

# Revisão Rápida



## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Qual é a situação de implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros?

2 de maio de 2023

**Preparada para:**

Departamento de Promoção da Saúde  
(DEPROS/SAPS/MS), Brasília, DF

**Preparada por:**

Fiocruz Brasília, Brasília, DF  
Instituto de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas da  
Unicamp, Campinas, SP

**Elaboração:**

Jessica De Lucca Da Silva  
Fernando Meirinho Domene  
Rosana Evangelista Poderoso  
Tereza Setsuko Toma

**Coordenação:** Jorge Otávio Maia Barreto

## Sumário

1. Contexto	5
2. Pergunta de pesquisa	5
3. Métodos	5
3.1 Critérios de inclusão e exclusão	5
3.2 Bases de dados e estratégias de busca	6
3.3 Seleção de evidências	6
3.4 Atalhos para a revisão rápida	6
3.5 Extração e análise dos dados	6
4. Evidências	6
5. Síntese dos resultados	7
5.1. ATIVIDADE FÍSICA: Programa Academia da Cidade, Programa Academia da Saúde	8
5.2. SAÚDE DO ESCOLAR: Programa Saúde na Escola, Programas de prevenção ao uso de drogas	12
5.3. SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA: Programa de Assistência Pós-parto às Mulheres, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Programas de promoção da alimentação saudável na infância	16
5.4. SAÚDE BUCAL: Política Nacional de Saúde Bucal	21
5.5. SAÚDE DO ADOLESCENTE: Programa de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei	25
5.6. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: Ações em saúde sexual e reprodutiva	26
5.7. SAÚDE DO IDOSO: Ações para a atenção à saúde do idoso	27
5.8. TUBERCULOSE: Programa de Controle da Tuberculose	28
5.9. DOENÇA RENAL: Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos	29
5.10. ATENÇÃO À SAÚDE: Programa Mais Médicos	31
5.11. EDUCAÇÃO DE TRABALHADORES DO SUS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	31
5.12. ATENÇÃO REMOTA À SAÚDE: Programa Telessaúde Brasil	33
6. Considerações finais	34
7. Referências	38
Apêndices	42



## Resumo executivo

### Contexto

A implementação de programas e políticas públicas de saúde envolve ações integradas dos diversos níveis do governo, organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, conforme previsto na lei 8080/90. Apesar de haver um processo de planejamento e implementação de programas e políticas públicas de saúde no Brasil, a análise de implementação ainda permanece em construção, com poucas evidências na área da administração pública e nas discussões governamentais

### Pergunta

Qual é a situação de implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros?

### Métodos

As buscas de estudos foram realizadas em março de 2023, na Biblioteca Virtual em Saúde e no Google Acadêmico. Utilizando atalhos de revisão rápida, foram realizadas seleção de estudos primários e secundários e extração de dados. Não foi realizada uma avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

### Resultados

De 1.730 registros identificados nas buscas, 25 relatos foram incluídos. Os estudos avaliaram a situação de implementação dos seguintes programas e políticas, agrupados em doze temáticas:

- Atividade física: Programa Academia da Cidade (n=1) e Programa Academia da Saúde (n=4);
- Saúde do escolar: Programa Saúde na Escola (n=4); Programas de prevenção ao uso de drogas em escolas (n=1);
- Saúde da mulher e da criança: Programa de Assistência Pós-parto às Mulheres na Atenção Primária à Saúde (n=1); Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (n=2); Programas de promoção da alimentação saudável na infância (n=1);
- Saúde bucal: Política Nacional de Saúde Bucal (n=4);
- Saúde do adolescente: Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (n=1);
- Saúde sexual e reprodutiva: Ações de saúde sexual e reprodutiva (n=1);
- Saúde do idoso: Ações para atenção à saúde do idoso (n=1);
- Tuberculose: Programa de Controle da Tuberculose (n=1);
- Doença renal crônica: Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos (n=1);
- Atenção à saúde: Programa Mais Médicos (n=1);
- Educação de trabalhadores do SUS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (n=1);
- Atenção remota à saúde: Programa Telessaúde Brasil (n=1).

Além da situação de implantação ou implementação, os estudos apresentam resultados sobre barreiras, facilitadores e indicadores, que indicam a importância do monitoramento e avaliação nesses processos, uma vez que os contextos podem ser muito diferentes entre os municípios brasileiros.

### **Considerações finais**

A maioria dos estudos investigou a situação de implementação de políticas ou programas de saúde para os seguintes aspectos: o grau de implementação, descrição das realizações conforme o planejamento previsto, facilitadores e barreiras e resultados de indicadores.

Ao considerar os resultados é importante observar que as buscas se referem a estudos publicados nos últimos dez anos. Portanto, os estudos analisados apresentam dados de 2006 a 2019, o que pode diferir da realidade atual da situação de implantação dos municípios.

Nesse sentido, mais relevantes são os resultados sobre barreiras e facilitadores relacionados à implementação dos programas e políticas em diferentes contextos, além de indicadores de monitoramento e avaliação que podem ser utilizados para medir esses processos que costumam durar anos para serem efetivados.

## 1. Contexto

A implementação de programas e políticas públicas de saúde envolve ações integradas dos diversos níveis do governo<sup>1</sup>. Essas ações são organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, conforme previsto na lei 8080/90<sup>2</sup>. O processo de implementação envolve a consideração de alguns aspectos, por exemplo: a utilização de uma abordagem que considere a intersetorialidade e a regionalização, construindo respostas adaptadas aos problemas complexos; as características regionais e locais e a diversidade sociocultural das populações-alvo, principalmente quando se trata de políticas universais; e atenção aos interesses das instituições envolvidas na formulação do programa ou política, principalmente no que se refere à definição da agenda<sup>3</sup>.

Dessa forma, também é importante ressaltar que a implementação é motivada “por características e conteúdo do plano, pelas estruturas e dinâmicas dos espaços organizacionais e pelas ideias, valores e as concepções de mundo dos atores implementadores”<sup>4</sup>.

Apesar de haver um processo de planejamento e implementação de programas e políticas públicas de saúde no Brasil, a análise de implementação ainda permanece em construção, com poucas evidências na área da administração pública e nas discussões governamentais<sup>3,5</sup>.

Sendo assim, é necessário que a situação de implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros sejam investigadas.

## 2. Pergunta de pesquisa

Qual é a situação de implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros?

**Quadro 1.** Acrônimo PCC de acordo com a pergunta de interesse.

P- Problema	Implementação
C- Conceito	Programas e políticas públicas de saúde
C- Contexto	Municípios brasileiros

## 3. Métodos

Um protocolo de pesquisa foi elaborado previamente e submetido ao Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS).

### 3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram estudos primários e secundários, publicados nos últimos dez anos, em inglês, espanhol e português, com relatos sobre a situação de implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros. Publicações que não atenderam a esses critérios foram excluídas.

### 3.2 Bases de dados e estratégias de busca

As buscas foram realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Google Acadêmico. Foram utilizados os termos DeCS “Política de Saúde”, “Promoção da Saúde” e o termo livre “implementação” e seus sinônimos e correspondentes em inglês e espanhol na BVS. A busca no Google foi realizada apenas com termos em português. Utilizou-se como limite estudos publicados nos últimos dez anos (Apêndice 1).

### 3.3 Seleção de evidências

O processo de seleção dos estudos foi realizado por meio do aplicativo para gerenciamento bibliográfico Rayyan QCR1<sup>6</sup>. Os títulos e resumos foram lidos por dois revisores, de forma independente, e as discordâncias resolvidas por consenso ou por uma terceira revisora. Os estudos elegíveis foram lidos na íntegra.

### 3.4 Atalhos para a revisão rápida

Por se tratar de uma revisão rápida produzida em 17 dias, apenas o processo de seleção de títulos e resumos foi realizado em duplicidade e de forma independente<sup>7</sup>.

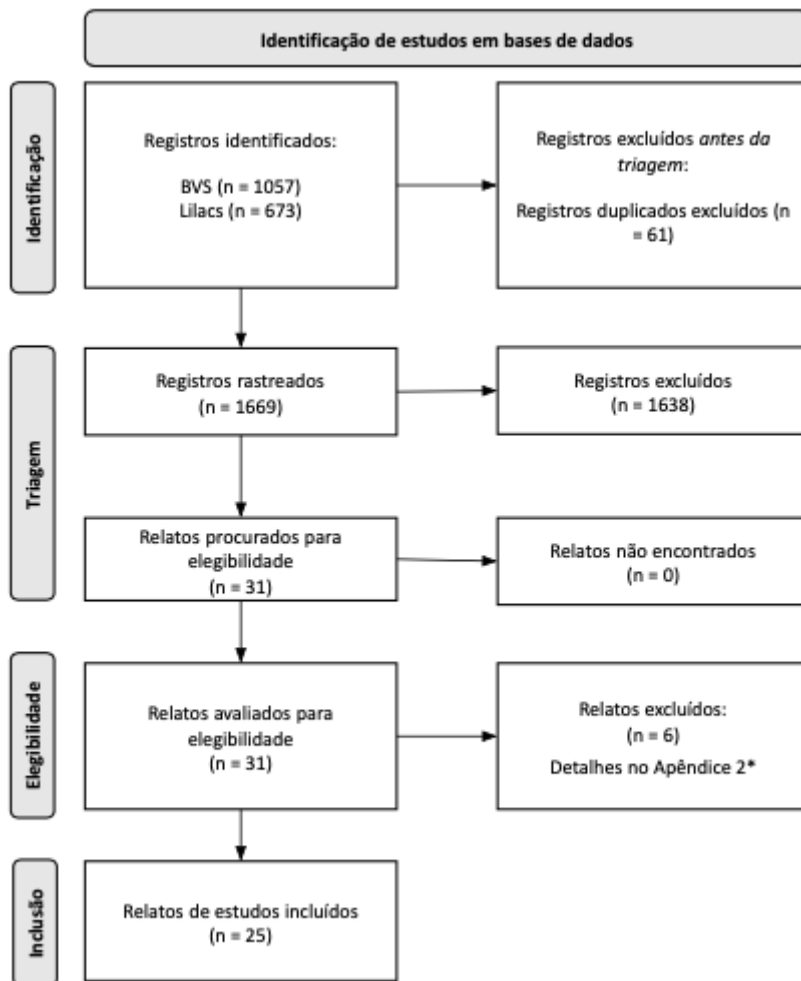
### 3.5 Extração e análise dos dados

Foram extraídos em planilha eletrônica, dados relacionados à autoria, ano, delineamento e objetivo do estudo, localidade(s) do(s) estudo(s), programas e políticas públicas de saúde avaliadas, período de análise da implementação, resultados da situação de implementação, conclusões, conflitos de interesses e financiamento.

## 4. Evidências

As buscas resultaram em 1.730 registros recuperados nas bases de dados. Após a exclusão de duplicatas, 1.638 registros foram triados por meio da leitura de títulos e resumos. De 31 artigos elegíveis lidos na íntegra, 25 foram incluídos nesta revisão rápida<sup>8-32</sup>. A Figura 1 ilustra o processo de seleção. Os estudos elegíveis excluídos e os motivos de exclusão são apresentados no Apêndice 2.

**Figura 1.** Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



Fonte: Elaboração própria, adaptada da recomendação PRISMA 2020<sup>33</sup>. Tradução livre dos autores.

## 5. Síntese dos resultados

Os 25 estudos incluídos avaliaram a situação de implementação dos seguintes programas e políticas:

- Programa Academia da Cidade - PAC<sup>11</sup>.
- Programa Academia da Saúde - PAS<sup>16,18,27,29</sup>.
- Programa Saúde na Escola - PSE<sup>9,12,13,28</sup>.
- Programas de prevenção ao uso de drogas em escolas<sup>24</sup>.
- Programa de assistência pós-parto às mulheres na Atenção Primária à Saúde<sup>10</sup>.
- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil - EAAB<sup>31,32</sup>.
- Programas de promoção da alimentação saudável na infância<sup>14</sup>.
- Política Nacional de Saúde Bucal<sup>8,17,30</sup>.
- Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei - PNAISARI<sup>26</sup>.
- Ações de saúde sexual e reprodutiva<sup>20</sup>.
- Ações para atenção à saúde do idoso<sup>25</sup>.

## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

- Programa de Controle da Tuberculose<sup>15</sup>.
- Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos<sup>23</sup>.
- Programa Mais Médicos - PMM<sup>19</sup>.
- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde<sup>21</sup>.
- Programa Telessaúde Brasil [Rede de Núcleos de Telessaúde - RedeNutes]<sup>22</sup>.

A seguir os resultados são apresentados agrupados conforme a temática dos programas ou políticas avaliados. Mais detalhes das informações extraídas - objetivos, delineamento, conclusões, conflitos de interesse e financiamento dos estudos - estão disponíveis no Apêndice 3.

### 5.1. ATIVIDADE FÍSICA: Programa Academia da Cidade, Programa Academia da Saúde

Cinco estudos abordaram programas de promoção da atividade física (AF). Todos se referem a programas implementados em municípios do estado de Pernambuco (Quadro 2).

Cazarin et al. (2019) analisaram a situação de implementação do Programa Academia da Cidade - PAC, em Recife. Alguns achados relevantes se referem à redefinição conceitual do programa, mudanças na grade curricular, importância do arcabouço legal do programa, articulação intra e intersetorial, fortalecimento da participação social<sup>11</sup>.

O Programa Academia da Saúde - PAS foi avaliado por quatro estudos. Guarda et al. (2021) relataram que o grau de implantação do programa foi intermediário em Vitória de Santo Antão<sup>16</sup>. Lucena et al. (2018) avaliaram a organização e o funcionamento do PAS em Camaragibe, indicando que as ações desenvolvidas foram semelhantes às realizadas em outros programas comunitários de AF<sup>18</sup>. Rodrigues et al. (2021) relataram o impacto do PAS sobre a hipertensão arterial sistêmica em análise de 89 municípios, mostrando uma redução de 12,8% na taxa de mortalidade<sup>27</sup>. Silva et al. (2020) apontaram que pouco mais da metade da estrutura e processos de trabalho desenvolvidos na implantação do PAS na cidade de Bezerros alinham-se às diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde<sup>29</sup>.

**Quadro 2.** Situação da implementação do PAC e do PAS em municípios de Pernambuco.

PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE
<b>Cazarin et al. (2019) analisaram o PAC em Recife, PE, de 2002 a 2016<sup>11</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Promoção da Saúde e Humanização:</b> A coordenação do PAC lançou uma estratégia de mapeamento territorial, para promoção de capilaridade do programa, com aproximação dos profissionais com as comunidades do entorno. Houve redefinição conceitual e de práticas do PAC e aplicação das diretrizes de promoção da saúde.</li><li>● <b>PAC como espaço de formação multiprofissional:</b> Houve oportunidade para discussão das competências necessárias à formação, principalmente do educador físico. Como consequência, as instituições de ensino promoveram mudanças na grade curricular, que passou a contemplar os temas de saúde pública/coletiva.</li><li>● <b>Instituição e regulamentação:</b> O arcabouço legal legitimou a valorização interna do</li></ul>



programa, sendo importante na sua consolidação, tanto pela inserção oficial no modelo de atenção à saúde quanto pela criação de condições para seu enraizamento institucional.

- **Articulação intra e intersetorial:** Em 2002, já funcionavam dois polos integrados e em 2003 a parceria se fortaleceu como parte da reconfiguração e da abertura ao diálogo intersetorial do PAC.
- **Fortalecimento da participação social na gestão do PAC:** O investimento na requalificação do espaço público passou a produzir mudanças sociais, permitindo a aplicação de conceitos como inclusão social, cidadania e empoderamento.
- **Reconhecimento nacional e internacional do PAC como experiência exitosa:** A aproximação interinstitucional fez com que o programa fosse adotado como referência na implantação de programas semelhantes em outras localidades nacionais e internacionais.
- **Avaliação da efetividade do PAC:** Os resultados dessas pesquisas, publicados em meios científicos, incluindo revistas internacionais, serviram para ratificar (com base em evidências) os resultados observados na prática, fortalecendo também sua divulgação.
- **Rearranjos organizacionais na equipe do programa:** Mesmo com as mudanças na equipe, o programa continuou isolado. Os horários diferentes dos da rede de saúde, além da não inserção de outros profissionais (equipe multiprofissional) nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde, dificultaram a articulação intrasetorial.
- **Competição com outras intervenções:** Houve percepção de que o PAC foi preterido face aos dois novos programas, com o não reconhecimento de sua história e seus resultados positivos.
- **Mobilização social em favor do programa:** A chegada dos materiais de apoio às aulas, em junho de 2016, foi interpretada como fruto de muita reivindicação.
- **Reconfiguração da rede de atores estratégicos para o programa:** Os resultados de algumas dessas pesquisas foram compartilhados. Houve reativação de polo universitário experimental, além da revisão conjunta do protocolo de avaliação física.
- **Concurso público para profissionais de educação física:** A realização, em 2008, de concurso acarretou diversas consequências à gestão do PAC, sendo a estabilidade do vínculo profissional a principal delas.
- **Cofinanciamento estadual e federal do PAC:** O financiamento compartilhado foi visto como importante na sustentabilidade financeira do programa. Houve intensa expansão em 2012, com a inauguração de 21 novos polos em parceria com o Governo do Estado.
- **Desestabilização do programa com redução dos investimentos:** O fato de a chegada dos recursos materiais ter sido coincidente com o período em que o governo municipal pleiteava a reeleição reforçou a relação do programa com questões partidárias. Permaneceu o déficit de profissionais para os polos.

### PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE (PAS)

Guarda et al. (2021) analisaram o PAS em Vitória de Santo Antão, PE, de novembro de 2017 a janeiro de 2018<sup>16</sup>

- **Grau de implantação do PAS:** Foi considerado intermediário (37,54%), com maior escore para a dimensão de estrutura (54,76%) do que o processo de trabalho (26,06%).
- **Indicadores de estrutura com os melhores escores:** Existência de um plano de ação do programa voltado para a promoção da saúde por meio da AF; cadastramento dos atores envolvidos nessas ações, como enfermeiros, cuidadores e profissionais de educação física; convênio com o setor de assistência social do município.
- **Escore baixos na avaliação da estrutura:** Falta de instrumentos de monitoramento do programa para avaliação do grau de AF da população; falta de instrumentos para

identificar os determinantes e condicionantes da prática de AF e para o planejamento de ações de inclusão social.

- **Indicadores de processo com maior grau de implementação:** Profissionais que desenvolveram atividades em parceria com a comunidade no último mês; profissionais que utilizaram o plano de ação para o desenvolvimento das ações, realizando pelo menos 150 minutos de AF para a população e atividades de alimentação saudável uma vez por semana.
- **Indicadores de processo com baixo grau de implementação:** Não implementação de ações de monitoramento do programa; falta de articulação com outros atores sociais; não participação dos usuários nas reuniões do programa e ausência de atividades de inclusão social.

**Lucena et al. (2018) analisaram o PAS em Camaragibe, PE, 2017<sup>18</sup>**

- **Comunidade Timbi:** A secretaria de saúde implantou, em abril de 2014, um núcleo do PAS na comunidade do Timbi, bairro onde reside a maior parte da população.
- **Atividades do programa realizadas no Parque Açude Santa Rita de Cássia:** Aulas de dança, caminhadas guiadas, sessões de exercícios funcionais, atividades recreativas e esportivas, brincadeiras populares, exercícios localizados, alongamentos e musculação. Essas atividades eram realizadas de segunda a sexta-feira com a participação de idosos, adultos e adolescentes moradores da comunidade e bairros vizinhos. O planejamento e a orientação das atividades eram realizados por um profissional de educação física sob a supervisão de um profissional de enfermagem. Esses profissionais trabalhavam 20 horas semanais no PAS de Camaragibe e nas Unidades de Saúde da Família (USF), vinculadas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- **Unidade Básica de Saúde São Francisco:** Usuários hipertensos e diabéticos eram divididos em dois grupos e participavam de atividades supervisionadas por profissionais de educação física das USF e NASF, a cada 15 dias.
- **Atividades realizadas:** Palestras sobre questões de saúde, jogos educativos, filmes relacionados à alimentação saudável, importância da prática de AF, conhecimento sobre medicamentos utilizados no tratamento de algumas doenças, controle do estresse, entre outros conteúdos. Destacaram-se as sessões de alongamento com duração de 30 minutos cada. Os profissionais do NASF se reuniam semanalmente para analisar os casos clínicos dos usuários, visando discutir estratégias e intervenções adequadas para cada indivíduo. Além disso, um profissional da equipe frequentava mensalmente esse centro para organizar grupos de discussão sobre temas relacionados à saúde.
- **Ações desenvolvidas no PAS de Camaragibe:** Foram semelhantes às realizadas em outros programas comunitários de AF e pareciam atender às diretrizes do Programa de promover a adoção de estilos de vida ativos pela população.
- **Turnos de funcionamento do programa e carga horária dos profissionais de educação física:** O PAS não atendia às recomendações brasileiras, que indicavam que as atividades devem ser realizadas em dois turnos de trabalho diferentes e deveriam incluir a presença de um profissional com carga horária de 40 horas semanais ou dois com carga horária de 20 horas semanais
- **Desenvolvimento de ações em parceria com as equipes das USF e NASF:** O desenvolvimento de palestras, jogos educativos e dinâmicas em Camaragibe foi uma ferramenta importante para diminuir a exposição dos usuários do programa a comportamentos de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No entanto, essas ações não atendiam regularmente a mesma população, pois eram realizadas na sala de espera das USF e contemplavam principalmente os usuários que

procuravam esse serviço no dia de realização das intervenções.

- **Aspecto positivo do funcionamento do PAS:** Desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares a partir da discussão de casos em reuniões semanais com as equipes da Atenção Básica.
- **Recursos materiais:** Esses recursos utilizados no centro eram improvisados, principalmente com a utilização de garrafas PET como implemento para a realização de exercícios resistidos, restringindo assim as possibilidades de adequação e aumento progressivo das cargas.

**Rodrigues et al. (2021) analisaram o PAS em 89 municípios do estado de PE, 2011 e 2017<sup>27</sup>**

- Dos 185 municípios em todo o estado, este estudo considerou como intervenção os 89 que implantaram o Programa Academia da Saúde no ano de 2011 e como controles os 52 municípios que não o implantaram.
- Os municípios que implantaram o programa em 2011 tinham maiores taxas de mortalidade geral e de óbitos em pessoas maiores de 50 anos e maior taxa de leitos, além de menor taxa de mortalidade por hipertensão arterial sistêmica (HAS) e menor cobertura da Atenção Básica que os municípios considerados controles.
- Os municípios que implantaram o PAS em 2011 tinham em 2010 os melhores indicadores de Produto Interno Bruto - PIB, Índice de Gini, Índice FIRJAN de desenvolvimento Municipal - IFDM Geral e IFDM para a educação, taxa de desemprego e Índice de Desenvolvimento Humano - IDH.
- As variáveis que melhor explicaram a probabilidade de um município aderir ao PAS foram o PIB, a cobertura da atenção básica do município, a taxa de leitos hospitalares por 1.000 habitantes, a taxa de desemprego e o índice de FIRJAN para a educação, sendo que as duas últimas se mostraram estatisticamente significantes ao nível de 5%. A chance de um município aderir/implantar o PAS foi diretamente proporcional ao aumento no indicador de educação e inversamente proporcional à taxa de desemprego.
- A implantação do PAS ocasionou uma redução de 12,8% na taxa de mortalidade por hipertensão arterial. Essa redução foi maior e estatisticamente significativa nas pessoas de cor parda e em maiores de 80 anos.

**Silva et al. (2020) analisaram o PAS em Bezerros, PE, 2017<sup>29</sup>**

- **Grau de implantação do PAS:** Foi classificado como intermediário (55,0%), sendo que a dimensão estrutura obteve um escore maior (64,7%) que a de processo de trabalho (48,6%).
- **Aspectos positivos da avaliação da estrutura:** Existência de um plano de ação do programa com foco na promoção da saúde através da atividade física; registro dos atores envolvidos nessas ações, tais como enfermeiros, técnicos de enfermagem, profissionais de educação física; e a pactuação de atividades com o setor da assistência social do município.
- **Aspectos negativos da avaliação da estrutura:** Inexistência do grupo de apoio à gestão; ausência de protocolos para o mapeamento do território, acolhimento e humanização da atenção; não havia fóruns que agregassem outros programas da rede de saúde e demais atores no processo do cuidado; inexistência de protocolos de definição de atividades e responsabilidades para o desenvolvimento de ações de integração entre as diferentes categorias profissionais que atuavam no programa; inexistência de instrumentos para avaliar os níveis de atividade física na população; ausência de planejamento para as ações de inclusão social e enfrentamento de violências; baixo percentual de profissionais do NASF atuando no programa; falta de materiais necessários para o desenvolvimento de

ações de mobilização da comunidade como (cartazes, panfletos, álbuns seriados, equipamentos multimídia dentre outros).

- **Aspectos positivos da avaliação do processo de trabalho:** Percentual de profissionais que participaram de atividades de formação continuada e/ou em serviço no último ano; participação de ao menos um profissional da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em atividades de formação continuada e em serviço sobre promoção da saúde ou sobre as ações do programa no último ano; profissionais que desenvolveram atividades em parceria com a comunidade e com outros pontos da RAS; realização de uma atividade de inclusão social e enfrentamento de violência nos últimos seis meses.
- **Aspectos negativos da avaliação do processo de trabalho:** Não realização de no mínimo uma atividade mensal de educação em saúde no território; inexistência de no mínimo uma atividade de mobilização da comunidade nos últimos seis meses; não participação dos profissionais do programa em pelo menos uma reunião intersetorial no último ano; não realização do levantamento dos níveis de atividade física da população, bem como dos condicionantes e determinantes da prática de atividade física no último ano; não realização de no mínimo uma atividade de alimentação saudável no território uma vez por semana; baixo percentual de profissionais do NASF que desenvolvem atividades no PAS.

**Fonte:** elaboração dos autores. **Nota:** AF - atividade física; CPEL - Círculos Populares de Esporte e Lazer; DCNT - doenças crônicas não transmissíveis; ESF - Estratégia Saúde da Família; HAS - hipertensão arterial sistêmica; IDH - índice de desenvolvimento humano; IFDM - Índice FIRJAN de desenvolvimento Municipal; NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PAC - Programa Academia da Cidade; PAS - Programa Academia de Saúde; PE - Pernambuco; PEP - profissional de educação física; PIB - produto interno bruto; PS - promoção da saúde; SUS - Sistema Único de Saúde; RAS - Rede de Atenção à Saúde; USF - Unidade Saúde da Família.

### 5.2. SAÚDE DO ESCOLAR: Programa Saúde na Escola, Programas de prevenção ao uso de drogas

Quatro estudos avaliaram a situação de implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) em municípios do Paraná, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Um estudo analisou Programas de prevenção ao uso de drogas em escolas da capital paulista (Quadro 3).

Baggio et al. (2018) analisaram o PSE em Cascavel<sup>9</sup>, enquanto Silva et al. (2022) analisaram o PSE em 5 municípios da região oeste do PR<sup>28</sup>. Os principais achados em municípios paranaenses apontaram falta de recursos materiais para a realização das atividades do programa. Em relação a intersetorialidade do programa, houve aspectos positivos relatados por participantes nos dois estudos, porém alguns aspectos negativos foram levantados por participantes da cidade de Cascavel<sup>9,28</sup>.

Chiari et al. (2018) avaliaram o PSE que foi instituído em 2008 na capital mineira. Em 2010 o programa atingiu a cobertura de 100% da rede municipal de Ensino Fundamental diurno e da rede básica de saúde. Em 2013 foi ampliado para as Unidades Municipais de Educação Infantil<sup>12</sup>.

Dias et al. (2019) analisaram a implantação da Estratégia NutriSUS, que é vinculada ao PSE, em um município do Rio de Janeiro. As autoras destacaram que a adesão ao NutriSUS e ao PSE demandaram a conformação de pactos entre os setores municipais da saúde e da educação. Indicaram que a troca de gestão e de profissionais favoreceu a implantação do NutriSUS. Relataram dificuldades com o planejamento municipal das ações, devido à

participação limitada da área técnica de alimentação e nutrição e às fragilidades na estrutura de gestão do setor e insuficiência de profissionais nutricionistas na área de educação<sup>13</sup>.

Pereira et al. (2016) analisaram a implementação de Programas de prevenção ao uso de drogas em escolas de ensino fundamental II e ensino médio na capital paulista. As autoras indicaram que um pouco mais de 40% das escolas de ensino fundamental II e ensino médio analisadas possuíam programas de prevenção ao uso de drogas. Foram apontadas como barreiras à implementação a falta de investimentos financeiros e as demandas de outras disciplinas. Entre os facilitadores foram citados: escolas com dirigentes que trabalhavam há mais tempo na área de educação e escolas com técnicas de ensino inovadoras<sup>24</sup>.

**Quadro 3.** Situação da implementação do PSE e de programas de prevenção ao uso de drogas em municípios do Paraná, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

<b>PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)</b>
<b>Baggio et al. (2018) analisaram o PSE em Cascavel, PR, de abril a agosto de 2015<sup>9</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Seleção das escolas:</b> Nem todas as escolas e centros municipais de educação infantil da área de abrangência das UBS foram selecionados.</li><li>● <b>Recursos materiais para realização das atividades e ações:</b> Alguns desses materiais estavam disponíveis nas UBS, alguns foram solicitados ao município e outros, mesmo solicitados, não foram entregues para o início das atividades de avaliação em saúde.</li><li>● <b>Recursos humanos:</b> O enfermeiro foi o principal profissional que organizou e realizou as avaliações em saúde junto aos escolares, seguido pelo odontólogo e agentes comunitárias de saúde. Nenhum depoimento indicou presença de médicos nas escolas.</li><li>● <b>Compreensão sobre o PSE:</b> Verificou-se não haver uniformidade de compreensão dos enfermeiros sobre o PSE. Alguns consideraram que se constitui basicamente em intervenção avaliativa dos escolares; outros revelaram uma compreensão mais ampliada. No entanto, nota-se que os enfermeiros que realizaram também educação em saúde junto aos escolares, como palestras e gincanas sobre educação em saúde, já a executavam desde antes da implantação do PSE no município, com participação dos profissionais das escolas.</li><li>● <b>Atividades e ações desenvolvidas no PSE:</b> Alguns participantes responderam que estavam em consonância com o que prevê o programa. Outros entendiam que, para atingir os objetivos propostos, havia falta de recursos humanos. Contudo, justificaram que as dificuldades encontradas eram inerentes a um programa que está em processo de implantação.</li><li>● <b>O desafio da intersetorialidade:</b> Em alguns relatos, os participantes informaram que os profissionais da educação foram receptivos com os da saúde e, após a inserção da equipe de saúde na escola, a colaboração dos profissionais da educação viabilizou o processo de avaliação em saúde dos escolares, o qual atingiu uma proporção favorável de avaliações. Noutros, os participantes apontaram não ter ocorrido receptividade, cordialidade e colaboração esperada por parte dos educadores. Permeou o desconforto e o incômodo em algumas relações entre profissionais da saúde e da escola. A interação foi principalmente conturbada junto aos profissionais de educação das escolas estaduais, sendo necessária intervenção de gestores da educação e da saúde.</li><li>● <b>Principal potencialidade do programa:</b> Proporcionar maior interação da tríade saúde, escola e família, aproximando e vinculando a família a UBS; possibilidade de detecção precoce dos problemas de saúde das crianças e adolescentes; conhecimento da</li></ul>

comunidade escolar (dos estudantes e de suas famílias) e das suas condições de saúde para planejar ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças.

**Chiari et al. (2018) analisaram o PSE em Belo Horizonte, MG, de dezembro de 2007 a outubro de 2014<sup>12</sup>**

- **Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M):** O PSE foi instituído em 2008, e o GTI-M era constituído por 13 componentes. Em 2013, a composição do GTI-M foi alterada em termos do número de representantes, e houve a inclusão da Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional.
- **Processo de implantação do PSE:** Iniciou por meio de um projeto piloto e atingiu, em 2010, a cobertura de 100% da rede municipal de Ensino Fundamental diurno e da rede básica de saúde. Em 2013, o programa se ampliou para as Unidades Municipais de Educação Infantil.
- **Ações do programa:** Eram desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e as avaliações de saúde dos escolares eram realizadas nas UBS. Em 2010, emergiu um novo sujeito no PSE, o monitor, sendo um para cada escola. Em 2011, ocorreu a formação das Equipes de Saúde na Escola – compostas por um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Em 2012, já atuavam vinte Equipes de Saúde na Escola.

**Dias (2019) analisou o PSE em um município do Estado do RJ (não referido), de março de 2015 a março de 2017<sup>13</sup>**

- **Processo de adesão ao NutriSUS:** Assim como o PSE, foi induzido pelo Governo Federal e demandou no plano municipal a conformação de pactos entre a saúde e a educação para sua operacionalização.
- **Mudança na equipe:** Em meio à operacionalização do NutriSUS, houve troca de gestores e de profissionais que afetaram sua implementação. A entrada dos novos gestores favoreceu a aproximação entre a área técnica de alimentação e nutrição (ATAN) na saúde e a alimentação escolar na educação, e possibilitou o estabelecimento do grupo de trabalho intersetorial do PSE no município (GTI).
- **Planejamento das ações do NutriSUS:** Em âmbito municipal envolveu representantes das áreas técnicas da saúde e da educação e focou em aspectos operacionais, com pouca discussão conceitual e técnica sobre a suplementação nutricional. Destacam-se a participação limitada da ATAN do município e as fragilidades na estrutura de gestão do setor.
- **Processo de implementação do NutriSUS:** As tensões observadas ao longo da implementação no município foram atenuadas com a nova gestão do PSE. A construção do fluxo operacional em torno das ações e das informações geradas e a melhor comunicação entre os profissionais incidiram em maior participação dos setores e dos profissionais das áreas técnicas envolvidas.
- **Necessidades identificadas:** Alguns diretores de escola, gestores do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e médicos apontaram para a necessidade de um diagnóstico clínico prévio que justificasse a suplementação, e questionaram a abordagem generalizada da estratégia e a dificuldade de monitorar os efeitos. Segundo os gestores, mesmo no âmbito das unidades de saúde foram registradas dificuldades na adesão dos médicos ao Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) no município.
- **Contexto institucional e de gestão:** O contexto limitou a articulação interfederativa. Os gestores municipais apontaram fragilidades na abordagem do NutriSUS nos espaços de negociação estadual. Frisou-se que a estratégia era operacionalizada em unidades



escolares municipais, sem definição sobre o tipo de apoio exercido pelo nível estadual.

- **Nível municipal:** A participação da educação se deu por intermédio da indicação de um representante da equipe de gestão da alimentação escolar, justificada pelo quantitativo insuficiente de nutricionistas.
- **Processo de implantação do NutriSUS:** Demandou a construção de canais de comunicação, planejamento e acompanhamento da estratégia em várias etapas. A despeito das dificuldades, mobilizou diferentes setores, profissionais e a comunidade escolar em torno de sua operacionalização.
- **Participação da área técnica da alimentação escolar:** Embora estratégica, foi de caráter operacional, facilitando a aproximação com diretores, merendeiras das escolas e pais/responsáveis pelos alunos.

**Silva et al. (2022) analisaram o PSE em 5 municípios da região oeste do PR, de julho a setembro de 2015<sup>28</sup>**

- **Implantação do PSE:** Foi suscitada pela gestão regional do SUS.
- **Motivações dos gestores para a implantação do PSE:** Atuar na saúde dos escolares seria uma forma de estabelecer diagnósticos precoces e, por conseguinte, interferir positivamente no processo ensino-aprendizagem.
- **Planejamento, avaliação e monitoramento do PSE:** Identificou-se que o Grupo de trabalho intersetorial - GTI estava presente na quase totalidade dos municípios estudados e as ações a serem desenvolvidas envolveram o planejamento no GTI.
- **Avaliação, planejamento e controle:** Aconteceu nos espaços coletivos de discussão, como nas reuniões nas escolas e entre secretarias. Quanto à avaliação, os gestores remeteram ao preenchimento dos dados exigidos pelo e-SUS e pelo Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Saúde. Identificaram-se municípios que ultrapassaram os registros oficiais, bem como criaram instrumentos próprios de avaliação e acompanhamento do programa, desde fichas de avaliação individual até planilhas com os dados coletados.
- **Atividades desenvolvidas:** Atividades educativas com os escolares, voltadas para a educação para a saúde, em especial, as palestras. Identificaram-se as ações coletivas e individuais de avaliação do crescimento e desenvolvimento.
- **Envio de materiais didáticos pedagógicos para o desenvolvimento das ações educativas:** Segundo gestores, não chegou material específico e o que foi possível realizar foi com recursos próprios do município. As atividades de formação dos sujeitos envolvidos foram as menos frequentes.
- **Contribuições do programa:** Os gestores reconheceram que o programa contribuiu para o fortalecimento da intersectorialidade, por meio do diálogo necessário entre as diferentes secretarias. Identificou-se a educação e saúde como protagonistas.
- **Recursos:** O desenvolvimento de programas requer aporte de recursos que estavam previstos para o PSE, mas os gestores consideraram que não conseguiam atender às demandas desencadeadas pois os recursos são insuficientes.

#### PROGRAMAS DE PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS

**Pereira et al. (2016) analisaram os programas no município de São Paulo, SP, de outubro de 2012 a outubro de 2013<sup>24</sup>**

- **Implantação:** 42,5% das escolas de ensino fundamental II (a partir do sexto ano) e ensino médio possuíam programas de prevenção ao uso de drogas inserido no cotidiano e no

projeto pedagógico.

- **Barreiras que dificultam a implementação:** Mais frequentes nas redes estadual e municipal quando comparadas à rede privada, principalmente por falta de investimentos financeiros, destacando-se a falta de material adequado, a falta de dinheiro e as demandas concorrentes para ensino de outras disciplinas.
- **Fatores associados à implantação de programas:** A chance de desenvolvimento foi maior entre as escolas com dirigentes que trabalhavam há mais tempo na área de educação. Observou-se que a cada ano de atuação do dirigente na educação, a chance de a escola ter um programa de prevenção aumentava em aproximadamente 4,0%. O fato de experimentar técnicas de ensino inovadoras também aumentava significativamente a chance de a escola desenvolver um programa de prevenção inserido no cotidiano e em seu projeto pedagógico.

**Fonte:** elaboração dos autores. **Nota:** ATAN - área técnica de alimentação e nutrição; ESF - Estratégia Saúde da Família; GTI - Grupo de Trabalho Intersetorial; MG - Minas Gerais; PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar; PNSF - Programa Nacional de Suplementação de Ferro; PR - Paraná; PSE - Programa Saúde na Escola; RJ - Rio de Janeiro; SP - São Paulo; SUS - Sistema Único de Saúde; UBS - Unidade Básica de Saúde.

### 5.3. SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA: Programa de Assistência Pós-parto às Mulheres, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Programas de promoção da alimentação saudável na infância

A saúde da mulher foi contemplada em um estudo, enquanto o aleitamento materno e alimentação saudável na infância foram abordados em três estudos (Quadro 4).

Baratieri e Natal (2022) avaliaram a situação da implementação do Programa de Assistência Pós-parto às Mulheres na Atenção Primária à Saúde (APS) em uma cidade de cada estado da região Sul do país. Constatou-se implantação incipiente da assistência pós-parto para a dimensão gestão nos três Casos avaliados, implantação incipiente para os Casos 1 e 2 e parcial para o Caso 3 na dimensão execução. Na dimensão recursos financeiros, materiais e físicos, houve implantação crítica para o Caso 2 e implantação incipiente para os outros dois Casos. Na dimensão recursos humanos, o Caso 2 obteve implantação parcial, o Caso 1 implantação crítica e o Caso 3 teve implantação incipiente. Houve implantação parcial para todos os Casos na dimensão mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade<sup>10</sup>.

A implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) foi analisada em quatro municípios. Tavares et al. (2018) avaliaram a implementação da EAAB na capital pernambucana. As autoras identificaram fragilidade nas informações contidas nos documentos oficiais que abrangem a estratégia do programa. Apontaram como principais problemas na implementação do programa: baixos índices de aleitamento materno exclusivo para crianças menores de seis meses; curta duração da amamentação total; introdução precoce de alimentos e hábitos alimentares pouco saudáveis; e falta de inserção de dados no Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Relataram como causa desses problemas a falta de apoio da gestão e a infraestrutura inadequada nas unidades de saúde<sup>31</sup>. Venâncio et al. (2013) analisaram a implementação da EAAB na capital gaúcha, em uma cidade sul mato-grossense e no Distrito Federal. As UBSs analisadas no município de Corumbá obtiveram 100% de implantação consolidada; elas cumpriram todos os requisitos de



certificação da estratégia, porém oito delas não haviam definido uma referência para situações de manejo mais complexas, e cinco não haviam adotado um protocolo clínico de manejo do aleitamento materno conforme recomendado. Em Porto Alegre, houve implantação parcial, com dificuldade no monitoramento dos indicadores de aleitamento materno. Na capital federal, a implantação foi apontada como incipiente; todas as UBS haviam estabelecido mecanismos para a garantia do atendimento à demanda programada e espontânea da dupla mãe-bebê em aleitamento materno, porém o problema se deu no monitoramento e construção do fluxograma<sup>32</sup>.

Einloft et al. (2018) avaliaram os Programas de Promoção da Alimentação Saudável na infância em uma cidade mineira. As autoras apontaram como dificuldades ao processo de implementação o frágil vínculo empregatício temporário e a deficiente formação profissional relatada por agentes comunitários de saúde (ACS)<sup>14</sup>.

**Quadro 4.** Situação da implementação do Programa de assistência pós-parto, da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e de Programas de promoção da alimentação saudável na infância em municípios de diversas regiões do país.

#### PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES APÓS O PARTO NA APS

**Baratieri e Natal (2022) analisaram o programa em um município de cada estado da Região Sul do Brasil (não citados), com mais de 100.000 habitantes, de fevereiro a junho de 2019<sup>10</sup>**

##### **Dimensões da implantação da assistência pós-parto:**

- Dimensão “Gestão”: Estava com implantação incipiente para os 3 municípios.
- Dimensão “Execução”: O Caso 3 estava com implantação parcial (57%), enquanto os demais estavam com implantação incipiente.
- Dimensão “Recursos financeiros, materiais e físicos”: Houve implantação crítica para o Caso 2 e implantação incipiente para os demais. As principais fragilidades foram a falta de programação de ações às mulheres no pós-parto; indisponibilidade de contraceptivos nas unidades de saúde, principalmente por não fazer inserção de dispositivo intrauterino na APS; inadequação de espaço físico, referente à falta de espaço para atividade educativa e espaços adequados e equipamentos para pessoas com deficiência.
- Dimensão “Recursos humanos”: O Caso 2 obteve implantação parcial (60%). Os Casos 1 e 3 tiveram implantação crítica (10%) e incipiente (30%), respectivamente. Em nenhum caso os profissionais passaram por atualizações sobre a assistência pós-parto.
- Dimensão “Mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade”: Estava parcialmente implantada para todos os Casos, que apresentaram mecanismos de referência e contrarreferência, acesso da puérpera a outros pontos de atenção, apoio de especialistas aos profissionais da APS e participação do gestor em reuniões da Comissão Intergestora Regional. As principais fragilidades foram o acesso à laqueadura tubária e vasectomia em tempo oportuno, acesso ao psiquiatra e articulação intersetorial.

##### **Aspectos favoráveis:**

- Os Casos 1 e 2 possuíam articulação com assistência social, entretanto apenas para situações específicas (moradores de rua – Caso 2, e violência contra as mulheres e crianças– Caso 1), indicando necessidade de aprimoramento da atuação intersetorial para todos os casos.
- O Caso 1 merece destaque pela qualidade dos registros, com prontuário eletrônico integrado em toda rede municipal, o que viabiliza a continuidade dos cuidados. Além disso,

realizava o monitoramento do indicador de consulta até 42 dias pós-parto.

- O Caso 2 era o único que possuía protocolo clínico para atenção pós-parto, entretanto apenas para atuação do enfermeiro, evidenciando que os três Casos necessitam aprimoramento nesse aspecto.
- O Caso 2 tinha boa articulação com a maternidade de referência, o que viabilizou que as mulheres saíssem do hospital já com a consulta pós-parto agendada.
- O Caso 3 tinha preocupação com a educação permanente dos profissionais, fazendo parte do cotidiano das equipes de atenção básica, com espaço para discussões em reuniões de equipe e com núcleo de educação permanente instituído no município.

### **Aspectos desfavoráveis:**

- Falta de Educação Permanente (Casos 1 e 2),
- Baixa cobertura de ESF que seria fundamental para fortalecimento da APS, e falta de acesso ao psiquiatra em tempo oportuno, o que dificulta a resolutividade e continuidade dos cuidados na APS para as mulheres com depressão pós-parto (Casos 1 e 3).

### **Dimensões da implantação da assistência pós-parto:**

- Dimensão “longitudinalidade”: Teve implantação crítica para os Casos 1 e 2, e incipiente para o Caso 3. As principais fragilidades dos três Casos foram em relação ao não uso de protocolos clínicos, falta de atenção no puerpério remoto e de plano de cuidados pós-parto. Os Casos 1 e 2 tiveram dificuldades no envolvimento de famílias e ou companheiros(as) no cuidado às mulheres.
- Dimensão “acesso”: Os Casos 1 e 2 tiveram implantação incipiente, e o Caso 3 teve implantação parcial. As principais fragilidades foram nos quesitos de realizar seis ou mais consultas de pré-natal, e duas consultas pós-parto. Somente o Caso 3 realizou o número suficiente de visitas domiciliares na primeira semana pós-parto.
- Dimensão “saúde física”: Teve implantação parcial para os Casos 1 e 3, e incipiente para o Caso 2. Todos os Casos apresentaram fragilidades quanto à atenção aos problemas comuns do pós-parto e sinais de alerta, especialmente quanto a sinais de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, infecção e tromboembolismo, e orientações sobre atividade física. O Caso 1 teve melhor adequação na continuidade dos cuidados em relação a intercorrências no pré-natal e pós-parto.
- Dimensão “saúde mental”: Todos os casos apresentaram fragilidades, com implantação crítica para o Caso 2, e incipiente para os demais.
- Dimensão “violência doméstica”: O Caso 3 teve implantação parcial, superando os demais por ter na rotina de atendimento de todos os profissionais o olhar para essa questão, e discutir em equipe sobre notificação compulsória. A principal fragilidade de todos os casos foi a falta de orientação às mulheres e o foco da atenção na violência física.
- Dimensão “aleitamento materno”: Teve implantação satisfatória para o Caso 3, e implantação parcial para os Casos 1 e 2, sendo que as principais fragilidades se concentraram no apoio contínuo e orientações às mulheres, para além das consultas pré-agendadas e queixas. Todos os Casos tiveram fragilidades no incentivo e preparo das mulheres para o aleitamento materno desde o pré-natal.
- Dimensão “planejamento reprodutivo”: Apresentou implantação crítica para o Caso 2 e incipiente para os demais. Houve foco da assistência em métodos contraceptivos hormonais, falta abordagem sobre saúde sexual e de envolvimento dos (as) companheiros (as) na escolha do método.

### **Aspectos favoráveis:**

- Destaca-se o Caso 3, que obteve o maior grau de implantação, especialmente por ter implantado na unidade de saúde o acolhimento de acesso avançado, ter uma equipe

especialista em saúde da família e com alinhamento entre as ações e preocupação com a assistência integral às mulheres e envolvimento das famílias/companheiros (as) no cuidado, realizar discussão de casos, ter a Educação Permanente presente no cotidiano de trabalho e realizar grupo de gestantes.

- Para os Casos 1 e 3 é válido ressaltar a institucionalização da consulta pós-parto nos primeiros dez dias, tendo esse aspecto favorecido melhor implantação das dimensões saúde física e aleitamento materno.

**Aspectos desfavoráveis:**

- O Caso 2 realizou a primeira consulta apenas por profissional médico, em geral, depois de 30 dias pós-parto.
- A falta de uso de protocolo clínico, baixa cobertura de consultas pré-natal e pós-parto, atenção aos problemas comuns baseada na queixa, falta rotina de atenção à saúde mental e violência doméstica no pós-parto e assistência ao planejamento reprodutivo com foco no uso de métodos contraceptivos hormonais foram considerados aspectos desfavoráveis para os três casos.

**PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA INFÂNCIA**

**Einloft et al. (2018) analisaram os programas em Viçosa, MG, de outubro de 2012 a dezembro de 2013<sup>14</sup>**

- **Perfil dos profissionais de saúde:** Característica marcante e comum entre os grupos foi o frágil vínculo empregatício, com a quase totalidade dos profissionais vinculados à administração local sob regime de contrato de trabalho temporário. Na função de agente comunitário de saúde (ACS) apenas 24,05% referiram formação específica na área de saúde. Enquanto 74,68% receberam algum tipo de capacitação, 46,84% referiram a realização desta há mais de um ano e avaliaram negativamente as que foram realizadas (84,81%). A importância deste tipo de atividade para a prática cotidiana de atenção à criança foi reconhecida pelo grupo (72,15%), mas a metodologia utilizada não conseguiu contemplar todas as expectativas e necessidades destes profissionais.
- **Ações desenvolvidas visando a promoção da saúde infantil:** Os ACS (n=79) relataram que a maioria das equipes de ESF (78,48%) realizava atividades de acompanhamento de rotina de crianças menores de dois anos, normalmente consultas de puericultura; porém, para 36,71% das equipes não havia definição clara da periodicidade de realização deste tipo de atividade. Normalmente, as ações desenvolvidas se restringiam a aferições antropométricas (45,57%) ou associação de aferições antropométricas e orientações gerais sobre alimentação, cuidados e vacinação (39,24%). Visitas domiciliares também foram citadas como complementares às ações desenvolvidas nas unidades (3,80%). Dos ACS entrevistados, 7,59% não souberam descrever as ações desenvolvidas, e 3,80% relataram não realizar nenhum tipo de ação voltada para a saúde infantil em suas unidades.
- **Análise das perspectivas e preocupações dos ACS e enfermeiros:** Ainda que houvesse o reconhecimento de uma realidade que demandava ações de promoção da alimentação saudável durante a infância, a qualidade e continuidade destas foram limitadas por questões profissionais e organizacionais dos serviços. As dimensões “Profissional” e “Organizacional” foram as mais exploradas pelos profissionais e mostraram grande relação com a viabilidade de implementação de programas de promoção da alimentação saudável na infância.

**Tavares et al. (2018) analisaram a EAAB em Recife, PE, em abril e julho de 2016<sup>31</sup>**

**Problemas encontrados na implantação da EAAB:**

- Baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses, curta duração do período total de aleitamento materno e introdução precoce de alimentos e hábitos alimentares pouco saudáveis,
- Falha no registro dos dados no Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
- Falta de acesso aos indicadores por falha no SISVAN, problema identificado pelos gestores, mas que não constava dos documentos oficiais da EAAB.
- Os recursos necessários para a realização das atividades propostas dependiam do orçamento, principalmente no que diz respeito às oficinas de capacitação dos tutores. No entanto, todos os projetos dependiam do planejamento municipal para sua viabilização, no que diz respeito à presença de coordenadores, tutores, apoio da gestão e interação/articulação entre as políticas municipais e a estratégia do programa. Também era necessária a disponibilidade de recursos relacionados ao estabelecimento de metas e investimento em parcerias, equipamentos sociais e registro consistente de informações.
- Segundo os participantes, seria necessário ter reuniões periódicas entre gestores e tutores, para determinar quais os obstáculos que podiam interferir no processo de implantação da EAAB. Essas reuniões também seriam necessárias para definir estratégias e abordar problemas.
- Outras sugestões foram a criação de um plano de puericultura, o envolvimento da equipe e a coordenação de atividades que promovam, protejam e apoiem o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável.
- Também foram propostas atividades para avaliar os processos de trabalho, identificar barreiras no nível local e melhorar a qualidade da atenção e do trabalho na Atenção Básica.

**Venâncio et al. (2013) analisaram a EAAB em Porto Alegre, RS; Corumbá, MS; Distrito Federal, em 2009<sup>32</sup>**

**Elementos que facilitaram/dificultaram a implantação da Rede Amamenta Brasil no contexto municipal:**

- Corumbá: O apoio da gestão municipal, com alocação de recursos para viabilizar as oficinas e cursos de manejo da amamentação, a direcionalidade do programa e a ausência de outras estratégias de promoção do aleitamento materno no município favoreceram a articulação com os vários atores mobilizados para o trabalho.
- Porto Alegre e Brasília: O apoio da gestão foi menor, além de outras políticas competirem com a Rede Amamenta Brasil. O Programa Pra Nenê, em Porto Alegre, e a IHAC e Rede BLH, em Brasília, desviaram o foco de atenção e a energia dos atores envolvidos no processo.
- Coordenação técnica da Rede: Ainda que os coordenadores dos dois municípios e de Brasília tivessem ampla experiência em aleitamento materno e estivessem mobilizados para sua implantação, as possibilidades e formas de atuação variaram conforme as características dos contextos em que se inseriram. Em Corumbá, um município pequeno, houve a possibilidade de um contato muito próximo do coordenador com todas as UBS. Em Porto Alegre e Brasília, cidades maiores e com sistemas de saúde mais complexos, os coordenadores dependiam da adesão e atuação de outros atores (diretores de distritos ou regionais), o que dificultou o processo.
- Tecnologias de gestão: Apesar dos problemas intrínsecos ao sistema de informação proposto para o monitoramento dos indicadores de amamentação, a mobilização da

equipe de Corumbá e o universo menor de UBS possibilitaram alimentação do SISVAN web, aspecto não contornado em Porto Alegre e em Brasília.

- Rotatividade de profissionais: Esse fator negativo apontado em Porto Alegre e Brasília, foi um aspecto não enfatizado em Corumbá.
- Governabilidade do sistema: Destaca-se o papel da relação entre a coordenação da Rede e os envolvidos no processo de implantação (alta direção, setor administrativo-financeiro, outros setores do poder municipal, coordenadores regionais/distritais, gerentes e tutores).
- Em Corumbá, o coordenador demonstrou ter autonomia e legitimidade. Em Porto Alegre e Brasília, as relações dos coordenadores pareciam mais frágeis e a autonomia, menor, em face do desenho mais complexo da organização do sistema de saúde.
- Na experiência dos dois municípios e de Brasília, as boas experiências relatadas em relação à tutoria não estavam relacionadas a uma motivação ou atuação isolada do tutor, mas articuladas a um projeto institucional. A preparação dos profissionais para o manejo do aleitamento materno foi um aspecto mais destacado no desenho de implantação da Rede em Corumbá.

### **Grau de implantação**

- Certificação: As dez UBS de Corumbá cumpriam todos os pré-requisitos para certificação; em Porto Alegre, a maior dificuldade foi identificada no quesito monitoramento dos indicadores de aleitamento materno; em Brasília, o problema se deu no monitoramento e construção do fluxograma.
- Atendimento às demandas: Todas as UBS dos dois municípios e de Brasília haviam estabelecido mecanismos para a garantia do atendimento à demanda programada e espontânea da dupla mãe-bebê em aleitamento materno.
- Dificuldades na utilização de protocolos de manejo clínico do aleitamento materno e na definição de referências para outros níveis de atenção: Mesmo em Corumbá, onde todas as UBS construíram seus fluxogramas, oito não haviam definido uma referência para situações de manejo mais complexas, e cinco unidades não haviam adotado um protocolo clínico de manejo do aleitamento materno conforme o recomendado.
- Percentual de UBS com implantação consolidada em relação ao total de UBS analisadas mostrou a seguinte situação: Corumbá – 100% (implantação consolidada); Porto Alegre – 28,6% (implantação parcial); Brasília – 18,2% (implantação incipiente).

**Fonte:** elaboração dos autores. **Nota:** ACS - Agente Comunitário de Saúde; BLH - Bancos de Leite Humano; DP - diferença padrão; EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; ESF - Estratégia Saúde da Família; IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança; MG - Minas Gerais; n - número; PE - Pernambuco; MS - Mato Grosso do Sul; RS - Rio Grande do Sul; SISVAN - Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional; UBS - Unidade Básica de Saúde.

## **5.4. SAÚDE BUCAL: Política Nacional de Saúde Bucal**

Três estudos analisaram a situação de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB (Quadro 5).

Aquilante e Aciole (2015) realizaram o estudo em cidades paulistas do Departamento Regional de Saúde de Araraquara e constataram que nenhum dos municípios avaliados alcançou um grau de implementação satisfatório. A maioria foi classificada como “boa”, porém mais de 40% das cidades receberam classificação “ruim” ou “insatisfatória”<sup>8</sup>.

Ilha et al. (2015), em estudo realizado na capital gaúcha, apontaram que a cobertura em saúde bucal apresentou melhora lenta e gradativa ao longo do período avaliado, todavia, houve uma diminuição na cobertura média de escovação supervisionada. As autoras indicam

que a abrangência da Primeira Consulta Odontológica Programática e da Ação Escovação Coletiva Supervisionada ficou aquém das metas estabelecidas<sup>17</sup>.

Souza et al. (2021) observaram que nenhuma das capitais brasileiras analisadas apresentou valores positivos para todos os componentes avaliados na implantação da PNSB<sup>30</sup>.

**Quadro 5.** Situação da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal em municípios de São Paulo e algumas capitais brasileiras.

<b>POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (PNSB)</b>
<b>Aquilante e Acirole (2015) analisaram a política em 19 municípios paulistas do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III): Américo Brasiliense, Araraquara, Motuca, Rincão, Santa Lúcia, Trabiju, Borborema, Ibitinga, Nova Europa, Tabatinga, Descalvado, Dourado, Ibaté, Ribeirão Bonito, São Carlos, Cândido Rodrigues, Dobrada, Matão, Taquaritinga, de 2010 a 2012<sup>8</sup></b>
<b>Grau de implantação</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nenhum município alcançou classificação “satisfatória” na implementação da PNSB. A maioria (52,6%) obteve classificação “boa”; 42,1% estão em uma situação “ruim”; e 5,3% em condição “insatisfatória”.</li></ul>
<b>Avaliação da estrutura e do processo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Todos os municípios estão de acordo com a legislação brasileira que obriga a fluoretação das águas. Apenas 36,8% relataram realizar o heterocontrole dos teores de flúor.</li><li>• Todos afirmaram realizar higiene bucal supervisionada, com a maioria restringindo essas atividades ao cenário de educação infantil.</li><li>• A abordagem das temáticas nos grupos de promoção e proteção de saúde realizados nos serviços de APS variou muito. Em dois municípios, os cirurgiões-dentistas da USF relataram utilizar metodologias ativas de aprendizagem. As ações de educação em saúde bucal estavam focadas principalmente no controle da cárie dentária em crianças em escolas e pré-escolas e doença periodontal e câncer bucal em idosos nos serviços de APS.</li><li>• A aplicação tópica de flúor como ação coletiva foi realizada por 73,7% dos municípios, geralmente em escolas, utilizando o flúor-gel. Um município distribuía sachês de flúor para bochechos em região de assentamento rural, pois esta população não tinha acesso à água de abastecimento público.</li><li>• Todos os municípios trabalhavam na prevenção e controle do câncer bucal. Embora vários deles já fizessem o rastreamento de modo rotineiro, 52,63% se restringiam ao período da Campanha Anual de Vacinação dos Idosos.</li><li>• O pronto-atendimento odontológico havia sido implantado em apenas 42,1% dos municípios. Apesar de dois apontarem no questionário que trabalhavam com indicadores de resolutividade, essa informação não foi corroborada nas entrevistas. O que se observou foi que os profissionais de saúde bucal do pronto-atendimento não sistematizavam as informações em indicadores e não estavam integrados à rede para garantir a resolutividade do cuidado.</li><li>• Acerca da realização de procedimentos mais complexos na APS, a pulpotomia e o tratamento periodontal não cirúrgico eram realizados em 100% dos municípios; as restaurações complexas de cavidades eram feitas em 89,5% e a fase clínica de instalação de próteses em apenas 10,5%. A oferta de prótese nos serviços de APS ainda estava em fase inicial ou em vias de implantação. Geralmente os municípios menores encaminharam os pacientes que necessitavam de biópsias para as faculdades de odontologia localizadas em Araraquara ou para os municípios maiores. Apenas um município realizava ortodontia</li></ul>



preventiva.

**Infraestrutura, equipamentos, insumos e biossegurança:**

- 13 municípios responderam que os locais de trabalho das equipes de saúde bucal contavam com alvará de funcionamento; três informaram que os serviços não possuíam alvará e os demais não responderam ou não sabiam.
- Durante a observação dos serviços, notou-se que a infraestrutura era melhor nos programas ou estratégias priorizados pela PNSB (ESF, CEO e Pronto-Atendimento Odontológico). A maioria das UBS também possuía infraestrutura adequada, ao passo que os consultórios escolares e modulares se encontravam em condições precárias. O espaço físico do consultório geralmente era bastante limitado.
- A quantidade e a qualidade dos materiais e instrumentais dependia de como eram realizadas as compras e de como era feita a gestão destes recursos.
- Todos os gestores afirmaram disponibilizar equipamentos de proteção individual. Os profissionais contavam pelo menos com luva e máscara, entretanto a maioria dos municípios também disponibilizava gorro, avental e óculos de proteção.

**Atendimento das demandas:**

- As especialidades de prótese, periodontia e endodontia foram as que apresentaram as maiores demandas reprimidas, sendo que para endodontia a fila de espera podia chegar a mais de dois anos, comprometendo a continuidade do cuidado.
- A cobertura foi avaliada a partir do indicador de Primeira Consulta Odontológica, em que se observou uma grande variação entre os municípios. Em geral, os de pequeno porte populacional avançaram mais no alcance deste indicador.
- Entre 2010 e 2012, observou-se uma tendência de manutenção ou aumento da cobertura de Equipes de Saúde Bucal na ESF, cenário que sugere uma melhoria – ainda que tímida – da capacidade instalada e ampliação de profissionais de saúde bucal no SUS.
- Apesar de 13 coordenadores de saúde bucal terem afirmado que o planejamento das ações foi realizado por meio de linhas de cuidado, o que continuou ocorrendo foi a priorização de grupos de usuários, como escolares, gestantes, idosos e hipertensos.

**Monitoramento e gestão:**

- A maioria dos coordenadores municipais de saúde bucal não soube indicar o percentual do orçamento municipal destinado à saúde bucal.
- O desenvolvimento do processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal revelou-se incipiente.
- As atividades de educação permanente foram realizadas em 57,9% dos municípios, principalmente por meio de reuniões de equipe, a partir das necessidades elegidas por profissionais de saúde bucal e gestores.
- O diagnóstico epidemiológico era realizado em apenas 15,8% dos municípios. Os instrumentos para o registro de informações/indicadores geralmente eram os prontuários, mas os municípios também utilizavam como ferramentas sistemas próprios ou disponibilizados pelo Ministério da Saúde.
- Os coordenadores municipais de saúde bucal reportaram 20.767 atendimentos/mês e 51.397 procedimentos/mês. A maioria dos atendimentos/procedimentos foram realizados nas UBSs, seguida de USF, os CEO, os pronto-atendimentos, as escolas e por último o atendimento hospitalar.
- Apenas 15,8% dos municípios relataram possuir agenda de pesquisa, sendo citados os levantamentos epidemiológicos e as pesquisas desenvolvidas por profissionais em capacitação.
- A gestão dos serviços de saúde bucal, em quase a totalidade dos municípios era realizada

por cirurgiões dentistas, dos quais apenas 27,8% possuíam pós-graduação em Saúde Pública ou áreas afins.

- As atividades de planejamento foram realizadas anualmente em 47,7% dos municípios (Programação Anual de Saúde), 26,3% utilizaram as ferramentas de planejamento de maneira mais rotineira em reuniões de levantamento de problemas e 10,5% se limitaram aos Relatórios de Gestão elaborados a cada quatro anos. Na maioria dos municípios, quem participava do planejamento eram os profissionais de saúde bucal e alguns também contaram com a participação dos gestores. Essa informação não foi corroborada pelos profissionais, pois muitos disseram que sequer eram convidados para participar desses espaços.

### Ilha et al. (2015) analisaram a política em Porto Alegre, RS, de 2008 a 2012<sup>17</sup>

- **Alcance da política:** Ao longo dos anos, houve um aumento da população coberta pela ESF/Saúde bucal. As Ação Coletiva de Escovação Supervisionada e média da escovação supervisionada no ano de 2008 atingiram o maior número de pessoas; em contrapartida, o ano de 2012 apresentou o menor número, bem como a menor média de procedimentos coletivos de saúde bucal.
- **Cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programática:** Dados coletados do relatório de gestão Porto Alegre 2010 indicaram que a meta acordada em 2008 sugeria que os municípios oferecessem uma consulta odontológica programática anual (e tratamentos correlatos) para pelo menos 12,5% de sua população. Verificou-se que os valores dos anos de 2008, 2009 e 2010 ficaram aquém da meta pretendida.
- **Ação Coletiva Supervisionada de Escovação Dentária:** De 2008 a 2010, nenhuma das gestões distritais atingiu a meta estabelecida em 2010 em todos os prazos avaliados.

### Souza et al. (2021) analisaram a política em 27 capitais do Brasil, entre 2003 e 2010<sup>30</sup>

- Observa-se que nenhuma das capitais apresentou valores positivos para todos os componentes analisados. Porto Velho (RO), São Paulo (SP) e Belo Horizonte (MG) apresentaram apenas valores negativos.

#### **Modificação percentual anual dos indicadores de saúde bucal entre 2003 e 2010:**

- A maior redução no CPO-D entre crianças de doze anos ocorreu em Brasília, DF (-10,36), enquanto houve um aumento expressivo em Macapá, AP (12,28).

#### **Padrão de promoção da saúde bucal:**

- Um padrão mais satisfatório foi obtido para Campo Grande (MS), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), João Pessoa (PB) e Florianópolis (SC). As piores condições foram verificadas em Maceió (AL), Macapá (AP), Teresina (PI) e Brasília.
- A cidade de Campo Grande apresentou um padrão mais homogêneo nas avaliações consideradas satisfatórias, entre caracterização da atenção em saúde bucal e modificação percentual anual para os indicadores de saúde bucal.
- Embora Brasília tenha avaliações negativas no modelo de atenção em saúde bucal e na oferta de serviços de saúde bucal, destacou-se favoravelmente na melhora dos indicadores de saúde bucal entre 2003 e 2010.
- Apesar de Curitiba, Fortaleza, João Pessoa e Florianópolis terem apresentado avaliação satisfatória relativa à atenção em saúde bucal e promoção da saúde bucal, não obtiveram modificações percentuais anuais satisfatórias para a maioria dos indicadores de saúde bucal entre 2003 e 2010.



- As cidades com menores taxas de pobreza e melhor desenvolvimento humano em 2010 foram, em geral, as que apresentaram menor CPO-D.
- A relação entre as cidades com fluoretação das águas e o CPO-D foi considerada satisfatória.

**Fonte:** elaboração dos autores. **Nota:** AC - Acre; AL - Alagoas; AM - Amazonas; AP - Amapá; APS - Atenção Primária à Saúde; CD - cirurgião dentista; CE - Ceará; CEO - Centros de Especialidades Odontológicas; DF - Distrito Federal; DRS - Departamento Regional de Saúde; ESF - Estratégia Saúde da Família; MS - Mato Grosso do Sul; PB - Paraíba; PI - Piauí; PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal; PR - Paraná; RN - Rio Grande do Norte; RS - Rio Grande do Sul; SC - Santa Catarina; SP - São Paulo; UBS - Unidade Básica de Saúde; USF - Unidade Saúde da Família.

### 5.5. SAÚDE DO ADOLESCENTE: Programa de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei

Perminio et al. (2018) analisaram a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) em 27 municípios habilitados à política. Os autores relataram que a política fortaleceu a efetivação do direito à saúde de adolescentes em conflito com a lei, no entanto, sua implementação necessitaria ser fomentada e qualificada para que o acesso aos cuidados em saúde seja de fato uma realidade em todos os estados e municípios. Apontaram falta de fortalecimento das instâncias de participação intersetorial, não institucionalização do Colegiado Gestor do Sistema de Atendimento Socioeducativo (SINASE), não reconhecimento das corresponsabilidades dos entes federados com o cofinanciamento (Quadro 6)<sup>26</sup>.

**Quadro 6.** Situação da implementação da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei

<b>POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI (PNAISARI)</b>
<b>Perminio et al. (2018) analisaram a política em 27 municípios habilitados na PNAISARI (não informam quais são ou a região), no 2º semestre de 2016<sup>26</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Área responsável pela implementação da política nos municípios:</b> Atenção Básica 48%; Saúde da criança e adolescente 26%; Saúde do adolescente 15%; Outras áreas 11%. Os dados sugeriram uma heterogeneidade da área responsável pela gestão da política no setor saúde no país, o que pode dificultar a visibilidade dessa população na agenda política e governança da PNAISARI.</li><li>● <b>Espaços de articulação intersetorial e interfederativa:</b> Apesar do Sistema de Atendimento Socioeducativo (SINASE) se apresentar como política intersetorial e de articulação de diferentes atores e áreas, a instância colegiada ainda não estava institucionalizada, tanto em nível municipal quanto estadual.</li><li>● <b>Dados sobre a implementação da PNAISARI nos municípios:</b> As unidades federadas tiveram reunião do Colegiado Gestor SINASE (n=8); participaram de reunião do Colegiado Gestor SINASE (n=8); tiveram reunião do Grupo de Trabalho Intersetorial - GTI (n=27); participaram de reunião do GTI (n=25); co-financiaram a PNAISARI (n=14); acompanharam a implementação da PNAISARI (n=26); apresentaram melhora no atendimento à saúde após a implementação da PNAISARI (n=24).</li><li>● <b>Reuniões semestrais do GTI em todos os municípios:</b> Identificou-se que alguns entes federados não estavam participando das reuniões. Destacou-se, ainda, a importância da</li></ul>

participação e realização das reuniões a nível estadual, reforçando a importância da corresponsabilização para a implementação da política.

- **cofinanciamento:** Observou-se que 13 dos 27 municípios informaram que não participavam do financiamento tripartite das ações e serviços previstos na Portaria nº 1082/2014.
- **Acompanhamento da implementação da PNAISARI:** Era realizado por meio do GTI, ações de acompanhamento das equipes de saúde, visitas técnicas in loco, planos operativos e de ação, ações de monitoramento e avaliação da política, matriciamento e estudos de caso, além de assessoria técnica realizada através de contatos telefônicos e videoconferências.
- **Avaliação da política:** A maior parte dos municípios informou ter melhorado o atendimento à saúde de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa após a implementação da PNAISARI.

**Fonte:** elaboração dos autores. **Nota:** GTI - grupo de trabalho intersetorial; n - número; PNAISARI - Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei; SINASE- Sistema de Atendimento Socioeducativo.

## 5.6. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: Ações em saúde sexual e reprodutiva

Nasser et al. (2017) analisaram as ações de saúde sexual e reprodutiva (SSR) em diversos municípios paulistas. Os principais achados indicaram que ações de educação em saúde ocorreram com predomínio de atividades pontuais, como campanhas restritas ao serviço e setor saúde, baseadas na transmissão de informações. A média geral do desempenho desses serviços para saúde sexual e reprodutiva foi de 56,8% (Quadro 7)<sup>20</sup>.

**Quadro 7.** Situação da implementação de ações de Saúde Sexual e Reprodutiva em municípios de São Paulo.

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
<b>Nasser et al. (2017) analisaram as ações em 586 municípios (2.735 serviços distribuídos nos 17 departamentos regionais de saúde paulistas), em 2010<sup>20</sup></b>
<b>Ações de educação em saúde desenvolvidas na comunidade e unidade de saúde:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Predomínio de atividades pontuais: Campanhas restritas ao serviço e setor saúde, baseadas na transmissão de informações. A abordagem do corpo e das funções reprodutivas prevaleceu sobre os temas direitos e sexualidade. Situações de vulnerabilidade, como abuso de álcool e violência, foram mais contempladas em atividades educativas na comunidade do que acompanhadas nas unidades.</li><li>● Prevenção e assistência às doenças sexualmente transmissíveis (DST/aids): Ações de proteção específica, como vacinação para hepatite B e dispensação de preservativos para a população geral, foram as principais medidas de prevenção, embora a disponibilidade de preservativo feminino seja restrita. Ações educativas de prevenção de DST/aids ocorreram preferencialmente nas unidades do que na comunidade. As mulheres foram o principal público-alvo, comparativamente a adultos e adolescentes.</li><li>● Limites no rastreamento do câncer cérvico-uterino: Ocorreram devido ao baixo seguimento dos critérios e à oferta irregular do exame de Papanicolaou. O diagnóstico de sífilis e HIV, durante o pré-natal, foi prejudicado pela inadequação na oportunidade de coleta de exames. O tratamento de casos de DST encontrou restrições, pela pequena adoção do tratamento sintomático e predomínio da abordagem mediante confirmação diagnóstica, requerendo maior especialização profissional e trazendo riscos à adesão do usuário. O uso de preservativo e a testagem sorológica foram aconselhados</li></ul>

frequentemente.

- Limites na disponibilidade de medicações: Para DST ocorreram na aplicação de penicilina benzatina, e no tratamento da gestante com sífilis e do parceiro. A ausência de casos de sífilis congênita foi referida apenas em parte das unidades.
- Atividades de vigilância em saúde: A avaliação de exames ocorreu parcialmente. As informações mais registradas, como vacinas aplicadas e coletas de Papanicolaou, referiam-se à produtividade.
- Atenção à saúde reprodutiva: O planejamento reprodutivo foi atividade frequente na atenção à saúde da mulher, com maior ocorrência de atividades de educação em saúde nas unidades do que na comunidade.
- Disponibilidade de métodos: Preservativo masculino e anticoncepcional oral tinham grande disponibilidade. A oferta de métodos cirúrgicos foi frequente. Já o preservativo feminino e o contraceptivo de emergência tiveram ocorrência restrita.
- Pré-natal: A maioria dos serviços oferecia como atividade programada, com ingresso das gestantes no primeiro trimestre e realização dos exames preconizados. Ações de educação em saúde para gestantes aconteciam em grande parte das unidades, algumas com grupos para adolescentes.
- Agendamento e local de realização de consulta: Em geral, foram mais adequados no pós-parto imediato do que para o pós-parto tardio. A vigilância de faltosas foi mais comum para gestantes, comparativamente às puérperas.
- Câncer de mama: A abordagem integrava frequentemente as ações planejadas para saúde da mulher, mas raramente seguia os critérios para solicitação de mamografia.
- Ações de saúde dos homens: Incluía, em muitos serviços, a prevenção de câncer de próstata.

### **Desempenho dos serviços de APS:**

- A média geral do desempenho dos serviços paulistas de APS foi 56,8%. Nenhum serviço apresentou média superior a 91,9%.
- A atenção à saúde reprodutiva foi o domínio com maior contribuição para a dimensão SSR, seguido de prevenção e assistência às DST/aids, e promoção à SSR.
- A correlação entre todos os domínios e subdomínios que compõem a dimensão saúde sexual e reprodutiva foi positiva.
- Os três domínios mostraram-se correlacionados, sendo que o domínio prevenção/assistência apresentou as maiores correlações com os demais.

**Fonte:** elaboração dos autores. **Nota:** AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*); DST: doenças sexualmente transmissíveis; HIV - vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus*); SSR: Saúde Sexual e Reprodutiva.

### **5.7. SAÚDE DO IDOSO: Ações para a atenção à saúde do idoso**

Pereira et al. (2017) avaliaram a situação de implementação de ações para atenção à saúde do idoso, referenciado pelos pressupostos das políticas de saúde que abordam o envelhecimento e Estatuto do Idoso em cinco municípios de Santa Catarina. Os principais resultados indicaram que em todos os municípios participantes houve uma estruturação mínima dos serviços de saúde, tanto na atenção primária como na hospitalar. O percentual máximo de resultados positivos foi de 37%, alcançado por dois municípios que também apresentaram a menor quantidade de indicadores avaliados como “ruim” (Quadro 8)<sup>25</sup>.

**Quadro 8.** Situação da implementação de ações para a Atenção à Saúde do Idoso em municípios de Santa Catarina.

<b>ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO</b>
<p><b>Pereira et al. (2017) analisaram as ações em cinco municípios de Santa Catarina de porte populacional diverso (M1: 3.253; M2: 13.309; M3:26.045; M4:61.968; M5:124.557), em 2015<sup>25</sup></b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Em todos os municípios participantes observou-se uma estruturação mínima dos serviços de saúde, tanto na atenção primária como na hospitalar.</li><li>● O Caso 1 registrou maior proporção de idosos e apresentou também uma relação ESF/população como recomendado, já o Caso 5 apresentou o número de ESF aquém do necessário.</li><li>● O Caso 2 registrou a maior taxa de internação de idosos, e o Caso 4 a maior taxa de mortalidade. A qualidade da assistência aos idosos na atenção básica em saúde/atenção primária em saúde calculada comparando as taxas de idosos internados por doenças sensíveis em relação ao atendimento ambulatorial nos dois últimos triênios, foi desfavorável no Caso 1.</li><li>● Nenhum Caso foi considerado bom quanto à gestão da atenção ao idoso e na análise de agregação por dimensão. A subdimensão com o melhor resultado foi “Promoção e Prevenção”, em que dois Casos conquistaram o conceito bom (M2 e M5), e o pior resultado foi “Articulação” com três Casos (M1, M3 e M4) julgados como ruim.</li></ul>
<p><b>Os casos foram analisados em cada um dos 16 indicadores:</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>● O percentual máximo de resultados positivos (bom) foi 37%, alcançado por dois Casos (M2 e M5) que também apresentaram a menor quantidade de indicadores avaliados como ruim. Um Caso (M3) apresentou o maior número de resultados negativos, nove indicadores.</li><li>● Indicadores com melhores resultados: Condições de Mobilidade da Equipe e Cobertura Vacinal, com quatro Casos apresentando a melhor classificação. Em segundo lugar, o indicador Resolubilidade da Atenção Básica.</li><li>● Em cinco indicadores (Suficiência da Atenção Básica em Saúde/Atenção Primária em Saúde, Adequação da Estrutura Física, Continuidade dos Insumos, Atuação Intersectorial, e Agilidade ao Diagnóstico e Tratamento) nenhum Caso foi classificado como bom. O indicador Adequação de Estrutura Física obteve o maior número de municípios com resultado ruim.</li></ul>

**Fonte:** elaboração dos autores. **Nota:** ESF - Estratégia Saúde da Família; M - município.

### 5.8. TUBERCULOSE: Programa de Controle da Tuberculose

Ferreira et al. (2022) analisaram a implementação do Programa de Controle da Tuberculose em cidades de Rondônia. As autoras identificaram a necessidade de os municípios efetivarem o cumprimento das ações de controle da doença para o aumento do acesso ao diagnóstico e tratamento, dentre as quais: busca de sintomáticos respiratórios, controle de contactantes, acompanhamento dos casos e operacionalização do tratamento (Quadro 9)<sup>15</sup>.

**Quadro 9.** Situação da implementação do Programa de Controle da Tuberculose em municípios de Rondônia.

**PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE**

**Ferreira et al. (2022) analisaram o programa em 39 municípios do estado de Rondônia, em 2018<sup>15</sup>**

- 39 municípios que apresentaram 668 casos de tuberculose (TB) notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) diagnosticados em 2018; 538 (80,5%) eram casos novos de TB e 109 (16,3%) retratamentos - dos quais 49 (45%) recidivas e 60 (55%) reentradas após abandono - e, 21 (3,2%) outros tipos de entrada.
- Três grupos de municípios foram agrupados de acordo com o desempenho do Programa de Controle da TB: Cluster 1 com 25 municípios com desempenho regular (64,1%); Cluster 2 com 10 municípios com desempenho insatisfatório (25,6%); e Cluster 3 com quatro municípios com desempenho satisfatório (10,3%).
- A comparação das médias dos indicadores de desempenho dos Programas de Controle da TB nos municípios identificou melhor desempenho do cluster 3 (satisfatório) do que do cluster 2 (insatisfatório) para os seguintes indicadores: Proporção de casos novos de TB notificados pelo município de residência; Proporção de casos novos de TB pulmonar que realizaram cultura de escarro no início do tratamento; Proporção de casos novos pulmonares bacilíferos com número recomendado de baciloscopias de controle mensal realizadas; Proporção de casos de retratamento de TB; e Proporção de casos de retratamento de TB que realizaram o exame de cultura.
- O cluster 1 (regular) apresentou desempenho intermediário, mas não estatisticamente diferente dos demais clusters na análise do indicador operacional “Proporção de casos novos de TB pulmonar que realizaram cultura de escarro no início do tratamento”. O cluster 1 (regular) e o cluster 3 (satisfatório) tiveram alta proporção de casos novos de TB notificados pelo município de residência, alta proporção de contatos de casos novos de TB examinados entre os identificados e baixa proporção de abandono do tratamento entre os casos novos de TB, quando comparado ao cluster 2 (insatisfatório).

**Fonte:** elaboração dos autores. **Nota:** SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificações; TB - tuberculose.

**5.9. DOENÇA RENAL: Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos**

Paula et al. (2016) avaliaram a estrutura, o processo e o resultado do Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos em Juiz de Fora, MG. Os autores indicaram que com relação às ações de prevenção dos fatores de risco, detecção precoce e controle de doenças renais crônicas (DRC) cinco unidades de saúde foram classificadas como capacitadas, outras cinco parcialmente capacitadas e quatro não capacitadas. Os autores observaram que as unidades de atenção primária à saúde com pontuação mais elevada em relação à estrutura e processo apresentaram melhores resultados clínicos na atenção à DRC (Quadro 10)<sup>23</sup>.

**Quadro 10.** Situação da implementação do Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos em um município de Minas Gerais.

**PROGRAMA DE ATENÇÃO A DOENTES RENAI CRÔNICOS**

**Paula et al. (2016) analisaram o programa em Juiz de Fora, MG, de 2010 a 2013<sup>23</sup>**

- Estrutura física do Programa: Nove unidades (61%) não possuíam consultório em número suficiente para atendimento simultâneo de médico e enfermeiro e dez unidades (69%) não possuíam medicamentos básicos em quantidade suficiente para demanda.

- Equipe de saúde: Das 14 unidades de atenção primária avaliadas apenas quatro (31%) apresentavam equipe completa. Em relação a capacitação das equipes avaliadas, verificou-se que oito médicos (54%) e 11 enfermeiros (77%) tinham especialização em Saúde da Família e sete agentes comunitários de saúde (67%) fizeram o curso introdutório em Saúde da Família. Apenas oito médicos (54%), seis enfermeiros (46%) e um agente comunitário haviam recebido capacitação específica para o acompanhamento da doença renal crônica (DRC).
- Dentre as 14 unidades de atenção primária avaliadas verificou-se que nenhuma possuía linhas guia direcionadas à DRC. A entrevista com os médicos revelou que seis (43%) não conheciam os critérios de encaminhamentos para o Centro Hiperdia Minas e nove (64%) utilizavam a dosagem de creatinina sérica como principal critério de encaminhamento à atenção secundária. Apenas cinco (36%) dos entrevistados relataram incluir a excreção urinária de proteína como critério de avaliação. Estes percentuais mostraram-se ainda mais reduzidos quando se considerou como critério de encaminhamento, a taxa de filtração glomerular e o rastreamento de microalbuminúria (que permite definir a gravidade da doença renal). Assim, menos de um terço dos médicos relataram utilizar a taxa de filtração glomerular e apenas um citou a microalbuminúria como critério de avaliação.
- Em relação à coordenação do fluxo de usuários na rede, revelou-se ausência de comissão de regulação de encaminhamento para o especialista no município.
- Considerando os aspectos de estrutura e processo das unidades de atenção primária, a classificação da capacidade para ações de prevenção dos fatores de risco, detecção precoce e controle da DRC na atenção primária, o estudo revelou que cinco (36%) unidades estudadas foram classificadas como capacitadas, cinco (36%) como parcialmente capacitadas e quatro (28%) como não capacitadas.
- Ao analisar os 1.534 prontuários dos usuários acompanhados nos grupos de hipertensão arterial e diabetes mellitus nas unidades de atenção primária, foram observadas falhas no registro de exames laboratoriais básicos sendo que, em quatro anos de seguimento, não existia registro de glicemia de jejum em 276 prontuários (18%); em 163 (44%) prontuários dos diabéticos não havia registro de hemoglobina glicada; em relação ao rastreamento da DRC nesta população, verificou-se ausência de registro de creatinina sérica em 398 (26%) prontuários analisados e em 261 (17%) dos mesmos havia apenas um registro. Considerando a taxa de filtração glomerular, a DRC foi diagnosticada em 250 (16%) indivíduos.
- A análise das condições de encaminhamento dos usuários ao ambulatório de DRC do Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora revelou que as unidades de atenção primária à saúde “não capacitadas” apresentaram menor frequência de encaminhamento quando comparadas às “capacitadas” e “parcialmente capacitadas” ( $p < 0.001$ ).
- As unidades de atenção primária classificadas como capacitadas apresentaram maior conhecimento dos critérios de encaminhamento para a atenção secundária (80%), quando comparadas às classificadas como parcialmente capacitadas (40%) e às não capacitadas (50%).
- Considerando o estágio 3B como critério para encaminhamento à atenção secundária em saúde, verificou-se que 58% dos usuários oriundos das unidades classificadas como capacitadas estavam no estágio 3B desta doença. Em contraposição, as unidades classificadas como não capacitadas encaminharam a maioria dos usuários (65%) nos estágios 4 e 5 da DRC ( $p = 0,049$ ).

**Fonte:** elaboração dos autores. **Nota:** DRC - doença renal crônica; MG - Minas Gerais.



### 5.10. ATENÇÃO À SAÚDE: Programa Mais Médicos

Madera et al. (2018) analisaram o processo de implantação do Programa Mais Médicos em três cidades de Pernambuco. Os autores apontaram uma cobertura maior que 68% no início do período analisado, bem como melhorias em indicadores de saúde e qualidade de atendimento (Quadro 11)<sup>19</sup>.

**Quadro 11.** Situação da implementação do Programa Mais Médicos em municípios de Pernambuco.

<b>PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM)</b>
<b>Madera et al. (2018) analisaram o PMM em Quipapá, Panelas e São Benedito do Sul, PE, de 2013 a 2017<sup>19</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Inicialmente houve uma cobertura de médicos cubanos de 68,8% nos municípios, principalmente nos primeiros três anos.</li><li>● Houve melhora nos indicadores de saúde: maior atendimento, mais consultas de pré-natal, mais visitas domiciliares e menor índice de internações, melhora na qualidade e quantidade das notificações de doenças diarreicas e de notificação obrigatória.</li><li>● Observou-se uma melhoria na qualidade do atendimento em todas as faixas etárias.</li></ul>

Fonte: elaboração dos autores. Nota: PE - Pernambuco.

### 5.11. EDUCAÇÃO DE TRABALHADORES DO SUS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Nicoletto et al. (2013) analisaram a experiência vivenciada por atores envolvidos na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em seis cidades paranaenses. Os autores apontaram que a implementação foi descentralizada. A Secretaria Estadual da Saúde do Paraná articulou e fomentou a educação permanente daqueles que produzem as ações de saúde no cotidiano do trabalho, em parceria com universidades públicas e privadas e com os Conselhos de Saúde. Houve dificuldades, entretanto o diálogo e os acordos nas rodas de conversa entre representantes aconteceram e os modos operativos da política foram praticados de forma única, com construções singulares, de acordo com cada contexto (Quadro 12)<sup>21</sup>.

**Quadro 12.** Situação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em municípios do Paraná.

<b>POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>
<b>Nicoletto et al. (2013) analisaram a política em Cornélio Procópio, Maringá, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, Curitiba e Guarapuava (PR), de dezembro de 2006 a novembro de 2007<sup>21</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● A primeira articulação para a implantação dos polos da Educação Permanente em Saúde (EPS) partiu da direção da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP), que reuniu representantes das 22 Regionais de Saúde (RS), expôs a proposta e orientou o modo como ela seria construída.</li><li>● A negociação com os dirigentes da política no âmbito federal permitiu adotar uma</li></ul>

configuração na qual os Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde (Preps) coincidiram com as regiões administrativas da Secretaria de Estado de Saúde.

- A descentralização dos polos nas 22 RS foi fundamental à capilaridade do processo e valorização do espaço locorregional, uma vez que as problemáticas e necessidades de saúde locais foram respeitadas.
- Alguns integrantes do Polo de Capacitação em Saúde da Família (PCSF), arranjo existente antes da política de EPS, consideraram a mudança de modelo muito súbita e pouco negociada nos espaços políticos regionais. As práticas de educação produzidas por meio dos PCSF eram relevantes, mas limitavam-se aos trabalhadores da estratégia de saúde da família. A desconstrução para ampliar as ações a todos os trabalhadores do SUS causou certo incômodo.
- A partir das diretrizes da ESPP, os técnicos das 22 RS, representantes do gestor estadual, assumiram a implantação e estruturação dos Preps. Primeiramente, as discussões aconteceram com os gestores municipais e, posteriormente, foram organizadas oficinas, com o apoio da ESPP, já com a participação das representações dos segmentos.
- Por meio desses movimentos os sujeitos começaram a entender a necessidade de construção coletiva, voltada às demandas locais. Com o passar do tempo, os representantes oficiais dos polos entenderam que as reuniões deveriam ser abertas para todos os interessados.
- A ampliação da participação de diversos atores revelou-se democrática. Porém, potencializou as discussões no interior dos polos, demandando maior empenho de todos nas negociações para chegar aos acordos, aumentando a complexidade dos modos operantes em torno da EPS.
- No interior desse movimento foram identificadas percepções a respeito das representações dos segmentos nos Preps.
- A representação do gestor estadual foi considerada importante devido à significativa participação de seus representantes e do apoio financeiro para a realização das reuniões. Contudo alguns relatos indicam a dificuldade de articulação desse segmento com os demais.
- Quanto aos gestores municipais, houve menção das suas contribuições, mas, ao mesmo tempo, considerados imediatistas por esperarem retorno financeiro rápido e resultados em curto prazo das discussões e dos processos que eram articulados com os trabalhadores de saúde. Em geral, não compreenderam a dinâmica da política de EPS.
- No que diz respeito ao segmento de serviços de saúde, a motivação para a participação estava alicerçada na potencialidade da proposta de EPS em permitir a discussão do processo de trabalho e, conseqüentemente, provocar mudanças no modelo de atenção à saúde.
- Os representantes da formação tiveram um papel relevante na vivência do processo, pois acumulavam experiências com EPS.
- Alguns representantes do controle social desconheciam o seu papel no polo e os conceitos da política; talvez por isso tenha havido relatos sobre a participação incipiente desse segmento. Em decorrência disso, cursos de formação de conselheiros foram realizados e aspectos positivos surgiram.
- O processo de implantação dos polos no Paraná foi dinâmico. Os trabalhadores vivenciavam conquistas de espaços de discussão e pactuações e, com essas conquistas, ajudaram no desenvolvimento da EPS.
- A partir da consolidação dos polos diversas atividades foram realizadas. Algumas voltadas para a divulgação e implementação da política e, outras, tanto para a qualificação dos próprios integrantes das rodas como dos trabalhadores do SUS. Essas foram sendo concretizadas por meio de fóruns, oficinas, seminários, cursos introdutórios e



especializações.

- Dentre as atividades desenvolvidas o destaque foi para o curso de formação de facilitadores de EPS – estratégia adotada pelo MS para fortalecer a sua implementação.
- As ações desempenhadas por meio dos polos não se limitaram à aprovação de projetos e realização de cursos, mas também a própria dinâmica das reuniões foi essencial com trocas entre os pares.
- Mesmo considerada a importância da formatação descentralizada dos polos no Paraná, os técnicos das Regionais de Saúde tiveram de lidar com um novo arranjo no trabalho cotidiano. Diante dessa dificuldade a parceria com instituições de ensino foi fundamental, pois os atores do segmento da formação já acumulavam experiências com a lógica da EPS, principalmente os das universidades públicas. Além disso, compreendiam melhor a proposta da política e possuíam habilidades para desenvolver os projetos.
- Diante das necessidades levantadas nos espaços dos polos, os projetos eram escritos, avaliados, aprovados e, após liberação do financiamento, que às vezes era demorada, as práticas educativas aconteciam.
- Apesar da intensa realização de ações de EPS, o tempo vivido do processo ainda não havia permitido que os espaços de discussão fossem descentralizados para o âmbito dos municípios e para as instituições/organizações representadas nos Preps. No entanto, a participação de representantes de municípios nos Preps facilitou a disseminação das informações, permitindo que iniciativas municipais acontecessem.
- As diferenças de compreensão entre os sujeitos sobre o conceito de EPS foi outra dificuldade/facilidade que permeou o processo desenvolvido nos polos. Alguns entenderam a EPS somente como cursos e os polos como instâncias de aprovação de projetos e liberação de financiamento. Outros, sabendo da potência da estratégia para articular os diversos atores e promover transformações nas práticas sanitárias, influenciaram positivamente as decisões.

**Fonte:** elaboração dos autores. **Nota:** EPS - educação permanente em saúde; ESPP - Escola de Saúde Pública do Paraná; MS - Ministério da Saúde; PCSF - Polo de Capacitação em Saúde da Família; PR - Paraná; RS - Regional de Saúde; Preps - Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde; SUS - Sistema Único de Saúde.

### 5.12. ATENÇÃO REMOTA À SAÚDE: Programa Telessaúde Brasil

Oliviera et al. (2015) analisaram o Programa Telessaúde Brasil [Rede de Núcleos de Telessaúde - RedeNutes] em cinco municípios de Pernambuco. A análise indicou que o programa foi classificado como implantado nos municípios de Betânia e Triunfo, e parcialmente implantado em Floresta, Itacuruba e São José do Belmonte (Quadro 13)<sup>22</sup>.

**Quadro 13.** Situação da implementação do Programa Telessaúde Brasil em municípios de Pernambuco.

<b>PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL</b>
<b>Oliviera et al. (2015) analisaram o programa em Betânia, Floresta, Itacuruba, São José do Belmonte, Triunfo (PE), em 2009<sup>22</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Os municípios de Betânia e Triunfo foram classificados como implantados (79,5% e 79,1%, respectivamente), enquanto Floresta, Itacuruba e São José do Belmonte foram parcialmente implantados (69,1%, 65% e 72%, respectivamente).</li><li>● A dimensão gestora foi implantada para todos os componentes da RedeNutes, enquanto</li></ul>

os indicadores de resultado apresentaram ampla variação entre os componentes.

**Indicadores de resultado:**

- O grau de implantação da dimensão municipal (conjunto dos municípios) foi julgado parcialmente implantado (72,9%).
- Os componentes planejamento, desenvolvimento e portal estavam implantados (77,3% e 77,2% e 75,6%, respectivamente), enquanto a teleassistência e tele-educação classificaram-se como parcialmente implantados (58,7% e 72,6%).
- Analisando-se os municípios isoladamente, verificou-se que Triunfo apresentou indicadores de estrutura e processo acima de 70% em todos os componentes, enquanto Floresta e Itacuruba tiveram percentual superior apenas no planejamento.
- Em todos os municípios, os componentes planejamento e desenvolvimento mostraram os melhores desempenhos, ao passo que teleassistência obteve os piores valores, variando de 47,6% a 73,3%, classificando-se como não implantado em um município (Floresta) e parcialmente implantado nos demais.

**Fonte:** elaboração dos autores. **Nota:** PE- Pernambuco.

## 6. Considerações finais

Esta revisão rápida identificou 25 estudos publicados nos últimos dez anos e que investigaram a situação de implementação de políticas ou programas de saúde em municípios brasileiros.

Os dados são apresentados em doze categorias, de acordo com a seguinte temática da política ou programa implementados: Atividade física, Saúde do escolar, Saúde da mulher e da criança, Saúde bucal, Saúde do adolescente, Saúde sexual e reprodutiva, Saúde do idoso, Tuberculose, Doença renal crônica, Atenção à saúde, Educação de trabalhadores do SUS, Atenção remota à saúde.

Ao considerar os resultados é importante observar que os estudos incluídos apresentam dados de 2006 a 2019, o que pode diferir da realidade atual da situação de implantação dos municípios.

### **ATIVIDADE FÍSICA: Programa Academia da Cidade e Programa Academia da Saúde**

Cinco estudos apresentaram resultados da situação de implementação dos programas Academia da Cidade (PAC) ou Academia da Saúde (PAS) em municípios de Pernambuco. Os estudos investigaram o grau de implantação, avaliação da estrutura e processo, descrição da organização e funcionamento, eventos/incidentes críticos de implementação e de sustentabilidade, análise descritiva do perfil epidemiológica e assistencial dos municípios tratados e controles antes da implantação (características socioeconômicas e impacto sobre a taxa de mortalidade por hipertensão arterial).

### **SAÚDE DO ESCOLAR: Programa Saúde na Escola e Programas de prevenção ao uso de drogas em escolas de ensino fundamental II e ensino médio**

Quatro estudos apresentaram resultados da situação de implementação dos programas Programa Saúde na Escola (PSE) em municípios do Paraná, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Um estudo analisou a implementação de programas de prevenção ao uso de drogas em escolas de ensino fundamental II e ensino médio em um município de São Paulo. Os estudos investigaram como ocorreu o processo de implantação do programa PSE, início das atividades e ações desenvolvidas, a seleção das escolas, recursos materiais para realização das atividades e ações, recursos humanos, recursos financeiros, a intersetorialidade, principal potencialidade, processo de operacionalização, planejamento, avaliação, monitoramento e controle, tensões observadas, limitações. O estudo que analisou programas de prevenção ao uso de drogas identificou barreiras que dificultaram a implementação.

### **SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA: Programa de assistência pós-parto às mulheres na atenção primária, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e Programas de promoção da alimentação saudável na infância**

Um estudo avaliou a situação da implementação do Programa de assistência pós-parto às mulheres na atenção primária em uma cidade de cada estado da região Sul do país. Os principais resultados abordam a situação de implantação; aspectos favoráveis e desfavoráveis e fragilidades; recursos financeiros, materiais e físicos; recursos humanos; dimensões como mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade, longitudinalidade, acesso, saúde mental, aleitamento materno, planejamento reprodutivo.

Dois estudos analisaram a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) em quatro municípios. Os resultados investigados em Recife abordaram problemas na implantação, prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses. O estudo que analisou Porto Alegre, Corumbá e Distrito Federal descreveu elementos que facilitaram/dificultaram a implantação da Rede Amamenta Brasil no contexto municipal e o grau de implementação.

Um estudo avaliou Programas de promoção da alimentação saudável na infância em uma cidade mineira e relatou o perfil dos profissionais de saúde, ações desenvolvidas visando a promoção da saúde infantil e analisou perspectivas e preocupações dos ACS e enfermeiros.

### **SAÚDE BUCAL: Política Nacional de Saúde Bucal**

Três estudos analisaram a situação de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal. Aspectos como o grau de implantação e avaliação da estrutura e do processo foram relatados no estudo que incluiu 19 municípios paulistas. Em Porto Alegre, um estudo analisou a cobertura da Política e o alcance das metas em relação à ação coletiva supervisionada de escovação dentária. O estudo que analisou as 27 capitais do Brasil relatou a modificação percentual anual dos indicadores de saúde bucal, entre os quais o CPO-D 12 anos.

### **SAÚDE DO ADOLESCENTE: Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei**

Um estudo analisou a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) em 27 municípios habilitados à política. Dados sobre a implementação indicam que o atendimento à saúde melhorou em 24 municípios. O estudo também apresenta informações sobre a área responsável pela implementação da política nos municípios, espaços de articulação intersetorial e interfederativa, financiamento, e avaliação da política.

### **SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: Ações de saúde sexual e reprodutiva**

Um estudo analisou ações de saúde sexual e reprodutiva em 586 municípios paulistas. Os resultados descrevem o predomínio de atividades pontuais como campanhas restritas ao serviço e setor saúde, baseadas na transmissão de informações; a abordagem do corpo e das funções reprodutivas sobre os temas direitos e sexualidade.

### **SAÚDE DO IDOSO: Ações para atenção à saúde do idoso**

Um estudo avaliou a situação de implementação de ações para atenção à saúde do idoso, referenciado pelos pressupostos das políticas de saúde que abordam o envelhecimento e Estatuto do Idoso em cinco municípios de Santa Catarina. Os resultados indicam que em todos os municípios participantes existe uma estruturação mínima dos serviços de saúde, tanto na atenção primária como na hospitalar. Os municípios foram analisados para 16 indicadores que relataram resultados positivos e negativos.

### **TUBERCULOSE: Programa de Controle da Tuberculose**

Um estudo analisou a implementação do Programa de Controle da Tuberculose em 39 municípios de Rondônia. Resultados de indicadores foram analisados e identificou-se os aspectos associados ao desempenho para a proporção de casos novos de TB notificados pelo município de residência; proporção de casos novos de TB pulmonar que realizaram cultura de escarro no início do tratamento, entre outros. A partir da análise de agrupamento foram formados três grupos de municípios de acordo com o desempenho do Programa: cluster 1 com desempenho regular, cluster 2 com desempenho insatisfatório, e cluster 3 com desempenho satisfatório.

### **DOENÇA RENAL CRÔNICA: Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos**

Um estudo avaliou a estrutura, o processo e o resultado do Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos em Juiz de Fora, MG. Alguns resultados indicam a deficiência com relação ao número de consultórios para atendimento simultâneo de médico e enfermeiro, e falta de medicamentos básicos e de protocolos.

### **ATENÇÃO À SAÚDE: Programa Mais Médicos**

Um estudo analisou o processo de implantação do Programa Mais Médicos em Quipapá, Panelas e São Benedito do Sul, PE. Resultados indicam que inicialmente houve uma cobertura importante com médicos cubanos, e melhora nos indicadores de saúde

### **EDUCAÇÃO DE TRABALHADORES DO SUS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

Um estudo analisou a experiência vivenciada por atores envolvidos na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em cidades do Paraná. Dentre as atividades desenvolvidas o destaque foi para o curso de formação de facilitadores de EPS – estratégia adotada pelo MS para fortalecer a sua implementação. Dificuldades e facilidades foram apontadas, como a participação de representantes de municípios nos Preps que facilitou a disseminação das informações, permitindo que iniciativas municipais acontecessem.

### **ATENÇÃO REMOTA À SAÚDE: Programa Telessaúde Brasil**

Um estudo analisou o Programa Telessaúde Brasil [Rede de Núcleos de Telessaúde - RedeNutes] em municípios de Pernambuco. A análise indica que a implantação ocorreu em alguns municípios e em outros a implantação foi parcial. O estudo também apresenta resultados de indicadores para aspectos como o planejamento, estrutura e processo.

## 7. Referências

1. Menicucci T, Marques AM de F. Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. Dados [Internet]. 2016 Jul;59 (Dados, 2016 59(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/00115258201693>
2. BRASIL. Governo Federal. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br> >. Acesso em: 30 jan. 2023.
3. Mendes VLPS, Aguiar FC. Implementação da política de saúde pública e seus desafios na era digital. Rev Adm Pública [Internet]. 2017Dec;51(Rev. Adm. Pública, 2017 51(6)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7612169426>
4. Lima LL, D'Ascenzi L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. Rev Sociol Polit [Internet]. 2013Dec;21(Rev. Sociol. Polit., 2013 21(48)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782013000400006>
5. Lotta G, (org.). Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas. Brasília: ENAP, 2019. 323 p 108.
6. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev 2016; 5: 210.
7. Silva MT, Silva EN da, Barreto JOM. Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline. BMC Med Res Methodol 2018; 18: 51.
8. Aquilante AG, Aciole GG. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. Cad Saude Publica. 2015 Jan;31(1):82-96. Portuguese. doi: 10.1590/0102-311x00193313.
9. Baggio MA, Berres R, Gregolin BPS, Aikes S. Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato de enfermeiros. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 4):1540-1547. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0188.
10. Baratieri T, Natal S. Implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária no Sul do Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2022Jan;22(Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2022 22(1)):55–65. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042022000100004>
11. Cazarin G, Figueiro AC, Dias SF, Hartz Z. Análise da sustentabilidade de uma intervenção de promoção da saúde no município de Recife, Pernambuco. Physis [Internet]. 2019;29(Physis, 2019 29(3)):e290309. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290309>
12. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, Amaral JHL do, Machado KM, Senna MIB. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018;34(Cad. Saúde Pública, 2018 34(5)):e00104217. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217>
13. Dias PC, Henriques P, Ferreira DM, Barbosa RMS, Soares DSB, Luquez TMS et al. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas: o dilema entre a suplementação nutricional e a promoção da alimentação saudável em escolas. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 34, n. 12 [Acessado 6 Abril 2023] , e00035218. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00035218>>.

14. Einloft ABN, Cotta RMM, Araújo RMA. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 1 [Acessado 6 Abril 2023] , pp. 61-72. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.23522017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.23522017>.
15. Ferreira MRL, Andrade RLP, Barros NO, da Silva LAF, Campoy LT, Monroe AA, Orfão N. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em um estado da Região Amazônica brasileira: 10.15343/0104-7809.202246185203. *Mundo Saude* [Internet]. 29º de junho de 2022 [citado 6º de abril de 2023];46:185-98. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1352>
16. Guarda FRBD, Carneiro RCB, Silva RND, Pinto FCM, Loch MR, Florindo AA. Analysis of the degree of implementation of Health Academy Program in a Brazilian midsize town. *Cad Saude Publica*. 2021 Jun 25;37(6):e00075020. doi: 10.1590/0102-311X00075020. PMID: 34190750.
17. Ilha MC, Borges TS, Imperatore SLB, Fontanella VRC. Oral health policy of the city of Porto Alegre, southern Brazil: Analysis of the database of the Outpatient Information System of the Brazilian Unified Health System. *Stomatos* [Internet]. 2015;21(40):36-44. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85043927006>
18. Lucena J, Saturnino L, Menezes V, Feitosa W, Guarda F. Organization and functioning of the health gym program in the city of Camaragibe-PE. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* [Internet]. 5º de julho de 2018 [citado 6º de abril de 2023];22(6):584-8. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/12190>
19. Madera Darias T de los A, Bonal Ruiz R, Marzán Delis M, Laisis Maria RP. Programa Más Médicos en el estado de Pernambuco, a 4 años de implementación: logros y desafíos [Internet]. *Biblioteca Virtual em Saúde*. 2018. Available from: <http://www.convencionalud2018.sld.cu/index.php/convencionalud/2018/paper/download/1819/1111>
20. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RR do, Castanheira ERL. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017;51(Rev. Saúde Pública, 2017 51):77. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006711>
21. Nicoletto SCS, Bueno VLR de C, Nunes E de FP de A, Cordoni Júnior L, González AD, Mendonça F de F, et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saude soc* [Internet]. 2013Oct;22(Saude soc., 2013 22(4)):1094–105. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400012>
22. Oliviera DG, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal SA, Novaes MA, Souza WV. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2015, v. 31, n. 11 [Acessado 6 Abril 2023] , pp. 2379-2389. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00125914>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125914>.
23. Paula EA, Costa MB, Colugnati FAB, Bastos RMR, Vanelli CP, Leite CCA et al. Potencialidades da atenção primária à saúde no cuidado à doença renal crônica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 2023 Abr 06] ; 24: e2801. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100412&lng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100412&lng=pt).



24. Pereira APD, Paes ÂT, Sanchez ZM. Fatores associados à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016;50(Rev. Saúde Pública, 2016 50):44. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005819>
25. Pereira KCR, Lacerda JT, Natal S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. 4 [Acessado 6 Abril 2023] , e00208815. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00208815>>
26. Perminio HB, Silva JRM, Serra ALL, Oliveira BG, Morais CMA de, Silva JPAB da, et al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018Sep;23(Ciênc. saúde coletiva, 2018 23(9)):2859–68. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.13162018>
27. Rodrigues BLS, Silva RN, Arruda RG, Silva PBC, Feitosa DKS, Guarda FRB. Impacto do Programa Academia da Saúde sobre a mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica no estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 12 [Acessado 6 Abril 2023] , pp. 6199-6210. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.32802020>>.
28. Silva GF da, Rodrigues RM, Conterno S de FR, Vieira CS. Programa Saúde na Escola na visão de gestores, em cinco municípios do Oeste Paranaense, Brasil. *ABCS Health Sci.* [Internet]. 2022 Oct. 25 [cited 2023 Apr. 6];47:e022225. Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/2120>
29. Silva RN da, Oliveira JR de, Carneiro RCB, Farias SJM de, Guarda FRB da. Avaliação do grau de implantação do Programa Academia da Saúde no município de Bezerros, Pernambuco. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* [Internet]. 31º de dezembro de 2020 [citado 6º de abril de 2023];25:1-10. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14345>
30. Souza GC de A, Kusma SZ, Moysés SJ, Roncalli AG. Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021;37(Cad. Saúde Pública, 2021 37(12)):e00320720. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00320720>
31. Tavares JS, Vieira DS, Dias TKC, Tacla MTGM, Collet N, Reichert APS. Logframe Model as analytical tool for the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy. *Rev Nutr* [Internet]. 2018Mar;31(Rev. Nutr., 2018 31(2)):251–62. Available from: <https://doi.org/10.1590/1678-98652018000200010>
32. Venâncio SI, Martins MC, Sanches MT, Almeida Hd, Rios GS, Frias PG. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica [Deployment analysis of the Brazilian Breastfeeding Network: challenges and prospects for promoting breastfeeding in primary care]. *Cad Saude Publica*. 2013 Nov;29(11):2261-74. Portuguese. doi: 10.1590/0102-311x00156712. PMID: 24233041.
33. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev* 2021; 10: 89.



## Responsáveis pela elaboração

### Elaboradores

#### **Jessica De Lucca Da Silva**

Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva  
Assistente de pesquisa, bolsista Fiocruz Brasília  
<http://lattes.cnpq.br/0778220737989360>

#### **Fernando Meirinho Domene**

Psicólogo, especialista em Saúde Coletiva  
Assistente de pesquisa, bolsista Fiocruz Brasília  
<http://lattes.cnpq.br/3288793666561127>

#### **Rosana Evangelista Poderoso**

Bibliotecária, Doutora em Ciências da Saúde  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas  
<http://lattes.cnpq.br/3659260110568826>

#### **Tereza Setsuko Toma**

Pesquisadora colaboradora  
Instituto de Saúde - SES/SP  
<http://lattes.cnpq.br/3621675012351921>

### Coordenação

#### **Jorge Otávio Maia Barreto**

Pesquisador em Saúde Pública, Fiocruz Brasília  
<http://lattes.cnpq.br/664588881299182>

### Declaração de potenciais conflitos de interesse dos elaboradores

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

### Financiamento

Esta síntese rápida foi comissionada e subsidiada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do projeto GEREB-032-FEX-22.

### Link de acesso ao protocolo desta Síntese Rápida:

<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.12386.13769>

## Apêndices

### Apêndice 1. Termos e resultados das estratégias de busca

Base	Data	Estratégia	Resultado
BVS	31/03/2023 a 03/04/2023	(“Promoção da Saúde”) OR (“Health Promotion”) OR (“Promoción de la Salud”) OR (“Ambientes Apoiadores de Saúde”) OR (“Ambientes de Apoio à Saúde”) OR (“Campanhas de Saúde”) OR (“Item Promocional”) OR (“Itens Promocionais”) OR (“Programas de Bem-Estar”) OR (“Promoção do Bem Estar”) OR (“Promoção em Saúde”)) AND (“Avaliação de Programas e Projetos de Saúde”) OR (“Program Evaluation”) OR (“Evaluación de Programas y Proyectos de Salud”) OR (“Avaliação de Programa”) OR (“Avaliação de Programas”) OR (“Avaliação de Projetos”)) AND ((Brasil*) OR (Brazil*)) <b>Filtros:</b> Base de dados LILACS (remover) CVSP - Brasil (remover) BDEF - Enfermagem (remover) Colecion SUS (remover) BBO - Odontologia (remover) Sec. Est. Saúde SP (remover) CidSaúde - Cidades saudáveis (remover) Index Psicologia - Periódicos (remover) PAHO-IRIS (remover) IBECs (remover) Repositório RHS (remover) LIS - Localizador de Informação em Saúde (remover) PAHO (remover) Sec. Munic. Saúde SP (remover) Recursos Multimídia (remover) BRISA/RedTESA (remover) MOSAICO - Saúde integrativa (remover) PIE (remover) HISA - História da Saúde (remover) CUMED (remover) WHO IRIS (remover) SOF - Segunda opinião formativa (remover) BINACIS (remover) HomeoIndex - Homeopatia (remover) SciELO Preprints (remover) RDSM (remover) ODS (remover) Hanseníase (remover) LIPECS (remover) VETINDEX (remover) WPRIM (Pacífico Ocidental) (remover) Index Psicologia - Teses (remover)  <b>Intervalo de ano de publicação: 2013-2023</b>	1057
LILACS	31/03/2023 a 03/04/2023	(“Promoção da Saúde”) OR (“Bem-Estar”) OR (“Promoção em Saúde”)) AND (“Avaliação de Programa* e Projeto* de Saúde”) OR (“Avaliação de Programa*”) OR (“Avaliação de Projeto*”)) AND (Brasil* OR Brazil*) Não inclui citações <b>Período específico: 2013-2023</b>	673
<b>Total</b>			<b>1730</b>

Fonte: Elaboração própria

## Apêndice 2. Estudos excluídos após leitura do texto completo, com justificativa

---

### Estudo

---

#### Não aborda o problema

Pedroso RT, Hamann EM. Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 2 [Acessado 6 Abril 2023], pp. 371-381. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.32932016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.32932016>.

#### Não aborda o conceito

Cruz MM da, Cota VL, Lincoln L, Jesus A de, Decotelli PV. Análise da implementação das estratégias de comunicação para as ações de testagem e sua vinculação ao tratamento de HIV/aids em homens que fazem sexo com homens em Curitiba. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde* [Internet]. 31º de agosto de 2021 [citado 6º de abril de 2023];15(3). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2327>

#### Não aborda o contexto

Malta D, Silva M, Albuquerque G, Amorim R, Rodrigues G, Silva T, Jaime P. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* [Internet]. 8º de junho de 2014 [citado 6º de abril de 2023];19(3):286. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/3427>

Melo DS, Oliveira MH de, Pereira D dos S. PROGRESSOS DO BRASIL NA PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E APOIO DO ALEITAMENTO MATERNO SOB A PERSPECTIVA DO GLOBAL BREASTFEEDING COLLECTIVE. *Rev paul pediatr* [Internet]. 2021;39(Rev. paul. pediatr., 2021 39):e2019296. Available from: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019296>

Silva AA, Gubert FA, Barbosa Filho VC, Freitas RWJF de, Vieira-Meyer APGF, Pinheiro MTM, et al. Ações de promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Ceará: contribuições da enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021;74(Rev. Bras. Enferm., 2021 74(1)):e20190769. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0769>

Wachs LS, Facchini LA, Thumé E, Tomasi E, Fassa MEG, Fassa AG. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2022, v. 38, n. 6 [Acessado 6 Abril 2023], e00231021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT231021>>.

---

Fonte: Elaboração própria.

### Apêndice 3. Características gerais dos estudos incluídas.

**Acrônimos:** APS - Atenção Primária à Saúde; CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior; CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; DCNT - doença crônica não transmissível; DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia; DRC - doença renal crônica; DRS - Departamento Regional de Saúde; DST - doença sexualmente transmissível; EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; EPS - Educação Permanente em Saúde; ESF - Estratégia Saúde da Família; Fapesp - fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; GTI - grupo de trabalho intersetorial; LM- Modelo Logframe (*Logframe Model*); MS - Ministério da Saúde; PAC - Programa Academia da Cidade; PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PAS - Programa Academia de Saúde; PMM - Programa Mais Médicos; PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar; PNAISARI - Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei; PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal; PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; PS - promoção da saúde; PSE - Programa Saúde na Escola; SB - saúde bucal; SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais; SINASE - Sistema de Atendimento Socioeducativo; SISVAN - Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional; SSR - saúde sexual e reprodutiva; SUS - Sistema Único de Saúde; TB - tuberculose; UBS - Unidade Básica de Saúde; USF - Unidade Saúde da Família.

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
Aquilante; Aciole 2015	Realizar um estudo do processo de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III), a partir do olhar de gestores e de profissionais de saúde bucal.	Estudo de caso com metodologia utilizada foi de pesquisa quanti-qualitativa, no enfoque de triangulação de métodos.	<p>Cerca de dez anos após seu lançamento, os municípios do DRS III ainda encontram dificuldades em implantar os pressupostos da PNSB, pois foi observada a tendência da manutenção do modelo centrado na doença devido à grande demanda reprimida, às cobranças com relação à produção de procedimentos e à formação profissional técnica e clínica.</p> <p>Um ponto positivo observado foi a tendência de aumento de resolutividade do cuidado em saúde bucal na Atenção Primária em Saúde. Os aspectos referentes ao cuidado presentes na PNSB guardam mais coerência com o trabalho realizado pelas equipes de saúde bucal que trabalham nas USFs, pois é o serviço onde mais se identifica a integralidade do cuidado, a interdisciplinaridade, a intersectorialidade, o acolhimento, vínculo e responsabilização, a humanização do cuidado e o trabalho na perspectiva da vigilância à saúde.</p> <p>A gestão e avaliação dos serviços de saúde bucal demonstrou ser um cenário bastante burocrático e pouco participativo, indicando a necessidade de criação de espaços de gestão colegiada, de indicadores de avaliação de processos – além dos indicadores de resultados já existentes – e realização de levantamentos epidemiológicos de maneira sistemática e periódica.</p> <p>Pensar mudanças nos modelos assistenciais em saúde bucal, com a combinação da produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores de saúde. Apesar dos avanços, a consolidação da pretendida mudança do modelo assistencial somente ocorrerá com a reorganização do processo de trabalho em saúde. É preciso ressignificar os modos de se produzir cuidado em saúde, as relações profissionais-usuários, as relações entre os profissionais de saúde e até mesmo a relação dos profissionais com o SUS.</p>	Não informam conflitos de interesse. CNPq realizou o apoio financeiro deste estudo.

## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
Baggio et al., 2018	Compreender a implantação do Programa Saúde na Escola no município de Cascavel, Paraná, frente ao relato de enfermeiros.	Pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa.	O PSE no município de Cascavel foi implantado com celeridade, com evidência de frágil formação dos profissionais para atuação no programa, cujas ações fundaram-se nas avaliações em saúde dos escolares. As condições estruturais das escolas, o acúmulo de tarefas dos profissionais relacionado à insuficiência de recursos humanos e de recursos materiais e a dificuldade de estabelecer interação intersetorial foram os principais obstáculos na implantação do programa. No entanto, a tríade saúde, escola e família, com aproximação e vinculação dos escolares e famílias à unidade de saúde foi compreendida como potencialidade, sendo desafios a manutenção desse vínculo e a articulação intersetorial. Para aprimorar e qualificar as ações e metas do PSE é necessário que profissionais da Atenção Básica e gestores do programa discutam e analisem os obstáculos e desafios identificados, a fim de propor estratégias de aperfeiçoamento que viabilizem a concretização da totalidade dos objetivos propostos. Neste sentido, recomenda-se não só ampliar a oferta de recursos humanos para atuar no programa, mas qualificá-los, não somente por meio de treinamentos, capacitações, mas com oferta de especialização em enfermagem escolar, a exemplo de outros países, bem como promover maior articulação intersetorial e prover as unidades de saúde com recursos materiais para viabilizar o programa, que requer, em seu conjunto de ações, maior ênfase nas práticas preventivas e de promoção à saúde. Recomendam-se, ainda, novos estudos para avaliação do processo de desenvolvimento do programa nesta e em outras realidades, envolvendo além de enfermeiros, a participação de outros profissionais da equipe de saúde e da educação.	Não informado
Baratieri; Natal 2022	Determinar o grau de implantação e analisar aspectos favoráveis e desfavoráveis à operacionalização da assistência às mulheres no pós-parto na APS em três municípios da região sul do Brasil.	Estudo normativo de casos múltiplos, com abordagem quantitativa e qualitativa.	Como considerações finais verificou-se que houve implantação incipiente da assistência pós-parto para a dimensão gestão e implantação incipiente (Casos 1 e 2) e parcial (Caso 3) para a dimensão execução nos três Casos analisados, sendo possível identificar as principais lacunas do programa, o qual, sendo implantado de forma ideal tem o potencial para reduzir a morbimortalidade materna e assistir às mulheres na perspectiva da integralidade do cuidado, com atenção às necessidades de saúde. Identificou-se que a gestão não oportuniza as condições ideais para APS na maioria dos critérios/indicadores analisados, e na dimensão execução não são incorporadas as principais necessidades de saúde das mulheres. Como principais recomendações, este estudo indica que haja: monitoramento de indicadores e planejamento de ações para atenção pós-parto; implantação de diretrizes clínicas; qualificação permanente dos profissionais de saúde, com vistas a prestação da atenção integral às mulheres, especialmente a fim de superar o foco na	Os autores declaram não haver conflito de interesse.

## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
			<p>saúde física e atenção materno-infantil; e oferta de métodos contraceptivos de longa permanência em tempo oportuno. Tais aspectos estão diretamente relacionados à atuação da gestão municipal de saúde, a qual é responsável por oportunizar as condições assistenciais ideais.</p> <p>O estudo mostrou que o modelo teórico proposto tem potencial para ser replicado em outros locais, tanto no Brasil, quanto em outros países, já que as necessidades de saúde das mulheres no pós-parto são comuns em diferentes realidades, ainda que haja especificidades.</p>	
Cazarin et al., 2019	Analisar o percurso dos eventos relativos à sustentabilidade do PAC Recife no período de 2002 a 2016.	Pesquisa avaliativo-qualitativa	<p>A análise dos eventos relativos à sustentabilidade/incidentes críticos do PAC Recife nos permitiu concluir que ele passou um período de intensa expansão, difusão e alinhamento institucional até meados de 2012, quando mudanças no contexto político municipal trouxeram um arrefecimento nas discussões internas a seu respeito, com implicações no seu processo de implementação e estabilidade. A instabilidade sofrida pela intervenção, desse ano em diante, foi superada pela ocorrência de fatos/situações cujas consequências positivas permitiram um movimento de reconfiguração do programa, os quais foram decisivos na sua manutenção no período estudado. Os fatores positivos mencionados como recursos financeiros advindos de múltiplas fontes, adaptação do programa conforme o contexto local, investimento na formação permanente e na autonomia da equipe, baixa rotatividade dos profissionais qualificados e formação de alianças com características de rede de “liderança influente” – estiveram alinhados ao mencionado pela literatura como fatores influentes na sustentabilidade de intervenções de PS. Constatou-se que a intervenção estudada “resistiu” às mudanças de governo municipal, ampliando seu escopo de atuação ao longo do tempo, com conformação de parcerias em diferentes níveis – em especial no âmbito local – passando de um projeto a uma política pública municipal de PS, que serviu de referência para adoção de políticas semelhantes nos âmbitos estadual, federal e internacional. Recomenda-se a realização de estudos empíricos em outros contextos, que demonstrem diferenças ou semelhanças com os fatores considerados positivos, pelo presente estudo, na sustentabilidade de intervenções de PS. A condução de novas pesquisas nacionais teria um campo fértil a ser explorado, tendo em vista o quantitativo de iniciativas de PS/atividade física no país, que, inclusive, contam com indução do governo federal para sua implantação, em contraponto com os poucos estudos que avaliem sua sustentabilidade.</p>	<p>Não informado.</p> <p>Financiamento: Esta pesquisa não recebeu auxílio financeiro</p>

## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
Chiari et al., 2018	Avaliar a implementação e execução do PSE no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, os mecanismos que favorecem a ação intersetorial e a percepção dos gestores sobre a intersetorialidade.	Estudo de caso, com abordagem qualitativa e quantitativa.	Mecanismos integradores foram identificados nas normativas federais e municipais e no modelo singular de PSE adotado pelo município. Esses mecanismos são potencialmente promotores da articulação permanente entre a saúde e a educação. A pesquisa com os gestores demonstrou, no entanto, uma baixa utilização desses mecanismos e o predomínio da lógica setorial nessa instância do programa. Percebeu-se uma dificuldade na construção da intersetorialidade também no desenvolvimento das ações do PSE. As potencialidades da ação intersetorial identificadas nos textos oficiais e descritas nas notícias institucionais não reverberaram nas práticas dos gestores nem na atuação sobre os territórios.	Não informado
Dias 2019	Identificar e analisar o processo de construção dos arranjos intersetoriais entre os setores saúde e educação, particularmente os espaços institucionais e de gestão, os processos de negociação, convergências e as ideias em disputa, no âmbito da implementação da estratégia NutriSUS em um município do Estado do Rio de Janeiro.	Estudo de caso	Ao relacionar as dimensões analíticas do estudo, observa-se que, quando a estratégia de enfrentamento das doenças carenciais foi deslocada dos espaços institucionais do SUS para as escolas, por meio do NutriSUS, as ideias e os interesses em torno da ação se reconfiguraram e ganharam novos sentidos que afetam as relações entre os sujeitos, os setores e suas respectivas áreas técnicas. Os arranjos intersetoriais construídos entre os setores saúde e educação ficaram focados nos procedimentos para distribuição do suplemento nas escolas, sendo modulados pelo desenho pautado na abordagem da prevenção de doenças com ênfase na atuação da saúde; pelos mecanismos de indução e convergência entre os interesses do Governo Federal e os interesses políticos locais; pelos mecanismos de gestão e espaços institucionais que abrigaram diferentes etapas do processo de implementação, vale dizer, gestão centrada na saúde e operacionalização no espaço institucional da escola; e pelo encontro do NutriSUS com o PNAE que deu visibilidade às ideias em disputa em torno da suplementação como estratégia preventiva e sua contradição com o PNAE que sugere diferentes abordagens de PAS. A perspectiva da alimentação como questão pedagógica e a concepção sobre PAS por meio de alimentos in natura vêm sendo fortalecidas no PNAE ao longo das últimas décadas. Portanto, professores, diretores e merendeiros, que lidam diariamente com a operacionalização do PNAE, tendem a resistir ao NutriSUS seja porque a perspectiva que o fundamenta pode associar-se com a lógica da medicalização, seja porque ele não se adequa à ótica pedagógica que fundamenta a oferta de alimentação saudável no PNAE, ou ainda porque a operacionalização também modifica o cotidiano de trabalho na escola. A resistência acabou sendo relativizada em razão do apoio dos pais à estratégia como possibilidade de prevenção de doenças e do processo político indutor que garantiu participação da educação.	Não informado



## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
			<p>Dilemas são provocados pela convergência de diferentes programas com princípios contraditórios, operados por institucionalidades com lógicas distintas para o mesmo público. No caso do NutriSUS, as regras do jogo são definidas no âmbito da saúde para serem executadas no espaço institucional da educação, em que a estratégia é reinterpretada e ganha novos sentidos. Os mecanismos de operacionalização conjunta não garantem que profissionais compartilhem as concepções sobre os programas, de modo que a construção de pactos pode se restringir ao cumprimento da decisão política de escalões superiores, uma vez que as arenas e os agentes sociais envolvidos com a decisão e a operacionalização são distintos em desenhos de programas top down, como é o caso do NutriSUS.</p> <p>Desse modo, as concepções em disputa, a manutenção da seletividade na alocação de recursos, a indefinição de atribuições nas relações de cooperação entre as esferas subnacionais, as fragilidades na infraestrutura e a baixa interação da saúde com a comunidade escolar no nível local desafiam a construção de uma intersectorialidade orientada por processos partilhados em todas as etapas de planejamento e implementação dos programas intersectoriais desenvolvidos no âmbito da escola. As análises desenvolvidas neste estudo podem contribuir com elementos pouco problematizados na literatura sobre intersectorialidade em programas de alimentação e nutrição que extrapolem os aspectos gerenciais. Aponta-se a importância dos desenhos dos programas, das disputas de ideias e interesses condicionados por contextos institucionais específicos e das particularidades do sistema federativo brasileiro no processo e no modo de articulação intersectorial na implementação de programas e políticas públicas. Destacam-se os limites na extrapolação de análises desenvolvidas com base em um único município, especialmente em razão da heterogeneidade e especificidades dos municípios brasileiros.</p>	
Einloft et al., 2018	Investigar as fragilidades do processo de implementação de programas de promoção da alimentação saudável na infância, na perspectiva dos profissionais da Atenção Básica.	Pesquisa qualitativa	Condições profissionais desfavoráveis, contextos de forte influência do entorno materno determinando práticas alimentares inadequadas e modelo de saúde ainda centrado na atuação médica mostraram forte potencial para a descontinuidade das ações de promoção da alimentação saudável na infância. Em relação às condições profissionais desfavoráveis, a desprecarização dos vínculos empregatícios e a implementação de políticas de valorização profissional, como concursos públicos e plano de cargos e salários, poderiam não apenas promover a permanência destes nas equipes de saúde, mas também o seu vínculo efetivo com a comunidade e o cuidado integral. Igualmente, prover as equipes com recursos humanos em suficiência e qualidade, além de recursos materiais, favoreceria os mesmos efeitos. A qualificação	Não informado. Este estudo recebeu o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
			<p>por meio de uma educação permanente em saúde, que considere as demandas profissionais e locais, também se faz necessária para a autovalorização e para a valorização proveniente de outros profissionais e população. Tal ação pode se constituir em mais um catalisador da vinculação entre equipe de saúde e comunidade, bem como auxiliar na redução do impacto da formação e cultura centrada no modelo biomédico. O estudo mostrou igualmente que em um cenário de desafios e fragilidades como o vivenciado pelo SUS brasileiro, de limitações físicas, estruturais, políticas e financeiras, a avaliação de programas não pode ser negligenciada como um importante suporte do processo decisório na gestão do sistema e na prestação de serviços. Neste sentido, a incorporação das perspectivas de diferentes atores em processos avaliativos pode constituir uma importante ferramenta para avaliação da operacionalização e da qualidade de programas, uma vez que é efetivamente através destes, em suas articulações, negociações e diferentes níveis de adesão que as ações propostas se materializam. Ainda que na realidade prática de países periféricos a utilização de metodologias qualitativas para inclusão da experiência dos atores sociais envolvidos seja dificultada pela incipiência, esta não pode ser desconsiderada. A possibilidade de emergência de conteúdos ocultos provenientes de suas falas pode preencher lacunas abertas pela subnotificação e direcionar ações enquanto este quadro não for superado. Ademais, a utilização da avaliação de programas, ampliada pela perspectiva dos participantes, pode se configurar em um importante instrumento de participação e responsabilização sociais, minimizando efeitos de políticas e ações verticalizadas e descontínuas, auxiliando na geração de informações oportunas e adequadas ao entendimento dos diferentes contextos locais e experiência de atores sociais. O estudo possui as limitações intrínsecas à abordagem metodológica qualitativa, nas quais um número reduzido de sujeitos não possibilita generalizações ou inferências de seus resultados, além disso, revela percepções apenas dos profissionais de saúde envolvidos na temática. As conclusões devem ser consideradas no contexto destas limitações. O tamanho da amostra do estudo limitou sua capacidade de investigar minuciosamente as diferenças entre as respostas dos participantes, localização geográfica ou perfil profissional.</p>	
Ferreira et al., 2022	Avaliar o desempenho dos Programas Municipais de Controle da Tuberculose em Rondônia e identificar os	Estudo ecológico	Os achados deste estudo contribuem para a gestão dos Programas de Controle da TB e suscitam reflexões para a saúde pública, fornecendo subsídios para a elaboração de políticas públicas em contextos heterogêneos, como os diferentes municípios do estado de Rondônia. Por meio do estudo, foi possível identificar que o melhor	Não informado. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de

## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
	aspectos associados a tal desempenho.		<p>desempenho dos municípios não esteve associado a maior cobertura de PACS e ESF e, desse modo, vislumbra-se a necessidade de efetivar o cumprimento das ações de controle da doença para o aumento do acesso ao diagnóstico e tratamento da TB, bem como para o desfecho satisfatório dos casos, executando, enquanto atribuições da APS, a realização da busca de sintomáticos respiratórios, controle de contatos, acompanhamento dos casos e operacionalização do Tratamento Diretamente Observado.</p> <p>Neste sentido, cabe ressaltar que, para melhorar o desempenho dos municípios, a descentralização das ações propostas pelos Programas de Controle da TB deve ser acompanhada por ações intersetoriais que busquem superar as iniquidades em saúde e estabelecer medidas de proteção social, em particular, nos municípios com pior desempenho e que apresentaram médio porte populacional, baixa incidência de TB e aids, baixo desenvolvimento econômico e desigualdade social.</p>	Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; Código de Financiamento 001.
Guarda et al., 2021	Analisar o grau de implantação do Programa Academia da Saúde em uma cidade brasileira de médio porte.	Estudo avaliativo com abordagem normativa	<p>O Programa Academia da Saúde de Vitória de Santo Antão é um grau intermediário de implantação, com nota geral acima do grau incipiente, e dimensão de estrutura maior que a nota do processo. Esses resultados apontam para reorientação das ações, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento de instrumentos de planejamento, monitoramento das atividades, cumprimento de ações multiprofissionais no setor saúde e desenvolvimento de atividades de integração com outros atores e instituições. Além disso, as ações do Programa Academia da Saúde são fragmentadas, com predominância de intervenções educativas voltadas à promoção de hábitos alimentares saudáveis, incentivo e oferta de atividades físicas, que representam apenas dois dos 14 objetivos específicos do programa. O grau de implantação situado próximo ao limite entre os graus incipiente e intermediário pode comprometer a qualidade dos serviços prestados à população, levantando dúvidas sobre a efetividade dessas intervenções tendo em vista seus custos financeiros, tanto para o gestor federal (Ministério da Saúde) e o investimento feito para a construção das vagas e custeio do Programa Academia da Saúde, bem como para o próprio município, que aporta recursos de seu próprio orçamento para complementar os custos totais (diretos e indiretos) do programa como uma forma de contrapartida ao investimento federal.</p>	Não informado
Ilha et al., 2015	Analisar a política de saúde bucal do Município de Porto Alegre no contexto da descentralização da	Estudo descritivo, quantitativo, avaliativo-normativo	<p>A cobertura da ESF/SB apresentou melhora lenta e gradativa ao longo do período observado. Em contraste, houve uma diminuição na cobertura média de escovação supervisionada. A abrangência tanto da Primeira Consulta Odontológica Programática quanto da Ação Escovação Coletiva Supervisionada ficou aquém das metas</p>	Os autores não têm conflitos de interesse a declarar sobre a

## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
	atenção à saúde implementada pelo SUS, utilizando para tanto o banco de dados do SIA-SUS.		estabelecidas. Tais resultados devem ser analisados com cautela, considerando as limitações dos indicadores anteriormente expostas.	publicação deste manuscrito.
Lucena et al., 2018	Avaliar a organização das ações e o funcionamento do Programa Academia da Saúde (PAS) no município de Camaragibe, Pernambuco, Nordeste do Brasil, por meio de um modelo lógico.	Estudo avaliativo*	O PAS de Camaragibe atende parcialmente às diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil para esta intervenção, com ênfase na oferta de atividades de promoção da saúde e produção do cuidado de forma multiprofissional, interação com equipes da Atenção Básica e incentivo à prática de atividade física, o que pode aprimorar ações e promover resultados importantes sobre a saúde individual e comunitária, principalmente no que diz respeito à exposição a comportamentos de risco para DCC. No entanto, ajustes devem ser feitos no número de horas de trabalho, materiais e períodos de funcionamento do programa.	Declaram não possuir.
Madera et al., 2018	Descrever o processo de implantação do Programa Mais Médicos (PMM) no estado de PE, conquistas e desafios no período de 2013-2017.	Pesquisa descritiva, transversal e qualitativa.	Apesar das resistências iniciais, principalmente da classe médica brasileira, de incompreensões e dúvidas, o Programa Mais Médicos se firmou como uma estratégia inovadora e uma boa prática que pode ser estendida a outros países. As conquistas e as boas perspectivas foram visibilizadas a partir dos desafios. O estado de Pernambuco, pertencente ao Nordeste do país, tem mais de 65% de cobertura do PMM e é um dos estados com distribuição mais equitativa, mas não está isento de dificuldades estruturais, administrativas e outras.	Não informado
Nasser et al., 2017	Avaliar o desempenho em saúde sexual e reprodutiva de serviços de atenção primária à saúde do SUS, no estado de São Paulo.	Pesquisa avaliativa	Afirmar a implementação das ações de SSR na APS paulista como incipiente – isto é, iniciante e, portanto, ainda inadequada e insuficiente – significa também apostar em mudanças e melhorias, possibilidade inerente a tudo que é novo. Os resultados e a análise da avaliação empreendida podem contribuir para esse processo, por meio de sua utilização para a organização do trabalho nos serviços e para a gestão do programa de SSR na APS. Cabe enfatizar que a avaliação oportuniza conhecer e discutir as práticas de atenção à SSR realizadas pela APS, o desempenho dos serviços e, também, a nuclearidade do domínio prevenção e assistência às DST/aids como bom indicador para avaliações em SSR e possível foco de proposição tecnológica. As recomendações para o programa de SSR na APS do SUS paulista concernem à necessidade de melhor apreender o objeto SSR na APS, rever as finalidades do trabalho e, considerando a distribuição de desempenho dos serviços, investir em treinamento e construção de ferramentas de trabalho.	Declaram não possuir. Financiamento: Programa Pesquisa para o SUS – Gestão Compartilhada em Saúde – Fapesp/SES SP/CNPq / DECIT/MS (Processo 05/58652-7).

## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
Nicoletto et al., 2013	Compreender a experiência vivenciada pelos atores envolvidos no processo da implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.	Estudo qualitativo	<p>A implantação descentralizada de pólos no Paraná foi relevante. Na perspectiva dos sujeitos permitiu que vários deles transpusessem a posição de espectadores para protagonistas do próprio processo de educação. No âmbito institucional permitiu que a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná resgatasse o seu papel de articulador e fomentador da educação permanente daqueles que produzem as ações de saúde no cotidiano do trabalho, em parceria com universidades públicas e privadas e com os Conselhos de Saúde.</p> <p>Mesmo diante de dificuldades, o diálogo e os acordos nas rodas entre representantes do “quadrilátero” aconteceram e os modos operativos da política foram praticados/experimentados de forma única no Estado. Isso foi possível porque os idealizadores da política a arquitetaram de maneira a permitir construções singulares, em cada realidade mutável.</p> <p>Como, em geral, a implantação de novas propostas no campo da saúde pública produz embates políticos e ideológicos, isso também esteve presente na política de EPS.</p> <p>No Paraná, o poder decisório sobre a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS primeiramente esteve focalizado nas universidades. Depois, mais democrático, foi distribuído entre a gestão, os serviços, a formação e o controle social, mesmo que com distintos graus de conhecimento e de poder. Atualmente, está mais centralizado na gestão.</p> <p>A compreensão, mesmo que em parte, da experiência dos atores envolvidos no processo de implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da política de EPS no Paraná permite refletir sobre a complexidade e a subjetividade que permeiam a materialização de uma política pública em saúde em um cenário.</p>	Não informado
Oliviera et al., 2015	Avaliar a implantação da RedeNutes em municípios de Pernambuco, Brasil, em 2009.	Pesquisa avaliativa	Os resultados obtidos neste estudo apontam que a telessaúde contribuiu para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. No entanto, a ampliação da cobertura do Programa, a garantia da sustentabilidade técnico-financeira da iniciativa, a superação da insuficiente adesão aos serviços oferecidos e o desenvolvimento de ações relativas à telessaúde e a melhoria da conectividade nas Unidades de Saúde da Família se impõem para que os resultados finais sejam plenamente alcançados.	Não informado. Financiamento: Secretaria Estadual de Saúde financiou o mestrado; Núcleo de Telessaúde do Hospital das Clínicas de Pernambuco forneceu bolsa de estudo.
Paula et al., 2016	Avaliar estrutura, processo e	Estudo epidemiológico transversal	No presente estudo observou-se que as unidades de atenção primária à saúde com pontuação mais elevada em relação à estrutura e processo apresentaram melhores	Não informado.

## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
	<p>resultado do Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos em um município brasileiro.</p>		<p>resultados clínicos na atenção à DRC, caracterizados por encaminhamentos mais precoces à atenção secundária em saúde e menor declínio da taxa de filtração glomerular. Estes achados sugerem a melhor eficácia da rede de atenção aos usuários com DRC quando a atenção primária à saúde desenvolve processos adequados de gestão clínica, caracterizados por ações de prevenção, controle e tratamento da doença renal crônica.</p>	<p>Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.</p>
<p>Pereira A et al., 2016</p>	<p>Analisar se características dos dirigentes, das escolas e do currículo escolar estão associadas à implantação de programas de prevenção ao uso de drogas nas escolas do ciclo fundamental II e médio.</p>	<p>Estudo transversal de base populacional</p>	<p>A implantação de programas de prevenção ao uso de drogas no município de São Paulo está associada à experiência do dirigente escolar na educação e nas estratégias de ensino da escola.</p>	<p>Os autores declaram não haver conflito de interesses. Financiamento: CNPq – Processo 472991/2012-4 e CAPES – bolsa de estudo para APDP.</p>
<p>Pereira K et al., 2017</p>	<p>Avaliar a gestão municipal no que se refere às ações para atenção à saúde do idoso, referenciado pelos pressupostos das políticas de saúde que abordam o envelhecimento e Estatuto do Idoso.</p>	<p>Estudo de casos múltiplos</p>	<p>O Estatuto do Idoso junto com a PNSPI ainda não são ferramentas balizadoras da atenção à saúde do idoso na qualidade esperada. Mecanismos legais existem, sua aplicabilidade é que precisa ser operacionalizada para podermos ter no país um envelhecimento com a dignidade que todos merecemos.</p>	<p>Não informado. Financiamento: A pesquisa recebeu fomento: Chamada Pública FAPESC no 07/2013MS-DECIT/CNPq/SES.</p>
<p>Perminio et al., 2018</p>	<p>Analisar a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) a partir das alterações ocorridas em seu marco normativo e das ferramentas de Monitoramento e Avaliação da política, utilizadas pelo Ministério da Saúde.</p>	<p>Estudo de abordagem analítica, utilizando análise documental dos marcos normativos da política e de dados quantitativos do sistema de monitoramento e avaliação da PNAISARI do Ministério da Saúde.</p>	<p>O presente estudo buscou contribuir com a discussão sobre o direito à saúde de adolescentes privados de liberdade a partir da análise de implementação da PNAISARI. Em suma, os resultados sugerem que a política fortalece a efetivação do direito à saúde dessa população. Entretanto, sua implementação necessita ser fomentada e qualificada para que o acesso aos cuidados em saúde seja de fato uma realidade em todos os estados e municípios. Como sugestão de melhoria da PNAISARI, recomenda-se o fortalecimento das instâncias de participação intersetorial como o GTI, a institucionalização do Colegiado Gestor do SINASE, o reconhecimento das co-responsabilidades dos entes federados para seu devido cofinanciamento, além da compreensão da lógica de organização entre os setores envolvidos para a efetivação da incompletude institucional e da</p>	<p>Não informado</p>

## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
			<p>garantia de direitos de adolescentes e jovens no Brasil. Finalmente, recomenda-se ainda a importância do aprofundamento de análises e estudos na área, considerando na avaliação não apenas a percepção dos gestores estaduais e municipais de saúde, mas de todos os envolvidos, com destaque para a população assistida: o adolescente.</p>	
Rodrigues et al., 2021	Avaliar o impacto do Programa Academia da Saúde sobre a mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica no estado de Pernambuco, Brasil.	Avaliação de impacto de políticas públicas de abordagem quase-experimental	A implementação do programa se mostrou efetiva para diminuir a taxa de mortalidade nos municípios tratados, indicando que o mesmo parece estar contribuindo para controlar o avanço das doenças crônicas não transmissíveis.	Não informado
Silva G et al., 2022	Analisar a compreensão dos gestores acerca da implantação e desenvolvimento do Programa Saúde na Escola.	Estudo de abordagem qualitativa exploratória	<p>A implantação do PSE, nos municípios estudados, seguiu as diretrizes estabelecidas pelo Decreto Presidencial, e a articulação intersetorial, no processo de implementação do PSE, é uma prática vivenciada, e outras secretarias compuseram as ações interssetoriais, organizadas pelo Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal. Embora em relação à avaliação e monitoramento do programa, evidenciou-se fragilidades, os municípios elaboraram instrumentos próprios, considerando a inexistência de instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e Educação. Identificou-se que houve a implementação de atividades educativas coletivas e individuais, e as relativas à avaliação do crescimento, assim, ações de promoção da saúde não despontam claramente dentre as que se implementaram, constituindo-se em desafio para o programa. Sobre o processo de formação dos gestores e das equipes que atuam no desenvolvimento das ações do programa, constatou-se que é preciso pensar em melhorias de aperfeiçoamento para alcance dos objetivos do programa. Conclui-se que o PSE, embora apresente algumas dificuldades estruturais e gerenciais está implantado nos municípios estudados, porém, com estágios diferenciados, mas desenvolvendo as ações com vistas a garantir a integralidade da assistência, de forma que a intersetorialidade se tornou uma estratégia importante pelo desenvolvimento de ações pertinentes à saúde e educação capaz de propiciar melhorias na qualidade de vida dos alunos que compõem as escolas.</p>	Declaração de interesses: nada a declarar
Silva R et al., 2020	Avaliar o grau de implantação do Programa Academia da Saúde (PAS) na cidade de Bezerros, Pernambuco.	Estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa.	A avaliação do grau de implantação do Academia da Saúde em Bezerros demonstra que pouco mais da metade da estrutura e processos de trabalho desenvolvidas no município alinham-se às diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para essa intervenção.	Os autores declaram não haver conflito de interesse.



## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
			<p>No que cabe à dimensão de estrutura, destaca-se a ausência de protocolos de ação e instrumentos de monitoramento das atividades, visando orientar o trabalho dos profissionais e demais elementos da rede de atenção do município que devem articular-se com a equipe do programa. Quanto à dimensão de processo de trabalho, o baixo grau de implantação verificado denota uma limitada participação do controle social, pequena abrangência das atividades voltadas à integralidade do cuidado, além da necessidade de reorientação das ações com vista à caracterização do programa como referência para a promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT, conforme descrito nas diretrizes do programa.</p> <p>Políticas e programas públicos de saúde demandam a utilização de recursos os quais são finitos e que normalmente são investidos em algumas ações em detrimento da sua alocação em outras atividades preventivas ou assistenciais. Nesse sentido, baixos níveis de implantação podem impactar nos resultados propostos para a intervenção e consequentemente na qualidade dos serviços prestados à população, além de gerar questionamentos acerca da manutenção do investimento no programa, em face dos seus custos financeiros nas três esferas de governo.</p>	
Souza et al., 2021	Analisar estratégias de implantação da PNSB e sua possível influência sobre a morbidade bucal em capitais do Brasil na primeira década do século XXI.	Estudo epidemiológico, observacional e de desenho ecológico.	Os resultados deste estudo permitem concluir que há uma associação entre as estratégias de promoção da saúde bucal, da oferta de serviços e do modelo de atenção em saúde bucal, o que representa que a dinâmica dos serviços públicos de saúde bucal é dependente dos modelos de condução da gestão em saúde. A PNSB é implementada de forma diferente nas capitais brasileiras e o modo de condução de suas diretrizes em cada capital favorece o desenvolvimento da oferta de serviços de saúde bucal e de estratégias de promoção da saúde bucal. É importante reforçar que a maior oferta de serviços públicos de saúde bucal, a prática mais direcionada à promoção da saúde e a melhoria global nos indicadores socioeconômicos geram contribuições para melhores perfis de saúde bucal do brasileiro. Contudo, a influência da PNSB sobre a modificação nos indicadores de saúde bucal entre 2003 e 2010 ainda está pouco clara, com base nos achados do presente estudo.	<p>Não informado.</p> <p>Os autores agradecem ao CNPq pelo financiamento deste estudo.</p>
Tavares et al., 2018	Analisar a implantação da Estratégia Brasileira de Aleitamento Materno e Alimentação em uma capital do Nordeste do Brasil, por meio da criação de um Modelo Logframe	Estudo exploratório de abordagem qualitativa	<p>O Modelo Logframe construído possibilitou a análise da EAAB, no município em estudo. O Modelo Logframe revelou fragilidade nas informações contidas nos documentos oficiais que abrangem a estratégia do programa, pois não foram encontrados alguns elementos fundamentais, como os produtos que as atividades propostas deveriam gerar, necessários para estruturar o LM.</p> <p>Os principais problemas identificados na EAAB foram os baixos índices de aleitamento materno exclusivo para crianças menores de seis meses; curta duração da</p>	Não informado

## Implementação de programas e políticas públicas de saúde em municípios brasileiros

Autor, ano	Objetivo	Delineamento do estudo	Conclusões dos autores	Conflito de interesses e financiamento
	(LM) a partir da percepção de tutores e gestores envolvidos no programa.		<p>amamentação total; introdução precoce de alimentos e hábitos alimentares pouco saudáveis; e falta de inserção de dados no SISVAN. As principais causas desses problemas e os principais fatores que comprometeram o desenvolvimento das atividades planejadas pelas equipes de saúde e, conseqüentemente, a implantação da EAAB no município foram a falta de apoio da gestão e a infraestrutura inadequada nas unidades de saúde.</p> <p>Portanto, é necessário desenvolver atividades na Atenção Básica que contemplem esses desafios. Espera-se que os resultados possam contribuir para o fortalecimento e expansão da EAAB no município aqui estudado, bem como servir de referência para a consolidação dessa estratégia em outros municípios brasileiros, para aumentar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável entre crianças menores de dois anos.</p>	
Venâncio et al., 2013	Avaliar a implantação da Rede Amamenta Brasil em UBS de três municípios brasileiros, identificando fatores do contexto organizacional que podem favorecer ou dificultar esse processo.	Pesquisa avaliativa	<p>Para os municípios, as ações indicadas foram agregar o fortalecimento do papel dos tutores, incentivar a capacitação das equipes no processo de implantação da Rede e apoiar a inclusão, nos planos de ação, de intervenções efetivas para o aumento da prevalência do aleitamento materno, demonstradas por evidências científicas. Atualmente, a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar estão sendo integradas à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. O objetivo é facilitar a participação dos profissionais nas oficinas e potencializar o trabalho das equipes da atenção básica na promoção do aleitamento materno e alimentação complementar. Contudo, os referenciais teóricos da educação crítico-reflexiva e as estratégias de implementação (apoio contínuo às UBS e certificação no contexto da qualificação da atenção básica) foram mantidos, o que leva a crer que o presente estudo pode trazer informações relevantes para subsidiar a implementação da nova estratégia.</p>	Não informado

Fonte: Elaboração própria.