os elos de conexão entre o problema que originou a intervenção, as estratégias, as tecnologias, as ações adotadas para superá-los e os atores envolvidos no processo, em contexto. A cadeia de efeitos esperados (TdM), usualmente expressa por diagramas, mostra o sequenciamento lógico das atividades ou processos da intervenção que presumidamente levariam a eles. Incluí as relações entre os processos descritos; os riscos de ruptura de cada ligação na cadeia; e a caracterização de outros fatores explicativos



(explicações rivais) para a mudança esperada(19). Embora representada linearmente, representa múltiplas interações entre eventos complexos, imbricados e dinâmicos(24).

Os instrumentos legais adotados, que explicitam a teoria de funcionamento do QualiSUS-Rede, foram: i) documento base de avaliação do projeto, nominado *Project Appraisal Document (PAD)*, ii) acordo de empréstimo com o BIRD e, em que se elencou um conjunto de ações que abrangiam desde a qualificação da atenção até o aperfeiçoamento dos processos de gestão na perspectiva da conformação das redes de atenção à saúde no Brasil, assim como, um conjunto de indicadores de processo e finalísticos para medir a eficiência da intervenção, iii) definição da instituição vinculada, iv) portarias, que instituíram as instâncias gestoras em nível nacional e local, as diretrizes técnicas e operacionais para execução do projeto; v) termo de cooperação técnica, que viabilizou o suporte técnico-administrativo da Fiocruz ao projeto, vi) ~~definição dos~~ quinze subprojetos regionais e dos recursos financeiros correspondentes; vii) termo de compromisso entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde

A elaboração da linha do tempo se deu numa perspectiva histórica, compreendendo o processo de formulação e de implementação, impresso pelo modelo de gestão adotado, desde o primeiro documento oficial de instituição do QualiSUS-Rede até os relatórios finais de prestação de contas. O objetivo deste movimento metodológico foi apreciar o contexto, identificar possíveis eventos críticos que resultaram em intensificação, atrasos e interrupções na implementação, com isso, evidenciar as lacunas ocorridas entre um efeito esperado e outro.

Qualifica-se como eventos críticos aqueles que por sua ocorrência geram consequências e levam à reconfiguração da intervenção(21). Compreende-se como naturalmente presentes nesse processo, controvérsias que surgem a partir de diferenças existentes entre as posições dos vários atores envolvidos, pontos de vista, projetos sociais e políticos de cada um, ou qualquer outra questão que esteja conjuntamente em jogo(16,21,25). Pressupõem-se que os eventos críticos materializem controvérsias atinentes ao processo de formulação e de implementação.

O modelo da análise estratégica é expresso por meio da *Figura* da roda da análise estratégica, onde estão contidas as 3 dimensões que a compõem e que movem a roda. A elaboração da roda se deu com base em elementos contextuais datados(15), identificados nos documentos normativos da intervenção em análise. Desta forma, as respostas às questões centrais fundam-se na exploração concomitante de fatores contextuais, situados historicamente que permitiram a síntese avaliativa. A síntese avaliativa (lições aprendidas) teve como objetivo sistematizar hipóteses explicativas plausíveis às questões colocadas e reúne a análise estratégica fundada na teoria da mudança.

Este estudo atendeu a Resolução 466/12, artigo XIII.3, e a Resolução nº 510 de 7/4/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

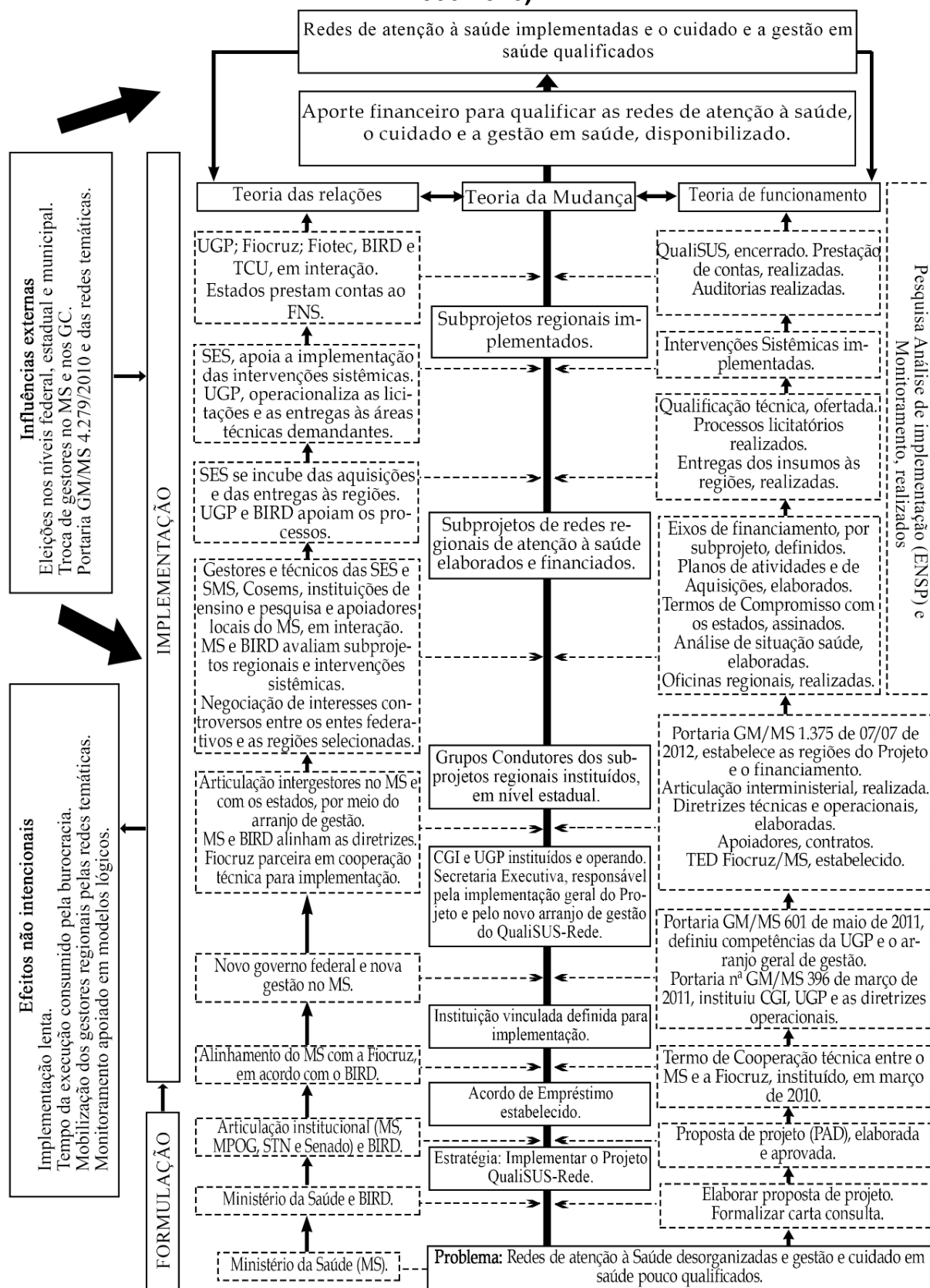
Os resultados são apresentados com base em três conjuntos de informações. O modelo da teoria da mudança, a linha do tempo, com identificação dos eventos críticos e a roda da análise estratégica.

O modelo da teoria da mudança (*Figura 1*), apresenta no eixo central da *Figura* a cadeia de efeitos resultantes dos eventos sucessivos ocorridos no processo de formulação e de implementação do QualiSUS-Rede. As relações de condicionamento destes efeitos são representadas nos dois eixos laterais da *Figura* que de forma sintetizada, descrevem as atividades que foram os requisitos condicionantes à sucessão dos resultados na cadeia de efeitos (necessários e suficientes).

No eixo lateral direito, estão representados os pressupostos (a teoria de funcionamento), isto é, quais, onde e quando os dispositivos e ações técnicas da intervenção foram mobilizados para que o efeito subsequente na cadeia acontecesse.

No eixo lateral esquerdo, estão representadas as interações entre os atores chave que atuaram na intervenção e explicitam a teoria das relações formalizadas. Esses atores estão diretamente ligados aos dispositivos e ações técnicas, citados na teoria de funcionamento, que se em interação convergente conduzem à produção sucessiva de cada efeito.

**Figura 1 - Modelo da Teoria da Mudança da gestão do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede (Brasil, 2006-2016).**



Fonte: Elaboração própria, 2019.

Na etapa de formulação do QualiSUS-Rede, liderada pelo Ministério da Saúde e pelo BIRD, foi definido o problema a ser enfrentado e negociado com a Secretaria de Assuntos Internacionais (SEAIN), do Ministério da Economia, Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPOG), a solicitação de empréstimo ao BIRD, para prover os recursos necessários à execução do projeto.

A aprovação da proposta se deu de forma articulada com outras instituições federais, tais como o Senado Federal, para aprovação do acordo de empréstimo no Congresso. Após a assinatura do acordo de empréstimo, deliberou-se que o projeto seria desenvolvido pela Fiocruz, instituição vinculada ao MS.

Cerca de um ano depois, o Ministério da Saúde, pós-eleições presidenciais e sob nova gestão, retomou para si a execução do projeto e propôs um novo arranjo de gestão para a implementação, tendo o Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento (Desid) da Secretaria Executiva (SE) como coordenadora do processo.

O arranjo formalizou as seguintes instâncias gestoras: i) Comitê Gestor de Implementação (CGI), composto por representantes de todas as secretarias do MS, do Conass, Conasems, ANS e Anvisa, cuja atribuição foi estabelecer as prioridades de investimento, as normativas, as diretrizes técnicas e políticas e a seleção das regiões participantes; e ii) Unidade Gestora do Projeto (UGP), responsável pela coordenação geral (administrativa e financeira) do Projeto. A UGP foi composta por uma coordenação geral, um responsável por cada um dos componentes e por especialistas contratados. Para a implementação técnica das ações definidas no CGI, a UGP contava com o apoio técnico das demais secretarias do Ministério da Saúde.

O CGI e a UGP intensificaram a articulação com os estados, encarregados de propor os subprojetos regionais. Foram criados os Grupos Condutores (GC), que viabilizaram a identificação das demandas locais, a formulação, implementação e monitoramento dos subprojetos regionais, sob aprovação das Comissões Intergestores Regionais (CIR). A composição dos GC deveria incluir, no mínimo, três representantes da SES, um dos municípios envolvidos, um do Cosems, um apoiador local do Ministério da Saúde, e quando necessário, instituições de ensino e pesquisa. Identificou-se que a composição do GC variou em número, de um para outro.

O financiamento dos subprojetos regionais alinhou-se às diretrizes estratégicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o período de 2011 a 2014, no que diz respeito a qualificação do cuidado e da gestão em saúde. Cinco eixos de financiamento orientaram a elaboração dos subprojetos e dos respectivos planos de aquisições: 1-Atenção Primária em Saúde; 2 - Redes Temáticas de Atenção à Saúde; 3– Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT); 4 – Sistema de Apoio Logístico; e, 5 – Fortalecimento da Governança Regional, os 3 últimos compõem a estrutura operacional da rede de atenção. Após aprovação dos subprojetos pelo Ministério da Saúde e BIRD, os grupos condutores deveriam elaborar os respectivos planos de aquisições, para manifestação de não objeção pelo BIRD. O processo de análise ocorreu entre os meses de março e dezembro de 2012.

Por meio do componente 1, foram financiados quinze subprojetos regionais. Identificou-se que todos os subprojetos contemplaram nos planos de trabalho pelo menos 3 dos 5 eixos de financiamento, sendo que a maioria investiu nos 5.

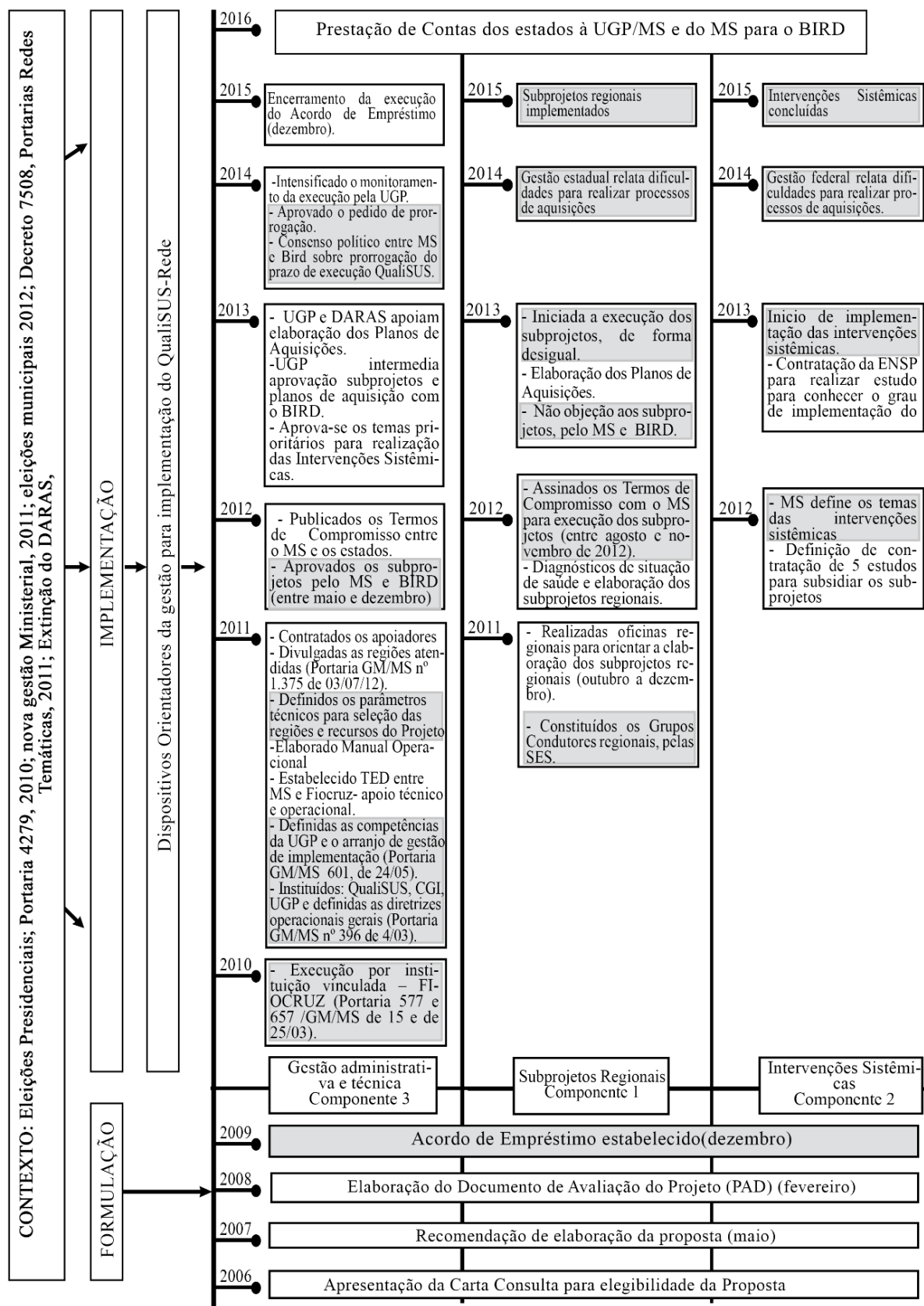
Referente ao componente 2, o relatório final do projeto valorizou quatro intervenções sistêmicas: curso de formação de apoiadores temáticos em ambiência na saúde; qualificação da gestão de tecnologias médico hospitalares nas RAS, com o objetivo de mapear a capacidade de gestão dos equipamentos médico-hospitalares com foco nas Redes Temáticas Cegonha e Urgência e Emergência; qualificação da gestão da assistência farmacêutica nas RAS e implementação tecnológica do e-SUS-AB. Havia uma previsão de financiamento de um conjunto de tipos de estudos para apoiar a implementação do projeto. Apesar da iniciativa de contratação de 5 estudos, nenhuma delas foi concluída.

O modelo indica algumas influências externas e efeitos não intencionais, que influenciaram o projeto, tais como a burocracia em torno das regras de licitação nacionais e do BIRD e a limitada capacidade técnica local para lidar com os processos de aquisição; a descontinuidade nas equipes, a extinção do Departamento de Articulação das Redes de Atenção à Saúde (DARAS/MS), a publicação da Portaria GM/MS 4.279/2010, e o Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011.

O modelo apresenta a pesquisa avaliativa realizada pelo Laser sobre o grau de implementação do QualiSUS-Rede. Tratou-se de uma cooperação estabelecida entre o Ministério da Saúde e a Fiocruz, que em 2012 possibilitou a contratação de uma equipe de avaliadores externos, no caso o Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (LASER/ENSP/FIOCRUZ), para que de forma colaborativa com a unidade gestora do projeto QualiSUS-Rede, pudesse realizar um estudo avaliativo sobre a implementação do projeto, referente ao componente 1, composto por 15 subprojetos regionais. A pesquisa avaliativa ocorreu no período de agosto de 2012 a dezembro de 2015.

A linha do tempo do QualiSUS-Rede (Figura 2) apresenta de forma destacada, sombreado, alguns eventos críticos que contribuíram para a alteração de rotas na gestão do projeto. O primeiro evento crítico identificado foi o prazo para execução do projeto, o qual estava previsto para dez anos, contemplando duas fases. O recurso financeiro planejado para a primeira fase foi de US\$ 235 milhões e, para a segunda, de US\$ 265 milhões, oriundos de acordo de empréstimo com o BIRD. A contrapartida do governo federal se daria por meio das políticas vigentes, sem incremento obrigatório de novos recursos financeiros novos. No entanto, após a assinatura do Acordo de Empréstimo, o prazo de execução foi limitado a quatro anos e seis meses, condensando-se as duas fases previstas em uma, com recursos financeiros totais no valor do estabelecido para a primeira fase. Outro evento crítico foi o fato de que a instituição vinculada designada para execução em 2010, não movimentou o projeto em 2010. Esse fato atrasou a execução do projeto em pelo menos um ano.

**Figura 2 - Linha do Tempo do Processo de Formulação e Implementação do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede (Brasil,2006-2016)**



Fonte: Elaboração própria, 2019.

Houve mudança na rota da gestão do QualiSUS-Rede quando o CGI definiu os parâmetros técnicos para a seleção das regiões e recursos para os subprojetos em 2011. Observou-se nesse momento que o documento de avaliação do projeto previu que a seleção dos subprojetos deveria alcançar até quinze, se dariam por livre concorrência, sendo qualquer estado elegível para submeter projetos a apreciação. No entanto, o CGI optou por estabelecer parâmetros de inclusão que por si definiram os estados que seriam convidados a apresentarem os subprojetos regionais. Ainda que se reconheça que os critérios foram abrangentes, isto reduziu o escopo da concorrência. Destaque-se que o tempo decorrido para a formulação da intervenção, entre a elaboração da carta consulta e a assinatura do Acordo, foi de 3 anos e 10 meses.

Pode-se afirmar que a implementação do QualiSUS-Rede deriva de um processo longo de negociação entre o governo brasileiro e o BIRD. Em 2014, registrava-se baixa execução financeira dos orçamentos disponíveis para os dois componentes do projeto. Diante desse cenário crítico, houve consenso entre o Ministério da Saúde e o BIRD sobre a necessidade de se prorrogar o prazo de execução do QualiSUS-Rede. Assim, o projeto foi prorrogado em 16 meses, redefinindo-se o encerramento para dezembro de 2015.

A roda da análise estratégica (Figura 3) descreve os elementos que a compõem, considerando-se as três dimensões que lhe são inerentes. A primeira dimensão de análise (AE1) verificou a pertinência do problema selecionado, frente ao conjunto de problemas listados, pelos gestores. Os principais problemas foram: uso incipiente de mecanismos e instrumentos de gestão (planejamento, monitoramento e avaliação); financiamento público insuficiente e fragmentado; redes de atenção à saúde desorganizadas e cuidado e gestão em saúde desqualificados; e, reduzida capacidade da gestão em prover conhecimento técnico para melhoria da qualidade da atenção. Dentre os problemas listados, os gestores federais optaram por intervir na qualificação do cuidado e da gestão em saúde, por meio da organização de redes de atenção à saúde, tornando-o o objetivo da intervenção.

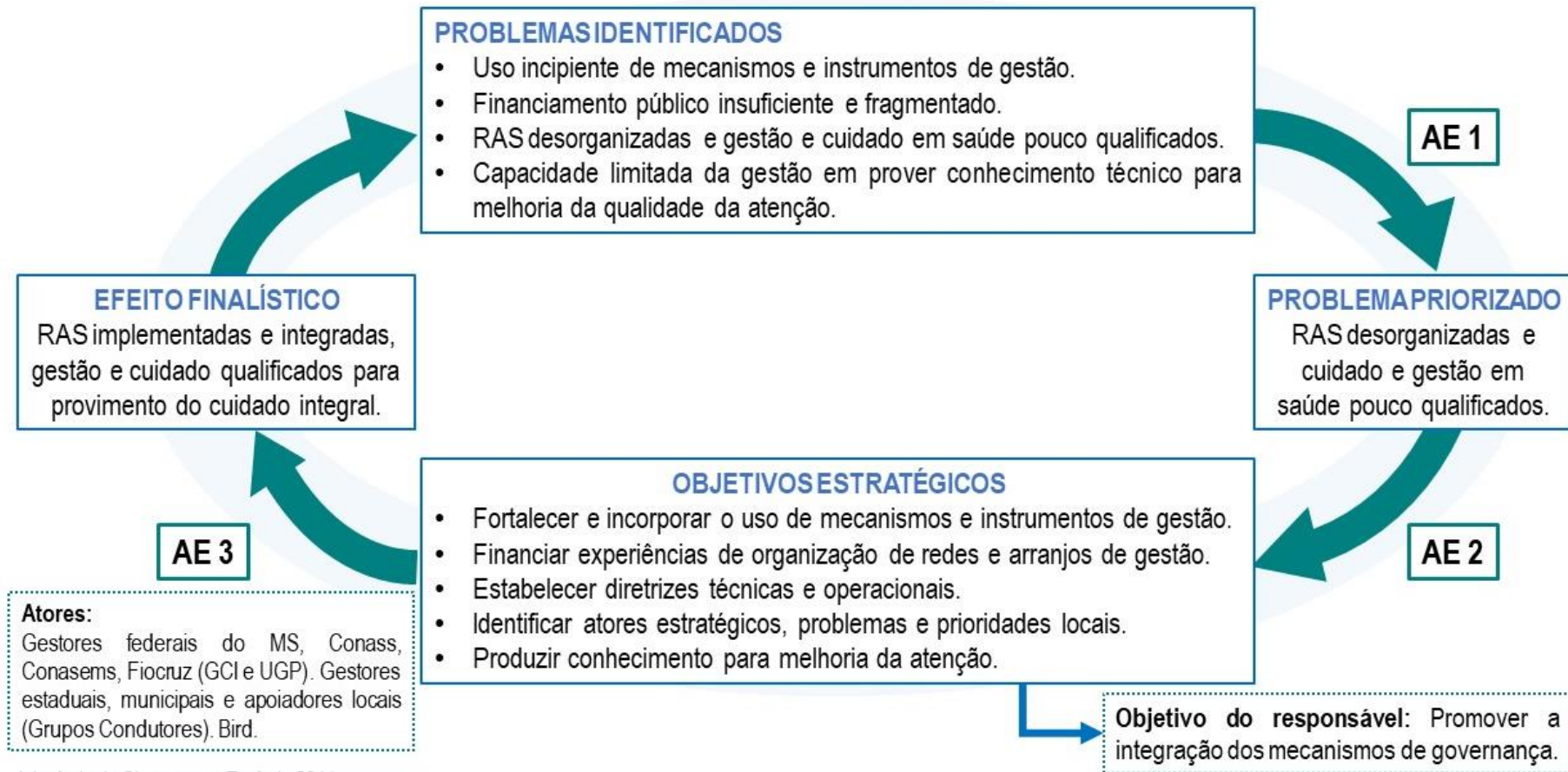
A segunda dimensão de análise (AE2) verificou se os objetivos estratégicos (soluções) propostos estariam adequados para responder a situação problema, foram elas: fortalecer e incorporar o uso dos mecanismos e instrumentos de gestão governamental e organizacional; financiar experiências



de organização de redes e arranjos de gestão; estabelecer diretrizes técnicas e operacionais para implementação das redes e para a qualificação do cuidado; identificar atores estratégicos, problemas e prioridades locais; e, produzir conhecimento para melhoria da qualidade da atenção. Sua importância está relacionada a possibilidade de se verificar a racionalidade causal da intervenção no contexto.

A terceira dimensão (AE3) verificou a pertinência dos atores envolvidos e as relações e conexões existente entre eles, assim como aprofundou a discussão sobre as respectivas atuações para lidar com as limitações administrativas e políticas inerentes ao processo de implementação. Percebeu-se que, teoricamente, a participação se deu de forma ampla, seja no nível federal, no nível estadual e local, conforme apresentado no modelo de teoria de mudança, descrito na teoria de funcionamento e na linha do tempo, mas não se identificou na documentação a participação de instituições da sociedade civil.

**Figura 3 – Roda de Análise Estratégica da implementação do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede, 2019**



Adaptado de Champagne F, et al., 2011

## DISCUSSÃO

A teoria de mudança e a identificação dos eventos críticos por meio da organização cronológica das ações do QualiSUS-Rede, registradas na linha do tempo, desvelaram o modelo de gestão adotado e iluminaram o processo de formulação favorecendo o conhecimento das ações implementadas. Essas duas abordagens permitiram a identificação dos condicionantes da estratégia QualiSUS-Rede de forma a embasar a exploração empírica das dimensões da Análise Estratégica. Os três eixos não devem e não foram interpretados como paralelos, pois são conjuntos de pressupostos a serem compreendidos de forma interativa(19,24,26). Em outras palavras, os eixos laterais são condições para a ocorrência dos efeitos do eixo central, expressam condições, 'se' e 'então' do inglês *'if' and 'then'*. Neste artigo, este é o norteador da discussão.

Observou-se que a formulação do projeto QualiSUS-Rede contou com a participação de gestores que atuavam no Ministério da Saúde e no Banco Mundial, cujas relações geraram um modelo de gestão que não incluiu outros atores estratégicos, na fase de formulação do projeto.

A análise estratégica evidenciou que a escolha do problema foi bem-sucedida (AE1). Primeiro, a necessidade de organização das RAS não é tema novo no Brasil e as evidências sugerem que a organização das RAS é problemática no contexto do SUS. As estratégias de organização das RAS adotadas no Brasil se apoiam em experiências de outros países que construíram sistemas universais de saúde(27). O desenho da federação brasileira e as dificuldades de articulação com as quais os vários municípios de uma mesma região se defrontam quando procuram promover a integração e a hierarquização dos serviços de saúde, em especial da rede de atenção básica com os níveis mais altos de complexidade, são alguns desses problemas(28–30).

A inclusão de atores dos três níveis de gestão só ocorreu no processo de implementação quando todas as diretrizes técnicas, de financiamento e normativas já estavam definidas pelo nível central, e não inclui atores do controle social. Revisões sistemáticas realizadas sobre a transformação de grandes sistemas de saúde advogam que a participação de todos os atores interessados é condição essencial quando se propõem a modelar sistema de saúde, em torno de objetivos comuns(10,31).

Quanto à apreciação de adequação e conformidade das escolhas de ações e estratégias adotadas (AE2), pode-se afirmar que investir na estrutura operacional da rede, por meio dos subprojetos regionais, configurou-se como uma opção alinhada à perspectiva de sustentabilidade da implementação da RAS e *accountability* mútua(32), portanto uma escolha adequada. Afirma-se que a falta de entendimento sobre a totalidade da estrutura operacional (dispositivos de funcionamento) tem sido responsável por problemas de implantação das redes, justificada pela pouca atenção dada à organização dos sistemas de apoio, logísticos e de governança(33).

Os subprojetos elaborados, compostos por muitos dos eixos temáticos disponibilizados para financiamento, mostrou que o processo de priorização técnica para definir-se o investimento necessário para atender às diversas necessidades inerentes à organização das redes de atenção, levou os gestores à não observarem a existência de suficiência e a otimização dos recursos financeiros com base nos objetivos comuns, mas sim nas necessidades individuais dos municípios. Deve-se considerar que a implementação de uma política se dá com muitas incertezas, uma vez que o envolvimento de múltiplos atores, geralmente com concepções e interesses próprios e não necessariamente coincidentes, podem levar a ambientes de disputas e dificuldades de centralidade em torno de objetivos comuns(14).

Além disso, dar operacionalidade e concretude à execução dos subprojetos regionais num contexto de desmobilização dos grupos de trabalho locais, causados pelos diferentes períodos eleitorais e de mudanças governamentais, imprimiu morosidade na execução do projeto, ainda que os grupos condutores, com apoio dos apoiadores locais que atuaram como interlocutores entre os estados e o ministério da saúde, tenham feito seu papel de dinamizar as agendas e se dedicado a manterem regularidade na execução(34,35).

A necessidade de fazer convergir as regras de licitação existentes no Brasil com as regras estabelecidas pelo BIRD para aquisição de bens e serviços, fator de dificuldade e agregou demora na consecução das aquisições. A administração pública tem problemas nesse setor. Ainda há carência de profissionais para atuarem nessa área e a instrumentalização desses processos é precária, comprometendo-se a fase mais importante da licitação que é a de

planejamento do certame, que se relaciona com: especificação, quantificação, pesquisa de mercado, estimativa de preço, elaboração do projeto básico ou do termo de referência(36,37).

Identificaram-se múltiplas tentativas de contratação dos estudos sistêmicos catalizadores da implementação referente ao componente 2. Atender a modalidade de contratação praticada pelo BIRD para esta ação, em função do tempo disponível para realizá-la, se mostrou inadequada. A duração, em torno de 24 meses do início à conclusão do processo inviabilizou a realização dos estudos previstos.

Em relação à terceira dimensão que compõe a análise estratégica (AE3), exceto na formulação, verificou-se a pertinência das parcerias estabelecidas. No nível federal, todas as secretarias do Ministério da Saúde compuseram o arranjo de gestão. Já no nível estadual, os grupos condutores foram compostos por representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos Cosems e de universidades(1).

Percebeu-se, ao analisar as atas de reunião da UGP que houve desmobilização do CGI no decorrer do terceiro ano de execução. Isso não se explica apenas pelo esvaziamento de suas competências político estratégicas, à medida que o projeto progredia no processo de sua execução, mas pelo fato de que a execução incipiente tornou invisível a necessidade de acompanhamento por parte desses atores. A adoção de uma política, não necessariamente garante a sua implementação, que pode encontrar resistência, ser cooptada ou transformada, muitas vezes tornando-se sem significado em face dos muitos atores e interesses que a compõem(14).

Toda indução financeira gera ritos formais e não formais. O rito formal está explícito no modelo normativo operacional adotado, que por si engendra arranjos contextuais que se corporificam como arranjos não formais ou tácitos, através dos mecanismos e processos de implementação. A indução catalizadora não se implementa linearmente, mas ocorre submersa em contextos nos quais fatores complicadores constantemente requerem negociações, ajustes internos e mesmo desvios do objetivo proposto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo viabilizou o conhecimento do caminho percorrido pelo Qualisus-Rede, da formulação à implementação com seus resultados esperados, expressos nos modelos elaborados. Ao desvelar a cadeia de causalidade explicitada nos normativos que orientaram a implementação da intervenção, identificou-se as hipóteses de mudança esperadas pelo QualiSUS-Rede. Os modelos se mostraram potentes para identificar todos os atores envolvidos e suas respectivas ligações com a teoria de funcionamento para produção dos efeitos de causalidade.

As evidências apontaram três aspectos fundamentais para o aprimoramento da gestão do QualiSUS-Rede: i) a agilização dos tempos institucionais; ii) a fragilidade do modelo institucional de monitoramento e avaliação da estratégia; e iii) dificuldade das instâncias internas do projeto com a gestão de riscos, especialmente daqueles originários dos períodos de transição de governo. Todos se relacionam à prospecção de contexto, análise dos riscos e pactuação da hierarquia de valor agregado, inerentes a apreciação *ex ante* da estratégia e relacionados à sua modelização.

A análise estratégica evidenciou que os arranjos de gestão não se formam apenas em espaços formais de negociação, principalmente no âmbito regional/local. O fato incontestável é que nesse âmbito os arranjos não se sustentam e se descontinham. Assim parece recomendável a exploração desses, por estudos que se utilizem a teoria de mudança, esquadrinhem de maneira explícita a racionalidade causal da estratégia adotada. Mais significativo ainda parece ser a necessidade de, no momento de formulação, desenhar não só o modo de funcionamento técnico, mas antecipar às relações entre os atores e seus interesses coletivos e/ou privados que tenham prevalecido nas negociações e acordos. Da mesma forma, são requeridos estudos sobre modelos de monitoramento capazes de informar a ação, prática ainda incipiente na implementação de políticas públicas no Brasil.

No processo de mobilização de teorias que tornassem explícitos os pressupostos que informaram o QualiSUS-Rede, a utilização da teoria da mudança e de seus componentes lógicos (racionalidade causal, teoria de funcionamento e teoria das relações) para a modelização das etapas da análise estratégica, tornou a construção de evidências transparentes, possibilitando a

validação por pares e viabilizando devolutivas úteis para o aprimoramento institucional.

O estudo demonstrou potência de se trabalhar com múltiplas estratégias metodológicas, com base na teoria da intervenção, considerando a cadeia de efeitos e causalidades que compuseram a intervenção. O estudo aqui apresentado, aplicado ao QualiSUS-Rede, configura-se ao nosso entendimento um caminho para teorização de outras intervenções de mesma natureza, considerando naturalmente as especificidade e contextos em que cada um se insere.

## REFERENCIAS

1. Brasil. Ministerio da Saúde. Manual Operacional do Projeto QualiSUS-rede -Documento Base - Volume 1 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2018 Jan 8]. 56 p. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/08/Vol1DocBaseQualiSUS-RedeWeb.pdf>
2. Organização Pan-americana da Saúde; Organização Mundial da saúde (OPAS & OMS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, USA; 2007.
3. Magalhães Jr. HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg em Saúde para Debate*. 2014;52(0103–4883):15–37.
4. Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. *Secr Estado Saúde Minas Gerais*. 2007;1–154.
5. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde [Internet]. 2nd ed. Brasília: Organização Pan-America da Saúde; 2011 [cited 2017 Dec 21]. 549 p. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)
6. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 12];23(4):1101–22. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
7. Silva SF da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011;16(6):2753–62. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=pt&tlng=pt)
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010;15(5):2297–305. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)

- 81232010000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
9. Albuquerque MV, Viana AL d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 21];39(N. Especial):28–38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00028.pdf>
  10. Viana AL d'Ávila, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A De, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 Jun [cited 2018 Oct 23];23(6):1791–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt&tlng=pt)
  11. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis J-L. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: *Avaliação: conceitos Métodos*. 1a Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 41–60.
  12. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z O. *Avaliação conceito e métodos*. 1st ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocru; 2011. 291 p.
  13. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM, Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Dec [cited 2018 Feb 3];30(12):2643–55. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=pt&tlng=pt)
  14. Arretche M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC; 2001. p. 43–56.
  15. Champagne F, Brousselle A, Contandriopoulos AP, Hartz Z. A Análise Estratégica. In: *Avaliação: conceitos Métodos*. 1 Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 95–104.
  16. Soares B da C, Cardoso GCP, Figueiró AC. Análise estratégica da Vigilância Epidemiológica em tuberculose: uma experiência local. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 11];41:22–33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0022.pdf>
  17. Chen H-T. A conceptual framework of program theory for practiotiners. In: *Practical program evaluation: assessing and improving, planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks, california: SAGE, 2005; 2005. p. 15–45.
  18. Rossy PH, Lipsey M., Freeman HE. Expressing and assessing program theory. In: *Evaluation: A Systematic Approach a systematic approach*. Thousand Oaks, california: SAGE, 2004; 2004. p. 133–68.
  19. Ottawa JM. Useful Theory of Change Models. 2015 [cited 2018 Jul 28];30. Available from: [https://evaluationcanada.ca/system/files/cjpe-entries/30-2-119\\_0.pdf](https://evaluationcanada.ca/system/files/cjpe-entries/30-2-119_0.pdf)
  20. Santos EM dos, Oliveira EA de, Cardoso G, Cavalcanti MLT, Costa AJL, Camara V. Avalações inclusivas: uma reflexão sobre possibilidades e implicações de abordagens participativas para a prática em avaliação. *Rev Salud Ambiental*. 2018;18:172–81.
  21. Figueiro AC, de Araújo Oliveira SR, Hartz Z, Couturier Y, Bernier J, do Socorro Machado Freire M, et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *Int J Public Health*. 2017;62(2).



22. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977. 223 p.
23. SPINK P. *Análise de documentos de domínio public*. in: SPINK. M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2004. 123–151 p.
24. DAVIS R. Scale, Complexity and the Representation of Theories of Change. 2005 [cited 2019 Feb 10];11:133–49. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.914.1955&rep=rep1&type=pdf>
25. Clavier C, Se´ne´chal Y, Se´ne´, Vibert SS, Potvin L. A theory-based model of translation practices in public health participatory research. [cited 2018 Dec 4]; Available from: [http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/25520.PDF](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/25520.PDF)
26. Patton MQ. Developmental evaluation for equity-focused evaluations. In: Marco Segone, editor. *Evaluation for equitable development results* [Internet]. New York: UNICEF; 2012 [cited 2019 Feb 10]. p. 102–14. Available from: <http://www.unicef.org/evaluation/index.html>
27. Kuschner R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2307–16.
28. Assis E, Cruz V de S, Trentin EF, de Lucio HM, Meira A, Monteiro JCK, et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: A experiência de um colegiado regional. *Saude e Soc*. 2009;
29. Machado C V, Lima LD, Viana AL, Oliveira RG, Iozzi FL, Albuquerque M V, et al. Federalism and health policy: the intergovernmental committees in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014;48(4):642–50. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000400642](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400642)
30. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD de, Baptista TW de F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011;16(3):3003–16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf>
31. Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review. *Milbank Q* [Internet]. 2012 Sep [cited 2019 Feb 7];90(3):421–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22985277>
32. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action* [Internet]. Paris; 2008 [cited 2019 Feb 10]. Available from: <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34428351.pdf>
33. Mendes EV. Comentário sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulg em Saúde para Debate*. 2014;(52):38–49.
34. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, Alves G dos R, Cardoso GCP. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(4):1209–24. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=pt&tlng=pt)
35. Oliveira EA de, Cardoso GCP, Santos EM dos, Oliveira MM, Cruz MM. O apoiador local como ator estratégico na implementação do QualiSUS-

- Rede: engenheiros de conexão? Saúde em Debate [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 Jan 7];41(spe):275–89. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000500275&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500275&lng=pt&tlng=pt)
36. Jakoby Fernandes JU. Sistema de Registro de Preços e Pregão Presencial e Eletrônico. 6th ed. Revista Atualizada e Ampliada, editor. Belo Horizonte: Fórum; 2015. 636 p.
37. Martins V de L e S, Marques L da S. A proposta de um modelo de gestão e fiscalização de contratos em uma unidade federal de saúde. Brazilian J Dev [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 22];4(5):1838–52. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-40602000000200013&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602000000200013&lng=pt&tlng=pt)

### 7.3. Artigo 2- Implementation of health care networks in Brazil: the case of the QualiSUS- Rede project

Authors: Margarete Martins de Oliveira; Helena Eri Shimizu; Maíra Catharina Ramos; Marly Marques da Cruz; Everton Nunes da Silva

#### **Abstract**

**Background:** Regionalization may contribute to improving health outcomes by strengthening health care networks, promoting coordination between levels of health care and reducing system fragmentation. With World Bank funding, Brazil implemented the Health Care Network Formation and Quality Improvement Project (QualiSUS-Rede), supporting 15 regions in developing subprojects to organize health care networks. Understand the perception of players involved in executing QualiSUS-Rede of barriers and facilitators in implementing health care networks.

**Methods:** Qualitative study based on 191 semistructured open interviews with individuals involved in implementing QualiSUS-Rede at the municipal, state and federal levels, encompassing all 15 of the regional subprojects. IRaMuTeq software was used to analyze the interviews. The Descending Hierarchical Classification was adopted. The results were divided into classes and subclasses.

**Results:** Textual use was 99.27%. The interviews converged around two main discursive classes and seven subclasses. The following facilitators were identified: motivation to implement QualiSUS-Rede; participatory management; inducement of discussions about health care networks. The barriers were predominantly related to aspects external to QualiSUS-Rede, such as excessive bureaucracy, low administrative capacity, and absence of knowledge about World Bank guidelines.

**Conclusion:** The QualiSUS-Rede project contributed to strengthening local governance and regional planning. However, execution time (5 years) was insufficient to overcome the challenges. It is recommended that a preparatory phase be instituted (in addition to situational health analysis) to ensure that the

players are aware of the local capacity to comply with the rules of the loan agreement.

**Keywords:** Health Care Network; Qualitative study; Public Health; Brazil; QualiSUS-Rede.

## **BACKGROUND**

With the ever-increasing expenditures on health, the search for efficiency is essential to sustain health care systems worldwide(1). Achieving more with fewer resources has been a challenge for health administrators(2,3). The use of health technology assessment has increased significantly worldwide(4), but analyses generally focus on individual technologies, such as medication, equipment and medical devices(5). However, to obtain better health results it is important to evaluate how health services are structured and integrated to provide care. Regionalizing health services has been suggested as a promising strategy to enhance health processes and results(6,7). Regionalization is defined as the rational distribution of services in a territory, guaranteeing timely access and quality to three levels of health care (primary, secondary and tertiary)(6).

Health care networks are an important component of regionalization in achieving coordination between the three levels of care, and avoiding fragmentation of the health system(8). The underlying principles of a successful health care network are: i) economy of scale, availability of resources, quality and access; ii) horizontal and vertical integration; iii) replacement processes via continuous reallocation of resources among and within health services; iv) health territories; and v) levels of care (9,10). In this context, services with less advanced technology, such as primary care, should be spread out and located near the residence or workplace of individuals; services with more complex technology, such as hospitals, clinical pathology laboratory services, and imaging equipment should be concentrated(11).

Although health care networks stem from the Dawson Report of 1920, they were implemented relatively recently, and were introduced in the USA in the 1990s based on the experiences of integrated health systems(12). In Brazil, the idea of regional health care networks was included in the 1988 Federal Constitution, but only regulated in 2010 by Ministerial Decree GM 4.279(10), a result of the first consensus involving the three branches of government. Since then, a number of

health care network support initiatives have been implemented by the federal government. One of these was the Health Care Network Formation and Quality Improvement Project (QualiSUS-Rede), formalized by the 2009 Loan Agreement between the Ministry of Health and International Bank for Reconstruction and Development (IBRD), with a global value of US\$ 235 million(13).

QualiSUS-Rede was structured into three components; the first aimed at qualifying the care and organization of health care networks, for which the largest portion of the funding was allocated, totaling US\$205 million (87% of the total). The second component was related to systematic strategic interventions to strengthen logistics in the health region, and the third component was reserved for QualiSUS-Rede management (planning, implementation and execution).

A total of 15 regional subprojects were funded in 17 states (2 subprojects were used in more than one state), ten in metropolitan regions and five in regions denominated “Type” because of their regional peculiarities. Each region selected prepared a subproject, prioritizing investments in the following areas: strengthening basic care, thematic networks, logistical support, therapeutic and diagnostic support and regional governance(14). For more details on 15 regional subprojects, see the supplementary material 1.

Implementing QualiSUS-Rede involved a wide range of players, including an international entity, national, state and municipal governments and, in some cases, universities and social control groups. The regions established under QualiSUS-Rede were highly diverse in terms of socioeconomic conditions and health infrastructure, which required the implementation of different governance arrangements. Governance is strategic to the functioning of health care networks, since it is an institutional and organizational arrangement that may enhance the management of all the structural components of the network. Moreover, one of its functions is to strengthen cooperation and solidarity among its members(15). The overall assessment of the IBRD regarding QualiSUS-Rede was classified as moderately unsatisfactory(16). However, the literature reports positive aspects, especially with respect to coordination between municipal and state governments, in addition to personnel training and qualification prior to implementing the proposed networks(17). The project also contributed to formalizing agreements among municipal governments via Regional Interagency Commissions (*Comissões Intergestores Regionais – CIR*), where participants

recognize QualiSUS-Rede as an important instrument to strengthen governance in the regions(18). However, these articles give a partial view of the QualiSUS-Rede implementation. One study investigated just 3 out of 15 regional subprojects (only from the North of Brazil)(16). The other study only included the perception of local supporters, not considering other relevant players such as municipal, state and federal health managers, who have the responsibility of prioritizing actions and giving political and financial support(17). Moreover, there is a lack of analyses on the implementation of projects funded by the IBRD in a broader perspective, taking into consideration aspects other than allocative efficiency(19), such as local political and organizational arrangements.

In this respect, it is important to understand the perception of those involved (all players) in implementing QualiSUS-Rede in Brazil (all regional subprojects), in order to identify the barriers and facilitators of the process. This evidence may contribute to improving other health care network implementation projects in future undertakings funded by the IBRD and other financing sources, particularly in low and middle-income countries.

The aim of this study was to analyze the perception of the players involved in implementing the QualiSUS-Rede project in order to identify the barriers and facilitators they faced in establishing health care networks, considering the execution of 15 financed regional subprojects.

## **METHODS**

### **Design**

This is an exploratory descriptive case study with qualitative data. Case studies are considered suitable strategies to explain how or why a certain intervention was applied; when the researcher has little or no control over the context; and when a contemporary phenomenon is investigated in a real context(20). We also used IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) software to identify the main speech patterns, as well as ways of speaking and reflecting about the topics of interest, enhancing the transparency and objectivity of data analysis. After running the corpus through IRaMuTeQ, the thematic analysis of the cases notes was conducted.

## **Sample and Data Collection**

The sample consisted of 191 semistructured interviews, conducted between July and December 2014. Two participants refused to record the interviews. The semistructured interviews were carried out by researcher assistants, who were trained in advance, and took place in every region. Interviews with individuals directly responsible for implementing QualiSUS-Rede were considered eligible. The questions reflected issues related to regionalization, health care networks and how the QualiSUS-Rede project contributed to improve them. Questions also asked participants on barriers and facilitators in implementing regional health care networks. At the municipal and state level, the respondents were members of the 15 working groups established to execute the regional subprojects. These groups consist of municipal departments, representatives of state health departments, municipal health councils (COSEMS) and institutional supporters of the Ministry of Health who live in the regions and, in some cases, representatives of universities and municipal health councils (social control) were also included. At the federal level, interviews were conducted with QualiSUS-Rede Project Management Unit (UGP) managers, representatives of the Ministry of Health and the National Council of Health Departments (CONASSS), which belong to the QualiSUS-Rede General Implementation Committee (CGI), and one IBRD representative, as financial agent of the Project.

In terms of general description of participants, 112 (65.5%) were female, the mean age was 45 years ( $\pm 10.64$ ), 184 (96.8%) completed the undergraduate degree, and 130 (68%) were civil servants. In terms of region, 13 were from Alto Solimões Region – Indigenous Population, 15 from Metropolitan region of Belo Horizonte, 18 from Semiarid Region of Cariri, 8 from Metropolitan region of Curitiba, 7 from RIDE - Federal District, 12 Internal Border Region of Ponta Porã, 6 from Metropolitan region Teresina, 15 from Metropolitan region Florianópolis, 21 from Agricultural Border Region of Juazeiro/Petrolina – PEBA; 10 from Metropolitan region of Porto Alegre, 8 from Metropolitan region ABC-São Paulo, 12 from Metropolitan region Belém, 9 from Metropolitan Region of Recife, 7 from Metropolitan Region of Rio de Janeiro, 22 from Interstate Region Bico do Papagaio -TOPAMA , and 8 from federal government.

## **Data Analysis**

The interviews were processed in IRaMuTeQ, version 0.7 (<http://www.iramuteq.org>), developed by Pierre Ratinaud(21). This free software is anchored to R software and Python programming language and was introduced in Brazil in 2013, primarily in the health area(22). IRaMuTeQ can perform five types of textual data analysis: classic textual statistics; group specificity research; similitude analysis; word cloud; and descending hierarchical classification (DHC). These techniques make it possible to identify the Rapport or Corpus, the text segments formed, and active, supplementary and hapax words (words that appear once in the Corpus)(23,24).

Textual data analyses included everything from simple analyses, such as the basic lexicography obtained by calculating word frequency, to multivariate analyses that produce DHC(22,25). Data processing produces the text segment (TS) classes contained in similar vocabulary and different vocabulary from the other segment classes. Next, the processed data are organized and presented as figures that illustrate the relationships between the classes(24,26). In social studies, these classes may indicate social representations or image fields on a given object, or only aspects of a same social representation(26). The interviews (texts) were randomly coded and DHC was used. The figure that expresses data organization in DHC is the dendrogram.

Classes and sub-classes emerged from the descending hierarchical classification performed by IRaMuTeQ, taking into consideration pairs of words and sentences that are often statistically associated, gathering them into the same class of discourse; words that are less frequently associated form distinct classes. The association between vocabulary and classes is measured by chi-squared tests.

## **RESULTS**

Corpus processing in IRaMuTeQ obtained a textual use of 99.27%. A total of 16,536 of the 16,685 text segments identified were classified, the number of times the Corpus was divided. The number of active forms in relation to a frequency greater than or equal to 5 was 2,666. The lexicometric characteristics of the Corpus analyzed are depicted in Table 1.



**Table 1- Main lexicometric characteristics of the different texts analyzed**

Analysis steps and text analyzed	Proportion of texts classified (%)	Word tokens	Hapax	Word types	$F_{\max}$ (of)	TTR (%)
<b>Step 1: Total text</b>	99.27	16,685	157	8,382	2,666	50.24
<b>Step 2: subtexts</b>						
Text related to the Governance Arrangement and Barriers <i>to its implementation</i>	55.47	9,187	287	6,487	2,169	70.61
Text related to the Health Care Networks in the context of QualiSUS-Rede	44.53	7,376	312	5,735	2,542	77.75

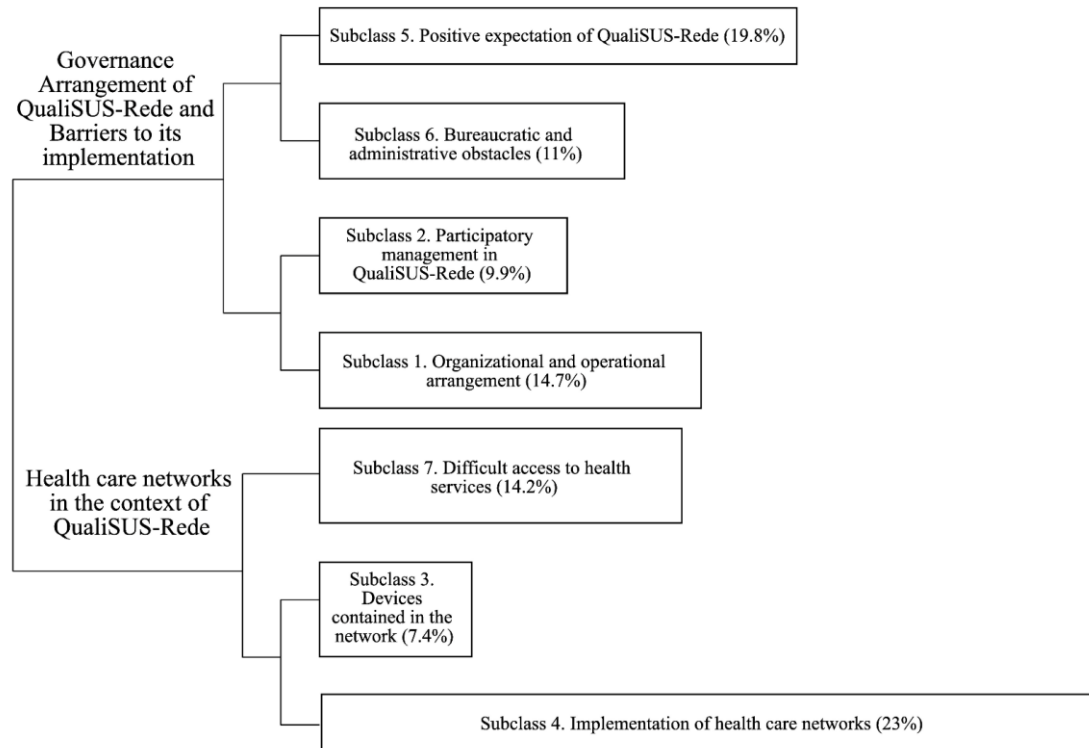
Notes: Word-tokens - number of words in the articles; hapax: number of words used only once; word type: number of word types;  $F_{\max}$ : number of times the word most frequently mentioned is used; TTR, type-token ratio: ratio between the number of word types and word tokens. A higher type-token ratio corresponds to richer texts.

Interpretive analysis of the corpus by descending hierarchical analysis using IRaMuTeQ, considering lexicometric characteristics, produced a dendrogram (Figure 1), which indicated convergence of empirical characteristics around two main discursive classes and seven distinct subclasses, whose denominations resulted from analysis of word meanings and correlation with the text segments obtained.

The first class, “*Governance Arrangement of QualiSUS-Rede and Barriers to its implementation*”, with 55.47% of the Corpus analyzed, discusses the positive expectations of the QualiSUS-Rede, bureaucratic and administrative obstacles, the participatory management model and organizational and operational arrangement adopted, as well as the relationships established among federal, state and municipal levels and between these levels and the financing agent (IBRD).

The second class, “*Health Care networks in the context of QualiSUS-Rede*”, with 44.53% of the Corpus analyzed, contains the discourse of the individuals interviewed regarding barriers to health services and the need to organize the health care network with a view to overcoming systemic fragmentation. It discusses the difficulty of organizing the network due to the absence of the tools required to guarantee comprehensive care, including therapeutic and logistical support systems and network governance.

**Figure 1 - Dendrogram representing the classes and subclasses resulting from IRaMuTeQ analysis with descendent hierarchical classification (CHD), indicating classification percentages**



### **Interpretive analysis of subclasses that emerged from descendant hierarchical classification (DHC)**

Subclass 5 “Positive expectation of the QualiSUS-Rede” (19.80% of the Corpus analyzed) demonstrates that the QualiSUS-Rede project was considered credible in the regions. It expresses the effort and desire of players in executing the project and achieving the objectives established in the working plans for regional projects. The respondents perceived that the results could promote health improvements for people living in the territories in question (Table 2).

Subclass 6 “Bureaucratic and administrative obstacles” (11.00% of the Corpus analyzed) reports the difficulties in implementing the subprojects, particularly prolonged bureaucratic procedures such as tenders, which consist of numerous stages that hinder acquisition of the inputs needed to plan activities in a timely fashion. Bureaucracy and the demands established by states, the federal government and the IBRD were cited as barriers. The time period stipulated by the Loan Agreement for executing subprojects was considered “very short”. The inability of most states to meet purchasing demands was also mentioned (Table 2).

Subclass 2 “Participatory management in the QualiSUS-Rede” (9.9% of the Corpus analyzed) presents the management model adopted, which was broad-based and participatory, involving all decision-making levels (federal, state and municipal). Political and administrative operationalization of regional subprojects occurred by forming local working groups, officially instituted by the state health departments. They were composed of different players, including secretaries and directors of municipal and state health departments, local supporters representing the Ministry of Health, and, in some cases, representatives of organized civil society, with the participation of universities and social control groups (Table 2).

Subclass 1 “Organizational and operational arrangement” (14.70% of the Corpus analyzed) demonstrates the *modus operandi* of the QualiSUS-Rede project, using working groups whose initial function was to perform regional diagnoses of the health situation that aided the creation of regional subprojects, in addition to implementing and monitoring ongoing regional projects. The group met regularly (usually monthly). At these meetings the regional subprojects were planned,

presented and submitted to interagency committees, such as the Regional (CIR) or Bipartite (CIB) Interagency Commissions. It was reported that the work was conducted in a participatory manner (Table 2).

**Table 2 - Most typical words and typical text segments from each subclass related to class1 arising from open comment analyses**

Subclasses	Typical words	Typical text segment
<b>Class 1: Governance arrangement of QualiSUS-Rede and barriers to its implementation</b>		
Subclass 5. Positive expectation of QualiSUS-Rede (19.8%)	Thing (37.99); Speak (37.74); Want (42.1); We (26.66); Get (34.9); Project (29.57); Know (31.19); Execution (41.1); Stay (34.57); Result (50.0); See (34.19); Happen (35.16); Find (27.43); Change (48.76); Leave (44.9); Execute (41.14)	“[...] <b>we</b> like to make <b>things happen</b> and <b>get results</b> ” “[...] when preparing a <b>project</b> , everybody wants it to be very successful”. “...at first everyone was enthusiastic about QualiSUS”
Subclass 6. Bureaucratic and administrative obstacles (11%)	IBRD (67.53); Tender (74.93); Company (78.52); Process (28.55); Rule (74.51); Edict (78.57); Tendering (77.38); Execution (35.6); Call for tenders (77.78); Deadline (48.02); Acquisition (36.07); Delay (57.46); Electronic reverse auction (91.11); Bidders (87.5); Month (44.49); Bureaucracy (65.48)	“ <b>Purchasing</b> of the equipment involved eighteen <b>months</b> of work to comply with Brazilian guidelines and <b>IBRD</b> rules for <b>tenders</b> ”. “ <b>Tender processes</b> are very complicated”. “First of all, <b>IBRD</b> has many demands in relation to <b>tenders</b> . Some <b>processes</b> require prior approval, and for <b>others we</b> didn’t have a supplier...” “When we managed to conclude the <b>tendering process</b> , no companies were interested in participating”
Subclass 2. Participatory management in QualiSUS-Rede (9.9%)	Municipal (56.33); Departmental (40.58); State (48.85); COSEMS (Municipal Health Councils) (57.07); Administrator (35.96); Secretary (39.43); Council (55.62); Representation (60.55); University (52.31); Health (20.2); Player (60.92); Directorate (80.0); Entity (51.33); Representative (37.7); Represent (52.94); Institution (49.58)	“The Ministry of Health, via institutional support, the <b>State Department</b> , through <b>administrators, COSEMS</b> , and <b>Municipal Secretaries</b> ” “To consolidate the experience of state- <b>municipality</b> cooperation, the <b>state university, COSEMS, State</b> and <b>Municipal Health Councils</b> participated” “ <b>COSEMS</b> and the <b>state council</b> also participated, but not all the time”
Subclass 1. Organizational and operational arrangement (14.7%)	Meeting (60.47); Participate (51.66); Working group (53.5); CIR (65.09); Group (51.03); Preparation (50.51); Supporter (49.19); Orientation (60.87); Representative (51.23); Monthly (65.08); Present (57.09); Participation (40.62); Accompany (50.93); Exhibit (49.55); Meet (63.11)	“In addition to <b>participating</b> in all the <b>meetings</b> , we also try to <b>read through</b> the minutes. The <b>group</b> also communicates by telephone” “It’s an organized region; when I started, the <b>working group meetings</b> were <b>monthly</b> , but now they’re a little farther apart”. “ <b>Preparation</b> (of subprojects) was <b>participatory</b> ”

---

“The priority issues were established in **CIR** along with the **state health department**”

---

Subclass 7 “Difficult access to health services”, with 14.20% of the Corpus analyzed, discusses the perception of players regarding the low capacity of the system to meet patient demands for appointments, treatment and examinations in a timely fashion. They report an increasing demand for specialized hospital care as the entry point to the health system, which has significantly impacted municipal budgets, and that structuring hospital services involves more than just providing beds. Lack of a regulation is an important problem, since patients are ultimately referred to hospitals that belong to the network, within a particular health region, but on arriving at the unit find the bed does not exist, meaning they have to search throughout the network (Table 3).

Administrators linked to regional subprojects in the states of Tocantins, Pará and Maranhão, the region of Alto Solimões and municipality of Teresina, Piauí state reported wide gaps in care and lack of access to specialized services, requiring users to seek treatment outside their health regions, traveling substantial distances. This means that municipalities with medium and high complexity structures are overloaded by the large number of patients from neighboring municipalities that do not offer these services. These municipalities feel “invaded” and allege not having sufficient resources for their own city, let alone to treat patients from other locations.

The low capacity of some regions is a limiting factor in organizing the networks. The project proposed funding the development of network integration and service coordination mechanisms. The question that the interviewees left unanswered was how to improve network organization and develop coordination mechanisms when the operational structure is inadequate and has significant health care gaps. Subclass 3 “Devices to create the care networks” (7.40% of the Corpus analyzed) refers to the operational structure of the network, that is, the components funded by QualiSUS-Rede to support creating or strengthening the regional networks. Each subproject could select between one and five areas to invest in, provided they were in line with the initial situational diagnoses of each region. They reported investments in the logistical support system, especially patient transport

in the subprojects of Cariri and Teresina, in the states of Ceará and Piauí, respectively; they recorded the implementation of the information system for basic care (e-SUS) and pharmaceutical care qualification (Hórus) in nearly all the municipalities enrolled in QualiSUS-Rede. There was also investment in the therapeutic diagnosis system, governance system and primary care qualification, important devices in network organization and health system integration (Table 3).

Subclass 4 “Implementation of Health Care Networks” (23.00% of the Corpus analyzed) discusses the context of including QualiSUS-Rede in primary care qualification and thematic networks (mother-child, urgent and emergency care, psychosocial and chronic diseases), which are linked to resources aimed at structuring and funding contracted health services. Some respondents felt that QualiSUS-Rede would strengthen the existing policy and add to previously institutionalized investments or those underway. They stated that the project promoted discussions on the regional network and made it possible to create management instruments, regional health plans and coordination with thematic networks. They also mentioned that the network had not proven to be very effective because administrators have a fragmented and poorly coordinated view of health care. Furthermore, although all the formal elements of the network are present, they do not function in practice, which limits its problem-solving capability. Another important aspect cited is that for health care networks to function better, investment in human resource training is necessary, especially in primary care, which has yet to assume its coordinating role in the network (Table 3).

**Table 3 - Most typical words and text segments from each subclass in relation to class 2 and arising from open comment analyses**

Subclasses	Typical words	Typical text segment
<b>Class 2- Health care networks in the context of QualiSUS-Rede</b>		
Subclass 7. Difficult access to health services (14.2%)	Hospital (70.96); Patient (70.7); Unit (58.17); Treat (65.71); Pará (77.14); Treatment (70.24); Exam (84.16); Bed (73.88); Tocantins (76.42); Maranhão (63.98); Teresina (78.12); Risk (78.41); Appointment (68.75); Alto Solimões (80.25); Reform (61.7); Reference (54.04)	<p>“A major gap is the population’s access to the service”</p> <p>“...how many <b>beds</b> do I <b>need</b>? There is no use sending 100 pregnant women to your <b>hospital</b> if you can only <b>accommodate</b> 50”.</p> <p>“in <b>oncology patients</b> end up costing the system much more. The doctor prescribes a series of <b>exams</b> for a radiotherapy <b>patient</b>, who leaves the hospital with all these requests for <b>tests</b>, and then what ...?”</p> <p>‘...anyway, it’s important to talk about the everyday operations of the network”</p>
Subclass 3. Devices contained in the network (7.4%)	Logistics (77.39); System (49.69); Transport (57.55); Support (54.83); Sanitary (59.39); Therapeutic (93.89); Diagnosis (53.62); E-SUS (57.94); Governance (46.09); Main (35.16); Hórus (56.33); Elective (62.0); Implement (33.26); Qualification (32.11); Facility (45.45)	<p>“Implementation of the <b>governance system, primary care qualification</b>”.</p> <p>“...<b>logistical support</b>, and the <b>governance system of governance</b> also progressed.</p> <p>“in the <b>logistics system</b>, resources for <b>qualification, acquisition</b> of information technology equipment’.</p> <p>“<b>acquisition</b> of vehicles, consultancy for implementing <b>patient transport</b>”</p> <p>“...funds to <b>purchase</b> eight obstetric ultrasound machines, to reinforce the cegonha network”</p>
Subclass 4. Implementation of health care networks (23%)	Network (59.69); Cegonha Network (65.61); Urgency and Emergency (66.2); Region (43.6); Health Care Network (77.54); Organization (66.83); Psychosocial Network (80.88); Basic Care (47.59); Health (36.72); Care (59.66); Instrument (54.45); Strengthen (61.74); Flow (61.74); Plan (46.06); Regionalization (64.88)	<p>“Each state is drawing up its action <b>plans</b> for the <b>cegonha network, urgent and emergency care network, psychosocial network</b>. This might not have been possible without <b>QualiSUS</b>.”.</p> <p>“The Alto Solimões <b>region</b> was not a priority, but it became one. A major advance was to managing to implement these <b>health</b></p>

---

**care networks**, especially  
the **cegonha network**”

“**The cegonha and  
psychosocial networks**  
advanced most. **The  
urgent and emergency  
care network** never  
materialized”

“We managed to draw up a  
**flowchart** of the network in  
the health department”.

---



## DISCUSSION

In the present study, which is based on the perception of the individuals involved, facilitators and barriers were detected in implementing health care networks in the QualiSUS-Rede context. Three main facilitators were identified. The first is related to the fact that QualiSUS-Rede is perceived by administrators as an opportunity to improve health services. The second is the selection of participatory management for all the QualiSUS-Rede implementation phases (situational diagnosis, planning and execution). This strengthened integration and the regional governance model, thereby complying with the SUS institutional framework, which considers municipalities as privileged spaces to overcome the challenges and dilemmas inherent to the Brazilian health system. As such, it is essential to construct a solid local governance framework, capable of providing technical, management and political support to health policies(27). The third facilitator is the fact that the QualiSUS-Rede project, using thematic networks, prompted discussions on health care network planning, particularly in areas where previous experiences were scarce or nonexistent.

Barriers to QualiSUS-Rede implementation were predominantly related to external aspects such as excessive bureaucracy, prolonged tender processes, low administrative capacity, absence of knowledge about IBRD guidelines and lack of continuity in working groups, either by high management turnover or a decline in the development of subprojects due to electoral periods(18).

The QualiSUS-Rede project made it possible to allocate additional resources to implement thematic care networks, which was well received by the players involved as an opportunity to improve access to health services and promote integration of the system. This enthusiasm is mirrored in the literature, given that health care network implementation experiences in other international contexts have proven to be successful in integrating different levels of health care(8,9,25,28).

However, frustrations arose during the course of the project, due to the difficulties encountered in execution and integration with government funding available for thematic networks.

The inability of state and municipal government officials to deal with complex bureaucratic and administrative processes significantly prolonged the implementation of these subprojects. The financial difficulties faced in the public

sector are well known and recurrent in Brazil(29,30). In the QualiSUS-Rede context, in addition to the legal constraints (federal, state and municipal), executing subprojects involved applying the Loan Agreement guidelines and required changes in the routines traditionally used by public administration. Requirements such as the need for administrative organization to participate in electronic reverse auction in regions without a structured electronic system, and previous authorization for a public call prepared by the states delayed the purchasing process. The authors believe that the deadlines were unreasonably short, since the deadlines had expired by the time officials finally familiarized themselves with the rules. A number of flaws corroborate this situation: “*some of the things they (IBRD) wanted us to do for the project were impossible*”, “*the execution time was incompatible with the challenges*”. For many of the individuals interviewed, the objective of the QualiSUS-Rede project was overly ambitious for the time allowed to achieve it. In its final report on QualiSUS-Rede implementation, the IBRD recognized these factors and described them as lessons learned(31).

A fragmented health care system was also indicated as a barrier to implementing QualiSUS-Rede, reflecting the implementation of the SUS. For example, decentralization of health policies assigned increasingly more responsibilities to individual municipalities, albeit unequally and more intensely in states and municipalities with above average infrastructure, resources and managerial capacity(32). As such, there was little incentive to cooperate and integrate health services among municipalities, causing fragmented health care and compromising the SUS principles of universality and integrality(8). Furthermore, when mechanisms were created to support health care services in 2000, they were essentially in the area of standardization, with little concrete experience in implementing health care networks. Despite the progress in certain regions, this standardization was not sufficient to overcome the obstacles to regionalization and decentralization(33). In this respect, QualiSUS-Rede was one of the first incentive strategies to put the organization of regionalized health care networks into practice(34).

Progress in health regionalization in Brazil has been erratic, since it depends on multiple factors, such as how the regionalization process is conducted by state health departments, especially in terms of strengthening or not regional

discussions; the existence of a culture of intergovernmental negotiation; accumulated experience in government planning; and regional frameworks of service integration that extrapolate urban networks(35). Added to the complex process of implementing regionalization are the following: i) the existence of multiple agents (governmental and non-governmental; public and private) involved in managing and providing health care; ii) the need to develop planning, administration, coordination, regulation and funding mechanisms and instruments for health service networks(15,36); and iii) the need to integrate the different health care services and economic and social policies aimed at development and reducing regional inequalities(37).

Collaboration between the interested parties favored the creation of regional health plans, guided by the situational diagnoses performed. The outcome was better regional coordination through group meetings in the different regions, encouraging interaction between state and municipal entities. It is important that the parties comply with the guidelines established during monitoring and that universities participate give their essential role in qualifying professionals(17).

On the other hand, some groups that started with greater participation saw their role reduced during the process. This can be partly explained by the difficulty in building consensus on the priorities to be implemented. The lack of consensus in some cases resulted from the needs being greater than the resources available in QualiSUS-Rede. Moreover, there was also disagreement among the individuals involved and conflicting interests, thereby hindering the work process(27,38). Furthermore, some groups exhibited lack of continuity, especially in the election year of 2014, when some activities were paralyzed(17,18).

Our study addressed several problems that have frustrated previous efforts. First, we took into account all the regional projects implemented in the context of QualiSUS-Rede. Second, we interviewed all relevant players involved in implementing QualiSUS-Rede at local, municipal, state and national level. Third, the use of IRaMuTeQ allowed the classification and rigorous analysis of text units according to the pattern of co-occurrences, identifying and gathering similar vocabulary into classes and subclasses of discourse, which is a good option for researchers interested in conducting textual analysis on large textual corpora. That said, some limitations of our study should be acknowledged. First, the interviews were conducted one year before the QualiSUS-Rede project had

concluded. It is not clear whether this time lag influenced the perception of players regarding facilitators and barriers. Second, the results may not be generalizable to other healthcare contexts.

## **CONCLUSIONS**

Our results showed that players involved in the implementation of QualiSUS-Rede project faced much more barriers than facilitators during the process of implementing health care network in Brazil. According to the perception of the players, these barriers emerged from several aspects, from failure in prioritizing investments, opting for ambitious objectives to be achieved in a very short timeframe, to low local capacity to deal with bureaucratic and administrative obstacles.

A major lesson learned from the experience of implementing the QualiSUS-Rede project was the difficulty in prioritizing investments in contexts where the needs are significant and pressing. This may have contributed to establishing overly ambitious objectives for the execution time of the project. There was a lack of self-criticism among national administrators (state and federal) in assessing whether or not the goals were realistic and feasible for the time frame proposed for the regional subprojects, given the poorly integrated health systems in these areas. In this respect, the expectation of having the opportunity to invest in the network led administrators to attempt to do everything at the same time. However, the strategy culminated in a buildup of challenges and barriers to implementing the subprojects. This is reflected in the positive initial expectations of the parties involved, and their frustration with the difficulties faced during implementation of QualiSUS-Rede.

The discourses indicated that the health system is far from being integrated, since the consolidation mechanisms of the different health services (primary, secondary and tertiary) are still in the construction phase. For example, some of the operational elements of the network are fragile, such as health regulation (elective procedures, appointments with specialists and hospital beds), information systems that do not communicate between each other, and the diagnostic and therapeutic support system (long wait for examinations).

Furthermore, it is important to have a preparatory phase before the project (in addition to situational health analysis) so that individuals can gain knowledge of

the local capacity to comply with the rules of the agreement. This phase could minimize the difficulties faced in establishing and implementing priorities.

The present study only analyzed the perception of interested parties regarding implementation of the QualiSUS-Rede project. As such, further studies are needed to assess the effective results for the health of the population covered by these regional subprojects, taking into account their execution time.

## **DECLARATIONS**

### **Ethical clearance**

We used the database of the Assessment Study on the Degree of Implementation of the QualiSUS-Rede Project, conducted by the Laboratory for the Assessment of Regional Endemic Situations (LASER) belonging to the National Public Health School (ENSP) Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ), whose Research Ethics Committee Nacional Public Health Sergio Arouca of Oswaldo Cruz Foundation, approved the Project under number 213.691/2013. All participants provided informed written consent. Moreover, all data were analyzed in aggregation and fully anonymized.

### **Consent of publication**

Not applicable.

### **Availability and data and materials**

The data that support the findings of this study are available from **Dr. Marly Cruz**, who is co-author of this study, but restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for the current study, and so are not publicly available. Data are however available from the authors upon reasonable request and with permission of Dr. Marly Cruz.

### **Competing interests**

The authors declare that they have no competing interests.

### **Funding**

No funding was obtained.

### **Author's contributions**

Conceived and designed the study: MMO HEH ENS. Performed the study: MMO HEH MCR ENS. Analyzed the data: MMO HEH MCR MMC ENS. Wrote the

paper: MMO HEH MCR MMC ENS. Provided editorial advice: MMO HEH MCR MMC ENS.

## ACKNOWLEDGEMENTS

We would like to thank the Laboratory for the Assessment of Regional Endemic Situations (LASER, acronym in Portuguese), belonging to the National Public Health School, for sharing the qualitative data with our research group.

## REFERENCES

1. World Health Organization. WHO Global Health Expenditure Atlas [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014 [cited 2017 Dec 21]. 228 p. Available from: <http://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf>
2. Silva EN, Powell-Jackson T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000–2014. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2017;2:e000242. Available from: <http://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/2/e000242.full.pdf>
3. Ottolini FL, Buggio L, Somigliana E, Vercellini P. The complex interface between economy and healthcare: An introductory overview for clinicians. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2017 Dec 21];36:1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27577606>
4. World Health Organization. 2015 Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015 [cited 2017 Dec 21]. 40 p. Available from: [http://www.who.int/health-technology-assessment/MD\\_HTA\\_oct2015\\_final\\_web2.pdf](http://www.who.int/health-technology-assessment/MD_HTA_oct2015_final_web2.pdf)
5. Stephens JM, Handke B, Doshi JA. International survey of methods used in health technology assessment (HTA): does practice meet the principles proposed for good research? *Comp Eff Res* [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec 21];2:29–44. Available from: <https://www.ispor.org/workpaper/International-survey-of-methods-used-in-HTA.pdf>
6. Rashidian A, Omidvari AH, Vali Y, Mortaz S, Yousefi-Nooraie R, Jafari M, et al. The effectiveness of regionalization of perinatal care services - a systematic review. *Public Health* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2017 Dec 21];128(10):872–85. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350614001978>
7. Tung Y-C, Chang G-M. The Relationships Among Regionalization, Processes, and Outcomes for Stroke Care: A Nationwide Population-based Study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016 Apr [cited 2017 Dec 21];95(15):e3327. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27082581>
8. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, Da-Silva MRF, De Paepe P, Vázquez ML. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: From formulation to practice. *Health Policy Plan*. 2015;30(6):705–17.

9. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde [Internet]. 2nd ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2017 Dec 21]. 549 p. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. [Internet]. Brasília, Brasil; 2010. Available from: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)
11. Musgrove P, Creese A, Preker A, Baeza C, Anell A, Prentice T, et al. The World Health Report 2000 - Health Systems: improving Performance [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000 [cited 2017 Dec 21]. 215 p. Available from: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)
12. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHA da L, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF de. Health care networks under the light of the complexity theory. Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 21];19(1):169–73. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150023>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N 396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais [Internet]. Brasil; 2011. Available from: [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2011/iels.mar.11/iels44/U\\_PT-MS-GM-396\\_040311.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.mar.11/iels44/U_PT-MS-GM-396_040311.pdf)
14. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Operacional do Projeto QualiSUS-rede -Documento Base - Volume 1 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2018 Jan 8]. 56 p. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/08/Vol1DocBaseQualiSUS-RedeWeb.pdf>
15. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2010;15(5):2297–305. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
16. The World Bank. QUALISUS-REDE Brazil Health Network Formation and Quality Improvement Project [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 21]. Available from: <http://projects.worldbank.org/P088716/qualisus-rede-brazil-health-network-formation-quality-improvement-project?lang=en&tab=ratings>
17. Oliveira EA de, Cardoso GCP, Santos EM dos, Oliveira MM, Cruz MM. O apoiador local como ator estratégico na implementação do QualiSUS-Rede: engenheiros de conexão? Saúde em Debate [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 Jan 7];41(spe):275–89. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000500275&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500275&lng=pt&tlng=pt)
18. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, Alves G dos R, Cardoso GCP. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. Cien Saude Colet [Internet]. 2017;22(4):1209–24.

- Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=pt&tlng=pt)
19. Rizzotto MLF, Campos GW de S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde e Soc [Internet]*. 2016;25(2):263–76. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000200263&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200263&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
  20. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods*. 5th ed. California, USA: Sage Publication; 2014. 265 p.
  21. Ratinaud P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires - 0.7 alpha 2 [Internet]. 2014. Available from: <http://www.iramuteq.org>
  22. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicol [Internet]*. 2013 [cited 2018 Jan 8];21(2):513–8. Available from:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
  23. Gilles I, Mayer M, Courvoisier N, Peytremann-Bridevaux I. Joint analyses of open comments and quantitative data: Added value in a job satisfaction survey of hospital professionals. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173950.
  24. Hess F, Salze P, Weber C, Feuillet T, Charreire H, Menai M, et al. Active Mobility and Environment: A Pilot Qualitative Study for the Design of a New Questionnaire. *PLoS One [Internet]*. 2017 [cited 2018 Jan 26];12(1):e0168986. Available from:  
<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0168986>
  25. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]*. 2013 [cited 2018 Nov 12];23(4):1101–22. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
  26. Veloz MCT, Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Reflexões sociais do envelhecimento. *Psicol Reflexão e Crítica [Internet]*. 1999 [cited 2018 Jan 6];12(2):479–501. Available from:  
<http://www.redalyc.org/html/188/18812215/>
  27. Fleury S, Luiz A, Ouverney M, Soares T, Barbosa F. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública [Internet]*. 2010 [cited 2018 Jan 9];28(6):446–55. Available from:  
[http://www.paho.org/journal/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=pdfs-december-2010&alias=190-governanca-local-no-sistema-descentralizado-de-saude-no-brasil-local-governance-in-the-decentralized-health-care-system-in-brazil&Itemid=847](http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-december-2010&alias=190-governanca-local-no-sistema-descentralizado-de-saude-no-brasil-local-governance-in-the-decentralized-health-care-system-in-brazil&Itemid=847)
  28. Magalhães Jr. HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg em Saúde para Debate*. 2014;52(0103–4883):15–37.
  29. Assis MMA, Cerqueira EM de, Nascimento MAA do, Santos AM dos, Jesus WLA de. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Rev APS [Internet]*. 2007 [cited 2018 Jan 29];10(2):189–99. Available from: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/11tencao.pdf>
  30. David GC, Shimizu EH, Silva EN. Atenção Primária à Saúde nos



- municípios brasileiros: eficiência e disparidades. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 29];39:232–45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00232.pdf>
31. The World Bank. Brazil - BR Health Network Formation & Quality Im [Internet]. Washington, USA; 2017 [cited 2018 Jan 26]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/437261485364913871/Brazil-BR-Health-Network-Formation-Quality-Im>
  32. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde redes locais, regionais e nacionais. /Ministério da Saúde/Secretaria Assuntos Estratégicos da Presidência da República [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 1];3:143–82. Available from: <http://books.scielo.org/id/98kpw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>
  33. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM, Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 Jan 29];22(4):1097–108. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401097&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401097&lng=pt&tlng=pt)
  34. Albuquerque MV, Viana AL d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 21];39(N. Especial):28–38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00028.pdf>
  35. Lima LD de, Viana AL d'Ávila, Machado CV, Albuquerque MV de, Oliveira RG de, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais<sup>ipt</sup>; Regionalization and access to healthcare in Brazilian states: historical and political-institutional conditioning factors<sup>ien</sup>. *Ciênc.saúde coletiva* [Internet]. 2012;17(11):2881–92. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100005](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100005)
  36. Kuschner R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010;15(5):2307–16. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=pt&tlng=pt)
  37. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD de, Baptista TW de F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011;16(3):3003–16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf>
  38. Fleury S, Ouverney A. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão* [Internet]. Vol. 11, *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*. INDEG/PROJECTOS - Instituto para o Desenvolvimento da Gestão Empresarial; 2012 [cited 2018 Jan 16]. 74–83 p. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-44642012000200007&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-44642012000200007&script=sci_arttext&tlng=es)

**Artigo 2 - Supplementary Material 1 - Description of QualiSUS-Rede regions, Brazil.**

<b>Regions</b>	<b>Participating states</b>	<b>Municipalities involved (n)</b>	<b>Population covered</b>	<b>Characteristics of the region</b>	<b>Main care network supported</b>
Metropolitan Region of Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	12	9,915,250	Metropolitan region	RUE and Cegonha Network
Metropolitan Region of Recife	Pernambuco	20	3,979,876	Metropolitan region	Cegonha Network
Metropolitan region of Belo Horizonte	Minas Gerais	104	6,105,708	Metropolitan region	RUE and Cegonha Network
Metropolitan region of Curitiba	Paraná	29	3,357,662	Metropolitan region	RUE and Cegonha Network
Metropolitan region Florianópolis	Santa Catarina	22	988,324	Metropolitan region	RUE and RAPS
Metropolitan region of Porto Alegre	Rio Grande do Sul	24	3,639,964	Metropolitan region	RUE and Cegonha Network
Metropolitan region ABC	São Paulo	7	2,605,277	Metropolitan region	RUE and Cegonha Network
Metropolitan region Teresina	Piauí	31	1,159,877	Metropolitan region	RUE and Cegonha Network
Metropolitan region Belém	Pará	5	2,710,385	Metropolitan region	Cegonha Network and RASPCD
RIDE	Federal District, Minas Gerais and Goiás	4 plus FD	3,724,181	Integrated Development Region – RIDE FD	RUE and Cegonha Network
Alto Solimões Region – Indigenous Population	Amazônia	9	221,875	Amazon region with a predominantly indigenous population	RUE and Cegonha Network
Internal Border Region of Ponta Porã - MS	Mato Grosso do Sul	19	514,668	International Border Region	RUE and RAPS
Agricultural Border Region of Juazeiro/Petrolina - PEBA	Pernambuco and Bahia	62	1,956,470	Agricultural Border Region	Cegonha Network
Interstate Region Bico do Papagaio - TOPAMA	Tocantins, Pará and Maranhão	110	2,394,901	Interstate region	RUE, Cegonha Network, RAPS and RASPCD
Semiarid Region of Cariri	Ceará	19	725,656	Brazilian semiarid region	Cegonha Network

Cegonha Network = Maternal and Children's Network; RAPS = Psychosocial Care Network; RUE = Urgent and Emergency Care Network; RASPDC = Care Network for People with Chronic Diseases with an emphasis on Breast and Cervical Cancer Control.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados dessa tese responderam às questões que nos motivaram a estudar o processo de implementação do QualiSUS-Rede. A análise de implementação, conjugada com as diversas estratégias metodológicas aplicadas, se mostrou suficiente para o julgamento da intervenção.

Do ponto de vista da execução financeira, comprovou-se que o desempenho foi aquém do planejado e do esperado. Múltiplas variáveis interferiram nesse desempenho, as principais foram: perda de pelo menos um ano entre a assinatura do acordo de empréstimo e o início da implementação; processos morosos de análise e aprovação dos subprojetos regionais para início do desembolso financeiro; estranhamento nos estados com relação às regras de execução, especialmente em relação ao apartamento das regras do BIRD com as legislações e normas estaduais e federais; e, processos de aquisições morosos.

No Componente 1, dos 15 subprojetos regionais, apenas sete subprojetos ultrapassaram a marca de 50% de execução e apenas três mais que 60%. Vale ressaltar que três dos maiores subprojetos regionais (RM Belo Horizonte, RM Recife e RM Rio de Janeiro) desistiram da execução, o que também impactou sobremaneira o desempenho de execução financeira do projeto. Quanto à execução técnica desses subprojetos regionais, para atender ao objetivo central do Projeto de organização das redes de atenção nas regiões de abrangência, observou-se que os subprojetos regionais optaram por investir em vários dos eixos de financiamento, fragmentando as aquisições e privilegiando a aquisição de bens de capital, como equipamentos médico-hospitalares voltados para a estruturação física de serviços, onde se aplicou 45% dos recursos destinados aos subprojetos regionais

Em relação ao Componente 2, Intervenções Sistêmicas, executado sob responsabilidade do Ministério da Saúde, concluiu-se que houve um bom desempenho de execução financeira por parte do Ministério da Saúde. Houve ampliação no número de intervenções sistêmicas e o recurso foi aplicado em elementos estruturantes das redes, tais como sistemas de apoio logístico, qualificação de profissionais de saúde para atuarem na gestão da assistência farmacêutica, incremento logístico para implementação do e-SUS na atenção

básica nas regiões do QualiSUS-Rede e um importante diagnóstico situacional sobre gestão de tecnologias médico-hospitalares em unidades hospitalares nas regiões de abrangência do projeto incrementos.

Para além dos resultados da execução operacional e financeiro, essa tese viabilizou o conhecimento do caminho percorrido pelo Qualisus-Rede, da formulação da política à implementação, sendo possível caracterizar a teoria subjacente ao QualiSUS-Rede, expressa nos modelos elaborados no Artigo 1. Ao desvelar a cadeia de causalidade explicitada nos normativos que orientaram a implementação da intervenção, foram identificadas as hipóteses de mudança esperadas pelo QualiSUS-Rede. Os modelos se mostraram potentes para relacionar os atores envolvidos com a teoria de funcionamento para produção dos efeitos de causalidade.

A mobilização de teorias tornou explícito os pressupostos que informaram o QualiSUS-Rede. A utilização da teoria da mudança e de seus componentes lógicos (racionalidade causal, teoria de funcionamento e teoria das relações) orientaram a modelização das etapas da análise estratégica e se mostraram adequadas para uso nos processos de aprimoramento institucional. O estudo demonstrou potência de se trabalhar com múltiplas estratégias metodológicas, com base na teoria da intervenção, configurando-se, ao nosso entendimento, como uma alternativa para modelagem teórica de outras intervenções.

O QualiSUS-Rede obteve pertinência total em duas dimensões da análise estratégica: AE1 - identificação dos problemas e do objetivo e AE2 – das estratégias adotadas. Quanto aos atores (AE3), a pertinência foi parcial, uma vez que nem todos os atores necessários foram inseridos na formulação da intervenção, além dos gestores do nível central, como representações dos gestores estaduais, municipais ou do controle social, incluí-los nos parece fundamental. Assim como não se identificou a presença de representantes do controle social nem na fase de formulação nem na implementação. A teoria da intervenção possibilitou, ainda assim, a identificação da presença dos elementos necessários à implementação.

A análise estratégica evidenciou que os arranjos de gestão não se sustentaram, especialmente no nível central, onde o comitê de implementação aos poucos foi se distanciando da execução, deixando sob responsabilidade

da unidade gestora (UGP), que deveria ser o braço administrativo e gerencial, a gestão política do processo.

Explorar novos arranjos de gestão e desenhar não só o modo de funcionamento técnico, mas considerar as relações entre os atores e seus interesses coletivos e/ou privados, podem orientar o processo de implementação.

Ao que diz respeito à análise de implementação dos subprojetos regionais, a análise da percepção dos atores, considerando-se as entrevistas realizadas, trouxe riqueza de detalhes e explicou muitos dos “porquês” que elucidaram a baixa execução financeira e a fragmentação na execução das atividades.

Os gestores entrevistados relataram que encontraram muito mais barreiras do que facilitadores durante o processo de implementação da rede de atenção à saúde no contexto do QualiSUS-Rede. De acordo com a percepção dos atores, essas barreiras emergiram de vários aspectos, desde falhas na priorização de investimentos, optando por objetivos ambiciosos a serem atingidos em prazos muito curtos, até a baixa capacidade local para lidar com obstáculos burocráticos e administrativos.

Uma lição aprendida com a experiência de implementação do QualiSUS-Rede foi que existe grande dificuldade em se priorizar investimentos em contextos onde as necessidades são significativas e prementes, com isso, avaliar o risco de se investir em muitas frentes ao mesmo tempo deve ser uma condição. Faltou uma análise mais crítica aos administradores (estaduais e federais) ao definirem os objetivos e as estratégias de intervenção e não avaliarem se eram realistas e viáveis dentro dos prazos estabelecidos para execução dos subprojetos regionais.

A expectativa em torno de se investir na organização das RAS perdeu força no meio do processo em função da extinção do Departamento de Redes de Atenção à Saúde (DARAS) que causou esvaziamento e desarticulação nos comandos do nível central, associado ao próprio esvaziamento do comitê geral de implementação. A indução do MS para adesão dos estados às portarias que visavam implantar as redes temáticas e a preocupação dos gestores estaduais em elaborarem seus planos de implementação, pareceu concorrer com a execução do QualiSUS-Rede e levou certo tempo para que se tivesse a

compreensão de que o QualiSUS-Rede poderia ser mais uma estratégia a convergir para o objetivo da organização das linhas de cuidado.

As falas dos entrevistados indicaram que a integração do sistema de saúde ainda não é uma realidade, uma vez que mecanismos de consolidação dos diferentes serviços de saúde (primário, secundário e terciário) ainda estão em fase de construção. Existe fragilidade na rede, em relação aos elementos operacionais, como a regulação da saúde (procedimentos eletivos, consultas com especialistas e leitos hospitalares), sistemas de informação que não se comunicam entre si e o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico (longa espera para exames).

Em relação à implementação de projetos, especialmente advindos de acordos de empréstimo, nos pareceu que a fase preparatória foi insuficiente e acabou pressionando os tempos de execução. Houve demora para se iniciar a execução e morosidade nos processos de implementação. As pessoas entrevistadas, em maioria, concluíram que a capacidade instalada nos estados foi insuficiente para agilizar a execução e que as regras advindas do acordo de empréstimo foi fator dificultador para a execução. Uma análise de risco poderia minimizar as dificuldades enfrentadas.

O presente estudo analisou a percepção de atores responsáveis pela implementação do projeto QualiSUS-Rede. Não foram analisados os resultados do projeto do ponto de vista dos efeitos que poderiam ter produzido na saúde da população coberta pelos subprojetos regionais, um fator limitador do nosso estudo. Espera-se que outros estudos avaliativos possam complementar os achados aqui apresentados.

Compreende-se que estudos avaliativos são potentes ferramentas a serem usadas no processo de monitoramento das políticas de saúde, frente ao seu potencial para correção de rumos das intervenções em saúde. Admite-se que estudos dessa natureza podem contribuir com a gestão e orientar os processos decisórios frente à formulação e implementação de projetos, programas e políticas de saúde, e que podem trazer amadurecimento institucional para todos os profissionais envolvidos. Nesse sentido, é recomendável que intervenções futuras contemplem avaliações de processo integradas ao processo de monitoramento.

Acredita-se, a partir das evidências apresentadas nesta tese, ser indispensável compreender que as políticas são de fluxo contínuo e que decisões e procedimentos são adotados por todo o tempo de vida de determinada política. Ainda que a implementação de políticas requeira uma sequência organizada de etapas a serem cumpridas, há de se reconhecer que uma sequência sucessiva de atividades não necessariamente produzirá os resultados esperados, até porque o contexto influencia sobremaneira o fluxo e requer dos atores envolvidos atenção aos sinais e alertas para a promoção de correção de rumos necessários à consecução dos resultados esperados.

Para finalizar, ressalta-se que esta tese não pretendeu esgotar as discussões aqui evidenciadas, mas sim contribuir com a reflexão que orbita em torno da implementação de políticas públicas, especialmente quando se trata de projetos, cuja temporalidade é delimitada já na partida, e por isso exige agilidade nos tempos de execução e certo pragmatismo na concepção das intervenções. Espera-se que estudos posteriores possam trazer novos elementos que iluminem essas questões e que contribuam com o engrandecimento do SUS que queremos para a população brasileira.

## **9. LIMITES DA PESQUISA**

Este estudo, como todos os outros, apresenta suas limitações. O marco conceitual utilizado atendeu ao propósito dessa tese, entretanto, reconhece-se que outros caminhos metodológicos poderiam ser trilhados. A opção pelo uso da análise estratégica, no Artigo 1, por exemplo, foi uma escolha realizada frente a tantas outras existentes no campo da avaliação, mas foi a selecionada por ter possibilitado a interação com a teoria de mudança, de forma que todos os elementos a serem explorados estivessem contemplados. De outro lado, é sabido que o objeto em estudo não se esgotaria sob nenhuma proposta metodológica.

O fato de a base de dados usada no Artigo 2 derivar de entrevistas realizadas num momento em que o QualiSUS-Rede iniciava a execução dos respectivos planos de atividades /aquisições, caracteriza-se como um limitador, pois alguns aspectos do ponto de vista mais finalístico não puderam ser observados. Esse fato limitou a possibilidade de se verificar os benefícios que



a intervenção pudesse proporcionar, uma vez que os insumos planejados pudessem ter sido adquiridos. Também se interporia como limite, o fato de que essa tese foi realizada sem financiamento, o que não possibilitaria retorno ao campo após a finalização do QualiSUS-Rede, especialmente se levarmos em conta a complexidade do projeto (múltiplos atores e estados envolvidos).

O fato de a autora ter atuado na implementação do projeto, ao mesmo tempo em que possibilitou muita familiaridade com o tema e oportunizou convivência com os diversos grupos condutores da intervenção pelo Brasil afora, trouxe ao projeto um caráter mais pessoal e foi necessário recorrer ao distanciamento necessário para melhor julgamento da intervenção, sem perder o que motivou esse estudo, que foi relatar a experiência da implementação do QualiSUS-Rede, na expectativa de que esse estudo possa produzir evidências com potencial para orientar futuras decisões sobre implementação de políticas de natureza similar.

**REFERÊNCIAS**

1. Dourado D de A, Elias PEM. Regionalization and political dynamics of Brazilian health federalism. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2011;45(1):204–11. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-89102011000100023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-89102011000100023)
2. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Pinto LF, Silva CMFP da. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *TT - Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. TT - Federalism and health policy in Brazil: Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;23(6):1777–89. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000601777](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000601777)
3. Brasil. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasil; 1988. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)
4. Bercovici G. Dilemas do estado federal brasileiro. In: *Estado e Constituição*. Livraria dos Advogados, editor. Porto Alegre; 2004. 104 p.
5. Dourado DDA, Eduardo P, Elias M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro Regionalization and political dynamics of Brazilian health. *Heal San Fr*. 2011;45(1):204–11.
6. Dourado DDA, Dallari SG, Elias PEM. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. *Rev Direito Sanitário* [Internet]. 2013 Mar 6 [cited 2019 May 25];12(3):10. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/688>
7. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 21];377(9779):1778–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>
8. Landmann-Szwarcwald C, Macinko J. A panorama of health inequalities

- in Brazil. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 21];15(1):174. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27852273>
9. Victora C. Socioeconomic inequalities in Health: Reflections on the academic production from Brazil. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016 Dec 17 [cited 2017 Dec 21];15(1):164. Available from:  
<http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0456-z>
  10. Viana AL d'Ávila, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A De, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 Jun [cited 2018 Oct 23];23(6):1791–8. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt&tlng=pt)
  11. Viana AL d'Ávila, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A De, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Feb 2];23(6):1791–8. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt&tlng=pt)
  12. Brasil. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.080, 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 [Internet]. Brasil; 1990. Available from:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
  13. Albuquerque MV, Viana AL d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 21];39(N. Especial):28–38. Available from:  
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00028.pdf>
  14. Silveira ML. Região e globalização: pensando um esquema de análise. *Redes (Santa Cruz do Sul Online)* [Internet]. 2010 May 12 [cited 2019 May 3];15(1):74–88. Available from:  
<https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/1360>
  15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de

2010. [Internet]. Brasília, Brasil; 2010. Available from:  
[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)
16. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 373, de 27 de fevereiro de 2002 [Internet]. Brasil; 2002. Available from:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)
17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 95, de 26 de janeiro de 2001 [Internet]. Brasil; 2001. Available from:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [Internet]. Brasil; 2006. Available from:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)
19. CONASS. Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. 2016.
20. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto N°. 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 art [Internet]. Brasil; 2011 p. 1–16. Available from:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)
21. Brasil. Ministerio da Saúde. Manual Operacional do Projeto QualiSUS-rede -Documento Base - Volume 1 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2018 Jan 8]. 56 p. Available from:  
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/08/Vol1DocBaseQualiSUS-RedeWeb.pdf>
22. Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática"; anos 80. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]. 1991 [cited 2019 May 25];1(1):77–96. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)

73311991000100004&lng=pt&tlng=pt

23. Mendes EV. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: MENDES, E. V. (Org.) A vigilância à saúde no distrito sanitário. (Série Desenvolvimento de serviços de saúde, 10). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1993. 7–19 p.
24. Magalhães Jr. HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg em Saúde para Debate*. 2014;52(0103–4883):15–37.
25. Fleury S, Luiz A, Ouverney M, Soares T, Barbosa F. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 9];28(6):446–55. Available from: [http://www.paho.org/journal/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=pdfs-december-2010&alias=190-governanca-local-no-sistema-descentralizado-de-saude-no-brasil-local-governance-in-the-decentralized-health-care-system-in-brazil&Itemid=847](http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-december-2010&alias=190-governanca-local-no-sistema-descentralizado-de-saude-no-brasil-local-governance-in-the-decentralized-health-care-system-in-brazil&Itemid=847)
26. Viana AL d&#039;Ávila, Lima LD de. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil TT - Regionalization and federal relations in health policy in Brazil [Internet]. 2011. p. 215. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-599490>
27. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, Da-Silva MR, De Paepe P, Vázquez ML. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan*. 2015;30(6):705–17.
28. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, Da-Silva MRF, De Paepe P, Vázquez ML. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: From formulation to practice. *Health Policy Plan*. 2015;30(6):705–17.
29. Vercesi De Albuquerque M, Luiza D' A, Viana Á. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira Prospects for the region and networks in Brazilian health policy. [cited 2019 Jan 26]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00028.pdf>
30. Rizzotto MLF, Campos GW de S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde e Soc* [Internet]. 2016;25(2):263–76. Available from:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000200263&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200263&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
31. Marshall C, Rossman GB. Designing qualitative research [Internet]. [cited 2019 May 18]. 352 p. Available from: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=qTByBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=Marshall+C,+Rossm an+G.+2011.+Designing+Qualitative+Research.+London,+United+Kingd om:+SAGE+Publications.&ots=xhCaCFVZ62&sig=p-asGEutjGUt9lvpDkrQvtQ1p1l#v=onepage&q&f=false>
  32. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z O. Avaliação conceito e métodos. 1st ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocru; 2011. 291 p.
  33. Ham C, Hill M. The Policy Process in the Modern Capitalist State. 2nd ed. New York: Harvester Wheatsheaf; 1993. 28 p.
  34. Dubois C-A, Champagne F, Bilodeau H. História da Avaliação. In: Fiocruz, editor. Avaliação: conceitos e métodos. 1st ed. Rio de Janeiro; 2011. p. 19–39.
  35. Weiss CH. The Interface between Evaluation and Public Policy. Evaluation [Internet]. 1999 Oct 24 [cited 2019 Aug 13];5(4):468–86. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/135638909900500408>
  36. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. Heal Res Policy Syst [Internet]. 2003 Dec 13 [cited 2019 Aug 13];1(1):2. Available from: <http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-1-2>
  37. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis J-L. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Avaliação: conceitos Métodos. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 41–60.
  38. Vieira Da Silva LM. CONCEITOS, ABORDAGENS E ESTRATÉGIAS PARA A AVALIAÇÃO EM SAÚDE. In: Hartz, ZMA., and SILVA, LMV. In: FIOCRUZ, editor. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [Internet]. Salvador:

- EDUFBA; 2005 [cited 2019 May 11]. p. 15–39. Available from:  
<http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-03.pdf>
39. Oliveira CM, Cruz MM da, 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. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 Jul 7];20(10):2999–3010. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001002999&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002999&lng=pt&tlng=pt)
  40. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Fiocruz, editor. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas HARTZ*, ZMA, org. Rio de Janeiro; 1997. p. 132.
  41. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P, Denis J-L. A Análise da Implantação. In: Fiocruz, editor. *Avaliação: conceitos Métodos*. 1ª. Rio de Janeiro; 2011. p. 217–38.
  42. OMS OM de S. a Atenção À Saúde Coordenada Pela Aps : 2011. 113 p.
  43. Organización Panamericana de La Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, Opciones de Política y Ha de Ruta para su Implementación en las Américas*. In: *La Renovación Primaria de Salud en Las Américas* [Internet]. Washington, D.C.:OPS: Organización Panamericana de la Salud; 2010 [cited 2019 May 18]. 1–101 p.  
 Available from:  
[https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307)
  44. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc* [Internet]. 2011;20(4):867–74.  
 Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005)
  45. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil TT - Perception of managers of the Unified Health System about

- the challenges in the formation of Health Care Networks in Brazil. *Physis (Rio J)* [Internet]. 2013;23(4):1101–22. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400005)
46. Rashidian A, Omidvari AH, Vali Y, Mortaz S, Yousefi-Nooraie R, Jafari M, et al. The effectiveness of regionalization of perinatal care services - a systematic review. *Public Health* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2017 Dec 21];128(10):872–85. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350614001978>
  47. Tung Y-C, Chang G-M. The Relationships Among Regionalization, Processes, and Outcomes for Stroke Care: A Nationwide Population-based Study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016 Apr [cited 2017 Dec 21];95(15):e3327. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27082581>
  48. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Avançados* [Internet]. 2013;27(78):27–34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
  49. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe Dawson sobre el Futuro de los Servicios Medicos y afines 1920 [Internet]. Washington, USA; 1964 [cited 2019 May 18]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1133/42178.pdf;jsessionid=6A54055404183E9298E19E19ADCEA04F?sequence=1>
  50. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil TT - Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. *Saúde Soc* [Internet]. 2011;20(4):867–74. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005)
  51. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010;15(5):2307–16. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=pt&tlng=pt)
  52. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o



- debate. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2307–16.
53. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp & Heal Serv Adm [Internet]*. 1993 Dec 22 [cited 2019 Jun 9];38(4):447–67. Available from:  
[https://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA14673342&sid=google Scholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=87503735&p=AONE&sw=w&casa\\_token=tUmBABCRRppMAAAAAA:DJ-qlXOREMuV-3uPYXVXjKbw-Ppvmv9Vr10ldoCu1lhcleUDj6fSZ2zmlusquFj1-Vds8Yqcj5DRXA](https://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA14673342&sid=google Scholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=87503735&p=AONE&sw=w&casa_token=tUmBABCRRppMAAAAAA:DJ-qlXOREMuV-3uPYXVXjKbw-Ppvmv9Vr10ldoCu1lhcleUDj6fSZ2zmlusquFj1-Vds8Yqcj5DRXA)
  54. Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. *Secr Estado Saúde Minas Gerais*. 2007;1–154.
  55. Santos JRP dos. OS DESAFIOS DA CONFORMAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2019 May 1]. Available from:  
[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13283/1/2013\\_JoseneyRaimundoPiresSantos.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13283/1/2013_JoseneyRaimundoPiresSantos.pdf)
  56. Dourado D de A, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro TT - Regionalización y dinámica política del federalismo sanitario brasileño TT - Regionalization and political dynamics of Brazilian health federalism. *Rev saúde pública [Internet]*. 2011;45(1):204–11. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100023)
  57. Dourado DDA, Dallari SG, Elias PEM. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. *Rev Direito Sanitário*. 2015 Mar 2;12(3):10.
  58. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2010;15(5):2307–16. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006)
  59. Marques E, Arretche M. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. *Cad Crh*. 2003;(Xxvi):55–81.
  60. Viana AL d&#039;Ávila, Lima LD de, Ferreira MP. Condicionantes

- estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional TT - Structural conditions for regionalization in health care: typology of Regional Management Boards. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010;15(5):2317–26. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500007)
61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. [Internet]. Brasil; 2001 [cited 2019 May 18]. Available from: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS\\_01\\_de\\_2002.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS_01_de_2002.pdf)
  62. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa [Internet]. 2006. 1–40 p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida\\_Vol3RegionSolidariaCoop.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol3RegionSolidariaCoop.pdf)
  63. de Lima LD, de Queiroz LFN, Machado CV, Viana AL d&#039;Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. TT - [Decentralization and regionalization: dynamics and conditioning factors for the implementation of the Health Pact in Brazil]. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(7):1903–14. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232012000700030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232012000700030)
  64. Bretas Junior N, Eri Shimizu H. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. [cited 2019 Apr 7]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1085.pdf>
  65. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(4):1193–207. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232017000401193](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232017000401193)
  66. Viana AI, Lima L de, Ferreira M. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional.

- Ciência e Saúde Coletiva. 2010;15(5):2317–26.
67. Viana ALD, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. Rev Saúde Coletiva,. 2008;18(4):645–84.
  68. Ferreira MP. REGIONALIZAÇÃO E RELAÇÕES FEDERATIVAS NA POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL Apresentação: 2011;
  69. Lima LD de, Viana AL d'Ávila, Machado CV, Albuquerque MV de, Oliveira RG de, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais^ipt; Regionalization and access to healthcare in Brazilian states: historical and political-institutional conditioning factors^ien. Ciênc.saúde coletiva [Internet]. 2012;17(11):2881–92. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100005](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100005)
  70. Lima LD de, Queiroz LFN de, Machado CV, Viana AL d'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil TT - Decentralization and regionalization: dynamics and conditioning factors for the implementation of the Health Pact in Brazil. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2012;17(7):1903–14. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000700030](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700030)
  71. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 Aug [cited 2018 Jun 29];15(5):2297–305. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt)
  72. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate TT - Health care networks: contextualizing the debate. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2010;15(5):2307–16. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006)
  73. Gadelha CAG. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. Saúde em debate [Internet]. 2007;19:326–7. Available from: <http://www.unc.br/mestrado/textos/Bibliografia-2013-Desenvolvimento-e-Saude.pdf>

74. Mendes Á, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde e Soc* [Internet]. 2015 Jun [cited 2019 Feb 8];24(2):423–37. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200423&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200423&lng=pt&tlng=pt)
75. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. *Diário Oficial da União* 2018 p. 135.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança d. Brasil; 2017.
77. Magalhães Jr HM. Rede de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg em Saúde para Debate*. 2014;(52):15–37.
78. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes C [Internet]. Brasil; 2006. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)
79. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, Portaria N 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 16]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
80. Organização Pan-americana da Saúde; Organização Mundial da saúde (OPAS & OMS). *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)*. Washington, USA; 2007.
81. Hoffmann EJ, Castro KD, Alberto C, Rodrigues Q. *Revista Eletrônica*

- Gestão & Saúde ISSN:1982- 4785 Hoffmann EJ,Lima EWB,Barbosa FTRG et al. O funcionamento do sistema de governança das redes de atenção a saúde... 2012;03.
82. Silva SF da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Cien Saude Colet [Internet]. 2011;16(6):2753–62. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=pt&tlng=pt)
  83. Fleury S, Ouverney A. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. 1st ed. Editora FGV, editor. Rio de Janeiro; 2007. 204 p.
  84. Fleury SM, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. 1ª edição. Rio de Janeiro; 2007. 204 p.
  85. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 Aug [cited 2019 Jun 3];15(5):2297–305. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt)
  86. Silva SF da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil) TT - The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health System. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2011;16(6):2753–62. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014)
  87. Paim JS, Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de. O. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL. IN. POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL. In: Editora Fiocruz, editor. 2nd ed. Rio de Janeiro; 2015. p. 1100.
  88. Viana AL d&#039;Ávila, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A De, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2018;23(6):1791–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000601791](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232018000601791)

89. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N 396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais [Internet]. Brasil; 2011. Available from: [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe\\_eletronico/2011/iels.mar.11/iels44/U\\_PT-MS-GM-396\\_040311.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.mar.11/iels44/U_PT-MS-GM-396_040311.pdf)
90. Brasil. Recomendação SEAIN COFIEIX 927. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2007.
91. Brasil. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Portaria Nº 577, de 15 de março de 2010 [Internet]. Brasil; 2010. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0577\\_15\\_03\\_2010\\_comp.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0577_15_03_2010_comp.html)
92. -Executiva S. MINISTÉRIO DA SAÚDE MANUAL OPERACIONAL VOLUME 2 ADESÃO AO PROJETO E FORMULAÇÃO DAS PROPOSTAS DOS SUBPROJETOS Brasília-DF, janeiro de 2012 [Internet]. [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/08/Vol2AdesaoFormulaSubprojetoQualiSUS-RedeWeb.pdf>
93. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Artmed; 2009.
94. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde [Internet]. 2nd ed. Brasília: Organização Pan-America da Saúde; 2011 [cited 2017 Dec 21]. 549 p. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)
95. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 12];23(4):1101–22. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
96. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010;15(5):2297–305. Available from:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
97. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM, Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Dec [cited 2018 Feb 3];30(12):2643–55. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=pt&tlng=pt)
  98. Arretche M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC; 2001. p. 43–56.
  99. Champagne F, Brousselle A, Contandriopoulos AP, Hartz Z. A Análise Estratégica. In: *Avaliação: conceitos Métodos*. 1 Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 95–104.
  100. Soares B da C, Cardoso GCP, Figueiró AC. Análise estratégica da Vigilância Epidemiológica em tuberculose: uma experiência local. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 11];41:22–33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0022.pdf>
  101. Chen H-T. A conceptual framework of program theory for practiotiners. In: *Practical program evaluation: assessing and improving, planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks, california: SAGE, 2005; 2005. p. 15–45.
  102. Rossy PH, Lipsey M., Freeman HE. Expressing and assessing program theory. In: *Evaluation: A Systematic Approach a systematic approach*. Thousand Oaks, california: SAGE, 2004; 2004. p. 133–68.
  103. Ottawa JM. Useful Theory of Change Models. 2015 [cited 2018 Jul 28];30. Available from: [https://evaluationcanada.ca/system/files/cjpe-entries/30-2-119\\_0.pdf](https://evaluationcanada.ca/system/files/cjpe-entries/30-2-119_0.pdf)
  104. Santos EM dos, Oliveira EA de, Cardoso G, Cavalcanti MLT, Costa AJL, Camara V. Avalações inclusivas: uma reflexão sobre possibilidades e implicações de abordagens participativas para a prática em avaliação. *Rev Salud Ambiental*. 2018;18:172–81.
  105. Figueiro AC, de Araújo Oliveira SR, Hartz Z, Couturier Y, Bernier J, do

- Socorro Machado Freire M, et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *Int J Public Health*. 2017;62(2).
106. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977. 223 p.
  107. SPINK P. *Análise de documentos de domínio público*. in: SPINK. M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2004. 123–151 p.
  108. DAVIS R. *Scale, Complexity and the Representation of Theories of Change*. 2005 [cited 2019 Feb 10];11:133–49. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.914.1955&rep=rep1&type=pdf>
  109. Clavier C, Sénechal Y, Sénechal V, Vibert SS, Potvin L. A theory-based model of translation practices in public health participatory research. [cited 2018 Dec 4]; Available from: [http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/25520.PDF](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/25520.PDF)
  110. Patton MQ. *Developmental evaluation for equity-focused evaluations*. In: Marco Segone, editor. *Evaluation for equitable development results* [Internet]. New York: UNICEF; 2012 [cited 2019 Feb 10]. p. 102–14. Available from: <http://www.unicef.org/evaluation/index.html>
  111. Assis E, Cruz V de S, Trentin EF, de Lucio HM, Meira A, Monteiro JCK, et al. *Regionalização e novos rumos para o SUS: A experiência de um colegiado regional*. *Saude e Soc*. 2009;
  112. Machado C V, Lima LD, Viana AL, Oliveira RG, Iozzi FL, Albuquerque M V, et al. *Federalism and health policy: the intergovernmental committees in Brazil*. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014;48(4):642–50. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000400642](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400642)
  113. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD de, Baptista TW de F. *Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento*. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011;16(3):3003–16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf>
  114. Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. *Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review*. *Milbank Q* [Internet].



- 2012 Sep [cited 2019 Feb 7];90(3):421–56. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22985277>
115. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action [Internet]. Paris; 2008 [cited 2019 Feb 10]. Available from:  
<https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34428351.pdf>
116. Mendes EV. Comentário sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulg em Saúde para Debate*. 2014;(52):38–49.
117. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, Alves G dos R, Cardoso GCP. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(4):1209–24. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401209&lng=pt&tlng=pt)
118. Oliveira EA de, Cardoso GCP, Santos EM dos, Oliveira MM, Cruz MM. O apoiador local como ator estratégico na implementação do QualiSUS-Rede: engenheiros de conexão? *Saúde em Debate* [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 Jan 7];41(spe):275–89. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000500275&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500275&lng=pt&tlng=pt)
119. Jakoby Fernandes JU. *Sistema de Registro de Preços e Pregão Presencial e Eletrônico*. 6th ed. Resvista Atuaizada e Ampliada, editor. Belo Horizonte: Fórum; 2015. 636 p.
120. Martins V de L e S, Marques L da S. A proposta de um modelo de gestão e fiscalização de contratos em uma unidade federal de saúde. *Brazilian J Dev* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 22];4(5):1838–52. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-40602000000200013&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602000000200013&lng=pt&tlng=pt)
121. World Health Organization. WHO Global Health Expenditure Atlas [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014 [cited 2017 Dec 21]. 228 p. Available from: <http://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf>

122. Silva EN, Powell-Jackson T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000–2014. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2017;2:e000242. Available from: <http://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/2/e000242.full.pdf>
123. Ottolini FL, Buggio L, Somigliana E, Vercellini P. The complex interface between economy and healthcare: An introductory overview for clinicians. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2017 Dec 21];36:1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27577606>
124. World Health Organization. 2015 Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015 [cited 2017 Dec 21]. 40 p. Available from: [http://www.who.int/health-technology-assessment/MD\\_HTA\\_oct2015\\_final\\_web2.pdf](http://www.who.int/health-technology-assessment/MD_HTA_oct2015_final_web2.pdf)
125. Stephens JM, Handke B, Doshi JA. International survey of methods used in health technology assessment (HTA): does practice meet the principles proposed for good research? *Comp Eff Res* [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec 21];2:29–44. Available from: <https://www.ispor.org/workpaper/International-survey-of-methods-used-in-HTA.pdf>
126. Musgrove P, Creese A, Preker A, Baeza C, Anell A, Prentice T, et al. The World Health Report 2000 - Health Systems: improving Performance [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000 [cited 2017 Dec 21]. 215 p. Available from: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)
127. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHA da L, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF de. Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 21];19(1):169–73. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150023>
128. The World Bank. QUALISUS-REDE Brazil Health Network Formation and Quality Improvement Project [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 21]. Available from: <http://projects.worldbank.org/P088716/qualisus-rede->

brazil-health-network-formation-quality-improvement-project?lang=en&tab=ratings

129. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods*. 5th ed. California, USA: Sage Publication; 2014. 265 p.
130. Ratinaud P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires - 0.7 alpha 2 [Internet]. 2014. Available from: <http://www.iramuteq.org>
131. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicol* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 8];21(2):513–8. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
132. Gilles I, Mayer M, Courvoisier N, Peytremann-Bridevaux I. Joint analyses of open comments and quantitative data: Added value in a job satisfaction survey of hospital professionals. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173950.
133. Hess F, Salze P, Weber C, Feuillet T, Charreire H, Menai M, et al. Active Mobility and Environment: A Pilot Qualitative Study for the Design of a New Questionnaire. *PLoS One* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 26];12(1):e0168986. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0168986>
134. Veloz MCT, Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Reflexões sociais do envelhecimento. *Psicol Reflexão e Crítica* [Internet]. 1999 [cited 2018 Jan 6];12(2):479–501. Available from: <http://www.redalyc.org/html/188/18812215/>
135. Assis MMA, Cerqueira EM de, Nascimento MAA do, Santos AM dos, Jesus WLA de. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Rev APS* [Internet]. 2007 [cited 2018 Jan 29];10(2):189–99. Available from: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/11tencao.pdf>
136. David GC, Shimizu EH, Silva EN. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 29];39:232–45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00232.pdf>

137. The World Bank. Brazil - BR Health Network Formation & Quality Im [Internet]. Washington, USA; 2017 [cited 2018 Jan 26]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/437261485364913871/Brazil-BR-Health-Network-Formation-Quality-Im>
138. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde redes locais, regionais e nacionais. /Ministério da Saúde/Secretaria Assuntos Estratégicos da Presidência da República [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 1];3:143–82. Available from: <http://books.scielo.org/id/98kpw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>
139. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM, Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 Jan 29];22(4):1097–108. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401097&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401097&lng=pt&tlng=pt)
140. Fleury S, Ouverney A. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão [Internet]. Vol. 11, Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa. INDEG/PROJECTOS - Instituto para o Desenvolvimento da Gestão Empresarial; 2012 [cited 2018 Jan 16]. 74–83 p. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-44642012000200007&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-44642012000200007&script=sci_arttext&tlng=es)

## APÊNDICE A – DOCUMENTO COMPROVANTE SUBMISSÃO DE ARTIGO (Artigo 1)

The screenshot displays the author dashboard for a submission on the 'Saúde em Debate' website. The page is titled 'Regular - Análise estratégica do Projeto QualiSUS-Rede: contribuições para avaliação em Saúde Pública.' and lists the authors: Margarete Martins de Oliveira, Elizabeth Moreira dos Santos, and Everton Nunes da Si... The dashboard includes a navigation menu with 'Submissão', 'Avaliação', 'Edição de Texto', and 'Editoração'. The 'Arquivos da Submissão' section shows a list of submitted files:

ID	Nome do Arquivo	Data	Descrição
21387-1	margarete_bsb, Análise estratégica QualiSUS-Rede contribuições para avaliação em Saúde Pública.docx	29 de março de 2019	Texto do artigo
21431-1	margarete_bsb, FIGURA 1.tif	29 de março de 2019	Figuras, tabelas, quadros e gráficos
21433-1	margarete_bsb, FIGURA 2.tif	29 de março de 2019	Figuras, tabelas, quadros e gráficos
21435-1	margarete_bsb, FIGURA 3.tif	29 de março de	Figuras, tabelas, quadros e gráficos

The browser address bar shows the URL: revista.saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/2419. The Windows taskbar at the bottom indicates the system time as 20:22 on 25/06/2019.

## APÊNDICE B - DOCUMENTO COMPROVANTE SUBMISSÃO DE ARTIGO (Artigo 2)

The screenshot shows the Editorial Manager web interface. The browser address bar displays the URL: <https://www.editorialmanager.com/bhsr/default.aspx>. The page header includes the BMC Health Services Research logo and the Editorial Manager logo. The user's role is identified as 'Author' and the username as 'Margarete'.

The main content area is titled 'Submissions Being Processed for Author Margarete Martins de Oliveira, M.D.'. It shows 'Page: 1 of 1 (1 total submissions)' and 'Display 10 results per page.' Below this is a table with the following data:

Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
<a href="#">Action Links</a>	BHSR-D-19-00064	Implementation of health care networks in Brazil: the case of the QualiSUS-Rede project	15 Jan 2019	09 Jun 2019	Under Review

Below the table, it again shows 'Page: 1 of 1 (1 total submissions)' and 'Display 10 results per page.' At the bottom of the page, there is a button labeled '<< Author Main Menu'.

The Windows taskbar at the bottom of the screenshot shows the system tray with the date and time: 'POR PTB 20:20 25/06/2019'.

## APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO DE USO DE BANCO DE DADOS

### CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilma Professora Dr<sup>a</sup>. Marly Cruz  
Coordenadora da Pesquisa “Avaliação de Implementação do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede)”.  
Laboratório de Situação Endêmicas Regionais  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Fundação Oswaldo Cruz

Prezada Professora Dra. Marly,

Ao cumprimentá-la, compartilho a informação de que estou desenvolvendo uma pesquisa, como um dos requisitos para obtenção do grau de doutor em saúde coletiva, vinculada ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob orientação da Professora Doutora Helena Eri Shimizu, cujo objetivo é avaliar o Projeto QualiSUS-Rede com vistas a verificar seus resultados e suas contribuições para o processo de conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde.

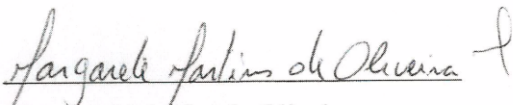
Em reconhecimento ao trabalho de pesquisa realizado sob sua coordenação que desenvolveu a pesquisa “Avaliação de Implementação do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede)”, pesquisa esta da qual tive a oportunidade de participar do grupo como avaliadora interna, venho solicitar-lhe que compartilhe conosco o banco de dados gerado para fins de complementariedade à nossa análise qualitativa.

Este material será usado para responder a um dos nossos objetivos que é analisar a percepção dos atores entrevistados (gestor estadual, gestor federal e membros do grupo condutor) sobre a implementação das RAS no âmbito do Projeto.

Ressalto que manteremos sob sigilo as informações compartilhadas e que utilizaremos os dados tão somente para realização deste estudo.

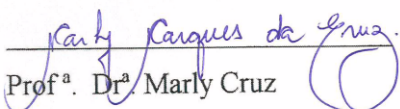
Na certeza de contar com a sua parceria e colaboração, agradecemos antecipadamente a atenção, colocando-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Brasília, 17 de novembro de 2016.

  
Margarete Martins de Oliveira

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

  
Prof.ª. Dr.ª. Marly Cruz



## APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE DOCUMENTOS



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

### CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

**Ilma. Sra. Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina da Cunha Wanzeler**

Diretora do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e  
Desenvolvimento  
Secretaria Executiva  
Ministério da Saúde

Prezada Senhora,

Solicito autorização institucional para realização da pesquisa intitulada:  
"Avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: estudo de caso sobre o fomento à  
organização de redes de atenção a saúde".

A pesquisa será desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde, na Universidade de  
Brasília, a título de doutoramento, sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup>. Helena Eri  
Shimizu.

Trata-se de um estudo avaliativo, que utilizará métodos mistos, cuja  
unidade de análise será o Projeto QualiSUS-Rede. Para sua consecução, será  
necessário acesso aos documentos de gestão e de monitoramento da execução  
do Projeto.

O objetivo principal da pesquisa é avaliar em que medida as intervenções  
realizadas produziram efeito sobre a organização ou o fortalecimento das redes  
de atenção à saúde no SUS.

Pretende-se que o resultado da pesquisa produza evidências científicas  
que tenham potencial de orientar gestores do SUS no processo de tomada de  
decisão, tanto para o que diz respeito à contratualização e implantação de novos  
projetos oriundos de acordos de empréstimo internacionais, quanto na  
conformação e fortalecimento das redes de atenção à saúde.

Ressalto que os dados coletados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contar com a colaboração e apoio desta Diretoria, agradeço antecipadamente pela atenção, oportunidade em que me coloco à disposição de V. S<sup>a</sup> para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Brasília, 15 de setembro de 2016.



Margarete Martins de Oliveira

Concordamos com a solicitação      ( ) Não concordamos com a solicitação



Ana Cristina da Cunha Wanzeler

Diretora

Ana Cristina da Cunha Wanzeler  
Diretora  
Departamento de Economia da Saúde,  
Investimentos e Desenvolvimento  
SE/MS