



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Marcelo Ricardo Rosa

**Engajamento Profissional na Implementação de Projeto
para Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção
Primária à Saúde: Modelo Teórico**

**Botucatu
2026**

Marcelo Ricardo Rosa

**Engajamento Profissional na Implementação de Projeto
para Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção
Primária à Saúde: Modelo Teórico**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Acadêmico, da Faculdade de Medicina - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, como requisito para o título de Doutor em Ciências na Área de Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde e Gestão de Sistemas

Linha de pesquisa: Tecnologia, Inovação, Educação, Gestão e Gerenciamento em Enfermagem e Saúde

Profa. Associada: Silvia Cristina Mangini Bocchi (orientadora)

Profa. Associada: Maria Rita Marques de Oliveira (coorientadora)

Botucatu
2026

R788e Rosa, Marcelo Ricardo
Engajamento Profissional na Implementação de Projeto para
Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde:
Modelo Teórico / Marcelo Ricardo Rosa. -- Botucatu, 2026
112 p.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Medicina, Botucatu
Orientadora: Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientadora: Maria Rita Marques de Oliveira

1. Doenças não Transmissíveis. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Capacitação Profissional. 4. Educação Continuada. 5. Política de
Saúde. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO DE TESE DE DOUTORADO

Nome: Marcelo Ricardo Rosa

Título: Engajamento Profissional na Implementação de Projeto para Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde: Modelo Teórico

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Acadêmico, Curso de Doutorado da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, para obtenção do título de Doutor em Ciências, na Área de Enfermagem.

Aprovada em: 24/02/2026.

BANCA EXAMINADORA

Professora Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP
Orientadora e Presidente da Comissão

Professora Doutora Danielle Abdel Massih Pio
Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA
Membro Titular da Comissão

Doutora Suelen Alves Rocha
Ministério da Saúde (MS), Departamento de Saúde da Família (DESF)
Membro Titular da Comissão

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro na forma de Bolsa Demanda Social (DS) de Doutorado, código 001, de 01/03/2021 a 31/01/2023 e na forma de apoio à pesquisa: processo CNPq: 46.869.831/0001-03.

DEDICATÓRIA

A Deus, cuja presença silenciosa acompanhou meus passos nos instantes de maior fragilidade e renovou minha coragem quando a esperança parecia distante. Foi Ele quem sustentou minha vida nos dias de desamparo, iluminou caminhos quando tudo parecia escuro e manteve viva a força que me conduziu até aqui.

À minha mãe, dedico não apenas esta tese, mas toda a trajetória que me permitiu chegar a este momento. Sua vida sempre foi meu primeiro livro e nela aprendi o significado de dignidade, resiliência e entrega.

E dedico, de modo profundamente especial, à minha amiga e orientadora, Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi, cuja atuação ultrapassou, em muito, os limites da orientação acadêmica. Por sua confiança, sua proteção e sua capacidade singular de cuidar, também, do que não cabe nos livros, dedico-lhe esta tese com respeito, admiração e gratidão difícil de ser traduzida em palavras.

A vocês três, Deus, minha mãe e minha orientadora, dedico esta tese, mas sobretudo dedico a travessia que ela representa. Sem cada um de vocês, este caminho não existiria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela luz que sustentou meus passos nos momentos de maior fragilidade. Pela força silenciosa que me permitiu permanecer em pé, quando as circunstâncias pareciam insuperáveis e pela serenidade que renovou minha esperança, sempre que o desânimo ameaçava prevalecer. Sem essa presença espiritual, esta caminhada não teria sido possível.

À minha mãe Zulmira Benedita Cesário Rosa, cujo amor incondicional foi abrigo e impulso ao longo de todo o caminho. Sua presença constante me ofereceu sustentação, mesmo nos momentos mais silenciosos. À sua coragem que, tantas vezes, serviu-me de espelho, ensinando sem discursos a seguir com dignidade e firmeza.

Aos meus irmãos, Jorge Marcos, Carlos César e, especialmente, ao Claudenir José, que esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis, oferecendo apoio, compreensão e cuidado quando a vida exigiu mais do que eu podia oferecer.

À Lucas Ribeiro Dias dos Santos, registro um agradecimento especial. Foi sua palavra incentivadora, clara e sincera, que me fez olhar novamente para a universidade pública como um caminho possível. Sua orientação fraterna, aliada ao incentivo e ao encorajamento, foi determinante para que eu ingressasse no doutorado e acreditasse na possibilidade de concretização desse projeto.

À minha orientadora, Profa. Associada Silvia Mangini Bocchi, expressei minha mais profunda gratidão. Sua sensibilidade, rigor acadêmico e humanidade foram faróis que iluminaram todo este percurso. Agradeço pela confiança, pela firmeza nos momentos necessários, pela escuta generosa e pela capacidade ímpar de transformar inquietações em caminhos possíveis.

À minha coorientadora, Profa. Associada Maria Rita Marques de Oliveira, registro meu agradecimento pela confiança e pela oportunidade de inserção no projeto ArticulaRRAS, a partir da qual esta tese se tornou possível. O aceite generoso e a abertura para o desenvolvimento deste estudo permitiram a construção do percurso investigativo aqui apresentado. Sua parceria institucional e o apoio ao longo do processo foram determinantes para viabilizar este trabalho, especialmente ao possibilitar o acesso ao campo e às experiências que fundamentaram a pesquisa.

Ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, minha gratidão pela oportunidade de integrar editais de orientação acadêmica na graduação e pela confiança depositada em mim ao permitir que eu acompanhasse a formação discente, especialmente na disciplina de Saúde do Adulto Clínico Cirúrgico. A participação nesses processos contribuiu para o meu desenvolvimento profissional, repercutindo tanto na prática como enfermeiro quanto na atuação docente.

Aos professores pesquisadores do Programa de Pós-graduação Acadêmico em Enfermagem, agradeço pelas aulas formativas, pelos debates que fortaleceram meu pensamento crítico, pelas contribuições nos fundamentos teóricos-metodológicos e pelo compromisso coletivo com uma ciência séria, ética e transformadora. Cada encontro, cada disciplina e cada diálogo deixaram marcas significativas na construção desta tese.

À equipe de pesquisadores e técnicos administrativos do INTERSSAN – Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional, vinculado ao Instituto de Biociências de Botucatu (IBB), da Universidade Estadual Paulista (UNESP). O apoio oferecido por essa equipe foi fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa, especialmente no suporte às atividades de transcrição dos dados, organização do material empírico, bem como na disponibilização de infraestrutura física e tecnológica, incluindo equipamentos e recursos de tecnologia da informação. De modo especial, expresso agradecimentos às pesquisadoras Doutoras Adriana Barbosa e Bárbara Sugizaki, pela parceria acadêmica estabelecida em um espaço coletivo de estudo e produção científica.

Aos graduandos do curso de Bacharelado em Nutrição do IBB - UNESP, Murilo, Ana Livia e Bruna Rocha, bolsistas de iniciação científica, pelo apoio e dedicação nas atividades desenvolvidas, com presença constante e contribuição relevante para a organização dos encontros para que eu pudesse coletar os dados, por meio de rodas de conversas com os participantes.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo incentivo à pesquisa por meio das bolsas concedidas, que possibilitaram o desenvolvimento desta trajetória acadêmica com a concretização desta tese.

Aos profissionais dos serviços de saúde que participaram da pesquisa, deixo meu sincero reconhecimento. Cada relato, cada experiência compartilhada e cada gesto de

abertura contribuíram para a construção de um conhecimento que ultrapassa análises teóricas e se aproxima do cotidiano real do cuidar.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, com palavras, silêncios, gestos, orações ou presença contribuíram para que este trabalho se concretizasse.

Esta tese decorre de um percurso permeado por diferentes vozes, olhares e experiências.

A cada um, meu mais profundo e respeitoso obrigado.

EPÍGRAFE

*“Aquilo que impede a ação, avança a ação.
O que se interpõe no caminho, torna-se o
caminho”.*

Marcus Aurélius Antoninus

Rosa MR. Engajamento profissional na implementação de projeto para Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde: modelo teórico [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Unesp; 2026.

RESUMO

Introdução: Trata-se de pesquisa advinda de projeto “guarda-chuva” intitulado “ArticulaRRAS-Formação em doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e seus fatores de risco associados no estado de São Paulo”. As DCNTs representam um dos maiores desafios de saúde pública global, sendo responsáveis pela maioria dos óbitos, inclusive por mortes prematuras no Brasil e em países de baixa e média renda. Alinhado às políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, o projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e envolveu 66 municípios do Estado de São Paulo (10,2%), com população estimada de 4.090.390 habitantes (8,8% da população estadual), na qual se observam prevalências de 37,8% de obesidade, 24,5% de hipertensão arterial e 7,4% de diabetes mellitus tipo 2, responsáveis por 64% dos óbitos prematuros por DCNTs. A oferta do curso de formação em DCNTs às equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), associada ao processo avaliativo da estratégia formativa e à baixa adesão dos profissionais, motivou o aprofundamento da compreensão das experiências de participantes e não participantes, em consonância com o Plano Estratégico para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil, que prevê iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS). **Objetivos:** Compreender a experiência interacional das equipes da APS de municípios do estado de São Paulo em relação à oferta e/ou participação no Programa de Formação em DCNTs, entre aqueles que aderiram e os que não aderiram e elaborar um modelo teórico capaz de explicar por que contextos organizacionais aparentemente semelhantes geram resultados distintos. **Método:** Pesquisa qualitativa, na abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), reportada segundo os *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), cujos materiais analisados, com apoio do *software* NVivo, decorreram do processo avaliativo final do projeto, a partir de audiografações de rodas de conversa, totalizando 159 páginas transcritas, referentes às experiências de 45 profissionais de saúde de 15 municípios paulistas. A análise seguiu as etapas de microanálise, codificação aberta, axial e seletiva. O modelo descoberto foi interpretado à luz do arcabouço teórico: Interacionismo Simbólico-Educação Permanente em Saúde-Ciência da Implementação. **Resultados:** desta análise emergiram dois subprocessos: profissionais que deixaram de se engajar nas atividades do projeto por prejulgá-lo inviável no contexto de trabalho (grupo polarizado no ceticismo) e profissionais que oscilaram entre avanços e desafios na operacionalização do projeto (grupo polarizado na confiança). Do realinhamento desses subprocessos emergiu a categoria central denominada modelo teórico-processual cíclico do engajamento profissional na implementação de projeto para DCNTs na APS. **Considerações finais:** A implementação do programa configurou-se como um processo cíclico e interpretativo, no qual o pré-julgamento da viabilidade local orienta o engajamento profissional e os desfechos alcançados, mais do que a oferta formal da política, sendo a EPS eixo estruturante para a ressignificação das práticas e o fortalecimento da agência profissional, o que contribui para a Ciência da Implementação e para o aprimoramento de estratégias formativas contextualizadas na APS.

Descritores: Doenças não Transmissíveis; Atenção Primária à Saúde; Capacitação Profissional; Educação Continuada; Ciência da Implementação; Política de Saúde.

Rosa MR. Professional engagement in the implementation of a project for Non-Communicable Chronic Diseases in Primary Health Care: a theoretical model [thesis]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Unesp; 2026.

ABSTRACT

Introduction: This research stems from an "umbrella" project entitled "ArticulaRRAS - Training in chronic non-communicable diseases (NCDs) and their associated risk factors in the state of São Paulo." NCDs represent one of the greatest global public health challenges, being responsible for most deaths, including premature deaths, in Brazil and in low- and middle-income countries. Aligned with the policies of the Brazilian Unified Health System (SUS), the project was funded by the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) and involved 66 municipalities in the State of São Paulo (10.2%), with an estimated population of 4,090,390 inhabitants (8.8% of the state population), in which prevalences of 37.8% for obesity, 24.5% for hypertension, and 7.4% for type 2 diabetes mellitus were observed, responsible for 64% of premature deaths from NCDs. The offering of a training course on NCDs (Non-Communicable Diseases) to Primary Health Care (PHC) teams, coupled with the evaluation process of the training strategy and the low participation of professionals, motivated a deeper understanding of the experiences of participants and non-participants, in line with the Strategic Plan for Addressing NCDs in Brazil, which foresees initiatives for Continuing Health Education (CHE). **Objectives:** To understand the interactional experience of primary health care teams in municipalities of the state of São Paulo regarding the provision and/or participation in the Training Program on NCDs, between those who joined and those who did not., and to develop a theoretical model capable of explaining why seemingly similar organizational contexts generate different results. **Method:** Qualitative research, using the Grounded Theory approach, reported according to the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). The analyzed materials, with the support of NVivo software, resulted from the final evaluation process of the project, stemming from audio recordings of discussion groups, totaling 159 transcribed pages, referring to the experiences of 45 health professionals from 15 municipalities in São Paulo state. The analysis followed the steps of microanalysis, open coding, axial analysis, and selective coding. The discovered model was interpreted considering the theoretical framework: Symbolic Interactionism-Continuing Education in Health-Implementation Science. **Results:** Two subprocesses emerged from this analysis: professionals who ceased engaging in the project activities due to prejudging it as unfeasible in the work context (a group polarized by skepticism) and professionals who oscillated between progress and challenges in the operationalization of the project (a group polarized by confidence). From the realignment of these subprocesses emerged the core category called the cyclical theoretical-processual model of professional engagement in the implementation of projects for NCDs in Primary Health Care. **Final considerations:** The implementation of the program is configured as a cyclical and interpretative process, in which the prejudgment of local viability guides professional engagement and the outcomes achieved, more than the formal offer of the policy, with EPS being a structuring axis for the resignification of practices and the strengthening of professional agency, which contributes to the Science of Implementation and to the improvement of formative strategies contextualized in PHC.

Descriptors: Noncommunicable Diseases; Primary Health Care; Professional Training; Education, Continuing; Implementation Science; Health Policy.

APRESENTAÇÃO

Minha relação com o campo da saúde começou muito cedo, ainda em 1981, aos 14 anos de idade, adentrando pela primeira vez em um hospital universitário. Lá atuei como *office boy* no Departamento de Neurologia e Psiquiatria, da Faculdade de Medicina de Botucatu, na época ainda da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Nessa Instituição, o cotidiano do trabalho me permitiu interações com médicos, docentes renomados e estudantes que buscavam, naquele espaço de ensino, a construção do conhecimento que sustentaria sua prática futura. Coube a mim organizar salas de aula, preparar cópias de provas para aplicar aos alunos do Curso de Graduação em Medicina, ou seja, auxiliar professores médicos na formação do profissional médico. Logo no início, fui orientado a utilizar jaleco branco, uma exigência simples, mas simbólica, para a compreensão da responsabilidade e a ética no cuidado.

Nos intervalos desse trabalho, sempre que eu precisava entregar documentos nas unidades de internação, procurava observar o movimento das equipes de enfermagem, a precisão dos gestos, o compromisso ético e a atenção dedicada aos pacientes. Foi nesse cenário que declarei a mim mesmo que desejava ser enfermeiro e professor. Essa convicção, entretanto, amadureceu em meio a desafios. Aos dezoito anos, ao ser desligado do emprego de jovem aprendiz, senti o impacto da incerteza, mas também compreendi que aquele era o momento de persistir com determinação, o caminho que me apresentava.

Decidido a ingressar no universo da assistência, insisti diariamente na porta de uma Santa Casa, em busca de uma oportunidade como atendente de enfermagem. Depois de um ano de insistência, fui contratado. Esse hospital se tornou a minha primeira escola de uma prática dotada de rigor técnico, de disciplina, assim como de profunda responsabilidade envolvida no cuidado.

Em 1988, fui aprovado em concurso público para o Hospital das Clínicas da FMB/UNESP, retornando à instituição onde havia iniciado minha trajetória. Iniciei minhas atividades na Unidade de Terapia Intensiva, orientado pela enfermeira Magda Cristina de Queiroz, referência que, com exigência e sensibilidade, ensinou-me as boas práticas procedimentais e o comprometimento indispensável ao exercício profissional.

A partir dali, transitei por diferentes unidades de internação e especialidades: clínica médica, neurologia, doenças infectocontagiosas e parasitárias, cirurgia vascular. Nessas vivências, encontrei a professora Silvia Cristina Mangini Bocchi, que, ao perceber minhas inquietações e habilidades para o cuidado, incentivou-me a buscar a formação superior.

Ingressei no curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Sagrado Coração (USC), em Bauru, período integral, conciliando trabalho e estudos. Foram anos de grande esforço: estudava durante o dia e trabalhava à noite e aos finais de semana. Após concluir a graduação, fui trabalhar em um hospital de Campinas, inicialmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. A forma como me relacionava com as equipes e minha dedicação à revisão de práticas assistenciais abriram as portas para minha atuação no setor de Educação Permanente multidisciplinar, onde pude desenvolver diagnósticos situacionais, identificando lacunas de conhecimento, para promover ações de aprimoramento profissional. Nesse período, percebi divergências importantes entre as boas práticas e o que era realizado na assistência, o que me despertou o desejo de compreender esse fenômeno com maior profundidade. Ingressei, então, no mestrado em Educação pela Universidade São Marcos, onde investiguei fatores que dificultavam a tomada de decisão clínica pelos enfermeiros, que possibilitaram elaborar propostas para que o enfermeiro buscasse pelo aprimoramento profissional, por meio da educação à distância.

Paralelamente, iniciei minha trajetória docente, oportunidade que surgiu pelas mãos generosas do enfermeiro Sidney Mazzeca, que me convidou para lecionar em um curso técnico de Enfermagem. Pouco tempo depois, recebi outro convite, o qual considero-o decisivo na minha trajetória acadêmica, de Adriane Lopes. Enfermeira, e, coordenadora do curso de graduação em Enfermagem, da Universidade São Marcos, acolheu minhas aspirações para a docência no ensino superior. Esse movimento consolidou minha identidade profissional e ampliou minha dedicação à pesquisa e à formação de futuros profissionais para atuação no campo da Enfermagem e da saúde.

Com o tempo, novas inquietações emergiram, especialmente relacionadas aos fenômenos que atravessavam o cuidado e influenciavam o trabalho em saúde. Era evidente que eu precisava avançar para um Curso de Doutorado.

Em um período marcado por dúvidas, contou-se com o incentivo decisivo de Lucas Ribeiro, pessoa de referência em minha trajetória de vida, que sugeriu e encorajou a busca por programas de doutorado em universidades públicas, em especial à UNESP, em que se iniciou minha trajetória no ano de 1981, contribuindo de forma significativa para a definição desse percurso acadêmico.

Procurei a professora Silvia Cristina Mangini Bocchi, que, com a generosidade que lhe é característica, orientou-me a cursar disciplinas como aluno especial, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Acadêmico da FMB/UNESP e me preparar para o processo seletivo, com a realização da proficiência em inglês. Em 2021, submeti-me ao processo de

seleção. A pandemia impôs inúmeros desafios, dentre eles a realização de encontros, reuniões e avaliações de forma remota, além da necessidade de adequação dos provedores de internet para atender à demanda crescente de usuários que passaram a depender desse recurso continuamente. Somaram-se a isso as fortes mudanças climáticas, tempestades, raios, trovões e a instabilidade da conexão no dia da entrevista remota, que caiu repetidas vezes. Por instantes, considerei desistir. Contudo, em um momento inesperado, o céu se abriu, as nuvens ficaram calmas e claras, o sol surgiu, e a internet restabeleceu-se com velocidade incomum. Senti que aquela era a oportunidade que não poderia ser abandonada. Concluí a apresentação e fui aprovado com bolsa Demanda Social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Nos bastidores desse ingresso, trabalhávamos em um projeto internacional sobre fraturas de fêmur em idosos, articulado com uma agência de fomento do Reino Unido, que envolveria coletas de dados em todos os estados brasileiros. A pandemia inviabilizou sua execução. Um segundo projeto, sobre infecções em UTIs associadas a estações climáticas, também não avançou, esbarramos em limitações. Foi nesse contexto de incertezas, que surgiu a possibilidade de integrar a um projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), voltado à formação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em parceria com a Professora Associada Maria Rita Marques de Oliveira, o que deu origem à pesquisa desta tese.

Nesse ínterim, desafios avassaladores atravessaram minha vida pessoal e profissional, ao mesmo tempo, culminando com o meu adoecimento, justamente no limbo previdenciário e de extrema fragilidade financeira. Foi quando tive apoio das pessoas com quem mantenho proximidade. Recebi não só apoio emocional, mas material de minha mãe Zulmira, do meu irmão Claudenir e das professoras Silvia e Maria Rita, respectivamente orientadora e coorientadora. Essas pessoas foram determinantes para que não me abdicasse da esperança em alcançar o título de Doutor em Ciências na Área de Enfermagem. A espiritualidade, também, teve papel central nesse processo. Eu aprendi a conversar com Deus, louvar, agradecer e a buscar força na fé e a reconstruir minha disposição para seguir.

Ao retornar ao trabalho, após atravessar um período marcado por intensos desafios, fui acolhido por minha atual gerente, Fabiana Dourado, que reconheceu minha trajetória profissional, demonstrou confiança em meu caráter e assegurou as condições necessárias para que eu pudesse retomar minhas atividades com dignidade e perspectiva de reconstrução.

Hoje, preparado para defender esta tese, revisito cada etapa da minha história de vida, do adolescente que vestiu aquele jaleco, pela primeira vez, ao pesquisador que se reinventa

diante das adversidades. Reconheço que nada foi, é ou será simples, mas possível para Marcelo Ricardo Rosa. Homem, que aqui se apresenta com 58 anos de idade, preto e enfermeiro, obstinado ao título acadêmico de Doutor, tangido pela Educação em Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM-2	Diabetes Mellitus tipo 2
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
ECV	Estratégia de Saúde Cardiovascular
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIMAR	Universidade de Marília
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Elementos, subcategorias, categorias e subprocessos.....	30
Quadro 2. Subcategoria A2.1. Defrontando-se com sobrecarga de trabalho mediante o déficit de recursos humanos agravado pela pandemia COVID 19: elementos e códigos.....	88
Quadro 3. Subcategoria A2.2.1. Tendo dificuldades com espaços físicos: códigos...	88
Quadro 4. Categoria A2.3. Não contando com governança para viabilizar projetos: elementos e códigos.....	88
Quadro 5. Subcategoria A2.4. Defrontando-se com barreiras socioculturais e relacionais cristalizadas com membros de equipe de saúde e usuários: elementos e códigos.....	89
Quadro 6. Categoria A2. Confirmando a hipótese de inviabilidade do projeto: códigos.....	89
Quadro 7. Categoria A3. Membros da equipe persistindo em práticas arraigadas: códigos.....	89
Quadro 8. Subcategoria B1.1. Compreendendo a finalidade do projeto a partir dos propositores: códigos.....	90
Quadro 9. Subcategoria B1.2. Percebendo a anuência das DRS: códigos.....	90
Quadro 10. Subcategoria B1.3. Avaliando a proposta como oportuna para o município: códigos.....	90
Quadro 11. Subcategoria B2.1. A equipe se alinhando às análises dos dados de saúde do município: códigos.....	90
Quadro 12. Subcategoria B1.1.2. Realizando o diagnóstico situacional de DCNTs no município: códigos	90
Quadro 13. Subcategoria B2.3. Despertando preocupações com dados epidemiológicos encontrados: códigos.....	91
Quadro 14. Subcategoria B2.4. Identificando a necessidade de reorganizar o processo de trabalho: códigos.....	91
Quadro 15. Subcategoria B2.5. Elaborando metas e ações de cuidado a partir de indicadores de saúde local: códigos.....	91
Quadro 16. Subcategoria B1.6. Incorporando tecnologias no processo de trabalho cotidiano: códigos.....	91
Quadro 17. Subcategoria B2.7. Passando a monitorar indicadores e saúde: códigos.....	91
Quadro 18. Subcategoria B3.1. Catalisando mudanças de política nos serviços de saúde: códigos.....	92
Quadro 19. Subcategoria B3.2. Fortalecendo a intersetorialidade como diretriz das políticas municipais de saúde: códigos.....	92
Quadro 20. Subcategoria B4.1. Lidando com limitações de infraestrutura: códigos.....	92
Quadro 21. Subcategoria B4.2. Vivenciando precariedades tecnológicas que comprometem o acesso às atividades formativas: códigos.....	92
Quadro 22. Subcategoria B4.3. Enfrentando limites para operacionalizar o projeto e sistematizar suas ações: códigos.....	92

SUMÁRIO

Resumo.....	xi
Abstract.....	xii
Apresentação.....	xiii
Lista de abreviaturas e siglas.....	xvii
Lista de quadros.....	xviii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis como principais desafios na saúde global.....	1
1.2 Atenção Primária à Saúde como acesso prioritário ao Sistema Único de Saúde Brasileiro	2
1.3 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS): avanços e desafios.....	5
1.3.1 Criação e finalidade da política para o SUS	5
1.3.2 Avanços e desafios para implementação da PNEPS	8
1.4 Políticas voltadas às DCNT.....	10
1.5 Projeto ArticulaRRAS: Formação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus Fatores de Risco Associados no Estado de São Paulo.....	13
2. PROBLEMA, OBJETIVOS E FINALIDADES DA PESQUISA.....	19
2.1 Problema.....	19
2.2 Objetivos.....	19
2.3 Justificativa.....	20
3. MÉTODOS.....	21
3.1 Tipo de pesquisa.....	21
3.2 Atores e cenários.....	21
3.3 Procedimentos éticos, de coleta e registro dos dados	21
3.4 Análise dos dados: referencial metodológico.....	22
3.5 Interpretação dos dados: referenciais teóricos.....	23
3.5.1 Interacionismo Simbólico.....	24
3.5.2 Educação Permanente em Saúde	25
3.5.3 Ciência da Implementação.....	26
4. RESULTADOS.....	28
4.1 Caracterização dos atores	28
4.2 A experiência.....	29
4.3 O modelo teórico.....	47
5. DISCUSSÃO.....	54
5.1 Interpretação do modelo teórico à luz dos referenciais teóricos	54
5.2 O Eixo 1 e o processo de definição da situação	56
5.3 O Eixo 2 e a ação como produto da interpretação	57
5.4 O Eixo 3 e os desfechos como produtos simbólicos e organizacionais.....	59
5.5 A dinâmica cíclica como processo de espelhamento simbólico	60
5.6 Avanços da pesquisa.....	61
5.6.1 Avanços metodológicos: a TFD como estratégia de produção teórica situada.....	62
5.6.2 Avanço teórico: produção de um modelo explicativo fundamentado na ação e na interpretação.....	62
5.6.3 Avanço analítico: centralidade do pré-julgamento da viabilidade como núcleo explicativo.....	62

5.6.4 Avanço para a Educação Permanente em Saúde: EPS como dispositivo estruturante da implementação.....	63
5.6.5 Avanço integrativo: articulação entre implementação, aprendizagem e micropolítica do trabalho.....	63
5.7 Possíveis limitações da pesquisa	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
7. REFERÊNCIAS.....	67
Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação da Pesquisa.....	75
Anexo 1. Parecer consubstanciado do CEP.....	77
Apêndice 2. Quadros com respectivos códigos, referentes à árvore de categorias e subcategoria que compõem a experiência.....	88

1. INTRODUÇÃO

1.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis como principais desafios na saúde global

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) representam um dos maiores desafios de saúde pública global, responsáveis por 41 milhões de mortes anuais e 74% de todos os óbitos. Dezesete milhões de pessoas morrem, anualmente, por essas doenças antes dos 70 anos e 86% destas mortes prematuras ocorrem em países de renda baixa e média ^[1].

No contexto mundial, as Doenças Cardiovasculares (DCV) são responsáveis pela maioria dessas mortes (17,9 milhões/ano), seguidas pelo câncer (9,3 milhões/ano), doenças respiratórias crônicas (4,1 milhões/ano) e diabetes (2,0 milhões/ano, incluindo mortes por doenças renais como comorbidade da doença). Estes quatro grupos de doenças são responsáveis por mais de 80% de todas as mortes prematuras por DCNTs ^[1].

O tabagismo, o sedentarismo, o uso nocivo do álcool, as dietas pouco saudáveis e a poluição atmosférica constituem importantes fatores de risco para as DCNTs. Nesse sentido, são fundamentais ações de prevenção e controle desses fatores, bem como a detecção, o rastreamento, o tratamento e, quando indicado, os cuidados paliativos relacionados às DCNTs^[1]. Esses fatores de riscos, considerados modificáveis, constituem determinantes centrais no desenvolvimento e na progressão das doenças crônicas, na medida em que desencadeiam respostas inflamatórias sistêmicas, alteram o metabolismo energético, comprometem a função cardiovascular e respiratória, e favorecem o aparecimento precoce de múltiplas comorbidades.

Tais fatores não atuam isoladamente, ao contrário, interagem entre si e com componentes sociais, ambientais e econômicos, produzindo um cenário de vulnerabilidade ampliada. O tabagismo, por exemplo, permanece associado a elevada carga de mortalidade evitável, enquanto o sedentarismo intensificado por mudanças no estilo de vida e redução de espaços públicos de convivência contribui diretamente para o aumento da obesidade e do diabetes ^[2]. De forma similar, a ingestão de dietas pouco saudáveis, caracterizadas por alto teor de gorduras saturadas, sódio, açúcares livres e alimentos ultraprocessados, emerge como determinante central no desenvolvimento de obesidade e DCNTs, especialmente em contextos socioeconômicos nos quais o acesso a alimentos in natura é limitado ou economicamente inviável ^[3].

O uso nocivo de álcool constitui fator de risco relevante não apenas para cirrose, pancreatite e câncer hepático, mas também para agravamento das DCV e comprometimento metabólico ^[4]. A poluição atmosférica, mais recentemente reconhecida como determinante

relevante, amplifica a incidência de DCV e respiratórias, especialmente em áreas urbanas densamente povoadas ou vulneráveis, configurando um determinante ambiental crítico que ultrapassa a esfera individual e exige intervenções de caráter intersetorial [5].

Diante desse conjunto complexo de exposições, a detecção precoce, o rastreamento sistemático e o manejo adequado das DCNTs assumem papel estratégico, complementados por cuidados paliativos que garantem dignidade e qualidade de vida nas fases avançadas da doença.

No Brasil, 54,7% dos óbitos foram em consequência das DCNTs, 41,8% de todas as mortes prematuras (ou seja, entre 30 e 69 anos) e 11,5% por agravos, em 2019, fato que vem ocasionando num grande número de mortes antes dos 70 anos e afetando a qualidade de vida, com incapacidades nas atividades de trabalho e na restrição do lazer [6].

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, apontaram para 23,9% das pessoas, com 18 anos ou mais, diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), 7,7% com diabetes, 2,0% com acidente vascular encefálico (AVE) e 2,6% com câncer [7].

O inquérito telefônico populacional Vigitel, realizado em 2023, acerca do levantamento da prevalência de DCNT no Brasil, constatou 24,3% de obesos, 27,9% hipertensos, sendo as mulheres as mais acometidas (29,3%), comparada aos homens (26,4%) e 10,2% de diabéticos (mulheres 11,1% e homens 9,1%). Essas frequências, independentemente do sexo, aumentaram consideravelmente com a idade, reduzindo com níveis mais elevados de escolaridade. [6]

Contudo, uma análise das condições de saúde e das doenças e condições crônicas no Brasil sinaliza que, sete das dez principais causas de morte estão relacionadas às doenças não transmissíveis, em particular à doença cardíaca isquêmica e o AVE [8].

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, em 2019 houve uma tendência crescente na longevidade, sendo que, nesse ano, as pessoas viviam seis anos a mais do que em 2000, com uma média global superior a 73 anos, em comparação com quase 67 anos no ano 2000. Apesar do aumento da expectativa de vida, esse prolongamento tem ocorrido, em grande parte, acompanhado por incapacidades decorrentes das comorbidades associadas às DCNTs [8]. Nesse cenário, persistem importantes desafios no mundo e no Brasil, especialmente relacionados à reorganização dos sistemas de saúde, à qualificação do cuidado longitudinal e à implementação de estratégias efetivas de prevenção e controle das DCNTs, diante do envelhecimento populacional e das desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

1.2 Atenção Primária à Saúde como acesso prioritário ao Sistema Único de Saúde Brasileiro

A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, consolidou-se como a via estruturante e prioritária de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo reconhecida como porta de entrada preferencial do sistema público, embora não exclusiva, uma vez que o acesso pode ocorrer por outros pontos da rede de atenção, especialmente diante de limitações de acesso oportuno. Nesse contexto, a APS é considerada o primeiro nível de atenção e interação com o sistema de saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção à saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, configurando-se como oferta de cuidados integrados, com potencial para impactar positivamente o estado de saúde da comunidade [9,10]

Em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os cuidados de saúde primários, são prioridades para a eficácia do sistema de saúde e para garantir a melhoria de saúde da população [9]

A PNAB, instituída em 2006 e atualizada em 2011 e 2017, estabeleceu parâmetros normativos para que a APS fosse não apenas o primeiro nível de atenção, mas também ordenadora do cuidado e coordenadora das redes de atenção à saúde, articulando ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento em fluxo contínuo. Essa perspectiva foi reforçada por estudos recentes que discutem a APS como eixo estruturante do sistema, destacando sua função central para o funcionamento eficiente das redes regionalizadas, para o enfrentamento de crises sanitárias e para a qualificação dos indicadores de morbimortalidade do país [9,10]

A APS, fortalece os princípios da acessibilidade, universalidade, abrangência, participação comunitária e equidade e o envolvimento da comunidade nos processos de tomada de decisão relacionados com a sua saúde [11].

Os avanços observados nos últimos anos incluem ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), informatização progressiva das unidades básicas, expansão dos sistemas de apoio matricial e fortalecimento de ações territoriais. Em 2023, por exemplo, estudos demonstraram que determinadas regiões alcançaram cobertura potencial de 100% em áreas de maior vulnerabilidade social devido à interiorização e reorganização das equipes [12,13]. Esse movimento acompanha a trajetória histórica da ESF, que, desde sua implementação na década de 1990, passou a desempenhar papel fundamental no aumento do acesso, na qualificação do cuidado e na redução de desigualdades regionais.

Além disso, a literatura atual tem apontado que a APS brasileira alcançou maior robustez institucional ao longo da última década, demonstrando elevados níveis de institucionalização,

inclusive no enfrentamento da pandemia da COVID-19, quando desempenhou ações prioritárias de vigilância, acompanhamento clínico, imunização e reorganização de fluxos assistenciais ^[14].

Ainda que se reconheçam esses progressos, evidências indicam que, durante a pandemia da COVID-19, ocorreram interrupções de cuidados rotineiros, descontinuidades de ações de prevenção e dificuldades logísticas, impactando o acompanhamento de condições crônicas e de vulnerabilidades sociais ^[14].

Apesar dos avanços observados, os desafios estruturais da APS permanecem significativos. Um dos principais pontos de tensão envolve o modelo de financiamento. As mudanças recentes impostas pelo Programa Previne Brasil alteraram o padrão de repasse federal, priorizando componentes como desempenho, cadastro e capitação ponderada, sendo, posteriormente, objeto de revisões e ajustes no modelo de financiamento, com a incorporação do cofinanciamento ^[15].

Outro desafio relevante envolve a gestão da força de trabalho, incluindo a rotatividade de profissionais, a precarização dos vínculos empregatícios e a insuficiente formação específica em APS, fatores que comprometem a consolidação de práticas integradas, a longitudinalidade do cuidado e a responsabilização sanitária.

A crise sanitária, portanto, trouxe à tona a importância da APS, mas também evidenciou a necessidade urgente de investimentos estruturantes, ampliação da força de trabalho, integração regional, comunicação efetiva entre níveis de cuidado e fortalecimento da vigilância em saúde, aspectos amplamente debatidos em estudos recentes que apontam o Brasil como parte de uma crise global da APS ^[16].

Outro aspecto importante refere-se ao caráter desigual do acesso. Estudos recentes destacam que o princípio da equidade, embora central na PNAB, não se traduz de modo uniforme na prática cotidiana. Populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, moradores de periferias urbanas, migrantes e pessoas em situação de rua enfrentam barreiras geográficas, culturais, econômicas e estruturais que limitam o acesso a cuidados primários de qualidade ^[17]. Esses obstáculos reforçam a ideia de que a APS, enquanto porta de entrada preferencial do SUS, deve aprofundar sua relação com os determinantes sociais da saúde, articulando políticas intersetoriais em educação, habitação, saneamento e alimentação, ampliando vínculos comunitários e fortalecendo a participação popular no planejamento e controle social.

Nesse sentido, a literatura recente reforça que a resolutividade da APS não pode ser compreendida apenas como capacidade técnica de diagnóstico e tratamento, mas como resultado da articulação entre práticas clínicas, ações coletivas, vigilância em saúde, território,

vínculo e continuidade do cuidado. Estudos que avaliaram a integralidade das práticas destacam que, apesar dos avanços, a APS ainda enfrenta desafios para integrar, de forma efetiva, promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado longitudinal em suas rotinas ^[18]. Esses achados sugerem que a consolidação da APS depende de investimentos não apenas estruturais, mas também organizacionais, pedagógicos e políticos.

Adicionalmente, a coordenação do cuidado, frequentemente apontada como fraqueza do sistema, exige integração plena entre os níveis assistenciais, fluxos regulatórios eficientes, prontuário eletrônico interoperável, capacidade de referência e contrarreferência efetiva e pactuações regionais que garantam continuidade do acompanhamento. Pesquisas recentes indicam que a fragmentação entre APS, atenção especializada e serviços de urgência e emergência persiste como obstáculo para a integralidade do cuidado, demandando redes de atenção mais articuladas e menos dependentes de fluxos improvisados ^[19,20].

A contento, o fortalecimento da APS no Brasil depende de decisões políticas consistentes, financiamento redistributivo, valorização profissional, formação permanente, engajamento comunitário e inovação tecnológica. A incorporação de ferramentas digitais, prontuários eletrônicos, teleconsultorias e estratégias de monitoramento remoto tem sido apontada como tendência contemporânea, mas especialistas alertam que sua implementação deve ser acompanhada de políticas capazes de evitar o aprofundamento das desigualdades digitais e territoriais. Nesse cenário, a APS permanece como componente imprescindível da estrutura do SUS, articulando cuidado, território e cidadania, e constituindo-se como espaço privilegiado para a produção de saúde, vínculo e justiça social. Contudo, a consolidação desse modelo impõe desafios significativos à formação dos profissionais de saúde no SUS, especialmente no que se refere à construção de processos formativos contextualizados, críticos e capazes de dialogar com a complexidade do trabalho em saúde, sem desconsiderar as condições concretas dos territórios e dos serviços.

1.3 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS): avanços e desafios

1.3.1. Criação e finalidade da política para o SUS

A *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), durante a 2ª conferência realizada em Montreal, em 1960, ressaltou a importância da educação de adultos como um componente estratégico no desenvolvimento dos sistemas educacionais. Na ocasião, destacou-se a relevância da atuação tanto dos Estados quanto das organizações não governamentais (ONGs) na promoção dessa modalidade de educação ^[21]. Diversas formas de

formação foram sugeridas, incluindo educação profissional, cívica, social e cultural, com o objetivo de garantir ampla acessibilidade e inclusão para todos os indivíduos [22,23]. Essa abordagem destacava a qualificação contínua das pessoas como elemento chave para impulsionar o desenvolvimento econômico e social dos países.

Na América Latina, durante a década de 1970, a educação permanente passou a ser promovida com destaque, especialmente sob a influência da UNESCO. Essa abordagem visava preparar continuamente as pessoas para lidar com os desafios emergentes de ordem social e econômica. O Relatório *Learning to Be*, publicado em 1972 e conhecido como Relatório Faure, foi um marco importante nesse contexto. O documento propôs a educação ao longo da vida como um direito fundamental e essencial para o desenvolvimento pleno das sociedades e dos indivíduos [24].

Com base nesse contexto histórico, a educação permanente foi consolidada como uma estratégia primordial para enfrentar as desigualdades educacionais e promover a inclusão social. A formação não apenas passou a ser considerada um meio de preparar as pessoas para participar ativamente no desenvolvimento econômico e social, mas também desempenhou um papel importante na construção de uma cidadania crítica e engajada [24]. Esse movimento foi determinante para estabelecer uma educação mais inclusiva, que não se restringisse ao aprimoramento técnico, mas que promovesse a participação ativa dos cidadãos nas decisões e transformações sociais [24,25].

Posteriormente, na década de 1980, o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) passou a se expandir, com seu fortalecimento sendo liderado pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), visando aprimorar as capacidades dos trabalhadores do setor da saúde, de modo a enfrentar os desafios crescentes dessa área [26].

A transformação desse processo exerceu uma influência significativa no Brasil, que incorporou a educação permanente em diversas áreas, especialmente no setor da saúde. Nos últimos anos, a EPS tem sido adaptada para atender às especificidades nacionais, promovendo a formação contínua dos profissionais de saúde. Essa abordagem permite que o processo formativo seja orientado pelas necessidades reais do SUS, integrando, de forma contínua, aspectos técnicos e críticos da prática profissional [27]. Essa política visa à reorganização dos serviços de saúde, fomentando o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, além de promover a inclusão social por meio de uma prática reflexiva e transformadora.

O processo de implementação da EPS no Brasil, por meio de sua política, tem sido uma ferramenta poderosa para aprimorar a qualidade da atenção à saúde e garantir que os

profissionais estejam preparados para enfrentar os desafios contemporâneos, sempre em alinhamento com as demandas sociais e de saúde pública [28].

A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), formalizada pela Portaria GM/MS nº 198 de 2004, foi uma resposta às crescentes necessidades de qualificação profissional no contexto do SUS. A PNEPS foi concebida para alinhar a formação dos trabalhadores da saúde às demandas concretas dos serviços e das comunidades atendidas, buscando uma política educacional que promovesse melhorias contínuas na prestação de serviços de saúde [29,30].

A política foi fortemente influenciada pelas discussões internacionais sobre educação ao longo da vida, especialmente pelo Relatório Faure, publicado pela UNESCO em 1972, que promoveu a educação permanente como um direito fundamental para a formação integral dos cidadãos [24]. No Brasil, essa concepção foi adaptada ao contexto do SUS, com a criação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), responsáveis por articular a formação dos profissionais de saúde às necessidades dos serviços e das populações locais [31].

A regionalização das ações de educação permanente foi formalizada pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007, permitindo que as estratégias de formação fossem adaptadas às realidades regionais, levando em consideração as especificidades epidemiológicas e culturais de cada área. As CIES desempenharam um papel essencial na integração entre teoria e prática, garantindo que a formação dos profissionais estivesse diretamente ligada ao cotidiano dos serviços de saúde [29,30].

Entre os aspectos centrais da PNEPS, destaca-se a introdução do conceito de interprofissionalidade, que integra profissionais de diferentes áreas da saúde, para promover uma abordagem integral do cuidado, colaborativa e transformadora [32]. A política também enfatiza a importância de uma gestão participativa, promovendo o envolvimento de gestores, trabalhadores e da comunidade na definição de prioridades educacionais e na execução das ações [28,29].

A EPS propõe um modelo formativo que valoriza a aprendizagem significativa, fundamentado na compreensão de que o processo de formação deve emergir do cotidiano do trabalho. Ao reconhecer as experiências, os saberes e os desafios vivenciados pelos profissionais, essa abordagem favorece a reflexão crítica sobre a prática, possibilitando a construção coletiva de soluções para problemas reais e a promoção de mudanças efetivas no cuidado em saúde [33,34].

Consolidando a relação entre teoria e prática no contexto da saúde e em atendimento a PNEPS, a EPS adota metodologias ativas, como a problematização, que incentivam a reflexão

crítica sobre os processos de trabalho. Essas metodologias permitem que os profissionais analisem situações reais do cotidiano, identifiquem desafios e construam soluções de forma colaborativa, adaptando o conhecimento teórico às necessidades práticas dos serviços de saúde. Esse alinhamento contribui para um cuidado mais eficiente e contextualizado, essencial para a transformação das práticas no SUS [35,36].

As metodologias ativas, como a problematização e a espiral construtivista, favorecem um processo educativo no qual o profissional deixa de ocupar uma posição passiva e passa a atuar como sujeito do próprio aprendizado, mobilizando saberes a partir de situações reais do cotidiano de trabalho. Essa abordagem contribui para a construção de um processo formativo crítico e reflexivo, fortalecendo a qualidade do cuidado e promovendo a inovação nos serviços de saúde [37].

Nos últimos anos, o uso dessas metodologias no Brasil tem sido amplamente discutido e aplicado, especialmente na APS, onde a necessidade de adaptação às demandas locais se mostra mais evidente. Estudos recentes indicam que a adoção dessas práticas no âmbito da EPS tem contribuído para o aprimoramento dos trabalhadores e para o fortalecimento da interdisciplinaridade, favorecendo o trabalho em equipe e o cuidado integral ao paciente. No entanto, a efetividade dessas metodologias ainda enfrenta desafios, relacionados às condições de trabalho, à sobrecarga assistencial, à adesão dos profissionais e às limitações institucionais para sua implementação contínua [36].

1.3.2 Avanços e desafios para implementação da PNEPS

Desde sua criação, a PNEPS trouxe avanços importantes para o aprimoramento dos profissionais de saúde do SUS. Um dos principais avanços foi a regionalização das ações de educação permanente, permitindo que as formações fossem adaptadas às realidades locais, promovendo uma qualificação mais eficaz dos profissionais de saúde [38]. As CIES fortaleceram a articulação entre ensino e serviço, garantindo que as atividades formativas fossem orientadas pelas necessidades dos serviços de saúde [39].

O fortalecimento da interprofissionalidade no SUS tem sido apontado na literatura como um marco relevante para a transformação das práticas de cuidado, ao propor abordagens mais integradas e colaborativas entre as diferentes categorias profissionais [39]. Nessa perspectiva, a articulação entre campos de atuação, como medicina, enfermagem, fisioterapia e serviço social, é compreendida como potencializadora do cuidado centrado no paciente e da capacidade de enfrentamento de problemas de saúde complexos [40]. Entretanto, à luz da realidade concreta

dos serviços de saúde, essa articulação ainda não se configura como uma prática plenamente consolidada, permanecendo como um horizonte a ser alcançado e cuja efetivação depende de avanços institucionais, organizacionais e formativos no cotidiano do SUS.

Todavia, a implementação da PNEPS enfrenta desafios importantes. Um dos principais obstáculos é a descontinuidade do financiamento, o que compromete a regularidade das ações de educação permanente em diversos estados e municípios ^[38]. Além disso, evidenciada a falta de mecanismos robustos de monitoramento e avaliação, dificultando a medição do impacto das ações educativas, o Ministério da Saúde, em 2022, publica as orientações para monitoramento e avaliação da PNEPS ^[41]

Outro obstáculo relevante no atendimento da PNEPS é a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, muitas vezes os profissionais encontram dificuldades para conciliar as atividades assistenciais com os processos formativos. Essa sobrecarga compromete a adesão e a eficácia das ações de educação permanente, uma vez que os trabalhadores estão frequentemente sobrecarregados com demandas imediatas dos serviços de saúde ^[42].

A inexistência de uma cultura organizacional voltada para a valorização da PNEPS também continua sendo um obstáculo crítico. Muitos gestores não tratam a EPS como prioridade estratégica, o que acarreta a fragmentação dos processos formativos e a falta de infraestrutura adequada. Além disso, há carência de espaços apropriados para o desenvolvimento profissional e acesso limitado a tecnologias educacionais, comprometendo o avanço e a consolidação das ações formativas ^[30].

A superação dos desafios enfrentados pela PNEPS requer uma abordagem integrada, que promova tanto o compromisso dos gestores quanto a adesão dos profissionais às atividades formativas. As estratégias para a sustentabilidade dos programas de educação permanente devem incluir a criação de uma cultura organizacional que valorize o aprendizado contínuo e o desenvolvimento de programas formativos que se adaptem às realidades locais dos serviços de saúde ^[41].

As parcerias entre instituições de ensino e pesquisa são essenciais para fortalecer a PNEPS. Essas instituições colaboram na oferta de suporte pedagógico e tecnológico, além de contribuírem com a produção de pesquisas que alimentam as ações educativas ^[30]. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), por exemplo, promove a integração ensino-serviço, resultando em melhorias significativas na capacitação dos profissionais de saúde e no atendimento à população ^[43].

Com base em toda essa trajetória, a EPS pode desempenhar um papel fundamental na reorganização dos serviços de saúde no Brasil, quando aplicada integralmente de acordo com os princípios da PNEPS.

1.4 Políticas voltadas às DCNTs

No contexto das DCNT e em atendimento a PNAB, há recomendações para que ações estratégicas sejam elaboradas para salvaguardar o monitoramento da continuidade do tratamento, considerando a longitudinalidade, característica centralizada e única dos cuidados primários, abrangendo o seguimento do paciente em longo período, por um profissional médico, clínico geral e equipe envolvida no planejamento dos cuidados de saúde primários, para os múltiplos episódios da doença e dos cuidados preventivos [44-46].

Considerando que as DCNT são as principais causas de morte prematura no Brasil [6], entende-se a PNAB [44] e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e aos Agravos não Transmissíveis no Brasil vêm apontando a necessidade de implantar por meio da Educação Permanente em Saúde programas específicos de formação em DCNT, visando à capacitação e ao aprimoramento da força de trabalho do SUS [47].

A contento, reconhece-se o aprimoramento profissional das equipes de saúde para o controle e acompanhamento das DCNT, como meta relevante para o processo de cuidar da saúde, com atores empoderados e envolvidos de elementos que venham a contribuir com ações mais efetivas na promoção da saúde, prevenção das doenças, assim como no seu tratamento e sua reabilitação.

As políticas de saúde no Brasil são projetadas principalmente para fornecer acesso universal aos serviços de saúde para todos os cidadãos, sendo que os seus principais objetivos são garantir a distribuição equitativa dos recursos e reduzir as desigualdades na saúde entre os diferentes grupos sociais [44,48].

Os cuidados de saúde primários são abordagens fundamentais à saúde e ao bem-estar que visam a satisfazer as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades. Engloba a prestação de cuidados abrangentes e integrais, acessíveis e culturalmente apropriados à comunidade, considerando não apenas a saúde física, mas também os determinantes sociais da saúde [49,50].

Nos últimos anos, a APS ganhou destaque no cenário nacional, especialmente a partir da implementação do Programa Previne Brasil, que redefiniu os critérios de financiamento ao vincular os repasses ao número de pessoas cadastradas e a indicadores de desempenho das

equipes. Com a revogação desse modelo pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, inaugurou-se um novo arranjo para o financiamento desse nível de atenção, cujos efeitos ainda se encontram em processo de consolidação ^[51].

Com um investimento de R\$ 24 milhões e atendendo a 981 municípios, em novembro de 2021, o MS criou a Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV), com a finalidade de ações dos municípios para a qualificação e suporte nas ações de prevenção e monitoramento das DCV e o DM. A ECV, traz na proposta a educação em saúde e o aprimoramento dos profissionais e gestores da APS para estratégias de autocuidado e uso de ferramentas para a promoção e melhoria de adesão ao tratamento ^[52].

Em 2012, foram atualizadas diversas políticas de cuidados de saúde primários para abordar questões-chave nesta área. Estas políticas centraram-se na melhoria do acesso aos serviços de cuidados primários, na promoção da equidade e da competência cultural na prestação de serviços e, também, na abordagem da gestão das doenças crônicas. ^[44]

Para enfrentar a situação das DCNT no Brasil, o Ministério da Saúde, desde 2011, vem coordenando o Plano de Ação Estratégico para o Enfrentamento das DCNTs, documento que inaugurou um ciclo estruturante de políticas públicas voltadas para a redução de mortalidade prematura, a mitigação de fatores de risco e a reorientação do cuidado às condições crônicas no território nacional.

A primeira versão do Plano, implementada para o período de 2011 a 2022, consolidou um marco político e normativo importante ao integrar metas nacionais às determinações globais da OMS e ao reconhecer formalmente a necessidade de intervenções de caráter transversal, envolvendo promoção da saúde, prevenção, vigilância e organização da rede assistencial. Essa fase inicial buscou sistematizar ações prioritárias, padronizar indicadores e ampliar o monitoramento das DCNT, estabelecendo, pela primeira vez, uma agenda nacional de enfrentamento com metas claras e prazos definidos ^[53].

Com a evolução do perfil epidemiológico do país e o acúmulo de evidências produzidas ao longo da primeira década de execução, o Ministério da Saúde atualizou as diretrizes e lançou o Plano de Ação Estratégico 2021–2030, inaugurando um novo ciclo de políticas públicas. Essa atualização não representou apenas continuidade, mas uma ampliação de escopo que incorporou desafios emergentes, como o aumento da obesidade, as transformações nos padrões alimentares, as desigualdades territoriais intensificadas, os efeitos prolongados da pandemia de COVID-19 sobre o sistema de saúde e a necessidade de fortalecer a coordenação do cuidado em redes regionais. O novo ciclo reforça a centralidade da APS na vigilância das DCNTs,

amplia o enfoque na equidade e propõe intervenções mais estruturantes, com ênfase em ações intersetoriais e abordagens multicomponentes ^[54].

No plano internacional, ambos os ciclos se articulam com os Planos de Ação Global para Prevenção e Controle das DCNT (2013–2020) e com o Plano Regional da OPAS para o período 2013–2019, que orientaram, respectivamente, metas para redução de mortalidade prematura, controle do tabagismo, promoção de alimentação adequada, redução do uso nocivo do álcool e estímulo à atividade física ^[55,56]. Contudo, a partir de 2021 observa-se uma mudança no posicionamento estratégico do Brasil, que passa a alinhar-se a uma agenda mais ambiciosa, orientada não apenas à redução de fatores de risco, mas à diminuição das desigualdades estruturais em saúde.

Ao comparar os ciclos 2011–2022 e 2021–2030, algumas diferenças se tornam evidentes. No primeiro ciclo, o foco central estava na estabilização das políticas de enfrentamento, considerando um cenário de fragmentação de informações, baixa padronização de indicadores e desafios na organização das redes de cuidado. O objetivo predominante era institucionalizar um conjunto mínimo de ações em todos os estados e municípios. Já no segundo ciclo, nota-se uma maturação da política, com ampliação da complexidade analítica, incorporação de indicadores mais abrangentes e ênfase em intervenções que envolvem dimensões sociais, ambientais e comportamentais do adoecimento ^[53,54].

O Plano 2021–2030 avança, por exemplo, ao incluir de maneira mais explícita a necessidade de enfrentar desigualdades regionais, fortalecendo instrumentos de governança e integrando ações de promoção da saúde às agendas de segurança alimentar, mobilidade urbana, meio ambiente e políticas educacionais ^[54].

A EPS, que já estava prevista no primeiro ciclo, adquire centralidade ainda maior na nova fase. A partir de demandas apresentadas por estados e municípios, o Plano 2021–2030 propõe iniciativas mais sistematizadas e integradas de formação para os profissionais do SUS, abrangendo níveis médio, técnico e superior, com o objetivo de qualificar processos de análise, manejo clínico, cuidado longitudinal e prevenção dos fatores de risco. Essa ampliação reflete a compreensão de que a efetividade das ações de enfrentamento das DCNT depende não apenas de protocolos clínicos, mas de competências ampliadas dos trabalhadores para leitura do território, organização da rede e articulação intersetorial ^[57].

Além disso, enquanto o Plano 2011–2022 consolidou bases importantes para vigilância e prevenção, seu sucessor avança na integração entre vigilância e atenção à saúde, reconhecendo a necessidade de superar o histórico distanciamento entre essas duas dimensões. Assim, o Plano 2021–2030 estrutura quatro áreas estratégicas: promoção da saúde e prevenção;

detecção precoce e tratamento oportuno; atenção integrada às pessoas com condições crônicas; e vigilância, monitoramento e avaliação. A divisão em áreas estratégicas permanece semelhante a do ciclo anterior, porém com maior detalhamento de objetivos, metas e indicadores, permitindo leitura mais sensível das desigualdades sociais, étnicas, raciais e territoriais que influenciam o adoecimento ^[53,54].

A comparação entre os ciclos revela ainda que o Plano atualizado reposiciona o papel da APS como coordenadora das redes e reforça a necessidade de mecanismos de planejamento e governança regional para monitoramento de fluxos e desfechos clínicos ^[20,58]. Ao mesmo tempo, amplia o foco sobre a obesidade e sobre ambientes obesogênicos, elementos que ganharam destaque após 2018 no cenário internacional, e que se tornaram urgentes no período pós-pandemia, em função do agravamento de fatores de risco populacionais ^[54].

Em síntese, o movimento entre 2011–2022 e 2021–2030 evidencia uma transição de um ciclo inicial, voltado à consolidação normativa e institucional das políticas de enfrentamento das DCNT, para um ciclo mais maduro, analítico e abrangente, orientado por evidências atualizadas, pela vigilância ampliada e pelo fortalecimento da APS como eixo estruturante das redes de atenção. Essa transição reafirma que o enfrentamento das DCNT no Brasil exige mais do que conhecimento técnico: requer sistemas capazes de integrar políticas, promover equidade e sustentar processos contínuos de formação e reorganização do cuidado.

1.5 Projeto ArticulaRRAS: Formação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus Fatores de Risco Associados no Estado de São Paulo

Em agosto de 2020, o Ministério da Saúde, em cooperação com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), anunciou chamadas públicas, por meio do edital CNPq/MS/SAPS/DEPROS, nº 28/2020, para Formação em DCNT e seus Fatores de Riscos Associados. O objetivo foi apoiar projetos que integrassem atividades de pesquisa, extensão e formação de gestores e profissionais de saúde da APS para organizar e qualificar o cuidado às pessoas com diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e obesidade ^[59].

O projeto teve abrangência nacional, contemplando todos os estados brasileiros. No Estado de São Paulo, a iniciativa foi desenvolvida a partir de proposta selecionada e apresentada por professores da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), campus Botucatu, em articulação com docentes de outras unidades da UNESP, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e da Universidade de Marília (UNIMAR).

A UNESP é uma instituição pública, autárquica de ensino superior, composta por 34 unidades acadêmicas distribuídas em 24 municípios do Estado de São Paulo, sob gestão do governo estadual ^[60].

O Projeto “ArticulaRRAS – Formação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus Fatores de Risco Associados no Estado de São Paulo” foi concebido como uma iniciativa de caráter formativo, investigativo e interventivo, fundamentada no princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Para além da dimensão formativa, o projeto estruturou-se em múltiplos eixos articulados, contemplando o diagnóstico situacional da APS, o desenvolvimento e a incorporação de ferramentas no processo de trabalho das equipes e a adoção de tecnologias do cuidar voltadas às DCNTs ^[61].

Nesse contexto, destacaram-se instrumentos de monitoramento das DCNTs, como a planilha de acompanhamento disponibilizada pelo próprio projeto ArticulaRRAS, concebidos para qualificar o registro clínico, subsidiar o acompanhamento longitudinal dos usuários e apoiar a organização do cuidado nos serviços. Esses eixos, desenvolvidos de forma sequencial e integrados, sustentaram o processo formativo de gestores e profissionais, orientado à transformação das práticas de gestão, promoção da saúde, prevenção e cuidado da obesidade, da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes ^[61].

A equipe responsável por toda a infraestrutura do curso, desde o didático pedagógico, metodológico e recursos didáticos, foi formada por pesquisadores da UNESP, campus de Botucatu, envolvidos nos cursos de Nutrição, Medicina e Enfermagem, além de pesquisadores de outras unidades da UNESP, UNIFESP e UNIMAR nas áreas de: geografia, comunicação, educação, agricultura e sociologia ^[61]

O ArticulaRRAS, com o objetivo de buscar a adesão dos municípios promoveu 162 encontros com as equipes gestoras da saúde, sendo que na primeira tentativa apenas 11 municípios fizeram adesão. Contudo, uma segunda tentativa foi feita por chamadas em bloco para os municípios e acrescida de mais 12 reuniões com a aproximação de 34 novos municípios e mais cinco tentativas de contato em cada município, que além dos 65 municípios que foram pré-selecionados, outros 40 também foram selecionados e convidados de acordo com os mesmos critérios ^[61]

O estado de São Paulo apresenta uma população de 46.289.333 habitantes e densidade demográfica de 166 habitantes/km. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado é de 0,783, representando o segundo maior do Brasil ^[62]. A prevalência de excesso de obesidade (obesidade I+II+III), em 2019, foi de 37,8% da população adulta, já a prevalência de HAS e do Diabetes tipo 2 (DM-2) foi de 24,5% para HAS e 7,4% para DM, enquanto a mortalidade

prematura por DCNT representou 72% das causas de morte no Brasil e 64 % no estado de São Paulo ^[63].

O Projeto ArticulaRRAS configurou-se como uma iniciativa de dimensão ampliada, concebida para atuar muito além de um curso tradicional de capacitação. Sua estrutura foi desenhada para criar condições reais de reorganização das práticas de gestão, promoção da saúde e cuidado às DCNTs na APS, compreendendo que a transformação das redes de atenção não se sustenta em intervenções pontuais, mas requer processos contínuos, pactuados e fundamentados em análise crítica do trabalho ^[61].

Desde sua origem, o projeto assumiu caráter formativo complexo, articulando atores institucionais, evidências científicas e demandas territoriais, em um contexto no qual a APS convivia com desafios persistentes relacionados à fragmentação dos fluxos assistenciais, à dificuldade de integração entre vigilância e atenção, à manutenção de arranjos de trabalho pouco responsivos às necessidades da população e à distância entre diretrizes normativas e práticas concretas no cotidiano dos serviços ^[61].

A proposta do ArticulaRRAS enfrentou esse cenário assumindo a formação como estratégia transformadora, combinando educação crítica, pesquisa participante, participação social e fortalecimento da governança municipal, compreendendo que a robustez das redes de cuidado depende diretamente da capacidade de coordenação, do envolvimento dos sujeitos e da articulação entre universidade, serviços e território ^[61].

Essa concepção permitiu ao projeto operar como dispositivo de transformação institucional, em que ensino, pesquisa e extensão se combinaram para produzir mudanças sustentáveis. Desde o início, sua elaboração partiu do pressuposto de que o enfrentamento das DCNTs exige não apenas conhecimento técnico atualizado, mas sobretudo leitura qualificada do território, compreensão das relações sociais e institucionais que moldam o processo de trabalho e reconhecimento das condições que limitam ou potencializam o cuidado ^[61].

A proposta formativa considerou, portanto, a complexidade dos sistemas de saúde, a heterogeneidade dos municípios paulistas e a necessidade de materializar, na prática, elementos essenciais da APS, como longitudinalidade, coordenação, responsabilização e abordagem comunitária. O projeto assumiu que esses atributos só se tornam concretos quando os sujeitos envolvidos, gestores, profissionais e usuários, participam da identificação de problemas, da construção de soluções e da pactuação de mudanças ^[61].

Com base nessa perspectiva, a experiência do ArticulaRRAS estruturou-se em torno da análise situacional como ponto de partida para todo o processo de formação. Essa análise não se limitou à leitura de indicadores epidemiológicos, mas buscou captar a dinâmica da rede de

atenção às DCNTs a partir do território vivido, explorando práticas profissionais, relações entre equipes e gestão, dificuldades operacionais, barreiras percebidas pelos usuários e fragilidades nos fluxos assistenciais. As informações foram coletadas por meio de oficinas, entrevistas em profundidade e instrumentos participativos, que permitiram construir um retrato detalhado da organização do cuidado em cada município participante ^[61].

Esse processo resultou na produção de um corpo consistente e qualificado de dados, continuamente problematizado no âmbito do processo formativo, o que subsidiou a construção do modelo teórico-lógico do cuidado às DCNTs. Tal modelo foi elaborado de maneira coletiva ao longo das oficinas formativas, incorporando sistematicamente as percepções, experiências e saberes das equipes de saúde e dos gestores municipais e, posteriormente, submetido à validação pelo método Delphi, com a participação de especialistas da academia, da gestão e dos serviços ^[61].

Ao promover a articulação entre saber técnico-científico e saber territorial, essa estratégia conferiu ao projeto maior densidade metodológica e legitimidade política, consolidando o eixo formativo do ArticulaRRAS como um processo contínuo, participativo e orientado à reflexão crítica sobre a prática, dirigido a gestores e equipes da APS.

O curso do ArticulaRRAS para profissionais, com carga horária de 180 horas, foi estruturado predominantemente em plataforma digital, fundamentado em metodologias ativas, na problematização do cotidiano e em práticas interativas que favoreceram a aprendizagem significativa. Para além das atividades desenvolvidas em ambiente virtual, a equipe do projeto manteve presença sistemática nos municípios participantes, atuando diretamente no apoio ao diagnóstico situacional dos territórios e na condução de processos participativos voltados à construção coletiva do modelo teórico-lógico, em estreita articulação com gestores e equipes de saúde ^[61].

Inspirado na educação popular e crítica, na teoria da complexidade e nas abordagens de redes sociais, o processo pedagógico adotou referências que estimulam autonomia, reflexão e construção coletiva do conhecimento, aproximando teoria e prática de modo contínuo. Entre os recursos utilizados estavam vídeos sensibilizadores, atividades de análise do território, construção de maquetes, exercícios de desenho da rede e elaboração de linhas de cuidado. A proposta não se concentrou apenas em transmitir conteúdos, mas em promover reflexão crítica sobre o processo de trabalho, identificar fragilidades e potencialidades e estimular a incorporação de mudanças viáveis no cotidiano das equipes ^[61].

O curso para gestores, com carga horária específica e atividades direcionadas às necessidades de planejamento, monitoramento e tomada de decisão, reafirmou a centralidade

da governança para o cuidado às DCNT. No ArticulARRAS, a governança foi concebida como uma prática compartilhada, que envolve atores da universidade, gestores municipais, profissionais da APS, representantes dos Departamentos Regionais de Saúde e equipe técnica do projeto ^[61].

As decisões não foram impostas verticalmente, ao contrário, foram pactuadas, ajustadas e validadas em instâncias coletivas, permitindo que os municípios reconhecessem seu protagonismo e corresponsabilidade. Esse arranjo ampliado fortaleceu a integração entre os diferentes níveis de gestão e contribuiu para a construção de agendas comuns, baseadas no diagnóstico territorial e nos desafios reais enfrentados pelos serviços. A governança, portanto, constituiu-se não apenas como instrumento organizacional, mas como fundamento político-pedagógico de toda a experiência ^[61].

O processo avaliativo acompanhou o curso de forma integrada e contínua. O projeto utilizou estratégias qualitativas sensíveis para captar transformações que não podem ser identificadas por instrumentos estruturados, como questionários de múltipla escolha. Entre essas estratégias destacaram-se os grupos focais realizados com gestores e profissionais, tanto nos municípios quanto nos espaços regionais. Esses encontros permitiram identificar reflexões, tensões, expectativas, pactuações necessárias e movimentos institucionais desencadeados pelo curso ^[61].

A avaliação também considerou competências, conhecimentos, habilidades e percepções, integrando tais dimensões ao processo de realimentação da formação e ao aprofundamento das discussões sobre o cuidado às DCNT e organização das redes ^[61].

A devolutiva dos resultados para os municípios compôs outro pilar do projeto. Relatórios diagnósticos, materiais educativos, mapas georreferenciados, produtos audiovisuais, artigos científicos e webinários foram elaborados e disponibilizados como instrumentos de fortalecimento dos serviços, garantindo que o conhecimento produzido retornasse ao território e contribuísse para a continuidade do processo de reorganização. A transparência, o diálogo permanente e o compromisso ético-político com os municípios caracterizaram todo esse percurso, consolidando a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão como prática efetiva ^[61].

Durante a execução do projeto, emergiram desafios importantes, como dificuldades de planejamento municipal, sobrecarga assistencial das equipes, agendas sazonais de saúde pública, condições pós-pandemia e fragilidades de articulação intersetorial. Esses desafios reafirmaram a pertinência de estratégias de apoio institucional, de planejamento participativo e de fortalecimento da governança. Também evidenciaram que o enfrentamento das DCNT exige

um conjunto de movimentos coordenados, sustentados por análise técnica, reflexão crítica, organização política e envolvimento dos sujeitos que atuam cotidianamente no cuidado ^[61].

A relevância do ArticulaRRAS para esta tese torna-se particularmente evidente quando se observa que os elementos estruturantes do projeto, análise situacional, formação crítica, governança participativa, metodologias ativas, pesquisa participante e avaliação qualitativa, constituíram o ambiente real, no qual gestores e profissionais vivenciaram dificuldades, resistências, engajamentos e aprendizagens ^[61].

2. PROBLEMA, OBJETIVOS E FINALIDADES DA PESQUISA

2.1. Problema

Ao refletir sobre o número de inscritos no curso da formação em DCNTs, na etapa *online*, observou-se que, dos 518 profissionais inscritos, apenas 32 concluíram integralmente as atividades propostas nesse formato. Ressalta-se, contudo, que, embora os conteúdos do curso tenham sido desenvolvidos integralmente por meio da plataforma *online*, o processo formativo do ArticulaRRAS incluiu momentos presenciais estratégicos, especialmente no início do projeto, voltados ao diagnóstico situacional e à construção participativa do modelo teórico-lógico, os quais mobilizaram um número expressivo de profissionais de saúde, ultrapassando mil participantes. Ao final do projeto, foram realizados encontros presenciais de avaliação e discussão das experiências, com a participação de um grupo reduzido de profissionais, sem que tal adesão estivesse necessariamente vinculada à conclusão do curso na modalidade online.

A princípio, o projeto ArticulaRRAS visava à participação no processo avaliativo somente de atores que estiveram em alguma etapa do curso, mas verificou-se, no momento avaliativo do projeto, e, especificamente, quando se convidou os membros participantes do curso, o interesse despertado naqueles que não participaram de nenhuma etapa. Fato que surpreendeu a equipe do projeto que, refletindo sobre a baixa adesão dos profissionais ao curso, entendeu a importância de se dar voz aos não participantes (não inscritos ou que abandonaram o Projeto), para se ter uma avaliação mais profunda do movimento interacional desses profissionais com a implementação do Projeto.

Considerando a necessidade de se avaliar o impacto do Programa de Formação em DCNTs e seus Fatores de Riscos Associados no Estado de São Paulo, assim como de compreender o desejo manifesto daqueles que não participaram, pergunta-se: Como se configurou a experiência interacional dos membros das equipes da APS de municípios do estado de São Paulo em relação à oferta do Programa de Formação em DCNTs, tanto entre aqueles que participaram quanto entre os que optaram por não se inscrever ou abandonaram a formação?

2.2. Objetivos

Para responder à pergunta, propõe-se como objetivos:

- Compreender a experiência interacional das equipes da APS de municípios do estado de São Paulo em relação à oferta e/ou participação no Programa de Formação em DCNTs, entre aqueles que aderiram e os que não aderiram;
- Elaborar um modelo teórico emerso dessas experiências capaz de explicar por que contextos organizacionais aparentemente semelhantes geram resultados distintos.

2.3. Justificativa

O processo avaliativo tem como finalidade contribuir com o aperfeiçoamento e continuidade de ações voltadas à EPS, junto às equipes da APS, para a operacionalização das Políticas e Planos voltados às DCNTs, assim como para a Ciência da Implementação.

3. MÉTODOS

3.1. Tipo de pesquisa

Para apreender o objeto de estudo demandou pesquisa qualitativa interpretativa, na abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ^[64], conduzida segundo os *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) ^[65].

A pesquisa qualitativa é uma forma de investigação social que retrata o sentido adotado pelas pessoas em suas experiências e no mundo no qual elas vivem. Tem a finalidade de compreender, descrever e interpretar fenômenos sociais conforme percebidos pelos indivíduos, grupos e culturas. Pesquisadores utilizam as abordagens qualitativas para explorarem comportamentos, sentimentos e experiências de pessoas para descobrirem o âmago de suas vidas. No caso dos teóricos que utilizam a TFD, conhecida internacionalmente como *Grounded Theory*, investigam processos e interações sociais^[66].

3.2. Atores e cenários

Os materiais analisados qualitativamente decorreram do processo avaliativo final do projeto, com 45 profissionais da saúde (Enfermeiros [12]; Técnico em Enfermagem [1]; Agentes Comunitários de Saúde -ACS [25], Fisioterapeutas [3], Nutricionistas [3], Cirurgião Dentista [1]. Estes providos de 15 municípios participantes.

Não foi necessário coletar e analisar os dados separadamente dos que participaram integralmente do curso daqueles que não participaram, em razão do interesse manifesto dos não participantes do curso em terem suas vozes consideradas na avaliação final do projeto. Esse grupo “opponente” é tão forte nos serviços da APS, que representantes fizeram presentes nas rodas de conversas, e, portanto, foram ouvidos.

Essa decisão de ouvir as experiências de participantes e não participantes (não inscritos ou que abandonaram o projeto) foi essencial para que o modelo teórico-processual cíclico emergisse do espelhamento experiencial entre profissionais de saúde dos serviços da APS, que se movimentaram entre polos antagônicos — ceticismo e confiança — em relação ao desfecho de um projeto, como mais bem apresentado nos capítulos, resultados e discussão.

As atividades avaliativas deram-se, presencialmente, de 17 de outubro a 05 de dezembro de 2023, perfazendo seis encontros com os profissionais que aceitaram o convite e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de participação do processo (Apêndice1).

3.3. Procedimentos éticos, de coleta e registro dos dados

Como este estudo é um subprojeto de pesquisa aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 52619821.3.0000.5411, número de parecer: 5.752.793 e data 10/11/2022, os pesquisadores solicitaram autorização do CEP para realizá-lo, por meio de emenda, a qual foi aprovada em 20/03/2024, CAAE: 52619821.3.0000.5411, número de parecer: 6.713.512. (Anexo 1).

A coleta de dados ocorreu em locais e horários indicados pelos gestores e em acordo com a coordenadora do processo de formação, de forma a assegurar o sigilo de suas informações, após a assinatura do TCLE para participação da pesquisa (Apêndice 1).

Empregou-se rodas de conversas como técnica de coleta de dados ^[67-69], com áudio gravado de seis encontros, com média de 90 minutos, perfazendo 9,1 horas de gravação e 159 páginas de transcrição em papel A4.

Utilizou-se como perguntas norteadoras:

- (1) Como foi a sua experiência com a formação em DCNT?
- (2) A experiência mudou/provocou alguma mudança em sua rotina de trabalho, da equipe e do território? Se sim, quais foram as mudanças? Se não, conte o porquê.
- (3) Caso não tenha participado do curso, quais foram as razões que os inviabilizaram?
- (4) Quais as sugestões para novos cursos?

A roda de conversa é um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas se expressam, escutam aos outros e a si mesmas, estimulando assim a construção da autonomia dos participantes por meio da problematização, do compartilhamento de informações e da reflexão para a ação ^[67]. Essa técnica de coleta de dados vem sendo recomendada e utilizada com sucesso por pesquisas ^[68,69]

3.4 Análise dos dados: referencial metodológico

Ao término dos encontros, os áudios foram transcritos na íntegra, como recurso avaliativo do curso, o qual foi submetido à análise com apoio de *software* NVivo para pesquisa qualitativa. Este processo foi validado pela orientadora, com formação e experiência em operacionalizar os passos do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ^[64], conforme os passos descritos:

(1º) *Microanálise*: Foi conduzida uma análise minuciosa linha por linha das entrevistas, com o objetivo de identificar as categorias iniciais, incluindo suas propriedades e dimensões. Esse processo permitiu a sugestão de possíveis relações entre as categorias, integrando as etapas de codificação aberta e axial de forma combinada;

(2º) *Codificação aberta*: efetivou-se o processo analítico dos dados por meio da codificação aberta, que permitiu identificar conceitos, suas propriedades e dimensões. Nesta fase, ocorreu a redução da grande quantidade de dados codificados, agrupando itens (códigos) que possuem similaridade de significado, levando à elaboração de conceitos. Um conceito, nesse contexto, representa uma abstração de eventos, objetos, ações ou interações que o pesquisador considera relevantes nos dados. No referencial metodológico utilizado, as categorias emergiram como conceitos derivados dos dados, representando fenômenos. O surgimento dos conceitos acontece à medida que o analista começa a organizá-los e classificá-los em categorias, conferindo maior grau de abstração;

(3º) *Codificação axial*: relacionaram as categorias às suas subcategorias, segundo suas propriedades e dimensões, sistematicamente. Etapa de análise importante para a construção do modelo teórico;

(4º) *Codificação seletiva*: por fim, executou-se o processo de integração e de aprimoramento do modelo teórico. Na integração, as categorias foram organizadas em torno de um conceito central (categoria central), por meio do emprego de várias técnicas: descrição da história, utilização de diagramas, classificação e notas de revisão.

Conforme preconizado por esse tipo de pesquisa, as etapas de coleta e análise dos dados se deu, concomitantemente, até que se obteve a saturação teórica.

Na TFD a amostragem se dá por saturação teórica, quando nenhum dado novo ou relevante emerge, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são encontrados, as categorias se apresentarem bem desenvolvidas e relacionadas de forma a configurar o modelo teórico^[64].

A estrutura do modelo teórico (diagrama) se mostrou capaz de explicar a maioria das experiências, assim como a razão de contextos organizacionais, aparentemente, semelhantes gerarem resultados distintos, após realizada análise comparativa de alto nível entre os dados brutos e o modelo.

3.5. Interpretação dos dados: referenciais teóricos

Interpretou-se o modelo descoberto à luz do arcabouço teórico: Interacionismo Simbólico; EPS e Ciência da Implementação.

3.5.1. Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico proposto por Joel M. Charon fundamentou-se nos três conceitos de George Herbert Mead: mente, *self* e sociedade e nos de Bernard Meltzer: sociedade, *self*, mente e o ato ^[70].

O Interacionismo Simbólico tem sido utilizado como uma abordagem relativamente distinta para o estudo da vida e da ação humana em grupo e tem como finalidade compreender como as pessoas criam significados durante a interação social e como elas se apresentam aos outros e constroem o *self*, estabelecendo seu papel na interação com outros. O âmago desse referencial teórico reside na noção de que as pessoas agem como agem, devido ao entendimento e interpretação que fazem das situações ^[70].

Os conceitos do Interacionismo Simbólico são: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, ação humana e interação social ^[70].

Símbolo

É o conceito central, pois, segundo o Interacionismo Simbólico, sem ele não se pode interagir uns com os outros. É uma classe de objetos sociais, utilizada para representar alguma coisa ^[70].

Os símbolos são desenvolvidos socialmente, por meio da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados pela interação dos seus atores; existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras permitindo a combinação dos sons ou gestos em declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros ^[70].

Self

No Interacionismo Simbólico, o *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros. O *self* não somente surge na interação, mas como todo objeto social, é definido e redefinido na interação. Surge, na infância, inicialmente, com os pais e outros significativos, mudando constantemente à medida que a criança vivencia novas experiências interagindo com outros. Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo são altamente dependentes das definições sociais que encontro durante minha vida ^[70].

Mente

Mente é a ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self*, por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas à interpretação ativa do indivíduo a esses objetos). Mente é a interação simbólica do organismo humano com seu *self*^[70].

Assumir o papel do outro

Este conceito está intimamente relacionado aos anteriores porque consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. É por meio da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e as ações de outras pessoas ^[70].

Ação humana

A interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação. As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito que envolve a definição da situação e esta, por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá ^[70].

Interação social

Conforme apresentado, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação e são parte dela. Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro ^[70].

3.5.2. Educação Permanente em Saúde

A EPS foi adotada neste estudo como referencial teórico-analítico para a interpretação dos dados qualitativos, considerando-se seu estatuto de política pública estruturante do SUS no Brasil. Instituída formalmente pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, e reafirmada pela Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, a EPS orienta-se pela integração indissociável entre formação, trabalho e gestão, tomando o cotidiano dos serviços de saúde

como espaço privilegiado de aprendizagem, produção de saberes e transformação das práticas [29,71].

Do ponto de vista conceitual, a EPS fundamenta-se na pedagogia problematizadora e na aprendizagem significativa, dialogando com os pressupostos de Paulo Freire, ao compreender os trabalhadores da saúde como sujeitos ativos do processo educativo, capazes de analisar criticamente sua realidade, produzir conhecimento a partir da experiência e promover mudanças no cuidado e na organização dos serviços [27,72]. Nesse referencial, a educação deixa de ser entendida como evento pontual ou transmissão de conteúdos e passa a ser concebida como processo contínuo, coletivo e situado, orientado pelas necessidades reais dos territórios, das equipes e dos usuários.

Como política pública, a EPS propõe a problematização do processo de trabalho como eixo estruturante das ações formativas, reconhecendo que os desafios enfrentados na Atenção Primária à Saúde (APS), tais como a gestão do cuidado às DCNTs, a coordenação do cuidado e o trabalho em equipe, constituem disparadores privilegiados de aprendizagem e desenvolvimento profissional. Assim, este referencial assume papel estratégico na qualificação da APS, ao favorecer a reflexão crítica, a negociação de sentidos e a construção compartilhada de soluções no interior das equipes [27,73].

No contexto desta pesquisa, a EPS foi mobilizada como referencial analítico para compreender como os profissionais da APS de municípios do estado de São Paulo interpretaram, incorporaram ou rejeitaram as propostas formativas associadas ao projeto voltado às DCNTs. Esse referencial permitiu analisar a implementação do projeto não apenas como um processo técnico-operacional, mas como um processo educativo e simbólico, atravessado por relações de poder, saberes da experiência, condições institucionais e significados atribuídos ao trabalho. Dessa forma, este referencial contribuiu para a interpretação dos movimentos de engajamento, aprendizagem e ressignificação das práticas, bem como dos limites estruturais e simbólicos que condicionaram a efetivação das ações no cotidiano dos serviços.

3.5.3. Ciência da Implementação

A Ciência da Implementação (Implementation Science) é um campo de pesquisa interdisciplinar que se dedica ao estudo sistemático de métodos, processos e estratégias para promover a incorporação e o uso sustentável de intervenções, práticas e políticas baseadas em evidências no cotidiano dos sistemas de saúde e na prática profissional. O foco central dessa

ciência é reduzir a lacuna conhecida como “know-do gap”, a distância entre o que a pesquisa demonstra ser eficaz e o que efetivamente é implementado e mantido na prática real, e entender como e por que práticas que funcionam não são rotineiramente adotadas em contextos concretos. Uma definição amplamente aceita caracteriza a Ciência da Implementação como o estudo das estratégias para facilitar a adoção, implementação e sustentabilidade de práticas, intervenções ou políticas em contextos diversos de saúde [74].

A Ciência da Implementação reconhece que a eficácia de uma intervenção não garante sua adoção, pois essa depende de múltiplos fatores contextuais, organizacionais e interacionais que influenciam barreiras e facilitadores ao longo do processo de implementação. Ela mobiliza teorias, modelos e fundamentos teóricos para compreender e sistematizar esses fatores, identificar determinantes de implementabilidade, planejar estratégias, acompanhar processos e avaliar resultados em termos de desfechos de implementação (como aceitabilidade, adoção, fidelidade, viabilidade, penetração, sustentabilidade) distintos dos desfechos clínicos ou de serviço [75].

Os fundamentos dessa ciência incluem: (a) compreensão dos contextos em que as práticas devem ser adotadas; (b) identificação de barreiras e facilitadores que influenciam o processo implementador; (c) desenvolvimento e teste de estratégias de implementação adaptadas a contextos específicos; (d) uso de indicadores de implementação que permitam medir tanto o processo quanto sua eficácia; e (e) a busca por aprendizagem contínua e adaptação das estratégias ao longo do tempo. Essa abordagem enfatiza que a implementação é um processo dinâmico, não linear, envolvendo múltiplos atores, relações, negociações e ajustes contingentes às realidades operacionais dos serviços de saúde [76].

A literatura também destaca a importância do referencial teórico *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) e modelos que articulam elementos contextuais, processos e resultados para guiar a investigação e a prática da implementação, auxiliando analiticamente na identificação dos determinantes que influenciam o sucesso ou fracasso de iniciativas em cenários reais [77].

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização dos atores

Participaram 45 profissionais de saúde como autores da pesquisa: 12 enfermeiros, um técnico em enfermagem, 25 agentes comunitários de saúde (ACS), três fisioterapeutas, três nutricionistas e um cirurgião-dentista, todos atuantes nos serviços da APS dos municípios.

Quanto ao perfil sociodemográfico, observou-se predominância do sexo feminino, com faixa etária entre 20 e 60 anos e tempo de exercício no serviço de saúde municipal entre dois e 34 anos, evidenciando a participação de profissionais com trajetórias, tanto recentes quanto consolidadas no sistema de saúde.

Em relação à formação acadêmica, identificou-se um profissional com pós-graduação *stricto sensu* (mestrado), 18 com pós-graduação *lato sensu* (especialização), 18 com formação técnica e seis com ensino médio completo, sinalizando a diversidade de níveis de qualificação presentes nas equipes multiprofissionais dos serviços da APS.

Ademais, foram reunidos profissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Serviços de Saúde Especializados (SSE), Centro de Reabilitação (CR) e Ambulatório Médico de Especialidades (AME), assegurando a representação de distintos cenários de prática assistencial e de apoio à atenção básica.

Grupos	Profissional		Tipo de unidade/serviço de saúde	Tempo de exercício em anos	Grau de formação	
	Profissional	N.			Nível de Formação	N.
I	Enfermeiro	12	UBS; ESF; SS	3 a 34	Mestre Especialista	1 11
II	Técnico em Enfermagem	1	ESF	5	Técnico	1
III	Agentes Comunitários de saúde (ACS)	25	UBS-ESF	2 a 27	Técnico Graduação Nível médio	17 2 6
IV	Fisioterapeuta	3	CR; SS; AME	2 a 15	Especialista	3
V	Nutricionista	3	AME	2 a 5	Especialista	3
VI	Cirurgião Dentista	1	SS	4	Especialista	1
TOTAL						45

Legenda: Unidade Básica de Saúde (UBS); Estratégia Saúde da Família (ESF); Serviços de Saúde Especializados (SSE), Centro de Reabilitação (CR), Ambulatório Médico de Especialidade (AME).

Tabela 1– Caracterização dos atores participantes por grupos profissionais, distribuídos por tipos de serviços de saúde, tempo de exercício profissional em anos e grau de formação. Programa de Formação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Projeto ArticulaRRAS, INTERSSAN - Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional da UNESP, Brasil, 2025.

Fonte: dados da pesquisa (2025)

Grupos	Sexo		Faixa etária em anos
	Masculino	Feminino	
I. Enfermeiros	--	12	25 a 55
II. Técnico em Enfermagem	1	--	28
III. Agentes Comunitários de saúde	3	22	20 a 60
IV. Fisioterapeuta	--	3	25 a 35
V. Nutricionista	--	3	25 a 30
VI. Cirurgião Dentista	--	1	33
Total	4	41	--

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos atores, quanto ao sexo e faixa etária, distribuídos por grupos de profissionais da saúde, participantes do Programa de Formação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Projeto ArticulaRRAS, INTERSSAN - Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional da UNESP, Brasil, 2025.

Fonte: dados da pesquisa (2025)

4.2. A experiência

Por meio da análise dos dados, segundo a TFD, tornou-se possível compreender a experiência interacional das equipes da APS de municípios do estado de São Paulo em relação à oferta e/ou participação no Programa de Formação em DCNTs, considerando tanto aquelas que aderiram quanto as que não aderiram à proposta, o que resultou na construção de relações teóricas entre os componentes (subprocessos, categorias e subcategorias).

Dois subprocessos emergiram, os quais retratam o significado simbólico atribuído pelos profissionais da saúde e sua experiência interacional com o Programa de Formação em DCNTs, a saber: profissionais deixando de se engajar às atividades do projeto, por julgá-lo inviável de operacionalização no cenário de trabalho do município (A); movendo-se entre avanços e desafios com a operacionalização do projeto (B), cuja árvore de categorias encontra-se no quadro 1, com respectivos códigos organizados em quadros (Apêndice 2).

Quadro 1. Elementos, subcategorias, categorias e subprocessos que compõem a experiência interacional das equipes da Atenção Primária à Saúde de municípios do estado de São Paulo, junto ao Programa de Formação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Projeto ArticulaRRAS, INTERSSAN - Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional da UNESP, Brasil, 2025.

Fonte: dados da pesquisa (2025).

(continua)

Subprocessos	Categorias	Subcategorias	Elementos
(A) Profissionais deixando de se engajar às atividades do projeto, por pré-julgá-lo inviável de operacionalização no cenário de trabalho do município	(A1) Pressupondo inviabilidade do projeto no cenário local, mediante o processo de trabalho desafiante arraigado	(A2.1) Defrontando-se com sobrecarga de trabalho, mediante o déficit de recursos humanos	(A2.1.1) Enfrentando déficit de recursos humanos que se exacerbou durante a pandemia COVID 19
			(A2.1.2) Deparando-se com sobrecarga de trabalho
		(A2.2) Tendo dificuldade com espaço físico	
		(A2.3) Não contando com governança para viabilizar projetos	(A2.3.1) Percebendo interferência de atividades formativas simultâneas
			(A2.3.2) Enfrentando interposições políticas locais que inviabiliza a operacionalização de políticas públicas de saúde
		(A2.4) Defrontando-se com barreiras socioculturais e relacionais com usuários	(A2.4.1) Deparando-se com conflitos usuários-profissionais da saúde
			(A2.4.2) Confrontando-se com resistência de usuários à participação em atividades de saúde
	(A2) Não observando mudanças com a operacionalização do projeto		
	(A3) Membros da equipe persistindo em práticas arraigadas		

Quadro 1. Elementos, subcategorias, categorias e subprocessos que compõem a experiência interacional das equipes da Atenção Primária à Saúde de municípios do estado de São Paulo, junto ao Programa de Formação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Projeto ArticulaRRAS, INTERSSAN - Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional da UNESP, Brasil, 2025.

Fonte: dados da pesquisa (2025).

(continuação)

Subprocessos	Categorias	Subcategorias	Elementos
(B) Movendo-se entre avanços e desafios com a operacionalização do projeto	(B1) Sentindo-se confiante com a proposta	(B1.1) compreendendo a finalidade do projeto a partir dos propositores	
		(B1.2) Percebendo a anuência do DRS	
		(B1.3) avaliando a proposta como oportuna para o município	
	(B2) Movendo-se do diagnóstico situacional de saúde ao monitoramento de indicadores, fundamentado no planejamento e na incorporação de tecnologias e ferramentas para reorganização do processo de trabalho	(B2.1) Equipe se alinhando às análises dos dados de saúde do município	
		(B2.2) Realizando o diagnóstico situacional de DCNTs no município	
		(B2.3) Despertando preocupações com dados epidemiológicos encontrados	
		(B2.4) Identificando a necessidade de reorganizar o processo de trabalho	
		(B2.5) Elaborando metas e ações de cuidado a partir de indicadores de saúde local	
		(B2.6) Incorporando tecnologias e ferramentas no processo de trabalho cotidiano	
		(B2.7) Passando a monitorar indicadores de saúde	
	(B3) Reconhecendo a pertinência do projeto para a intersetorialidade nas políticas de saúde dos municípios	(B3.1) Catalisando mudanças de política nos serviços de saúde	
		(B3.2) Fortalecendo a intersetorialidade como diretriz das políticas municipais de saúde	
	(B4) Defrontando-se e lidando com limitações estruturais e técnico-operacionais no cotidiano do trabalho	(B4.1) Lidando com limitações de infraestrutura	
		(B4.2) Vivenciando precariedades tecnológicas que comprometem o acesso às atividades formativas	
		(B4.3) Enfrentando limites para operacionalizar o projeto e sistematizar suas ações	

(conclusão)

O primeiro subprocesso da experiência das equipes de saúde de municípios participantes do Projeto ArticulaRRAS, nomeia-se *profissionais deixando de se engajar às atividades do*

projeto, por pré-julgá-lo inviável de operacionalização no cenário de trabalho (A). Trata-se de profissionais que se alocam em um grupo que se posiciona cético quanto à execução de qualquer proposta que seja lhes apresentada, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência em serviços da APS, sem que situações de precariedade no trabalho sejam resolvidas, como justificativa para o não engajamento. Desta forma, são profissionais que integram grupo que tende a se posicionar desmotivado a aderir a atividades que envolvam processos de mudanças e, portanto, mais prováveis a perpetuar práticas arraigadas. Este subprocesso desdobra-se em três categorias: *pressupondo inviabilidade do projeto no cenário local, mediante o processo de trabalho desafiante (A1); não observando mudanças com a operacionalização do projeto (A2); membros da equipe persistindo nas práticas arraigadas (A3).*

São membros de equipes que ao conhecerem a proposta, avaliaram a categoria (A1) *pressupondo inviabilidade do projeto no cenário local, mediante o processo de trabalho desafiador (A1)*. Trata-se de um dos dificultadores para o engajamento dos profissionais de saúde na execução de projeto que se propõe mudanças em suas práticas, para o enfrentamento das DCNTs e alcançar melhores condições de saúde local. Decorre da compreensão da existência de barreiras para a concretude operacional da proposta, relacionadas aos desafios de sua aplicabilidade no contexto de trabalho das unidades de saúde do município, os quais se intensificaram diante do déficit de recursos humanos, agravado pela pandemia de COVID-19. Mesmo os participantes da reunião inicial da apresentação do projeto expressarem compreensão aos seus objetivos, finalidades e etapas propostas, eles não acreditam que serão alcançados e, conseqüentemente, apresentam-se desmotivados a se alinharem à execução de mais uma proposta apresentada a eles. Esta categoria desdobra-se em cinco subcategorias: *defrontando-se com sobrecarga de trabalho mediante o déficit de recursos humanos agravado pela pandemia COVID 19 (A2.1); tendo dificuldades com espaço físico (A2.2); não contando com governança para viabilizar projetos (A2.3); defrontando-se com barreiras cristalizadas socioculturais e relacionais com usuários (A2.4).*

A subcategoria *defrontando-se com sobrecarga de trabalho mediante o déficit de recursos humanos agravado pela pandemia COVID 19 (A2.1)* retrata uma das dificuldades enfrentadas por municípios de pequeno porte, os quais geralmente convivem com restrições orçamentárias e de infraestrutura, quando comparado à municípios de grande porte. Em decorrência, os municípios pequenos acabam se tornando não atrativos à procura e fixação de profissionais de saúde e, conseqüentemente, esses municípios se tornam cada vez mais isolados e impotentes em operacionalizar qualquer projeto que envolva mudanças de modelos de saúde. Outro fato que agravou o déficit de recursos humanos nesses municípios, decorreu da pandemia

COVID 19 ter culminado com a execução do projeto, fato que gerou afastamentos de profissionais. Esta subcategoria emergiu do encadeamento de dois elementos: *enfrentando déficit de recursos humanos que se exacerbou durante a pandemia COVID 19* (A2.1.1); *deparando-se com sobrecarga de trabalho* (A2.1.2) (Quadro 2). Relatam os profissionais:

[...] No nosso município, enfrentamos uma dificuldade constante em contratar profissionais especializados, como é o caso da fonoaudiologia. Não conseguimos manter esse serviço, porque muitos profissionais acabam buscando oportunidades em centros maiores e não permanecem aqui, o que acaba limitando ainda mais as possibilidades de contratação. Essa carência é preocupante, porque além do número crescente de crianças com diagnóstico de autismo, também temos pacientes adultos que sofreram AVC e necessitam de acompanhamento [...] (B2).

[...] Eu me esforcei muito para implementar o projeto e consegui a autorização da prefeitura, mas o maior obstáculo sempre foi a falta de recursos humanos. Essa carência não aparece para nós só na hora de executar projetos, ela faz parte da nossa rotina diária e compromete qualquer tentativa de avançar nas ações de saúde [...] (RC1).

[...] Temos aqui no nosso município a oferta de diversos serviços voltados para pessoas com DCNTs, mas na prática não temos força de trabalho suficiente para desenvolver as atividades de forma adequada. O tempo disponível é limitado, porque a equipe é pequena diante das demandas e isso compromete o trabalho diário [...] (R3).

[...] Eu, como Secretária de Saúde do município, reconheço que as enfermeiras das unidades enfrentam dificuldades para desenvolver as ações de saúde, pois há falta de médicos, de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de outros profissionais, que sobrecarregam a equipe. Com poucos braços para muita demanda, a organização das atividades e a qualidade do cuidado ficam comprometidas [...] (RC1).

[...] A pandemia de COVID nos trouxe uma sobrecarga intensa de trabalho. Enquanto algumas unidades conseguiram avançar com o projeto, outras permaneceram paradas. A equipe teve pouco tempo para atender às demandas acumuladas com poucos profissionais, o que dificultou o andamento das ações planejadas [...] (M2).

[...] É muito difícil para nós, da gestão de saúde do município, saber que as intensas demandas assistenciais nas unidades ocupam os profissionais com atividades prioritárias. Nós mesmos, na gestão, também enfrentamos altas demandas, e mesmo oferecendo suporte às equipes de saúde, isso compromete as participações em propostas formativas e limita o engajamento coletivo, dificultando o avanço das atividades e mudanças no processo do trabalho [...] (B1).

[...] Além de enfrentarmos no nosso dia a dia uma sobrecarga exaustiva de trabalho dentro da nossa unidade, somos frequentemente deslocadas para dar apoio em outras unidades. Nessas condições, é impossível participar das propostas de cursos, mesmo que tentemos, não conseguimos concluir as atividades, devido ao volume intenso de trabalho. Fora que com a pandemia COVID 19, muitos profissionais precisaram se afastar do serviço [...] (R1).

Além do déficit de recursos humanos nesses municípios, em suas unidades de saúde acabam *tendo dificuldades com espaços físicos* (A2.2), denotando certa precariedade estrutural dessas unidades, decorrendo em limitações à proposição de qualquer atividade que venha demandar trabalhos grupais, sejam assistenciais ou que envolvam discussões entre os

profissionais, mesmo os membros das equipes se propondo, acabam se esbarrando na falta de um espaço apropriado (Quadro 3). Eles relatam:

[...] Não tem como (nos) dedicarmos às atividades de aperfeiçoamento e outras propostas que a Secretaria de Saúde nos apresenta, diante das inúmeras limitações que enfrentamos no dia a dia. A infraestrutura da unidade onde trabalho é precária, e nossa estação de trabalho é pequena demais, somada a outros desafios cotidianos, isso dificulta nossa participação efetiva nessas propostas [...] (F3).

[...] Gostaria de destacar algo que muitos já relataram e que nos afeta profundamente. A falta de espaço físico nas unidades torna muito difícil participar dessas propostas e cursos. As equipes de saúde vivem amontoadas em salas pequenas e sobrecarregadas, e isso acaba impedindo de nos empenhar nos estudos e até mesmo fazer grupos de discussões, mesmo quando queremos muito [...] (SJ20).

Acrescenta-se às barreiras a qualquer desenvolvimento de projeto, junto às unidades de saúde municipais, quando as equipes se veem *não contando com governança para viabilizar projetos* (A2.3) locais. Entende-se governança no sentido de alinhamento entre objetivos, definição de políticas, metas e responsabilidades, garantindo que os projetos de saúde sejam realizados eficientemente, com foco na qualidade da saúde ofertada. Nesta situação não só interferências/pressões políticas locais prejudicam, mas também o oferecimento de atividades formativas simultâneas, que sobrecarregam as equipes e, muitas vezes, levam-nas a abandonarem as atividades de um projeto, para então dedicarem-se às de outro(s) projeto(s) ou então, resolvem desistir de todos. Esta subcategoria reúne dois elementos: *percebendo interferência de atividades formativas simultâneas* (A2.3.1); *enfrentando interposição política que inviabiliza a operacionalização de políticas de saúde* (A2.3.2) (Quadro 4). Contam:

[...] Durante a implementação do projeto de formação em DCNTs, veio junto o telessaúde. Minha unidade recebeu vagas para operacionalizar essa iniciativa e fomos designados para essa função. Eu e outros colegas ficamos confusos, sem entender a relação com o programa em implantação. A concomitância das iniciativas dificultou compreender os objetivos de cada ação e organizar as atividades no território [...] (M5).

[...] Quando o projeto do ArticulaRRAS chegou para nós, já estávamos realizando o Curso Técnico de ACS, oferecido pelo Ministério da Saúde. Todos os ACS da minha unidade haviam se inscrito neste curso, que exigia dedicação integral. Priorizei a realização do curso de ACS, que poderia trazer aumento salarial, pois não tínhamos fôlego suficiente para conciliar os dois, tornando impossível concluir o curso de Doenças Crônicas [...] (R-3).

[...] Sofremos muito com as pressões diárias vindas dos políticos, mas em períodos eleitorais essa pressão aumenta ainda mais e torna o trabalho em saúde muito mais difícil. Quando não há atendimento imediato, pacientes e familiares recorrem a prefeitos, vereadores, candidatos ou até mesmo à rádio local. Muitas vezes, essas autoridades comparecem às unidades, exigindo que as demandas sejam atendidas, o

que gera ameaças, ampliando a pressão sobre as equipes e, consequentemente, comprometendo a organização das ações de saúde [...] (F7).

[...] Nunca deixamos de tentar oferecer um trabalho de qualidade para os nossos usuários e em atender às políticas do Ministério da Saúde, mas é muito frustrante, porque nós nos dedicamos, organizamos tudo, contudo quando chega a hora de executarmos nossos projetos, os políticos entram no meio e bagunçam tudo. Parece que o cuidado e as diretrizes técnicas deixam de ser prioridade, porque o que eles querem, na verdade, é aparecer, tirar foto, mostrarem-se ao público, como se a saúde fosse palco para propaganda [...] (M2).

[...] Os políticos aqui do nosso município interferem diretamente no nosso processo de trabalho e chegam a exigir a nossa participação em eventos que não têm nenhuma relação com as diretrizes impostas pelo Ministério da Saúde e, tão pouco, com as necessidades reais da população. Essa interferência compromete muito o nosso planejamento, desvia o foco do que foi construído tecnicamente e acaba inviabilizando a continuidade das políticas de saúde como deveriam acontecer [...] (M5).

Além das dificuldades já descritas para se operacionalizar o projeto, *defrontando-se com barreiras socioculturais e relacionais cristalizados com membros da equipe de saúde e usuários* (A2.4), também são sinalizadas como fatores desmotivadores e frustrantes, para membros das equipes empreenderem movimentos em projetos que visam a promoção da saúde e prevenção de doenças. Esse contexto decorre de a dificuldade dos usuários desses serviços compreenderem a relevância da saúde preventiva, associada a profissionais da área, ainda arraigados ao modelo biomédico. Deste confronto desencadeiam relações conflituosas profissionais-usuários, promovendo desgastes, descontinuidade e fragilização de ações de saúde preventivas nos municípios, gerando frustração naqueles que acreditam no modelo preventivo, ainda longínquo da realidade. Esta subcategoria abarca dois elementos: *deparando-se com conflitos usuários-profissionais da saúde* (A2.4.1); *confrontando-se com resistência de usuários à participação em atividades de saúde* (A2.4.2) (Quadro 5). Contam:

[...] Eu, desde que ingressei na equipe, percebo que os profissionais e os usuários vivem em constantes confrontos e essa tensão diária acaba enfraquecendo o vínculo, dificultando o diálogo e trazendo prejuízos importantes para o processo do cuidar [...] (B2).

[...] No meu convívio diário com a comunidade, constatei que muitos usuários ainda têm dificuldade de compreender a relevância da prevenção e da promoção da saúde. Essa falta de entendimento faz com que não aceitem orientações simples, gerando discussões e atritos com os profissionais, o que torna o relacionamento desgastante e compromete a continuidade do cuidado [...] (M5).

[...] É muito difícil para nós da equipe da assistência, porque é evidente que tanto os usuários, quanto alguns profissionais ainda se mantêm presos a um modelo biomédico e curativo. Essa forma de agir acaba gerando muitos conflitos no atendimento e reduz a força das ações preventivas que o projeto propunha [...] (M2).

[...] Nós tentamos, de todas as formas, fazer um trabalho de qualidade, mas a resistência dos pacientes em participar dos grupos atrapalha muito, porque eles não permanecem até o final, não se envolvem de fato nas discussões e isso acaba comprometendo o alcance dos resultados que buscamos com a prevenção e a promoção da saúde [...] (M4).

[...] Estou há 27 anos trabalhando na saúde do município, sempre procurei seguir os protocolos e fazer um bom trabalho, mas quando os usuários não participam dos grupos e demonstram relutância nas orientações, sinto que o que fazemos não alcança ninguém. Dá uma frustração grande, porque o esforço acaba não se traduzindo em mudança concreta [...] (SJ8).

[...] Eu já tenho 15 anos como agente comunitária e sei que a cultura dos nossos usuários não se muda do dia para a noite. As colegas de trabalho mais novas, também, percebem a dificuldade. Muitas pessoas chegam desconfiadas nos grupos operativos. Não se envolvem proativamente nas práticas preventivas e mesmo com todo o nosso esforço, não há uma transformação cultural [...] (F7-16).

[...] O que eu percebo, é que me deixa bastante desconfortável, é que nós aderimos ao projeto, mas, infelizmente, nada foi colocado em prática na minha unidade. No fim das contas, tudo acabou ficando do mesmo jeito e as equipes continuam trabalhando como antes, sem alterar a rotina ou incorporar nada novo [...] (R2).

[...] Eu percebo uma persistência no uso protocolar dos indicadores e eles acabam servindo só pra cumprir tabela. Preenchemos relatórios, atingimos metas, mas isso não se transforma em discussão sobre o que realmente acontece no serviço. Fica tudo preso no número, sem abrir espaço para reflexão ou para se pensar em estratégias melhores [...] (SJ14).

[...] Muitos profissionais têm o conhecimento, mas não sabem como transformá-lo em prática. Ficam isolados na sua categoria, sem conseguir articular com os colegas ou com a família do usuário, e acabam atuando sozinhos. Por isso não conseguem trabalhar em equipe para efetivar mudanças nas ações e o processo de trabalho continua sem inovações, sempre do mesmo jeito [...] (B1).

Mediante o prejulgamento da inviabilidade de operacionalização do projeto no cenário local, o grupo dos profissionais céticos com a proposta mantém-se atento à implementação das atividades do projeto, mas com certa desconfiança e até com certa resistência a qualquer mudança que possa acontecer. A contento, permanecem atentos à implementação da proposta, para corroborar a hipótese. Alguns até aderem às atividades, mas *confirmando a hipótese de inviabilidade do projeto* (A2), abandonam-nas (Quadro 6). Eles relatam:

[...] Durante a apresentação do projeto, mencionaram que haveria estratégias inovadoras para qualificar o cuidado, mas isso não chegou a nós de forma concreta. Até hoje, eu e minha equipe não conseguimos identificar quais seriam essas inovações. O que temos observado nas unidades são os mesmos problemas de sempre: o aumento das doenças crônicas, como obesidade e hipertensão, sem ações efetivas que nos ajudem a lidar com essa realidade. Ficamos nos perguntando como, de fato, esse projeto contribuiria para melhorar o serviço [...] (M5).

[...] No início, acompanhei algumas atividades para compreender como a proposta se desenvolveria na prática. Com o passar do tempo, fui percebendo que as ações não dialogavam com a realidade do serviço nem com as condições concretas da equipe naquele momento. Tudo parecia distante do cotidiano e difícil de sustentar. Quando

percebi que não haveria mudança concreta, fui me afastando da proposta, pois já se desenhava a impressão de que não haveria avanços efetivos [...] (SJ22).

Tendo validada a pressuposição de inviabilidade do projeto, o grupo dos profissionais céticos quanto às mudanças que a proposta poderia proporcionar, não rompem com o modelo biomédico, não só pelo déficit de recursos humanos e outros apontamentos de precariedade no trabalho da APS, mas também por uma condição cômoda que se estabelece entre os profissionais que afastam a proposta de acompanhamento longitudinal dos usuários com DCNTs e, portanto, caracterizam-se como *membros da equipe persistindo em práticas arraigadas de cuidado* (A3) (Quadro 7), como contam:

[...] O novo assusta, porque dá trabalho e muitos colegas preferem não mexer no que já fazem, porque mudar exige sair da rotina, repensar o processo e se expor a situações diferentes. Então acabam resistindo, optando pelo que é mais cômodo e prático e o trabalho segue sem transformações [...] (B2).

[...] Passamos por vários entraves, no nosso dia a dia, para atender de fato os nossos usuários. Não temos profissionais suficientes no município e, por isso, o acompanhamento de hipertensos e diabéticos acaba sendo feito sempre do mesmo jeito, sem mudanças. A equipe segue repetindo as mesmas rotinas, olhando apenas exames básicos, preenchendo ficha e pronto. Não há avanço e muitos pacientes acabam se afastando do serviço, já que não existe um cuidado longitudinal que os mantenha vinculados [...] (M2).

O segundo subprocesso e em oposição ao primeiro intitula-se *movendo-se entre avanços e desafios com a operacionalização do projeto* (B), o qual contextualiza os progressos, mesmo em face de os obstáculos que ainda instigam a realização de projetos nos serviços da APS dos municípios, como indicadores para o fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção de doenças. Os obstáculos que emergem nesse percurso não se configuram apenas como impedimentos pontuais, mas como expressões das condições estruturais, organizacionais e relacionais que atravessam o cotidiano das unidades. Eles refletem desde limitações materiais e operacionais até tensões institucionais, rotinas fragmentadas e desafios inerentes ao processo de reorganização do trabalho. Este subprocesso reúne quatro categorias: *sentindo-se confiante com a proposta* (B1); *movendo-se do diagnóstico situacional de saúde ao monitoramento de indicadores, fundamentado no planejamento e na incorporação de tecnologias e ferramentas para reorganização do processo de trabalho* (B2); *reconhecendo a pertinência do projeto para a intersectorialidade nas políticas de saúde dos municípios* (B3); *defrontando-se e lidando com limitações estruturais e técnico-operacionais no cotidiano de trabalho* (B4).

Sentindo-se confiante com a proposta (B1) reúne signos que levam esse grupo de profissionais a desenvolver credibilidade na proposta e, portanto, tomar a decisão em aderir ao

projeto logo de início. Os fatos significativos que contribuem para que esses profissionais possam presumir legitimidade na operacionalização do projeto encontram-se vinculados e apresentados em três subcategorias: *compreendendo a finalidade do projeto a partir dos propositores* (B1.1); *percebendo a anuência do DRS* (B1.2); *avaliando a proposta como oportuna para o município* (B1.3).

Compreendendo a finalidade do projeto a partir dos propositores (B1.1) decorre de interpretações e entendimentos claros, despertados na interação comunicacional eficiente propositores do projeto-membros da equipe de saúde como receptores das informações (Quadro 8). Eles relatam:

[...] No início, recebemos a visita de uma das propositoras do projeto. Ela nos apresentou a proposta, explicando os objetivos com clareza, como seria a participação das equipes e o que se esperava dos profissionais participantes. Aproveitamos para tirar nossas dúvidas e nos alinhamos à proposta. Inicialmente, pareceu-nos bacana e convincente [...] (M2).

[...] Eu achei importante ter participado da reunião inicial conduzida pela articuladora do projeto, pois foi nesse momento que todos os aspectos da proposta foram apresentados de forma clara e detalhada. A maneira como ela explicou foi importante para despertar o meu interesse e, portanto, motivou-me a acompanhar mais de perto as próximas etapas, já que percebi o quanto essa iniciativa poderia transformar os cuidados em saúde, voltados aos usuários com doenças crônicas no município [...] (SJ10).

A impressão otimista do projeto, também se dá quando os membros das equipes se deparam *percebendo a anuência dos DRS* (B1.2) à proposta, prevendo a aproximação e engajamento desses Departamentos no compartilhamento de informações com as unidades de saúde, facilitando a comunicação de informações com os profissionais das equipes dos serviços da APS (Quadro 9). Relatam:

[...] Espero, a partir deste projeto, que os DRS envolvidos comecem a nos enviar informativos sobre DCNTs, como fazem com as vacinas e informativos sobre vigilâncias. Desta forma, com o desenvolvimento desta proposta, o acesso às informações, por meio dos DRS poderão melhorar [...] (B2).

[...] Desde que o DRS do nosso município passou a apoiar a proposta, percebi que o projeto poderia dar certo e ganhar mais consistência no cotidiano do serviço. As informações começaram a chegar de forma mais organizada, o que facilitou a comunicação com as equipes e o encaminhamento das ações. Mas, infelizmente, outras barreiras impediram o fortalecimento da proposta [...] (M2).

Avaliando a proposta como oportuna para o município (B1.3), decorre de o julgamento daqueles membros da equipe que passaram a considerar o momento propício para

operacionalizar o projeto, tendo em vista as necessidades de políticas de saúde para as DCNTs (Quadro 10). Eles contam:

[...] Eu acho que para o município, considerado com alto índice de mortalidade por DCNTs, o projeto veio para tentar abrir os nossos olhos, tanto da equipe de saúde, quanto das necessidades de políticas públicas de saúde municipal [...] (B1).

[...] Eu até percebi que, diante de tantos casos ligados às doenças crônicas aqui no município, esse projeto chegou num momento importante, contribuindo para despertar uma atenção maior, tanto sobre os desafios dentro das equipes, quanto sobre a falta de políticas públicas mais ajustadas à nossa realidade [...] (M2).

Movendo-se do diagnóstico situacional de saúde ao monitoramento de indicadores, fundamentado no planejamento e na incorporação de tecnologias e ferramentas para reorganização do processo de trabalho (B2), traduz a evolução interpretativa pelo qual os profissionais passam a reconhecer que, o diagnóstico situacional elaborado no início do projeto funciona como marco para mudanças na forma de compreender o território e organizar as ações relacionadas às DCNTs. Essa subcategoria revela que, ao se depararem com dados concretos da própria realidade local, as equipes desenvolvem novas leituras do processo de trabalho, deslocando-se de práticas centradas na demanda espontânea para modos de atuação sustentados por análises sistemáticas, planejamento explícito e uso de instrumentos que favorecem maior coerência interna às ações. O movimento instaurado pelo diagnóstico situacional não se limita à coleta de informações, mas se configura como gatilho para a ampliação da consciência acerca das necessidades do território. Esta categoria congrega sete subcategorias: *equipe se alinhando às análises dos dados de saúde do município* (B2.1); *realizando o diagnóstico situacional de DCNTs no município* (B2.2); *despertando preocupações com os dados epidemiológicos encontrados* (B2.3); *identificando a necessidade de reorganizar o processo de trabalho* (B2.4); *elaborando metas e ações de cuidado a partir dos indicadores de saúde local* (B2.5); *incorporando tecnologias no processo de trabalho* (B2.6); *passando a monitorar indicadores de saúde* (B2.7).

A *equipe se alinhando às análises dos dados de saúde do município* (B2.1) retrata o movimento coletivo, participativo e organizativo dos profissionais para a coleta, a análise e a interpretação dos dados epidemiológicos, do território adscrito à unidade de saúde, pela qual são responsáveis. Nesta etapa, a equipe elege as reuniões como espaço para encontros e trocas de experiências, assim como as análises documentais oportunizam avaliação da qualidade dos registros de dados em prontuários e demais fontes de informações (Quadro 11). Relatam esses profissionais:

[...] Eu envolvi toda a equipe multiprofissional nesse trabalho, porque sozinha eu não conseguiria acompanhar tudo. Organizamos, por meio de reuniões, desde a coleta até a análise dos dados sobre as necessidades de saúde do município, entendendo melhor as demandas de cada área e direcionando as ações de forma mais integrada. Esses momentos de troca ajudaram muito, porque cada profissional trouxe uma visão diferente e isso enriqueceu o nosso olhar sobre o território [...] (RC1).

[...] Aqui no nosso município, fizemos um levantamento sobre a realidade dos pacientes com hipertensão e diabetes, com o objetivo de construir um diagnóstico mais próximo da situação do território. Percebemos que os dados anteriores estavam desatualizados e, por isso, entendemos que precisávamos compreender melhor as reais necessidades da população, para direcionar as ações de forma mais adequada [...] (SJ7).

Ao levantar e analisar os dados de saúde do município, as equipes de profissionais da saúde dos serviços da APS acabam *realizando o diagnóstico situacional de DCNTs no município* (B1.1.2). Trata-se de ferramenta ainda pouco utilizada pelas equipes, embora reconhecida como recurso de apoio relevante, por possibilitar a identificação das condições reais de saúde e de risco das populações, anteriormente pouco visibilizadas. (Quadro 12). Eles relatam:

[...] Na época do projeto, logo no início, realizamos um diagnóstico situacional das DCNTs no território. Foi um momento importante, porque conseguimos reunir a equipe para discutir os dados, analisar os registros e entender melhor a situação das pessoas acompanhadas. A partir desse diagnóstico, identificamos as áreas mais vulneráveis e as principais dificuldades enfrentadas pelos pacientes, o que ajudou a direcionar nossas ações de forma mais organizada [...] (M5).

[...] Nós realizamos a análise do material da coleta de dados de forma bem participativa. Cada profissional ficou responsável por analisar uma parte das informações e, depois, apresentamos e discutimos tudo nas reuniões de equipe. Nós, também, tivemos o apoio de uma profissional do NASF, que nos ajudou a compreender melhor os resultados e a organizar as interpretações. Esse momento de troca foi muito rico, porque permitiu que a equipe construísse uma visão mais ampla e integradora sobre a realidade do território [...] (R3).

De posse do diagnóstico situacional de DCNTs no município, muitas equipes se veem *despertando preocupações com dados epidemiológicos encontrados* (B2.3). Trata-se de momento em que as equipes chegam a se surpreenderem com o aumento do número de casos de DCNTs no município, consequentemente levadas a refletirem sobre as razões que possam estar afetando os munícipes. Dentre as principais, suspeitam do acompanhamento longitudinal falho dos usuários. Outra descoberta relaciona-se às falhas nos registros em fontes de dados, como prontuários e em outros documentos. A tarefa prevista no projeto, de se realizar o diagnóstico situacional de DCNTs no município, traz para a concretude e transforma as DCNTs como problema significativo de Saúde Pública para os profissionais (Quadro 13). Assim, eles contam:

[...] No nosso município, o que mais tem nos preocupado é a alta incidência de casos oncológicos. Nós temos visto muitos diagnósticos novos aparecendo e isso acaba preocupando bastante, porque mostra que o problema é maior do que imaginávamos. Esses dados começaram a aparecer com mais clareza, quando fomos organizando as informações e, desde então, tenho trazido essa questão nas reuniões, para que a equipe pense junto, em formas de acompanhar melhor esses pacientes e entender o que pode estar contribuindo para esse aumento [...] (B1).

[...] Na minha unidade de saúde, quando começamos a olhar os dados epidemiológicos, chamou muito a atenção a quantidade de casos de bronquite e outras doenças respiratórias. Os números estão altos e isso tem preocupado bastante, porque estamos vendo pessoas de diferentes idades adoecendo com frequência. Esses dados mostram que precisamos investigar melhor as causas e pensar em ações mais específicas para controlar esses agravos no território [...] (SJ9).

[...] Estamos mais atentas a várias situações no nosso dia a dia de trabalho e algo que me despertou foi perceber que o acompanhamento das pessoas com DCNTs estava muito falho. Faltavam registros atualizados, comunicação entre os profissionais e um acompanhamento mais contínuo dos casos. Cada um acabava fazendo a sua parte, mas sem um alinhamento real de equipe. Isso me fez entender que precisávamos reorganizar o processo de trabalho, repensar as funções de cada um e buscar novas formas de monitorar esses pacientes de maneira mais integrada [...] (B2).

Surpreendidos com os dados epidemiológicos do município relativos às DCNTs, as equipes dos serviços de saúde da APS vão *identificando a necessidade de reorganizar o processo de trabalho* (B2.4) em suas unidades, alinhada às necessidades da população adscrita às suas unidades. Ademais, desencadeiam reflexões e discussões nas equipes para encontrar formas melhores de seguir os pacientes com DCNTs, uma vez suposta falha no seguimento longitudinal dos usuários, assim como falhas nos registros em prontuários e em demais documentos (Quadro 14). Eles narram:

[...] Eu não conseguia mais parar de pensar em como o nosso trabalho estava desorganizado. Tudo parecia feito de forma solta, sem um padrão. Os registros não batiam, as agendas estavam sobrecarregadas e o acompanhamento dos pacientes ficava comprometido. Foi aí que percebi que precisávamos repensar o processo de trabalho, reorganizar as rotinas e criar um fluxo mais claro pra conseguir resultados de verdade. [...] (M2).

[...] Foi exatamente isso que a gente também percebeu. Apesar do empenho de todos, o trabalho não seguia um fluxo organizado. As atividades se perdiam no meio das demandas e cada um acabava agindo por conta própria. Isso gerava retrabalho e pouca efetividade nas ações. Aos poucos, fomos entendendo que seria preciso repensar o processo de trabalho para conseguir resultados mais consistentes e um acompanhamento mais uniforme dos pacientes [...] (M5).

[...] A partir das análises que realizamos, percebemos que muitos pacientes com doenças crônicas apresentavam resultados alterados e estavam sem acompanhamento adequado. Então, pensamos em definir metas e organizar ações específicas para esse grupo, prevendo retornos periódicos para avaliar se houve melhora e ajustar o cuidado conforme os resultados [...] (SJ7).

Percebidas as necessidades de reorganizar o processo de trabalho para atender as reais necessidades de saúde da população adscrita à unidade de saúde as equipes se dispõem a se reunirem *elaborando metas e ações de cuidado a partir de indicadores de saúde local* (B2.5). Definitivamente, mobilizam-se para o planejamento de seu processo de trabalho, visando a reorganização do atendimento dos usuários com DCNTs. Para tal, determinam as etapas de planificação, os procedimentos ou meios que deverão ser empregados no desenvolvimento do trabalho, para tentar resolver problemas, mediante aos objetivos/metasp relativos ao contexto com as DCNTs, levantados no município (Quadro 15). Eles contam:

[...] Depois que levantamos os dados sobre as DCNTs no município, percebemos que a situação era mais preocupante do que imaginávamos. O número de casos estava crescendo e alguns indicadores mostraram aumento expressivo em pouco tempo. Esses resultados chamaram a atenção da equipe e da gestão, porque revelaram que, talvez, o acompanhamento não estivesse sendo feito de forma adequada. Agora, com esse movimento do DRS para monitorar as ações e revisar os indicadores, a expectativa é entender melhor essas mudanças e ajustar o planejamento de acordo com a realidade que os dados se mostraram [...] (B2).

[...] Quando aderimos ao projeto, percebemos que muitas informações sobre as DCNTs estavam desatualizadas ou incompletas no nosso município. Então, realizamos um diagnóstico mais detalhado, revisamos prontuários, planilhas e registros do sistema. Essa etapa foi importante para compreendermos a real dimensão dos casos de DCNTs e reorganizar o acompanhamento dos pacientes no nosso município. A partir dessa análise, conseguimos visualizar melhor onde estavam as maiores demandas e começamos a planejar ações mais específicas para cada área [...] (RC1).

[...] Quando o projeto chegou até nós, naquele momento, percebemos que ele veio como uma forma de mostrar de fato como o município estava. A partir disso, conseguimos traçar metas e planos de ação para aplicar o projeto de um jeito que o município pudesse desenvolver resultados positivos e aprimorar o cuidado com os portadores de DCNTs [...] (B1).

Com o planejamento de seu processo de trabalho, visando a reorganização do atendimento dos usuários com DCNTs, as equipes vão *incorporando tecnologias no processo de trabalho* cotidiano (B1.6), disponibilizadas durante a etapa do projeto para formação dos profissionais no monitoramento territorial de usuários com DCNTs, assim como outras que buscam, como: estratificação de risco e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), incorporação do Centro de Atenção às DCNTs, aprofundamento da compreensão sobre trabalho em equipe e liderança (Quadro 16). Relatam eles:

[...] O projeto nos trouxe várias opções de ferramentas para aplicar no nosso processo de trabalho e uma das planilhas disponibilizada chamou bastante atenção pela praticidade. Adaptei o modelo para a realidade da nossa unidade, incluindo informações como pressão, glicemia e IMC, o que facilitou muito o acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas. A partir dela, conseguimos identificar quem

precisa de maior atenção e organizar melhor o cuidado em cada área, usando a ferramenta no dia a dia para monitorar e alcançar as metas da unidade [...] (SJ7).

[...] Uma das nossas maiores preocupações era saber quais pacientes estavam sem acompanhamento adequado. Quando começamos a explorar os materiais disponibilizados no curso, encontramos a ferramenta de estratificação de risco e vimos que ela poderia nos ajudar muito. A partir daí, passamos a utilizá-la no trabalho da unidade para identificar prioridades e organizar melhor o cuidado aos pacientes [...] (M2).

[...] Ficamos bastante otimistas com as propostas que tinham no projeto e uma que abraçamos e vem dando bons resultados foi a introdução das práticas de medicina integrativa. A acupuntura, feita pelos fisioterapeutas, têm mostrado efeitos muito positivos. Os pacientes relatam menos dor, mais disposição e melhora no sono. Isso trouxe uma nova forma de cuidar, mais completa e acolhedora, que tem feito diferença na qualidade de vida deles [...] (B1).

[...] Com a criação do Centro de Atenção às DCNTs, durante o projeto, passamos a incorporar uma nova forma de organizar o cuidado no município. Esse espaço trouxe tecnologias e práticas que ajudaram a equipe a enxergar o acompanhamento das doenças crônicas de um jeito mais integrado e contínuo. As lideranças também começaram a reconhecer a importância desse modelo, o que fortaleceu o trabalho coletivo e ampliou a visão sobre o cuidado na rede [...] (RC1).

Com todo esse movimento, as equipes que acreditaram e aderiram ao projeto proposto, mudam suas práticas e se mostram *passando a monitorar indicadores e saúde* (B2.7) (Quadro 17). Eles relatam:

[...] Reunimos todos e começamos a olhar com mais atenção para os nossos indicadores e, desde então, passamos a monitorar esses dados com frequência. A cada reunião, a gente avalia o que melhorou, o que precisa de ajustes e define novas metas para alcançar os resultados esperados. Esse acompanhamento constante ajudou muito a direcionar o planejamento e a tornar as ações da unidade mais efetivas [...] (SJ7).

[...] Nas reuniões mensais com todas as lideranças, passamos a analisar os indicadores com mais cuidado. Esses encontros viraram momentos importantes para entender o que está dando certo e o que precisa melhorar. Nós aproveitamos para discutir os resultados, cobrar algumas ações e, também, incentivar as equipes a participarem ativamente das atividades. Isso tem ajudado muito a manter todos profissionais mais envolvidos com as metas de saúde [...] (RC1).

[...] Nós temos acompanhado os indicadores quase em tempo real, mesmo o município querendo só registrar os números. Quando percebemos alguma queda ou aumento fora do esperado, já nos reunimos para entender o que está acontecendo e agir rápido. Isso tem ajudado muito, porque não deixamos os problemas se acumularem e conseguimos ajustar as ações antes que os resultados piores [...] (R4).

À medida que as atividades do projeto se consolidam, alguns profissionais passam a identificar que a formação não apenas estimula novas reflexões sobre o processo de trabalho, mas também cria condições para reposicionar o tema das DCNTs nos espaços de decisão do município. Nessa perspectiva, a experiência retrata na categoria *reconhecendo a pertinência do projeto para a intersetorialidade nas políticas de saúde dos municípios* (B3) que, para esses

participantes, o projeto favorece a compreensão da necessidade de integrar agendas e construir respostas coletivas, sobretudo em cenários onde as políticas públicas se estruturam de forma dispersa e com pouca interlocução entre si. Percebe-se que à medida que avançam nas discussões propostas pela formação, esse grupo passa a reconhecer que muitas dificuldades enfrentadas no cotidiano extrapolam o escopo das unidades básicas e só poderão ser enfrentadas mediante a articulação entre setores que, historicamente, atuam de forma isolada. Ao vivenciarem esse movimento, reconhecem a capacidade de influenciar caminhos institucionais e fortalecem a percepção de que o cuidado às condições crônicas exige colaboração permanente entre diferentes áreas da administração pública. Esta categoria reúne duas subcategorias, que emergem dessas interpretações e que evidenciam como o projeto passou a ser percebido para além de uma ação formativa, adquirindo sentido de dispositivo capaz de orientar movimentos institucionais no território: *catalisando mudanças de política nos serviços de saúde* (B3.1) e *fortalecendo a intersetorialidade como diretriz das políticas municipais de saúde* (B3.2).

Catalisando mudanças de política nos serviços de saúde (B3.1) significa a compreensão da equipe como parte de um processo de mudança, com impacto político-institucional, revelando a potencialidade do projeto em produzir mudanças estruturais e duradouras no sistema de saúde, daqueles que acreditaram na proposta e aderiram a ela (Quadro 18). Eles relatam:

[...] Como gestora de saúde, passei a reconhecer que os movimentos desencadeados nas unidades têm provocado repercussões diretas nas políticas do município. A partir das experiências vivenciadas no projeto, avançamos na elaboração de novas diretrizes de atendimento, revisamos protocolos e organizamos fluxos mais definidos para o cuidado às doenças crônicas. Essas mudanças tornaram evidente que aquilo que se transforma no cotidiano das equipes tem potencial para orientar decisões e fortalecer a maneira como o município estrutura suas ações de saúde [...] (B1).

[...] Percebemos uma mudança significativa depois que a gestão decidiu contratar médicos mais experientes. Essa escolha trouxe um olhar mais qualificado para o atendimento e favoreceu a reorganização de diversas práticas nas unidades. Com o tempo, essas mudanças começaram a aparecer também nas políticas do município, que passaram a valorizar de forma mais explícita a integração das equipes e o cuidado contínuo. Foi uma decisão que gerou impacto direto na forma como o serviço passou a funcionar [...] (B2).

A subcategoria B3.2 *fortalecendo a intersetorialidade como diretriz das políticas municipais de saúde* (B3.2) evidencia, portanto, um impacto político-organizacional e estratégico, no qual a intersetorialidade deixa de ser apenas um princípio discursivo e passa a orientar, de forma concreta, a formulação e a implementação das políticas municipais de saúde (Quadro 19).

[...] A proposta do projeto passou a orientar de maneira muito direta o trabalho da Atenção Básica no meu município. O levantamento das demandas do território facilitou a identificação das prioridades e possibilitou planejar ações com mais clareza. A partir desse processo, a gestão decidiu contratar especialistas para atender às pessoas com doenças crônicas e o cuidado começou a seguir de modo mais alinhado às diretrizes das políticas de saúde. Essa reorganização representou uma mudança expressiva na forma como o serviço passou a estruturar suas práticas [...] (RC1).

[...] Estamos avançando no nosso município, conseguimos fortalecer uma parceria importante com a Secretaria de Esportes. Atualmente, várias unidades contam com grupos de atividade física realizados nos espaços esportivos da cidade, o que ampliou o acesso dos usuários com doenças crônicas e favoreceu maior adesão às ações de promoção da saúde. Essa aproximação entre setores trouxe impactos diretos para o trabalho da Atenção Básica e contribuiu para reorganizar o cuidado dessa população, mostrando como a articulação com outras políticas pode potencializar as ações de saúde [...] (B2).

[...] É muito fácil falar em parceria, mas muitas vezes ficamos inseguras em procurar outras secretarias, imaginando que não haverá retorno. Fui surpreendida com a receptividade da Secretaria de Educação, que se mostrou disposta a construir ações conjuntas. A partir desse diálogo, passamos a desenvolver atividades nas escolas, com rodas de conversa e orientações sobre alimentação e prevenção das doenças crônicas. Foi uma experiência que demonstrou, de forma concreta, como a união entre setores fortalece o cuidado à comunidade (SJ7).

[...] Eu sou ACS e tive uma experiência muito positiva com a parceria junto à Secretaria de Meio Ambiente. Começamos a desenvolver ações voltadas à criação de espaços saudáveis, como as hortas comunitárias, que incentivaram a população a se movimentar mais e a melhorar a alimentação. Essas iniciativas trouxeram resultados visíveis no controle das doenças crônicas e mostraram, na prática, que o cuidado ao ambiente também faz parte do cuidado à saúde da comunidade [...] (SJ5).

Em diversas situações do cotidiano das unidades, os profissionais narraram que, ao tentar colocar em prática as ações previstas pelo projeto, depararam-se com condições que evidenciavam a distância entre a proposta e a realidade disponível nos serviços. As tentativas de avançar nas atividades revelavam que a estrutura, os recursos e a organização do trabalho nem sempre ofereciam suporte adequado, fazendo emergir a compreensão de que a implementação dependia de fatores que fugiam ao controle das equipes. Nesse contexto, configurou-se a subcategoria *defrontando-se e lidando com limitações estruturais e técnico-operacionais no cotidiano do trabalho* (B4), marcada pela percepção de que o avanço do projeto se confrontava com limitações já presentes no funcionamento das unidades.

As experiências analisadas demonstraram que tais desafios não se tratavam de eventuais contratempos, mas de condições historicamente arraigadas à rotina dos serviços, que acabavam delimitando o que era possível executar. Perante esse cenário, muitos profissionais descreviam um descompasso entre as expectativas do projeto e as condições oferecidas pelo município, o que gerava incertezas sobre a viabilidade de sustentar as mudanças propostas no cuidado às DCNTs.

Mesmo compreendendo a intencionalidade do projeto, os trabalhadores relataram que a dinâmica diária era frequentemente atravessada por interrupções, falhas e demandas não atendidas, que dificultavam a condução das ações e impactavam o ritmo do trabalho. A convivência contínua com essas limitações consolidou a compreensão de que os desafios ultrapassavam o plano administrativo e passavam a influenciar diretamente a maneira de organizar e realizar o cuidado no território. Assim, a categoria expressa um conjunto de vivências em que as dificuldades estruturais e operacionais assumem centralidade, moldando a leitura que os profissionais fazem sobre a capacidade dos serviços de sustentar práticas voltadas às doenças crônicas. Tais vivências revelam um cenário em que a execução do projeto se desenvolve em meio a limites concretos, exigindo adaptações constantes e reajustes contínuos no cotidiano das equipes. Esta categoria desdobra-se em três subcategorias: *lidando com limitações de infraestrutura* (B4.1); *vivenciando precariedades tecnológicas que comprometem o acesso às atividades formativas* (B4.2); *enfrentando limites para operacionalizar o projeto e sistematizar suas ações* (B4.3).

Lidando com limitações de infraestrutura (B4.1) significa o movimento resiliente, realizado pelas equipes na transposição de barreiras relativas à ambiência. Essas dificultam a implementação das etapas propostas pelo projeto e são reconhecidas como precariedades da infraestrutura onde trabalham, transformando-se em fatores físicos e ambientais que influenciam negativamente no engajamento e na formação dos profissionais em serviço (Quadro 20). Eles contam:

[...] Logo no início do projeto, para mim, ficou evidente que a estrutura onde trabalhamos não oferecia condições adequadas. Faltavam espaços apropriados para as reuniões, não havia privacidade e até questões simples, como iluminação e ventilação, dificultavam o andamento das atividades. Essa situação acabou comprometendo o meu envolvimento e mostrou que, quando a infraestrutura é frágil, até ações bem planejadas se tornam difíceis de executar [...] (F3).

[...] Durante o período de reforma da unidade, ficou muito complicado manter qualquer rotina de estudo. Os espaços estavam reduzidos, tudo improvisado, e não havia um lugar tranquilo para sentar-se, assistir às aulas ou revisar o material. A movimentação constante de pessoas, barulho e falta de privacidade tornaram o processo ainda mais difícil. Foi um momento em que percebemos o quanto essas condições atrapalharam a dedicação do grupo no projeto [...] (R1).

Além das dificuldades com infraestrutura, as equipes se percebem *vivenciando precariedades tecnológicas que comprometem o acesso às atividades formativas* (B4.2) traduz o quanto as desigualdades tecnológicas impactam negativamente a equidade no acesso à educação permanente dos profissionais em serviços da APS. Essas equipes enfrentam, cotidianamente, insuficiência e inadequação de infraestrutura tecnológica, gerando limitações

tecnológicas, como falhas de conexão com a internet, as quais dificultaram o acesso aos conteúdos (Quadro 21). Eles relatam:

[...] Uma das maiores dificuldades foi a parte tecnológica. Muitas vezes, quando eu tentava acessar a plataforma do curso, a conexão caía ou a tela travava no meio das aulas. Tinha dias em que o sinal simplesmente não funcionava, e eu acabava perdendo prazos ou deixando de acompanhar conteúdos importantes. Isso me frustrava, porque a vontade de participar existia, mas a falta de conectividade fazia tudo parecer muito distante da nossa realidade [...] (M2).

[...] O computador da unidade sempre foi compartilhado entre todos, e isso já deixava tudo muito lento. Quando eu conseguia usar para fazer as atividades do projeto, o sistema travava, demorava para abrir os materiais e muitas vezes não suportava o que eu precisava acessar. No fim, percebi que essas condições acabaram prejudicando bastante minha participação no curso [...] (SJ20).

[...] Quando tentei estudar pelo computador da unidade, percebi que ele já não acompanhava as demandas atuais. Levar minutos para abrir um arquivo era comum, e às vezes o sistema reiniciava sozinho no meio da atividade. A sensação era de estar lidando com um equipamento ultrapassado, o que acabou limitando bastante o tempo que eu conseguia dedicar ao curso [...] (SJ6).

Enfrentando limites para operacionalizar o projeto e sistematizar suas ações (B4.3) é o reconhecimento que: há dificuldade em executar o projeto conforme o planejamento inicial; a sistematização e o registro das ações não acompanham a prática real; limitações de tempo, instrumentos e organização interferem na implementação; a distância entre o planejado e o realizado compromete o acompanhamento e a avaliação do projeto (Quadro 22). Eles relatam:

[...] Uma das coisas que mais me chamou atenção foi perceber que, mesmo quando conseguíamos iniciar alguma atividade do projeto, a equipe tinha dificuldade para registrar o que foi feito. Às vezes, o que estava no papel não correspondia ao que realmente conseguíamos realizar no dia a dia. Faltava tempo, ferramenta adequada e até clareza sobre como organizar essas informações. No fim, tudo isso acabou mostrando o quanto era difícil operacionalizar o projeto e manter um acompanhamento fiel das ações [...] (M2).

[...] Quando tentamos fazer com que a equipe desenvolvesse as ações do projeto, ficou evidente que transformar o planejamento em prática não era simples. Muitas atividades acabavam interrompidas porque eles não conseguiam registrar tudo como previsto. Às vezes realizavam uma ação, mas não havia tempo nem condição de organizar o que tinha sido feito. No fim, percebi que executar e sistematizar as etapas do projeto era muito mais difícil para a equipe do que parecia no papel [...] (B2).

4.3. O modelo teórico

No realinhamento dos componentes, dos subprocessos “A” e “B” (elementos, subcategorias e categorias da experiência, observou-se o movimento interacional dos membros das equipes com o projeto, desde a apresentação da proposta, entre dois grupos: dos otimistas e dos céticos. O subprocesso “A” sinaliza a experiência do grupo dos céticos. Esses

profissionais deixando de se engajar às atividades do projeto, por pré-julgá-lo inviável de operacionalização no cenário de trabalho do município. Enquanto o grupo dos otimistas posicionam-se *compreendendo a finalidade do projeto a partir dos propositores* (A1.1), *avaliando a proposta como oportuna para o município* (A1.3), uma vez *percebendo a anuência do DRS* (A1.2) à proposta. O grupo dos céticos, desgastado e descrente, em face de a precariedade no trabalho cotidiano, tende a adotar postura pouco ou nada participativa nas atividades da proposta, uma vez *pressupondo inviabilidade do projeto no cenário local, mediante o processo de trabalho desafiante vivenciado e arraigado* (A2).

O convencimento para o ceticismo quanto à operacionalização de qualquer projeto para mudança de paradigma de assistência nos serviços da APS são sinalizados por um conjunto de símbolos que se apresentam no cotidiano de trabalho dos profissionais e, portanto, traduzem na precariedade no trabalho, como: *defrontando-se com sobrecarga de trabalho, mediante o déficit de recursos humanos* (A2.1); *tendo dificuldade com espaço físico* (A2.2); *não contando com governança para viabilizar projetos* (A2.3), uma vez *percebendo interferência de atividades formativas simultâneas* (A2.3.1), *enfrentando interposição política local que inviabiliza a operacionalização de políticas públicas de saúde* (A2.3.2); *defrontando-se com barreiras socioculturais e relacionais com usuários* (A2.4), quando *deparando-se com conflitos usuários-profissionais da saúde* (A2.4.1) e confrontando-se com resistência de usuários à participação em atividades de saúde. O modelo sinaliza que o engajamento ao projeto dos membros das equipes depende do pré-julgamento que têm acerca da viabilidade dele no local, o que influencia no desfecho positivo ou negativo da proposta.

Do realinhamento de elementos, subcategorias e categorias dos dois subprocessos, emerge a categoria central que abstrai a experiência. Organiza-se a partir dos componentes da experiência, em torno de um conceito central (categoria central), por meio do emprego de várias técnicas, como: descrição da história, utilização de diagramas, classificação e notas de revisão, intitulado a categoria central: *modelo teórico-processual cíclico do engajamento profissional na implementação de projetos para DCNTs na Atenção Primária à Saúde* (Figura 1) (Figura 1).

A contento, esse modelo teórico-processual cíclico emerge do espelhamento experiencial entre profissionais de saúde dos serviços da APS, que se movimentam entre polos antagônicos, ceticismo e confiança, em relação ao desfecho do projeto. Esse movimento é sustentado por um núcleo estruturante, constituído pelo pré-julgamento da viabilidade do projeto no cenário local. Tal pré-julgamento (viável/inviável) condiciona a definição pelo engajamento (sim/não) e, conseqüentemente, o desfecho do projeto enquanto intervenção

(positivo/negativo), produzindo uma dinâmica circular e autorreforçadora entre crença inicial, práticas adotadas e experiências resultantes.

Esse núcleo estruturante se compõe de três eixos: 1 – posição inicial dos profissionais, quanto ao pré-julgamento da viabilidade do projeto; 2 – Grau de engajamento e mobilização pela operacionalização do projeto; 3 – influência no desfecho do projeto como intervenção.

Eixo 1 – Posição inicial dos profissionais, quanto ao pré-julgamento da viabilidade do projeto

Esse eixo designa núcleo estruturante do modelo teórico-processual (viável/inviável), correspondendo ao pré-julgamento da viabilidade do projeto no cenário local. Esse pré-julgamento funciona como o mecanismo gerador de todo o encadeamento do modelo, pois: 1. antecede a ação, por ocorrer antes do engajamento concreto dos profissionais, configurando-se num posicionamento inicial perante o projeto; 2. define a posição polar dos atores, a partir desse pré-julgamento, os profissionais se mobilizam para ou se posicionam nos polos (viabilidade presumida-confiança ou inviabilidade presumida-ceticismo); 3. condiciona o engajamento, cujo julgamento inicial sobre a viabilidade do projeto orienta diretamente a decisão de engajar-se ou não (viabilidade percebida-engajamento, inviabilidade percebida-não engajamento); 4. produz o desfecho do projeto como intervenção, uma vez o nível de engajamento determinar os desfechos (engajamento-operacionalização-reorganização do processo de trabalho-desfechos positivos, não engajamento-manutenção de práticas arraigadas-desfechos negativos); sustenta a lógica cíclica e autorreforçadora do modelo, tendo em vista os resultados vivenciados retroalimentar o pré-julgamento inicial, reforçando tanto o ceticismo quanto a confiança, portanto, configurando-se num ciclo de espelhamento experiencial.

A contento, o pré-julgamento inicial condiciona o modo de agir dos atores polarizados em cétricos, demonstrando-se com baixo ou inexistente engajamento, não adesão às etapas do projeto, manutenção de práticas tradicionais, pouco reflexivas e distanciamento do planejamento e do uso de tecnologias e ferramentas de gestão. Enquanto os confiantes demonstram engajamento ativo e progressivo, participação no diagnóstico situacional, planejamento orientado por indicadores, incorporação de tecnologias e ferramentas para reorganização do processo de trabalho.

Assim, o núcleo estruturante não é apenas uma variável, mas o princípio organizador que articula crença, ação e resultado, conferindo coerência interna e poder explicativo ao modelo.

Eixo 2 - Grau de engajamento e mobilização pela operacionalização do projeto

Refere-se ao nível de envolvimento efetivo, ativo e contínuo dos profissionais nas etapas necessárias para transformar um projeto formal em uma intervenção concreta no cotidiano dos serviços. Trata-se de um constructo processual, que expressa não apenas adesão discursiva, mas, sobretudo, disposição prática para agir, investir tempo, assumir responsabilidades e reorganizar o processo de trabalho.

Esse grau de engajamento e mobilização significa: quanto os profissionais se envolvem no projeto; como esse envolvimento se expressa em ações concretas e em que medida mobilizam recursos técnicos, organizacionais e simbólicos para viabilizar sua implementação. Ele traduz a passagem do pré-julgamento para a ação, sendo um elo intermediário entre crença e desfecho.

Nesse contexto das dimensões constitutivas do engajamento e de mobilização pelo projeto, o grau pode ser compreendido a partir de quatro dimensões inter-relacionadas: 1. *engajamento cognitivo*, refere-se à compreensão do projeto e ao reconhecimento de sua pertinência, entendimento dos objetivos, apropriação conceitual da proposta e leitura crítica do diagnóstico situacional; 2. *engajamento afetivo-motivacional*, diz respeito ao investimento subjetivo, como interesse em participar, sentimento de corresponsabilidade e expectativa de mudança possível; 3. *engajamento prático-operacional*, expressa-se nas ações concretas, sinalizadas pela participação em reuniões e planejamento, uso de ferramentas e tecnologias, reorganização do processo de trabalho e monitoramento de indicadores; 4. *mobilização organizacional*, relaciona-se à capacidade de acionar recursos e redes, expressa por articulação intra- e intersetorial, negociação de fluxos, prioridades e enfrentamento das limitações estruturais.

Dessa forma o modelo teórico prediz que o grau de engajamento e mobilização dos profissionais pela operacionalização do projeto deriva diretamente do pré-julgamento de sua viabilidade; diferencia os polos de profissionais céticos e confiantes; media a relação entre crença inicial e desfecho do projeto e explica por que contextos semelhantes produzem resultados distintos. Assim, o baixo engajamento gera imobilidade, manutenção de práticas arraigadas e desfechos negativos, enquanto o alto engajamento, imprime operacionalização efetiva, reorganização do trabalho e desfechos positivos.

Eixo 3 – Influência no desfecho do projeto como intervenção

Traduz, concretamente, o grau de engajamento e mobilização dos profissionais, em desfechos diferenciados do projeto, compreendido não apenas como execução técnica, mas como intervenção organizacional e político-institucional. Este eixo descreve a relação causal-processual entre engajamento (baixo/alto), modo de operacionalização do projeto e tipo de desfecho produzido (negativo/positivo).

O desfecho é entendido em quatro níveis: 1. Desfecho organizacional, com manutenção ou transformação do processo de trabalho; 2. incorporação ou não de tecnologias e ferramentas; 3. institucionalização ou não das ações propostas; 4. Desfecho técnico-assistencial, envolvendo qualificação ou não do cuidado às DCNTs, uso ou não de indicadores para tomada de decisão, para ampliação ou não da integralidade e da intersectorialidade; 5. Desfecho simbólico-profissional traduzido no reforço do ceticismo e da imobilidade ou fortalecimento da confiança, da agência e da aprendizagem institucional.

Na formulação conceitual do modelo teórico-processual, o eixo 3 implica no desfecho do projeto enquanto intervenção, diretamente influenciado pelo grau de engajamento e mobilização dos profissionais ao longo de sua operacionalização. Baixos níveis de engajamento resultam na execução parcial ou inexistente das ações propostas, na manutenção de práticas arraigadas e na ausência de mudanças organizacionais e assistenciais, produzindo desfechos predominantemente negativos. Em contrapartida, altos níveis de engajamento favorecem a implementação progressiva das ações, a reorganização do processo de trabalho, a incorporação de tecnologias e ferramentas de gestão e o monitoramento de indicadores, produzindo desfechos positivos, ainda que marcados por limitações estruturais e técnico-operacionais. Assim, o desfecho do projeto não decorre apenas de condições contextuais, mas da forma como os profissionais se mobilizam para agir sobre tais condições.

O eixo 3 articula com o núcleo estruturante. Ele explica que o desfecho não é neutro nem exclusivamente contextual, ele é produzido pela ação ou não ação dos profissionais, funcionando como mecanismo de retroalimentação do pré-julgamento da viabilidade. Dessa forma, o eixo 3 fecha o ciclo do modelo, conectando: pré-julgamento-engajamento-desfecho-reforço do pré-julgamento.

O desfecho do projeto como intervenção resulta da interação entre o grau de engajamento profissional e a capacidade de operacionalização das ações, produzindo efeitos organizacionais, técnico-assistenciais e simbólicos que reforçam, positiva ou negativamente, o núcleo estruturante do modelo.

Em síntese, o modelo teórico-processual cíclico proposto permite compreender a implementação de projetos no âmbito da APS como um processo relacional e dinâmico,

estruturado a partir do pré-julgamento da viabilidade local da intervenção, que atua como núcleo estruturante do modelo. Esse pré-julgamento condiciona o grau de engajamento e mobilização dos profissionais e, consequentemente, influencia os desfechos do projeto enquanto intervenção organizacional técnica e simbólica. Nesse contexto, o modelo evidencia a coexistência de cenários polarizados entre atores profissionais nos serviços da APS, configurados como movimentos cíclicos antagônicos entre ceticismo e confiança. De um lado, os profissionais céticos mantêm-se resistentes a projetos que propõem a ruptura com práticas arraigadas, utilizando os desafios do cotidiano de trabalho como justificativa para a não adesão e para a imobilidade profissional. De outro, os profissionais confiantes, embora igualmente confrontados com limitações estruturais e técnico-operacionais, demonstram maior capacidade de lidar com essas barreiras, *reconhecendo a pertinência do projeto para o fortalecimento da intersectorialidade nas políticas de saúde no âmbito dos municípios* (B3). Esse engajamento possibilita a visualização de avanços concretos, expressos no movimento do diagnóstico situacional de saúde ao monitoramento de indicadores, sustentado pelo *planejamento e pela incorporação de tecnologias e ferramentas voltadas à reorganização do processo de trabalho* (B2). Dessa forma, o modelo explicita que os desfechos da intervenção não decorrem exclusivamente das condições contextuais, mas da dinâmica autorreforçadora entre crenças iniciais, práticas adotadas e experiências produzidas no cotidiano dos serviços.

A contento, justifica-se denominação para a categoria central, intitulada: *modelo teórico-processual cíclico do engajamento profissional na implementação de projetos para DCNTs na APS* (Figura 1).

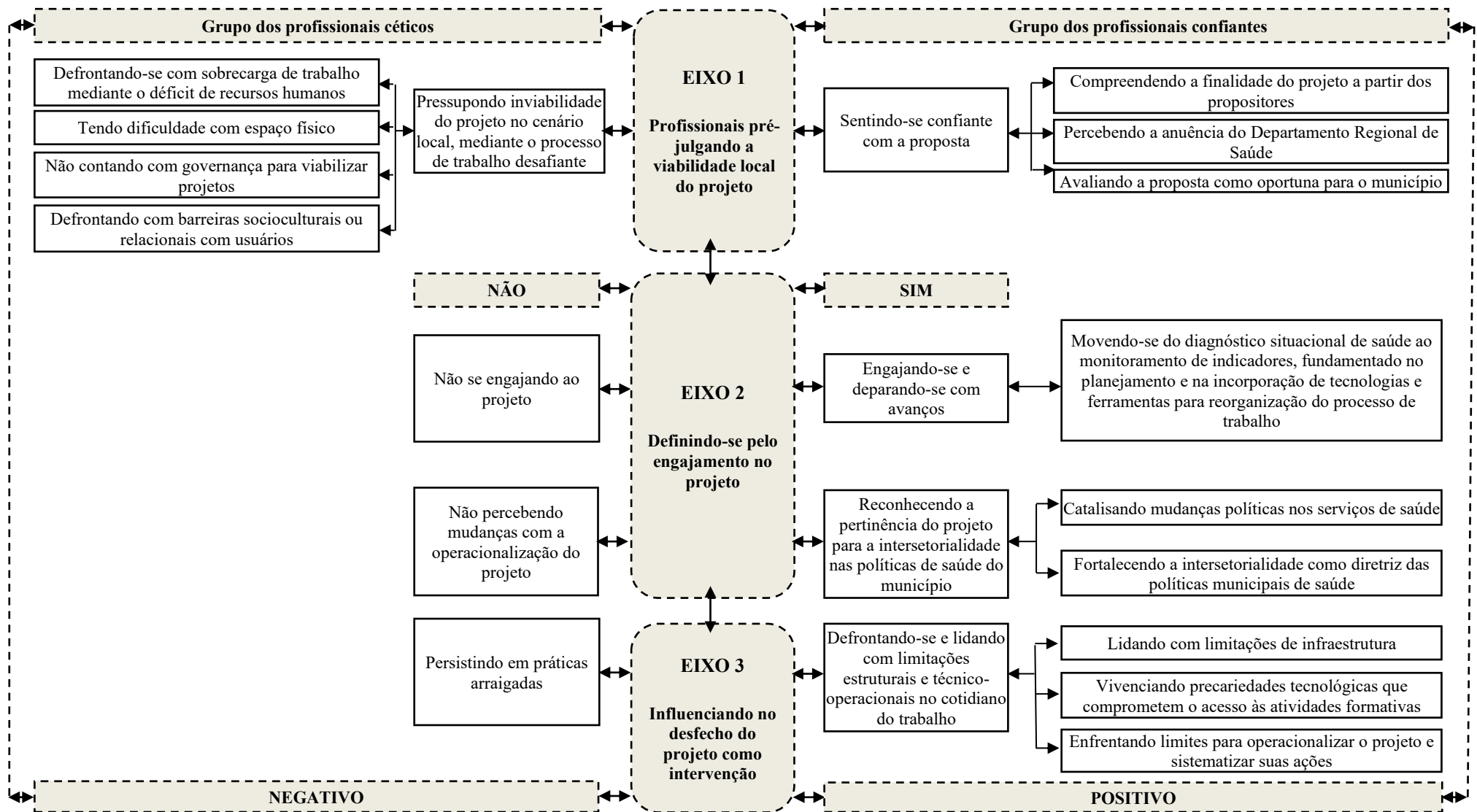


Figura 1. Categoria central – *Modelo teórico-processual cíclico do engajamento profissional na implementação de projetos para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) na Atenção Primária à Saúde*. Projeto ArticulaRRAS, INTERSSAN - Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional da UNESP, Brasil, 2025

5. DISCUSSÃO

5.1. Interpretação do modelo teórico à luz dos referenciais teóricos

À luz do Interacionismo Simbólico ^[70], o modelo teórico-processual cíclico do engajamento profissional revelou-se como um constructo explicativo robusto para compreender as razões de contextos organizacionais semelhantes produzirem resultados distintos na implementação de projetos na APS. O núcleo estruturante do pré-julgamento da viabilidade local emerge como um processo simbólico central que articula definição da situação, engajamento e desfechos, sustentando uma dinâmica circular de reforço da confiança ou do ceticismo.

Essa interpretação ressalta que os desfechos da intervenção não decorrem exclusivamente de condições estruturais, mas da forma como os profissionais interpretam, negociam e atribuem significado às propostas de mudança, às políticas de saúde e ao próprio fazer profissional. Assim, o modelo dialoga de forma consistente com os pressupostos do Interacionismo Simbólico ^[70] e contribui para o avanço teórico na compreensão dos processos de implementação de políticas e projetos no campo da APS e das DCNTs.

O modelo teórico-processual cíclico do engajamento profissional na implementação de projetos para DCNTs na APS pode ser compreendido à luz do Interacionismo Simbólico ^[70], como um processo eminentemente relacional, interpretativo e dinâmico, no qual significados são continuamente construídos, negociados e redefinidos no interior das interações sociais estabelecidas no cotidiano dos serviços. Conforme postulado pelo Interacionismo Simbólico, parte do pressuposto de que os indivíduos agem em relação às “coisas”, sejam elas objetos, pessoas, instituições, políticas ou projetos, com base nos significados que essas “coisas” assumem para eles, sendo tais significados derivados da interação social e modificados por meio de processos interpretativos contínuos ^[70,78].

Nesse sentido, o *pré-julgamento da viabilidade do projeto*, identificado no modelo como núcleo estruturante, corresponde a um *processo interpretativo simbólico*, por meio do qual os profissionais atribuem significados ao projeto proposto, antes mesmo de sua operacionalização concreta. Tal pré-julgamento não se configura como uma avaliação técnica neutra, mas como uma construção simbólica se remete às experiências prévias, memórias institucionais, interações cotidianas e narrativas compartilhadas no interior das equipes. De acordo com o Interacionismo Simbólico, os significados não são intrínsecos aos objetos, mas

emergem da experiência social vivida e são constantemente reinterpretados à luz das situações presentes [70].

A análise do modelo teórico-processual cíclico do engajamento profissional, interpretado à luz do Interacionismo Simbólico, permite compreender de forma mais aprofundada os limites e potencialidades das políticas públicas de enfrentamento das DCNTs, quando transpostas do plano normativo para o cotidiano da APS. Tal análise evidencia que a efetividade dessas políticas depende menos de sua formulação prescritiva e mais dos processos simbólicos, interacionais e educativos que atravessam sua implementação no nível microsocial dos serviços.

As políticas nacionais e internacionais voltadas às DCNTs, incluindo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, pressupõem a APS como espaço estratégico de coordenação do cuidado, longitudinalidade, vigilância em saúde e promoção de práticas intersetoriais [44,47]. Contudo, o modelo analisado demonstra que tais pressupostos só se concretizam quando os profissionais atribuem sentido às diretrizes políticas, reconhecendo-as como viáveis e pertinentes à realidade local. À luz do Interacionismo Simbólico, isso significa reconhecer que as políticas públicas constituem *objetos simbólicos*, cujo significado é continuamente construído, negociado e transformado nas interações cotidianas [70,78,79].

As pesquisas contemporâneas em implementação em saúde convergem amplamente com o modelo teórico-processual cíclico imerso nesta pesquisa, ao demonstrar que a implementação de políticas, programas e intervenções não é um fenômeno linear nem exclusivamente técnico, mas um processo socialmente construído, dependente das interpretações, interações e significados atribuídos pelos atores envolvidos [80-83].

Essa evidência dialoga diretamente com o Interacionismo Simbólico, segundo o qual a ação humana é orientada pelos significados que emergem da interação social e são continuamente reinterpretados à luz da experiência [70,78,79]. O modelo descoberto explicita essa dinâmica ao estruturar a implementação como um ciclo composto por pré-julgamento da viabilidade, engajamento situado e ressignificação das práticas, corroborando achados recorrentes da ciência da implementação que reconhece a operacionalização como um processo socialmente construído, relacional e dependente dos significados atribuídos pelos atores no contexto dos serviços de saúde [13,84-88].

5.2. O Eixo 1 e o processo de definição da situação

O Eixo 1 do modelo, define a posição inicial dos profissionais quanto ao pré-julgamento da viabilidade do projeto, a qual pode ser interpretado à luz do conceito interacionista de *definição da situação*. Para o Interacionismo Simbólico, a forma como os atores definem uma situação orienta suas ações subsequentes, de modo que diferentes definições produzem diferentes linhas de ação [70,78]. No modelo analisado, os profissionais que definem simbolicamente o projeto como “viável” tendem a se posicionar no polo da confiança, enquanto aqueles que o definem como “inviável” se alinham ao polo do ceticismo.

Essa definição simbólica da situação é construída coletivamente, mediada por interações que envolvem a percepção da anuência institucional, das condições estruturais, da governança local e das experiências anteriores com projetos semelhantes. A precariedade do trabalho cotidiano, a sobrecarga assistencial, as interferências político-institucionais e as limitações técnico-operacionais funcionam, nesse contexto, como *símbolos organizacionais* que reforçam significados negativos associados à possibilidade de mudança, sustentando o ceticismo e a imobilidade profissional [64,89].

O Eixo 1 do modelo, posição inicial dos profissionais quanto ao pré-julgamento da viabilidade do projeto, revela-se central para a compreensão dos impasses históricos na implementação das políticas de DCNTs na APS. Esse pré-julgamento pode ser interpretado como um processo de *definição simbólica da situação*, conceito fundamental do Interacionismo Simbólico, segundo o qual os indivíduos agem com base na forma como interpretam e definem a realidade [70,78].

No contexto das políticas de DCNTs, os profissionais constroem suas definições a partir de experiências acumuladas com programas descontinuados, metas pouco contextualizadas, sobreposição de demandas e fragilidades de governança. Tais experiências produzem significados que tendem a associar as políticas a mais uma exigência normativa distante da realidade concreta do trabalho, reforçando o polo do ceticismo. Por outro lado, quando as diretrizes políticas são percebidas como articuladas ao território, ao planejamento local e ao apoio institucional, emergem significados positivos que sustentam o polo da confiança e do engajamento [15,90,91].

Esse achado dialoga com a literatura que aponta que a lacuna entre formulação e implementação das políticas de DCNTs não é apenas técnica ou estrutural, mas simbólica e relacional, envolvendo crenças profissionais, memória institucional e expectativas coletivas sobre a possibilidade de mudança [29,92,93].

Estudos de implementação reiteram que a decisão de iniciar, sustentar ou abandonar uma intervenção ocorre antes da ação propriamente dita, a partir de julgamentos informais realizados pelos profissionais sobre sua viabilidade, legitimidade e compatibilidade com o contexto local^[81,82,94].

Esse achado é amplamente descrito em ferramentas como o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), usado para avaliar a implementação de programas, especialmente na saúde e na agricultura. Essa ferramenta reconhece que crenças, percepções e experiências prévias dos profissionais influenciam mais a implementação do que a existência objetiva de recursos^[80]. Sob a lente do Interacionismo Simbólico, esse movimento corresponde ao processo de *definição da situação* descrito por Blumer e Charon, no qual os sujeitos interpretam a política a partir de interações anteriores, valores profissionais e expectativas compartilhadas^[70,78].

No campo das DCNTs, pesquisas mostram que diretrizes nacionais e internacionais, como linhas de cuidado, protocolos e indicadores, são frequentemente reinterpretadas localmente, sendo percebidas ora como apoio ao cuidado, ora como sobrecarga burocrática^[95-97]. O modelo teórico corrobora esses achados ao evidenciar que a política só se torna “implementável” quando é simbolicamente reconhecida como possível e legítima.

5.3. O Eixo 2 e a ação como produto da interpretação

O Eixo 2, referente ao grau de engajamento e mobilização pela operacionalização do projeto, expressa de forma clara o princípio interacionista de que a ação humana é resultado de um processo interpretativo contínuo. Para o Interacionismo Simbólico, os indivíduos não respondem mecanicamente a estímulos, mas interpretam situações, avaliam possibilidades e escolhem cursos de ação com base nos significados que constroem^[70]. Assim, o engajamento profissional não decorre automaticamente da apresentação de um projeto, mas da interpretação simbólica que os profissionais fazem de sua pertinência, viabilidade e potencial transformador.

As dimensões do engajamento identificadas no modelo, sejam elas cognitiva, afetivo-motivacional, prático-operacional e organizacional, podem ser compreendidas como diferentes níveis de incorporação simbólica do projeto à identidade profissional e coletiva dos atores. O engajamento cognitivo reflete a apropriação conceitual e o reconhecimento do projeto como significativo; o engajamento afetivo-motivacional traduz o investimento subjetivo e o sentimento de corresponsabilidade; o engajamento prático-operacional materializa-se nas ações concretas; e a mobilização organizacional expressa a capacidade de acionar redes, recursos e

articulações institucionais. Todos esses níveis são sustentados por interações sociais e pela negociação contínua de significados no interior das equipes ^[78,79].

O Eixo 2, grau de engajamento e mobilização, evidencia que a operacionalização das políticas de DCNTs depende de processos de interpretação ativa, nos quais os profissionais avaliam continuamente o sentido de suas ações. Conforme o Interacionismo Simbólico, a ação humana é sempre mediada por processos interpretativos e não responde de forma automática a normas ou estímulos externos ^[70,79]. Assim, o engajamento profissional emerge como resultado da incorporação simbólica das políticas ao cotidiano do trabalho.

Nesse contexto, a EPS assume papel estratégico, pois atua diretamente sobre os significados que orientam a ação profissional. Diferentemente de modelos tradicionais de capacitação, ela propõe a problematização do trabalho vivo, a reflexão coletiva sobre a prática e a construção compartilhada de soluções, configurando-se como um *dispositivo interacionista por excelência* ^[27,29,98]. Ao promover espaços de diálogo, esse referencial possibilita a ressignificação das políticas de DCNTs, deslocando-as do lugar de imposição normativa para o de ferramenta de qualificação do cuidado.

O modelo demonstra que altos níveis de engajamento estão associados a processos educativos situados, nos quais os profissionais se reconhecem como sujeitos ativos do cuidado e da gestão. Em contrapartida, a ausência ou fragilidade da EPS tende a reforçar significados negativos, mantendo o engajamento em níveis baixos e perpetuando práticas assistenciais fragmentadas ^[99].

A literatura demonstra que o engajamento profissional não é uma disposição individual estável, mas um fenômeno situacional, relacional e contingente, produzido nas interações cotidianas entre profissionais, gestores, usuários e tecnologias ^[83,100,101].

Pesquisas sobre implementação de ações para DCNTs na APS indicam que o engajamento emerge quando os profissionais reconhecem sentido prático e valor simbólico na intervenção, especialmente quando ela dialoga com suas identidades profissionais e com o cuidado real prestado aos usuários ^[96,102].

Essa evidência valida o eixo central do modelo, ao demonstrar que o engajamento é sustentado por interações significativas, e não apenas por capacitações formais ou incentivos normativos. Tal compreensão é coerente com o Interacionismo Simbólico, que entende a ação como produto da interpretação contínua das situações vividas, mediada pela linguagem, pela negociação de sentidos e pela experiência compartilhada ^[78,79].

5.4. O Eixo 3 e os desfechos como produtos simbólicos e organizacionais

O Eixo 3, influência no desfecho do projeto como intervenção, reforça a compreensão interacionista de que os resultados não são apenas efeitos objetivos de condições estruturais, mas produtos de ações socialmente construídas. Os desfechos organizacionais, técnico-assistenciais, institucionais e simbólico-profissionais identificados no modelo expressam a materialização das interpretações e ações dos profissionais ao longo do processo de implementação.

Do ponto de vista do Interacionismo Simbólico, o *desfecho simbólico-profissional* assume papel central, pois os resultados vivenciados retroalimentam os significados atribuídos ao projeto e às possibilidades de mudanças. Experiências bem-sucedidas reforçam a confiança, a agência profissional e a aprendizagem institucional, enquanto experiências frustradas consolidam o ceticismo, a desresponsabilização e a manutenção de práticas arraigadas. Esse movimento confirma o caráter cíclico e autorreforçador do modelo, em consonância com a noção interacionista de que significados são continuamente reconstruídos a partir da experiência vivida^[70].

O Eixo 3, influência no desfecho do projeto como intervenção, permite analisar como as políticas de DCNTs se materializam, ou não, em mudanças organizacionais, técnico-assistenciais e simbólicas. À luz do Interacionismo Simbólico, os desfechos não são apenas resultados objetivos, mas experiências interpretadas que retroalimentam os significados atribuídos às políticas e ao próprio trabalho profissional^[70,78,79].

Quando as ações voltadas às DCNTs produzem resultados visíveis, como reorganização do processo de trabalho, uso sistemático de indicadores, ampliação da integralidade e articulação intersetorial, fortalecem-se significados positivos associados à política e à EPS, consolidando processos de aprendizagem institucional. Por outro lado, desfechos negativos reforçam narrativas de inviabilidade, contribuindo para a cristalização do ceticismo e da imobilidade profissional^[93,103]

Esse movimento de retroalimentação confirma o caráter cíclico do modelo e dialoga com a literatura sobre implementação de políticas públicas, enfatizando a importância da aprendizagem organizacional e da reflexividade institucional para a sustentabilidade das intervenções em saúde^[104].

Estudos de implementação também corroboram que a sustentabilidade das intervenções depende da capacidade de ressignificação das práticas e não da simples reprodução fiel do desenho original da política^[82,105].

Pesquisas mostram que intervenções bem-sucedidas são aquelas que permitem adaptação reflexiva, incorporação gradual de tecnologias, construção coletiva de indicadores e aprendizado a partir da prática [80,83]. Esse processo corresponde, no modelo teórico, ao movimento de resignificação, no qual as experiências de implementação retroalimentam novos julgamentos de viabilidade. Na experiência dos atores desta pesquisa, ocorreu durante a atividade em que as equipes aderiram na realização do diagnóstico situacional de saúde para monitorar indicadores, fundamentados no planejamento e na incorporação de tecnologias e ferramentas para reorganização do seu processo de trabalho. Experiência vivenciada pelo grupo dos profissionais confiantes, os quais perceberam avanços, mesmo defrontando-se e lidando com limitações estruturais e técnico-operacionais no cotidiano do trabalho.

Esse achado dialoga diretamente com a EPS, entendida como um processo pedagógico que emerge do trabalho e retorna a ele, promovendo transformação das práticas a partir da problematização do cotidiano [29,106]. O modelo corrobora a EPS ao evidenciar que a aprendizagem ocorre no ciclo ação–reflexão–ação, e não em momentos formativos dissociados do contexto real de trabalho. Contexto da experiência sinalizada pelos profissionais que se mantiveram céticos com a implementação do projeto e, portanto, não se engajaram às atividades propostas e, conseqüentemente, não perceberam mudanças e continuaram persistindo em práticas arraigadas.

5.5. A dinâmica cíclica como processo de espelhamento simbólico

A lógica cíclica do modelo teórico-processual pode ser interpretada como um *processo de espelhamento simbólico*, no qual crenças iniciais, práticas adotadas e experiências resultantes se refletem mutuamente. Conforme o Interacionismo Simbólico, o *self* e a ação emergem da interação social e são constantemente redefinidos no contato com o outro e com as instituições [71,81]. Assim, o engajamento ou não engajamento dos profissionais não apenas produz determinados desfechos, mas também redefine a forma como os próprios profissionais se percebem como agentes de mudança no contexto da APS.

Nesse sentido, o modelo evidencia que a implementação de projetos para DCNTs não é apenas um desafio técnico ou gerencial, mas um processo simbólico profundamente arraigado nas interações cotidianas, nas narrativas institucionais e na história coletiva dos serviços. A mudança organizacional, portanto, depende da transformação dos significados atribuídos ao trabalho, às políticas públicas e à própria capacidade de ação dos profissionais.

A análise do modelo teórico-processual à luz das políticas de saúde para DCNTs e da EPS evidencia que a implementação dessas políticas na APS não pode ser compreendida como um processo linear, técnico ou exclusivamente normativo. Trata-se de um fenômeno simbólico, relacional e educativo, no qual os significados atribuídos às políticas, ao trabalho e à capacidade de ação profissional desempenham papel decisivo.

O modelo contribui teoricamente ao demonstrar que a efetividade das políticas de DCNTs depende da capacidade dos sistemas de saúde de investir em processos contínuos de EPS, capazes de intervir no núcleo estruturante do pré-julgamento da viabilidade local. Ao promover a ressignificação do trabalho e fortalecer a agência profissional, a EPS emerge como estratégia central para romper ciclos de ceticismo e sustentar movimentos de confiança, engajamento e transformação do cuidado na APS.

As políticas nacionais e internacionais para DCNTs reconhecem, ainda que implicitamente, a necessidade de engajamento profissional, trabalho em equipe e adaptação local para sua efetividade [8,57,98]. Contudo, a literatura aponta que tais políticas frequentemente subestimam os processos microsociais de interpretação, responsabilizando os serviços por falhas de implementação [97,102].

O modelo teórico-processual imerso nesta pesquisa é corroborado pelas pesquisas ao revelar que as políticas só se materializam como cuidado, quando são simbolicamente apropriadas pelos atores locais, o que exige espaços de diálogo, negociação e aprendizagem coletiva, norteadas por princípios centrais tanto da APS quanto da EPS [29,106].

Em síntese, as pesquisas de implementação corroboram o modelo teórico descoberto ao demonstrar que: a implementação é um processo interpretativo, e não apenas técnico; o engajamento profissional emerge da definição simbólica da política; a sustentabilidade depende de ressignificação contínua das práticas; políticas para DCNTs exigem mediação pedagógica e interacional, conforme preconiza a EPS.

Assim, o modelo amplia o campo da implementação ao oferecer uma explicação teoricamente densa, fundamentada no arcabouço Interacionismo Simbólico-EPS-Ciência da Implementação, capaz de iluminar os limites e as possibilidades reais das políticas de saúde no cotidiano dos serviços.

5.6. Avanços da pesquisa

Esta pesquisa contribui para avanços substantivos à Ciência da Implementação e à EPS ao articular, de modo inovador e coerente, a TFD como referencial metodológico, a produção

de um modelo teórico-processual e sua interpretação à luz do Interacionismo Simbólico, tomando como base empírica as experiências vividas pelos atores da APS, com a implementação de um projeto voltado às DCNTs.

5.6.1. Avanço metodológico: a TFD como estratégia de produção teórica situada

O primeiro avanço reside no uso da TFD como estratégia de produção de teoria embasada na experiência concreta dos atores, superando abordagens avaliativas centradas exclusivamente em estruturas teóricas pré-concebidas da Ciência de Implementação. A partir das narrativas, interações e práticas cotidianas dos profissionais da APS. Desta forma, esta pesquisa desloca o foco da análise da adesão normativa para os processos sociais de construção de significados; permite a emergência de categorias analíticas não antecipadas, como o pré-julgamento da viabilidade local; contribui para a Ciência de Implementação ao demonstrar que modelos explicativos mais sensíveis ao contexto microsocial capturam melhor as dinâmicas reais de implementação.

Nesse sentido, a TFD não é apenas um referencial metodológico, mas um dispositivo epistemológico que amplia a capacidade explicativa do campo da implementação.

5.6.2. Avanço teórico: produção de um modelo explicativo fundamentado na ação e na interpretação

A pesquisa avança teoricamente ao produzir um modelo teórico-processual cíclico, que explica a implementação como um fenômeno interpretativo, relacional e dinâmico, construído nas interações cotidianas, continuamente ressignificado à luz das experiências vividas.

Ao interpretar o modelo à luz do Interacionismo Simbólico, o estudo fortalece a Ciência da Implementação ao explicitar que a ação implementadora é mediada por processos de definição da situação, negociação de significados e construção coletiva de expectativas. Esse aporte teórico: qualifica a compreensão do engajamento profissional; supera leituras mecanicistas e lineares da implementação; aproxima a Ciência da Implementação de tradições sociológicas compreensivas, ainda pouco exploradas de forma sistemática no campo.

5.6.3. Avanço analítico: centralidade do pré-julgamento da viabilidade como núcleo explicativo

Outro avanço relevante é a identificação do pré-julgamento da viabilidade local como núcleo estruturante do processo de implementação. Esse achado, emergente da TFD, amplia a Ciência da Implementação ao: evidenciar que decisões sobre engajamento ocorrem antes da ação concreta; demonstrar que tais decisões são simbólicas, relacionais e historicamente situadas; revelar que a viabilidade percebida é produzida por experiências prévias, memórias institucionais e interações coletivas.

Esse modelo conceitual contribui para aprofundar referenciais teóricos existentes, ao oferecer uma categoria analítica capaz de explicar por que contextos organizacionais semelhantes produzem resultados distintos.

5.6.4. Avanço para a Educação Permanente em Saúde: EPS como dispositivo estruturante da implementação

Ao articular o modelo teórico-processual com a EPS, a pesquisa promove um avanço conceitual relevante ao demonstrar que a EPS: atua diretamente sobre os significados que orientam a ação profissional; intervém no núcleo simbólico do pré-julgamento da viabilidade; sustenta processos de ressignificação das práticas ao longo do ciclo de implementação.

Diferentemente de abordagens que tratam a EPS como etapa ou estratégia complementar, esta pesquisa a reposiciona como componente constitutivo do processo de implementação, evidenciando seu papel na ruptura de ciclos de ceticismo e na sustentação do engajamento.

5.6.5. Avanço integrativo: articulação entre implementação, aprendizagem e micropolítica do trabalho

Por fim, a pesquisa avança ao integrar, em um único modelo explicativo, envolvendo: Interacionismo Simbólico; Ciência da Implementação; EPS; micropolítica do trabalho na APS.

Essa articulação evidencia que a implementação é simultaneamente um processo técnico, simbólico e pedagógico, no qual a aprendizagem emerge do trabalho e retorna a ele. Tal integração amplia o escopo analítico da Ciência da Implementação e fortalece a EPS como estratégia de governança da mudança no SUS.

Em síntese, esta pesquisa avança a Ciência da Implementação e a EPS ao: utilizar a TFD para produzir teoria fundamentada nas experiências dos atores; gerar um modelo teórico-processual sensível ao contexto microsocial da APS; explicitar a centralidade dos processos

interpretativos e simbólicos; reposicionar a EPS como eixo estruturante da implementação; oferecer uma explicação densa, relacional e dinâmica da mudança no cotidiano dos serviços.

Esses aportes conferem à pesquisa originalidade metodológica, robustez teórica e relevância prática, ampliando as possibilidades analíticas e interventivas no campo da implementação de políticas de saúde na APS.

5.7. Possíveis limitações da pesquisa

Como toda investigação qualitativa interpretativa, esta pesquisa apresenta limitações que devem ser consideradas na leitura de seus achados.

Do ponto de vista metodológico, o uso da TFD implica ausência de generalização estatística, uma vez que os resultados são analiticamente transferíveis e fundamentados em contextos específicos da APS, além de dependerem das narrativas e capacidades reflexivas dos participantes, sujeitas a memórias seletivas e racionalizações a posteriori, bem como da coprodução analítica entre pesquisador e campo.

Sob a perspectiva teórica, a interpretação do modelo à luz do Interacionismo Simbólico, embora potente para compreender processos microssociais, interacionais e interpretativos, pode subdimensionar condicionantes macroestruturais, político-institucionais e econômicos mais amplos que, também, influenciam a implementação das políticas de saúde.

No âmbito empírico, os achados refletem um contexto institucional e histórico particular, marcado por trajetórias específicas de implementação e de EPS, o que pode limitar a transferência direta do modelo para realidades com arranjos organizacionais distintos; além disso, a ausência de triangulação sistemática com indicadores quantitativos e de acompanhamento longitudinal contínuo, restringe a avaliação de desfechos objetivos e de transformações de longo prazo.

Ainda assim, tais limitações não comprometem a consistência dos resultados, mas delimitam seu alcance e apontam caminhos para investigações futuras que articulem abordagens comparativas, longitudinais e de métodos mistos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os referenciais metodológicos e teóricos permitiram alcançar os objetivos, para compreender a experiência interacional das equipes da APS de municípios do estado de São Paulo, envolvidos no Programa de Formação em DCNTs, bem como elaborar um modelo teórico explicativo dessa experiência. Para tanto, ao adotar a TFD como referencial metodológico, permitiu-se acessar os significados atribuídos pelos profissionais às políticas, às propostas formativas e ao próprio trabalho em saúde, e interpretar o modelo emergente à luz do Interacionismo Simbólico, EPS, micropolítica do trabalho e Ciência da Implementação.

No que se refere ao primeiro objetivo, a pesquisa evidenciou que a experiência das equipes perante o Programa de Formação em DCNTs não pode ser compreendida a partir de uma lógica dicotômica de adesão ou não adesão. As experiências interacionais revelaram-se heterogêneas, situadas e profundamente marcadas pelos significados construídos coletivamente no cotidiano dos serviços. A participação ou não no Programa foi mediada por processos simbólicos, nos quais os profissionais definiram a viabilidade, a legitimidade e a pertinência da proposta formativa em relação às condições reais de trabalho, às experiências anteriores com políticas e projetos e às dinâmicas institucionais locais. Assim, a pesquisa demonstrou que a adesão ao Programa não decorre automaticamente de sua oferta, mas da forma como ele é interpretado e negociado nas interações cotidianas das equipes.

Quanto ao segundo objetivo, a elaboração do modelo teórico-processual permitiu sistematizar essa experiência interacional em uma explicação analiticamente consistente e teoricamente densa. O modelo revelou a implementação como um processo cíclico, estruturado em torno do pré-julgamento da viabilidade local, do engajamento situado e dos desfechos que retroalimentam novos significados e julgamentos. Essa dinâmica explícita como experiências positivas reforçam ciclos de confiança, aprendizagem e transformação do cuidado, enquanto experiências frustradas consolidam ciclos de ceticismo, imobilidade e reprodução de práticas arraigadas. Ao interpretar esse modelo à luz do Interacionismo Simbólico, a tese evidenciou que a ação profissional é orientada por significados continuamente construídos, negociados e redefinidos no interior das interações sociais.

A articulação entre o modelo teórico e a EPS permitiu compreender que os processos formativos assumem papel decisivo na configuração dessas experiências. A EPS emergiu como um dispositivo capaz de intervir diretamente no núcleo simbólico do pré-julgamento da viabilidade, promovendo a ressignificação das políticas de DCNTs e fortalecendo a agência profissional. Quando desenvolvida de forma situada e problematizadora, a EPS favoreceu o

engajamento das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a incorporação reflexiva de tecnologias e ferramentas; em sua ausência ou fragilidade, observou-se a manutenção de significados negativos e a persistência do ceticismo em relação às propostas de mudança.

Ao produzir um modelo teórico fundamentado na experiência dos atores da APS de cidades do estado de São Paulo, esta tese contribui para a Ciência da Implementação ao oferecer uma explicação sensível às dimensões microssociais, interacionais e educativas dos processos de implementação, frequentemente subestimadas em abordagens normativas. Os achados indicam que políticas e programas de formação em DCNTs somente se materializam como cuidado quando são simbolicamente apropriados pelas equipes, o que exige investimento institucional em espaços contínuos de diálogo, reflexão coletiva e aprendizagem no trabalho.

Por fim, reconhecendo os limites inerentes ao caráter qualitativo e situado da pesquisa, espera-se que o modelo teórico elaborado possa subsidiar gestores, formuladores de políticas e pesquisadores na concepção de estratégias de implementação e de EPS mais coerentes com a realidade da APS. Recomenda-se que estudos futuros aprofundem e testem o modelo em outros contextos, incluindo abordagens longitudinais e comparativas, contribuindo para o fortalecimento das políticas de enfrentamento das DCNTs e para a qualificação sustentável do cuidado no SUS.

7. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 8 Out 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. Stein C, Schmidt MI, Cousin E, Malta DC, Naghavi M, Oliveira PPV, et al. Exposure to and Burden of Major Non-Communicable Disease Risk Factors in Brazil and its States, 1990-2019: The Global Burden of Disease Study. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2022 [citado 22 Abr 2024];55 Suppl 1:1-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822022000500309&tlng=en.
3. Sun X, Yon DK, Nguyen TT, Tanisawa K, Son K, Zhang L, et al. Dietary and other lifestyle factors and their influence on non-communicable diseases in the Western Pacific region. *Lancet Reg Health West Pac* [Internet]. 2023 [citado 20 Nov 2025];43:100842. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10920053/>.
4. Godoy PH. Consumo de álcool e sua associação com o estilo de vida em indivíduos com e sem doença cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2025 [citado 12 Nov 2025]122(10):e20250542. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20250542>.
5. Cathaoir K, Melillo M, Magnusson RS. Non-Communicable Disease: Challenges and Opportunities for Global Regulation of Tobacco, Unhealthy Food, and Alcohol. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2025 [citado 20 Nov 2025];53(S1):30-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40143616/>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 18 Set 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Ciclos de vida [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [citado 18 Set 2024]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>.
8. Pan American Health Organization. Leading causes of death and disease burden in the Americas: Noncommunicable diseases and external causes. Washington, DC: PAHO; 2024.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 22 Set 2025]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/313/1/pnab.pdf>.
10. Palmeira NC, Moro JP, Getulino FA, Vieira YP, Soares AO Jr, Saes MO. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2022 [citado 14 Jun 2024];31(3):e2022966. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222022000300312&tlng=pt.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 1 Out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>.
12. Resende APGL, Geniole LAI, Abdo TFC, Galeano AG, Pereira GA, Justino LCL. Expansão da cobertura de Atenção Primária à Saúde em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil (2013-2023). *Cienc Saude Colet*. 2024;29(11).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde balanços das ações [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 20 Nov 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_avancos_desafios_aps.pdf.

14. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2021 [citado 20 Nov 2025];19:e00321153. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w/?format=html&lang=pt>.
15. Silva LC, Malta AMM, Barcelos CC, Maciel ES, Lima F, Almeida JBM, et al. Entre o progresso e o retrocesso: revisão crítica das mudanças na política nacional de atenção básica. *EJHR* [Internet]. 2025 [citado 20 Nov 2025];6(1):e5700. Disponível em: <https://ojs.europubpublications.com/ojs/index.php/ejhr/article/view/5700>.
16. Sarti TD, Almeida APSC, Fontenelle LF. Crise global da atenção primária à saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2024;19(46):4070.
17. Dums W, Campos R. Cobertura da Atenção Primária à Saúde na região sul do Brasil: uma análise comparativa em 2023. *Rev Pol Pub Cid*. 2025;14(3):e2007.
18. Chaves ACC, Scherer MDA, Conill EM. What contributes to Primary Health Care effectiveness? Integrative literature review, 2010-2020. *Cienc Saude Colet*. 2023;28(9):2537-51.
19. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [citado 14 Fev 2025];42(spe1):244-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
20. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(5):1799-808.
21. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Second International Conference on Adult Education: final report [Internet]. Montreal: UNESCO; 1960 [citado 14 Fev 2025]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000138273>
22. Unesco. A segunda Conferência Internacional da Unesco em Montreal [Internet]. João Pessoa: Unesco; 2022 [citado 10 Out 2024]. Disponível em: <https://www.ce.ufpb.br/catedraunescoej/conferencia-2-a-segunda-conferencia-internacional-da-unesco-em-montreal.html>
23. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2016 [citado 10 Out 2024];21(3):913-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=pt&tlng=pt
24. Faure E, Herrera F, Kaddoura AR, Lopes H, Petrovsky AV, Rahnema M, et al. Learning to be: the world of education today and tomorrow. France: Unesco; 2013.
25. Valdés-Cotera R. UNESCO's utopia of lifelong learning: an intellectual history. *Int Rev Educ* [Internet]. 2019 [citado 22 Abr 2025];65(4):667-9. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11159-019-09797-y>.
26. Pan American Health Organization. 60º Conselho Diretor. Política sobre a força de trabalho em saúde para 2030: fortalecendo os recursos humanos em saúde para alcançar sistemas de saúde resilientes [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2023 [citado 22 Abr 2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-01/politica-2030-portugues-final.pdf>.
27. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2005 [citado 14 Nov 2025];9(16):161-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?format=pdf&lang=pt>
28. Oliveira IKP, Castro LGF, Sousa BS, Batista JFC. Educação permanente em saúde: desafios e aplicabilidade. *Cad Graduação*. 2020;7(1):82-102.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. DOU. 2004.

30. Silva CBG, Scherer MDA. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. Interface (Botucatu) [Internet]. 2020 [citado 22 Abr 2025];24:e190840. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100246&tlng=pt
31. Silva CIF, Nunes SF. O papel das Comissões de Integração Ensino-Serviço CIES em questão: revisão de literatura. Saude Redes [Internet]. 2022 [citado 22 Abr 2026];8 Supl 1:37-55. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3510>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Ações interprofissionais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [citado 1 Out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais>
33. Arruda MP, Araújo AP, Locks GA, Pagliosa FL. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2008 [citado 22 Abr 2026];32(4):518-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400015&lng=pt&tlng=pt
34. Sousa ATO, Formiga NS, Oliveira SHS, Costa MML, Soares MJGO. A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet] 2015 [citado 22 Abr 2025];68(4):713-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400713&lng=pt&tlng=pt
35. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Camargo-Borges C, Kawata LS, Mishima SM. Continuing education in the family health strategy: rethinking educational groups. Rev Lat Am Enferm [Internet]. 2013 [citado 23 Abr 2026];21(4):990-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400990&lng=en&tlng=en
36. Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Saude Debate [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2026];43(Spec No 1):12-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500012&tlng=pt
37. Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Interface (Botucatu) [Internet]. 2017 [citado 23 Abr 2026];21(61):421-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>
38. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 23 Abr 2026]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
39. Souza LB, Bonamigo AW. Integração ensino-serviço na formação de profissionais para sistemas públicos de saúde. Trab Educ Saude [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2026];17(3):e0021747. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000300503&tlng=pt
40. Bispo JP Jr, Almeida ER. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2023 [citado 23 Abr 2026];39(10):e00120123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2023001000301&tlng=pt
41. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para monitoramento e avaliação da política nacional de educação permanente em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 23 Abr 2026]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_monitoramento_politica_nacional_educacao_saude.pdf.

42. Silva RRD, Santos TS, Ramos WT, Barreiro MSC, Mendes RB, Freitas CKAC. Desafios da educação permanente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Saude Colet (Barueri) [Internet]. 2021 [citado 23 Abr 2026];11(65):6324-33. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1615>
43. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado 1 Out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pet-saude>.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 23 Abr 2026]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/313/1/pnab.pdf>
45. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Cienc Saude Colet [Internet]. 2011 [citado 23 Abr 2026];16 Suppl 1:1029-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=pt&tlng=pt
46. Rocha SA, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. Physis [Internet]. 2016 [citado 23 Abr 2026];26(1):87-111. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100087&lng=pt&tlng=pt
47. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 23 Abr 2026]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf
48. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado 3 Out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>
49. World Health Organization. Cuidados de saúde primários [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 3 Out 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>.
50. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saude Debate [Internet]. 2018 [citado 23 Abr 2026];42 Spec No 1:208-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=pt&tlng=pt
51. Brasil. Ministério da Saúde. Previne Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 3 Out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil>
52. Brasil. Ministério da Saúde. SUS mais forte: Ministério da Saúde apresenta balanço de ações e resultados dos últimos quatro anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 3 Out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/sus-mais-forte-ministerio-da-saude-apresenta-balanco-de-aco-es-e-resultados-dos-ultimos-quatro-anos>
53. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 23 Abr 2026]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
54. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília: Ministério da

- Saúde; 2021 [citado 23 Abr 2026]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf
55. World Health Organization. Global Action Plan: for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado 23 Abr 2026]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
 56. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. Plano de ação para a prevenção e controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2013 [citado 23 Abr 2026]. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-7-p.pdf>
 57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 23 Abr 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf
 58. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e melhoria da qualidade. Cienc Saude Colet [Internet]. 2020 [citado 23 Abr 2026];25(5):1799-808. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501799&tlng=pt
 59. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança chamada pública para financiar pesquisas sobre doenças crônicas não transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
 60. Universidade Estadual Paulista 'Júlio de Mesquita Filho'. UNESP [Internet]. São Paulo: Unesp; [citado 3 Out 2024]. Disponível em: <https://www2.unesp.br/>
 61. Oliveira MRM. ArticulaRRAS: condições crônicas [Internet]. Botucatu: Instituto de Biociências de Botucatu, Faculdade de Medicina; [citado 3 Out 2024]. Disponível em: <https://articularras.com.br/>
 62. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Rio de Janeiro: IBGE.
 63. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde.
 64. Corbin J, Strauss A. Basics qualitative research. 3rd ed. London: SAGE; 2008.
 65. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care [Internet]. 2007 [citado 23 Abr 2026];19(6):349-57. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzm042>
 66. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. 5th ed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2024.
 67. Adamy EK, Zocche DAA, Vendruscolo C, Santos JLG, Almeida MA. Validation in grounded theory: conversation circles as a methodological strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado 23 Abr 2026];71(6):3121-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000603121&lng=en&tlng=en
 68. Moura AF, Lima MG. A Reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. Tem Educ [Internet]. 2014 [citado 23 Abr 2026];23(1):95-103. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338>.
 69. Pinheiro LR. Rodas de conversa e pesquisa: reflexões de uma abordagem etnográfica. Pro Posicoes [Internet]. 2020 [citado 23 Abr 2026];31(e20190041):1-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072020000100535&tlng=pt
 70. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2009.

71. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de Agosto de 2007 [Internet]. Brasília: BVS; [citado 26 Dez 2025]; Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/5668.html>
72. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2019.
73. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Portaria nº 2436/GM/MS, de 21 de Setembro de 2017 [Internet]. Brasília: BVS; [citado 26 Dez 2025]. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250584.html?utm_source=chatgpt.com
74. ISPH. Implementation Science Fundamentals [Internet]. New York: The CUNY Institute for Implementation Science in Population Health; [citado 26 Dez 2025]; Disponível em: https://cunyisph.org/isph-toolkit/implementation-science-fundamentals/?utm_source=chatgpt.com
75. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health* [Internet] 2010 [citado 26 Dez 2025];38(2):65. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3068522/>
76. University of Washington. What is implementation science? [Internet]. Washington, DC: University of Washington; [citado 26 Dez 2025]; Disponível em: https://impsciuw.org/implementation-science/learn/implementation-science-overview/?utm_source=chatgpt.com
77. Sivakumar B, Mak J, Bafagih S, Arcand JA. Implementation science in nutrition practice: A review of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Nutr Clin Pract* [Internet]. 2025 [citado 26 Dez 2025];40(6):1323-47. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40886064/>
78. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Berkeley: University of California Press; 1986.
79. Mead GH. Mind, self, and society: the definitive edition. Chicago: University of Chicago Press; 2015.
80. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* [Internet]. 2009 [citado 26 Dez 2025];4:50. Disponível em: <http://www.implementationscience.com/content/4/1/50>
81. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* [Internet]. 2004 [citado 26 Dez 2025];82(4):581-629. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15595944/>
82. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa: University of South Florida; 2005.
83. May C, Finch T. Implementing, embedding, and integrating practices: an outline of normalization process theory. *Sociology*. 2009;43(3):535-54.
84. Nilsen P, Bernhardsson S. Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 [citado 26 Dez 2025];19:189. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3>
85. Harvey G, Kitson A. Translating evidence into healthcare policy and practice: Single versus multi-faceted implementation strategies - is there a simple answer to a complex question? *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 2015 [citado 26 Dez 2025];4(3):123-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25774368/>

86. Kislov R, Pope C, Martin GP, Wilson PM. Harnessing the power of theorising in implementation science. *Implement Sci* [Internet]. 2019 [citado 26 Dez 2025];14(1):103. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31823787/>
87. Braithwaite J, Churruarín K, Long JC, Ellis LA, Herkes J. When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change. *BMC Med* [Internet]. 2018 [citado 26 Dez 2025];16:63. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1057-z>
88. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* [Internet]. 2021 [citado 26 Dez 2025];374:n2061. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8482308/>
89. Giddens A. *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity; 2013.
90. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
91. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet* 2010;15(5):2297-305.
92. Paim JS. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.
93. Campos GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda*. São Paulo: Hucitec; 2015.
94. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci* [Internet]. 2009 [citado 26 Dez 2025];4:67. Disponível em: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-67>
95. World Health Organization. *Global NCD Compact 2020-2030* [Internet]. Geneva: WHO; [citado 26 Dez 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/global-noncommunicable-diseases-compact-2020-2030>.
96. Malta DC, Silva JB Jr. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2014 [citado 26 Dez 2025];23(3):389-95. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/WSszv8nc9DTwPpR9YMG59pm/?format=html&lang=pt>
97. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
98. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
99. Sayd JD. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Physis* [Internet]. 2002 [citado 20 abr 2026];12(1):194–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312002000100014>.
100. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SMC. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2011 [citado 26 Dez 2025];38(1):4-23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21197565/>
101. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci*. 2015;10:53.
102. Allen LN, Rasanathan K, Mash R, Uribe MV, Martinez-Bianchi V, Kidd M. Models of global primary care post-2030. *Lancet Prim Care* [Internet]. 2025 [citado 26 Dez 2025];1(3):100027. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S3050514325000275>
103. Argyris C, Schon D. *Organizational learning II: theory, method, and practice*. Morgantown: FT Press; 1995.
104. Chambers D. *Dissemination and implementation research in health: translating science to practice* [Internet]. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2023 [citado 24 Abr 2026]. Disponível em: <https://academic.oup.com/book/56173>

105. Stirman SW, Miller CJ, Toder K, Calloway A. Development of a framework and coding system for modifications and adaptations of evidence-based interventions. *Implement Sci.* 2013;8:65.
106. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis.* 2004;14(1):41-65.

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação da Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O Sr (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa-ensino-extensão **“ArticulaRRAS-Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados no Estado de São Paulo”**, de responsabilidade da coordenadora Professora **Dra. Maria Rita Marques de Oliveira** do Instituto de Biociências da Unesp, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, São Paulo.

O objetivo desta pesquisa é transformar as práticas de gestão, promoção da saúde, prevenção e cuidado da obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes no Estado de São Paulo. O projeto será desenvolvido em 4 eixos: Eixo 1) Análise situacional dos municípios e equipes através da coleta de dados e discussão em grupo; Eixo 2) Elaboração e oferta de Processo de formação; Eixo 3) Avaliação do processo formativo e dos resultados obtidos; Eixo 4) Difusão e Tradução do conhecimento. Com os resultados dessa pesquisa, que ocorrerá entre 2021 e 2024, espera-se possibilitar a reorganização das práticas de gestão e cuidado dos usuários com doenças crônicas nos serviços de atenção primária em saúde.

Os dados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para esse trabalho e os resultados divulgados em eventos e literatura científica especializada.

O risco que essa pesquisa apresenta é mínimo, se considerada a possibilidade de constrangimento ao expor questões da rotina de trabalho ou saber que as ações de cuidado às pessoas com DCNT no município apresentam lacunas, entretanto, todo cuidado será tomado pelos pesquisadores para minimizar qualquer desconforto.

Você está ciente de que não receberá nenhum pagamento pela sua participação e o consentimento não exclui o pesquisador de suas responsabilidades legais. Você tem liberdade para recusar-se a participar da referida pesquisa, tem o direito de interromper a sua participação na pesquisa referida, retirar o consentimento a qualquer momento e de não responder a perguntas que possam causar constrangimento de qualquer natureza, sem que isso leve a qualquer penalidade para você ou para os pesquisadores.

Será garantido o direito à assistência integral e gratuita a você em caso de quaisquer danos decorrentes da participação nesta pesquisa e pelo tempo que for necessário. Você tem direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão descritos no final deste termo.

Para sua participação e contribuição com a pesquisa, você deve assinalar qual grupo de profissionais você faz parte e, em seguida, a atividade do projeto ao qual esteve presente e assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, portanto sua relação

com a pesquisa ocorrerá somente durante a avaliação. Esse trabalho não interferirá na sua rotina de trabalho.

Grupo:

- ☐ Gestor(a) Municipal
- ☐ Gestor(a) de Unidade
- ☐ Profissional de Saúde

Atividade realizada:

- ☐ Roda de Conversa / Grupo Focal
- ☐ Oficina de Trabalho
- ☐ Instrumento virtual – Sistematização das ações aos Crônicos no município
- ☐ Instrumento Virtual - Habilidades e Conhecimentos do Educando (pré- e pós- processo formativo)
- ☐ Processo de Formação - Gestores
- ☐ Processo de Formação - Equipe Técnica

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO em participar de forma voluntária, estando ciente de que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram.

Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas.

Eu, _____ RG _____ CPF _____
 Telefone () _____ Endereço _____,
 declaro ter recebido as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

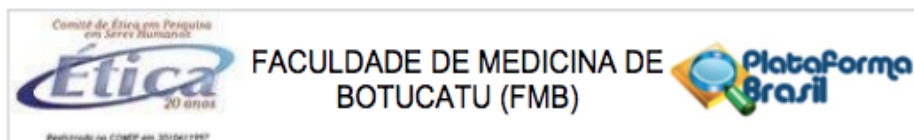
....., de de

 Participante Voluntário

 Pesquisador
 Responsável

Você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Maria Rita Marques de Oliveira. Telefone: (14) 3880-0162. Endereço: Instituto de Biociências (Campus de Botucatu). R. Prof. Dr. Antônio Celso Wagner Zanin, 250 - Distrito de Rubião Júnior - Botucatu/SP - CEP 18618-689. Departamento de Ciências Humanas e Ciências da Nutrição e Alimentação. E-mail: maria-rita.oliveira@unesp.br

Anexo 1. Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ArticularRAS - DCNT - SP - Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados no Estado de São Paulo

Pesquisador: Maria Rita Marques de Oliveira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 52619821.3.0000.5411

Instituição Proponente: Instituto de Biociências de Botucatu

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.713.512

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda com a finalidade de incluir a avaliação dos resultados dos encontros com os grupos focais, referente ao impacto do Programa de Formação de DCNT e seus Fatores de Riscos Associados no Estado de São Paulo, possibilitando a difusão científica e a tradução do conhecimento para divulgação dos resultados, através do projeto de tese do aluno Marcelo Ricardo Rosa, doutorando do PPG em Enfermagem, sob a orientação da Professora Sílvia Cristina Mangini Bocchi.

As informações descritas nos campos *Apresentação do Projeto*, *Objetivo da Pesquisa* e *Avaliação dos Riscos e Benefícios* foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa com data de 13/01/2024.

Introdução (breve):

A evidência de que a obesidade se tornou uma epidemia global marcou a virada do século XXI (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998). A obesidade tem sido responsabilizada pelo aumento da maioria das doenças crônicas não transmissíveis na população, além de outros distúrbios (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). No ano de 2015, um total de 107,7 milhões de crianças e 603,7 milhões de adultos eram obesos (IMC > 30) no mundo, sendo que desde 1980 a prevalência de obesidade dobrou em mais de 70 países e continua aumentando

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

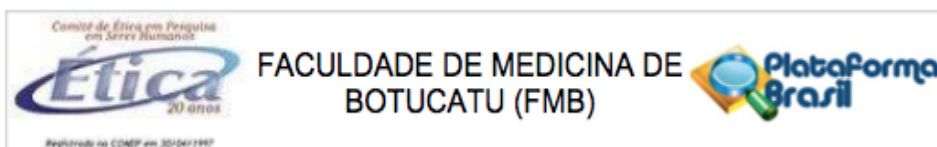
Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP **Município:** BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.713.512

na maioria dos países. Estima-se que a taxa de a obesidade pode levar a 4 milhões de mortes no mundo, sendo que destas, mais da metade ocorrem por Doença Cardiovascular (GDB, 2017; SWIBURN et al, 2019). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 600 milhões de pessoas terão Hipertensão Arterial (HA), com crescimento global de 60% dos casos até 2025, além de cerca de 7,1 milhões de mortes anuais (WHO, 2011). A HAS representa um importante fator de risco para a Doença Cardiovascular (DCV), sendo responsável por significativa contribuição na carga global das doenças e nos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (MALTA et al, 2017) Já para o Diabetes Mellitus, estima-se que a prevalência global de diabetes atingiu 9,3%, com o diabetes tipo 2 sendo responsável por cerca de 90% de todas as pessoas com diabetes. As evidências sugerem que o diabetes tipo 2, muitas vezes, pode ser prevenido, enquanto o diagnóstico precoce e o acesso a cuidados adequados para todos os tipos de diabetes podem evitar ou retardar complicações em pessoas que vivem com a doença. A Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2019), ainda salientou que: a previsão é que o número total de pessoas com diabetes aumente para 578 milhões em 2030 e para 700 milhões em 2045; que 374 milhões de adultos têm intolerância à glicose, colocando-os em alto risco de desenvolver diabetes tipo 2; que o diabetes foi responsável por cerca de US \$ 760 bilhões em gastos com saúde em 2019 e que ele está entre as 10 principais causas de morte, com quase metade ocorrendo em pessoas com menos de 60 anos (IDF, 2019). No Brasil, inquéritos populacionais têm adotado questionários para informações autorreferidas, pela simplicidade e pelos custos reduzidos na aplicação da técnica. Um exemplo é o Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2019), que apontou prevalência de Obesidade de 20,7% para o Brasil, prevalência de HAS de 24,5%, sendo maior em mulheres (27,3%) e menor em homens (21,2%) e prevalência de Diabetes Mellitus de 7,4% (mulheres 7,8% e homens 7,1%) (BRASIL, 2020) Dessa forma o Vigitel tem se mostrado um instrumento de fácil acesso aos dados de prevalência para obesidade e doenças crônicas no Brasil. Em 2004, a Estratégia Global para a alimentação, atividade física e saúde representou um importante marco quanto à postura a se adotar nas políticas para o enfrentamento das DCNT. Nos anos seguintes outros documentos pactuados globalmente ou regionalmente foram se somando e agregando conteúdos aos propósitos iniciais. As melhores práticas para o enfrentamento da obesidade e doenças associadas à má nutrição incluem as ações intersetoriais no setor público, com envolvimento da sociedade civil e o setor privado. Envolve o comportamento individual e pressupõe a presença de ambientes favoráveis a uma vida mais ativa e ao consumo de alimentos saudáveis, o planejamento

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

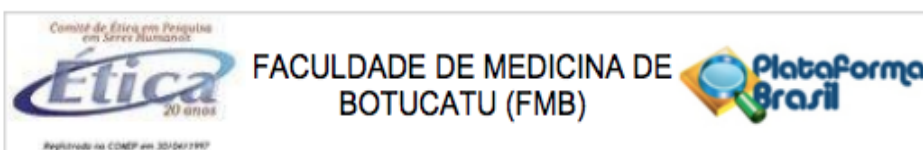
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.713.512

urbano e a transformação dos sistemas alimentares, entre outras ações de cunho intersetorial. A Declaração de Helsinki, da 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde teve como lema “Saúde em todas as políticas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014), o que reforçou marcadamente o caráter intersetorial das ações de prevenção e controle das DCNT. Em 2014, foi realizada a II Conferência Mundial de Nutrição, quando para além da desnutrição, outras formas de má nutrição foram amplamente discutidas, trazendo à tona a importância da transformação dos sistemas alimentares para o alcance da boa nutrição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014b). Em 2017, um seminário realizado pela Coordenação Global sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis da OMS pautou os direitos humanos nos contextos do Plano Global de DCNT 2013-2020, reconhecendo a necessidade de incorporar seus princípios nessa ação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). Questões como os direitos da mulher, o respeito à cultura, à ética. Políticas de saúde pública baseadas no direito e bem-estar, envolvendo alimento, saúde, ambiente direito à identidade cultural. Essas questões vão ao encontro dos propósitos de transformação dos ambientes obesogênicos em cenários saudáveis e o empoderamento das pessoas para o exercício da autonomia sobre a sua saúde. Com isso, reduzir as inequidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). No Brasil, o primeiro passo para a institucionalização da prevenção que envolve as práticas de alimentação e nutrição no Sistema de Saúde Brasileiro (SUS) foi a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), criada pelo Ministério da Saúde em 1999 através da Portaria 710/1999, seguindo diretrizes da OMS para o enfrentamento da má nutrição, (BRASIL, 1999). Em 2011 (Portaria 2.715/2011), a PNAN foi revisada tomando como princípios a humanização das práticas em saúde, a diversidade cultural e alimentar, a autonomia dos indivíduos, a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição, a segurança alimentar com soberania (BRASIL, 2011a). Seguindo os princípios da PNAN, em 2014, guardando sinergia com o lançamento da Estratégia Global em alimentação, atividade física e saúde da OMS, no Brasil o Programa Brasil Saudável promove as academias ao ar livre, ao mesmo tempo em que é lançado o Guia alimentar para a população brasileira. O Guia alimentar da população brasileira representou um importante marco para as diretrizes alimentares no Brasil, pelo resgate e pela valorização da nossa identidade alimentar, dado que até aquele momento a Pirâmide americana é que cumpria esse papel. Em 2014 o Guia alimentar brasileiro foi revisto, ampliando o entendimento multidimensional da alimentação, valorizando seus aspectos culturais e qualitativos (BRASIL, 2014a). Fortalecendo os propósitos da PNAN, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

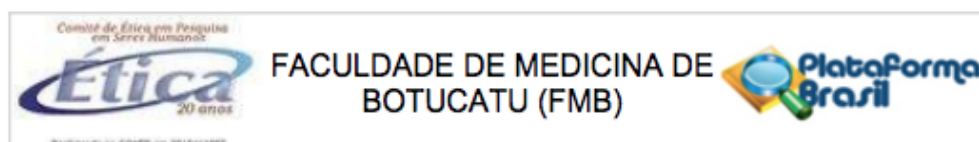
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.713.512

Crônicas Não Transmissíveis no Brasil - 2011 e 2022 (BRASIL, 2011b). Em 2013, como parte da Rede de Atenção à Saúde do SUS, foram lançadas portarias regulamentando procedimentos e orientando a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no SUS. Convergiu para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade (BRASIL, 2013b). Em 2014, foi lançada a Estratégia Intersetorial para Prevenção e controle da obesidade pactuada na Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) e, em 2015, o Pacto Nacional da Alimentação Saudável, coincidindo com a 5ª Conferência de SAN, fatos que fortalecem o caráter intersetorial dessa temática para o Brasil e o colocam em situação de protagonismo. No entanto, todos esses marcos legais muito bem institucionalizados no âmbito nacional ainda precisam ser consolidados no âmbito dos municípios e territórios das ações, o que representa grande desafio frente à problemática de dimensões tão complexas. No Estado de São Paulo, existem iniciativas de promoção da alimentação saudável, incluindo aquelas originadas na sociedade civil organizada, como é o caso da Rede-SANS: rede de defesa e promoção da alimentação saudável, adequada e solidária (www.redesans.com.br), bem como muitas outras iniciativas bem-sucedidas de âmbito setorial (saúde ou educação ou assistência social ou agricultura). A presença de pesquisadores das universidades nos processos de formulação, implantação e monitoramento das políticas públicas, ou mesmo em processos de pesquisas participativas voltadas à transformação das condições de vida das pessoas nos territórios, carece de investimento no campo da ciência e tecnologia. Por outro lado, há uma tomada de consciência de que será preciso transformar o fazer acadêmico, a partir da constatação de que estamos buscando respostas em lugares errados. No caso da obesidade, tem predominado o olhar na direção micro, em detrimento da direção macro. Conhecemos bem mais dos processos fisiológicos que dos socioecológicos. Isso valida a pesquisa participativa como método de construção de tecnologias, bem como a educação participante, crítica e ativa como métodos de produção do conhecimento. A presente proposta, pautada na Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, busca integrar a produção de soluções tecnológicas às práticas formativas, ao mesmo tempo adotar as redes colaborativas como estratégia de abordagem de questões complexas. Os produtos esperados para esses três anos de intervenção envolvem a análise situacional dos municípios com investigação partindo dos sistemas de informação até a aproximação com os profissionais e com a realidade do território, a construção coletiva da matriz teórico lógica em rede intersetorial de cooperação para a promoção do processo formação e reorganização dos processos de trabalho dos profissionais e gestores de saúde. O processo formativo objetivará identificar no território profissionais com habilidade para

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

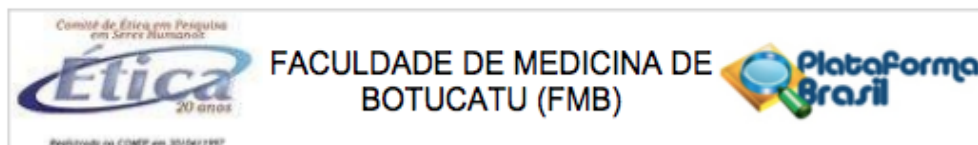
UF: SP

Telefone: (14)3880-1609

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.713.512

promoção de mudanças e ajustes em sua rede de trabalho. O processo avaliativo trará respostas ao processo de formação e dará visibilidade para as potencialidades do território. A inserção das práticas acadêmicas no território não só promoverá e fortalecerá as ações de promoção da saúde e prevenção e cuidados das DCNT na atenção básica, como também qualifica o processo de ensino. Não só isso, a presença da academia deveria permear todos os cenários do sistema alimentar e das políticas que o sustentam, colocando em prática habilidades que são próprias do pesquisador, de forma contextualizada na realidade, sem com isso substituir outros papéis, como o do Estado. Ênfase será dada ao conhecimento tradicional e ao empoderamento de minorias desfavorecidas, incluindo as mulheres, povos e comunidades tradicionais, que já constam como parceiros do INTERSSAN: Centro de Ciência, Tecnologia em Segurança Alimentar e Nutricional. Fruto de um longo processo de parceria entre academia, sociedade civil e poder público no Estado de São Paulo, decorrentes de convênios da UNESP com os Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovações e com o, estão, Ministério do Desenvolvimento Social. De grande relevância para as ações no território é o fortalecimento da democracia participativa e representação instituída pela Constituição de 1988, a partir dos conselhos de políticas públicas. O SUS tem sido protagonista nessa prática. Em tempos de incerteza, um tema tão agregador quanto alimentação e nutrição podem alavancar processos de participação social, com vista na transformação da realidade. Não só a alimentação, mas o cuidado com a saúde tem sido colocado em evidência frente à atual crise sanitária provocada pela COVID-19. Essa crise trouxe e certamente continuará trazendo demandas para as abordagens de saúde, incluindo o enfrentamento das doenças crônicas. O ponto de partida será sempre a realidade do território sob diferentes olhares e níveis de intervenção. A intersetorialidade, a interdisciplinaridade, o pensamento sistêmico, o diálogo de saberes é que dará sustentação a abordagem socioecológica que se pretende para refletir e agir frente aos fatores de risco modificáveis para as DCNT. Uma abordagem dessa natureza pode precisar de ferramentas para sistematizar e organizar informações. Será lançado mão de tecnologias de geoprocessamento dos dados que, se incentivará, sejam localmente produzidos, com o recurso de serem processados por especialistas da área da geografia, os quais compõem a equipe o projeto. A comunicação significativa será um dos focos do processo. Para tanto, os materiais didáticos e temas geradores de aprendizado serão desenvolvidos a partir da realidade dos educandos e da comunidade. Na proposta ora apresentada, os produtos didáticos serão resultantes do processo de formação. Serão oferecidos dois cursos de extensão sendo uma de 180h e um de 40h. Os materiais pedagógicos serão produzidos para os cursos de formação e

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

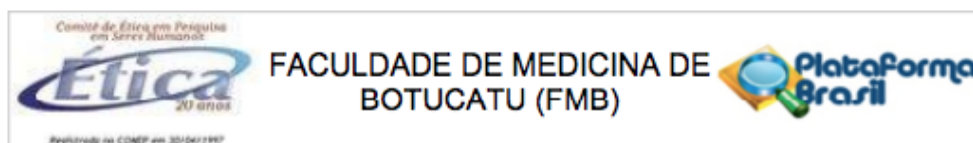
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.713.512

posteriormente disponibilizados na forma de e-book, disponibilizado para livre acesso. De ordem particular, encontra-se como contrapartida o INTERSSAN: Centro de Ciência e Tecnologia e Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional, que entre outros congrega um grupo de pesquisadores que vêm trabalhando a obesidade e doenças associadas desde a pesquisa básica até a política pública há quase 20 anos. Tem atuado no ensino, pesquisa e extensão em apoio à Rede SANS, Rede de defesa e promoção da alimentação adequada, saudável e solidária em parceria com a sociedade civil e o poder público em diversos municípios do Estado de São Paulo e conta com infraestrutura e recursos proporcionados pelo Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI). Além disso, a UNESP encontra-se em 24 municípios do Estado e o INTERSSAN tem pesquisadores espalhados em 17 dessas Unidades. Esses atributos habilitam os proponentes da presente proposta a alcançar os objetivos e metas apontadas.

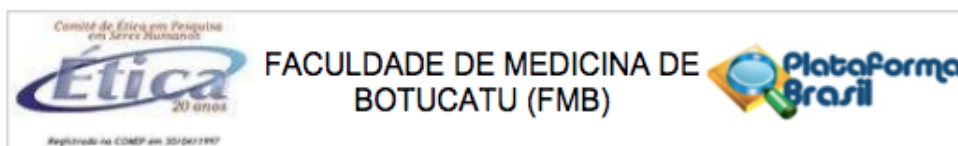
Hipótese:

Como hipótese, supõe-se que o processo de trabalho esteja pouco articulado entre os pontos da rede, que haja pouca participação dos profissionais nos processos de gestão e planejamento, e, consequentemente, pouco dados sistematizados, e que a formação resulte em transformação de práticas de gestão e cuidado.

Metodologia:

Trata de um projeto de ensino, pesquisa e extensão com o propósito de transformar as práticas de gestão, promoção da saúde, prevenção e cuidado da obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes em 66 municípios do Estado de São Paulo. O projeto será desenvolvido em 4 eixos: Eixo 1) Análise situacional dos municípios e esquipos; Eixo 2) Processo de formação; Eixo 3) Avaliação e; Eixo 4) Difusão e Tradução do conhecimento. O Eixo 1 consistirá em uma abordagem mista sobre Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) à Pessoa com Doença Crônica Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde de municípios do estado de São Paulo (SP), tomando-se como bases metodológicas a análise exploratória de dados secundários, Diagnóstico Participativo e a construção de um Modelo Lógico Teórico (MLT) para RRAS às DCNT no estado. No Eixo 2, serão desenvolvidos processos formativos para dois grupos específicos para profissionais e gestores de saúde, com base nas informações obtidas no primeiro eixo do projeto envolvendo como pressupostos teórico-metodológicos a Pesquisa Participante, a Pesquisa cidadã e o Diálogo de saberes. No Eixo 3, será avaliado o processo de formação no território com abordagem de métodos mistos, utilizando a avaliação processual,

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



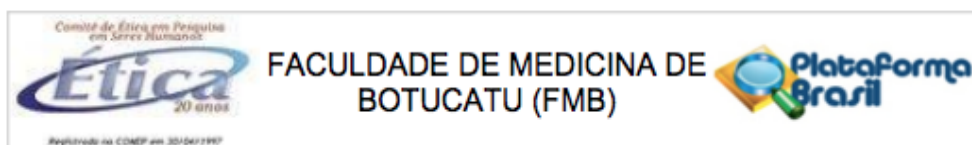
Continuação do Parecer: 6.713.512

críticoreflexiva do processo de ensino-aprendizagem e referenciada em critérios previamente conhecidos pelos discentes e docentes, através de instrumentos de avaliação das habilidades, atitudes e conhecimentos desenvolvidos, bem como, com o desenvolvimento de grupos focais. Por fim, o Eixo 4, será conduzido durante todo o percurso do projeto, através da difusão de conhecimento em diferentes canais de comunicação e utilização de inteligência artificial e mapeamento de atores da rede.

Critério de Inclusão:

Para o estudo será, de forma estratificada, convidado a participar 66 municípios do Estado de São Paulo, o que representará 10,2% dos municípios de todo o estado. A população estimada é de 4.090.390, correspondente a 8,8% da população do Estado. O município de São Paulo Capital não foi incluído na amostra, pois já existe um projeto de formação em andamento, com recursos do Ministério da Saúde que trata da obesidade, em andamento na cidade. Para a seleção foi considerada a prevalência de excesso de peso segundo dados do SISVAN (BRASIL, 2019a), a mortalidade prematura por Hipertensão Arterial Sistêmica segundo as Taxas de Mortalidade por município de residência e Diabetes tipo 2 segundo o Coeficiente de Mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes, disponibilizado no Plano Estadual de Saúde entre 2020 e 2023 (SES-SP, 2020). Foram também considerados o grau de urbanização e a tipologia dos municípios em termos de representatividade proporcional à configuração do Estado (BRASIL, 2017). A amostra foi estratificada, compondo-se de um município em cada Região de Saúde. Em seguida, para cada Região de Saúde, primeiramente foi selecionado o município que apresentou indicadores de saúde com prevalência descrita acima da média do Estado. Quando havia mais de um município apresentando o mesmo percentual de prevalência, foi priorizado como critério de desempate, independentemente do valor, o indicador de excesso de peso, seguido de diabetes e hipertensão. Para garantir proporcionalidade no grau de urbanização foi-se para o próximo da lista para incluir municípios com características rurais, mas que atendessem a um critério de saúde. Para o processo de formação será disponibilizada vagas para 3 gestores de cada município (n=198) e para todas as 525 equipes de saúde da família, estimando-se uma média de 3 participantes por equipe (n=1.575), embora não se limite o número de participantes por equipe. Os representantes de cada município serão pactuados individualmente, de forma mais voluntária possível. Será priorizado o desejo em participar. Vale mencionar, que se o município selecionado, após o contato da equipe de projeto, declarar não haver interesse em participar do projeto, o próximo município na classificação conforme o

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.713.512

critério de seleção será convidado a participar.

Critério de Exclusão:

Nos processos de avaliação serão excluídos os resultados implausíveis, mas todos os municípios e seus participantes serão considerados independente da intensidade de participação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Fortalecer a governança municipal e a capacidade técnica das equipes de atenção primária à saúde para a promoção da saúde, prevenção e cuidado das doenças crônicas não transmissíveis no Estado de São Paulo, por meio do trabalho em rede mediado por ações de ensino-pesquisaextensão

Objetivo secundário:

- Conhecer e analisar propositivamente como a Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica vem operando na Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo. - Desenvolver um processo formativo envolvendo gestores e equipes de saúde visando às ações identificadas como prioritárias para as DCNT na atenção primária. - Sistematizar e avaliar o processo de formação e transformação das práticas de gestão e cuidado tomando como referência a pesquisa participante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

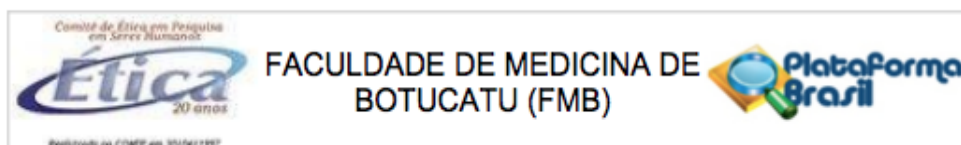
Riscos:

O risco que essa pesquisa apresenta é mínimo, se considerada a possibilidade de constrangimento ao expor questões da rotina de trabalho ou saber que as ações de cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis no município apresentam lacunas, entretanto, todo cuidado será tomado pelo pesquisador para minimizar qualquer desconforto.

Benefícios:

Ao integrar o projeto, o município irá participar de uma estratégia inovadora de trabalho, onde de forma ativa será protagonista na busca conjunta de ações de enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos serviços de Atenção Primária à Saúde. A reorganização das práticas, certamente irá contribuir para a redução das mortes prematuras do município, bem como para a estruturação do cuidado aos crônicos.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.713.512

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda com a finalidade de incluir a avaliação dos resultados dos encontros com os grupos focais, referente ao impacto do Programa de Formação de DCNT e seus Fatores de Riscos Associados no Estado de São Paulo, possibilitando a difusão científica e a tradução do conhecimento para divulgação dos resultados, através do projeto de tese do aluno Marcelo Ricardo Rosa, doutorando do PPG em Enfermagem, sob a orientação da Professora Silvia Cristina Mangini Bocchi.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já avaliados anteriormente:

Nesta emenda, foram apresentados os documentos:

- carta de justificativa de emenda
- projeto completo

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO da EMENDA apresentada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, a EMENDA apresentada encontra-se APROVADA.

Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2289047_E2.pdf	13/03/2024 14:55:01		Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto.pdf	13/03/2024	Marcelo Ricardo	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

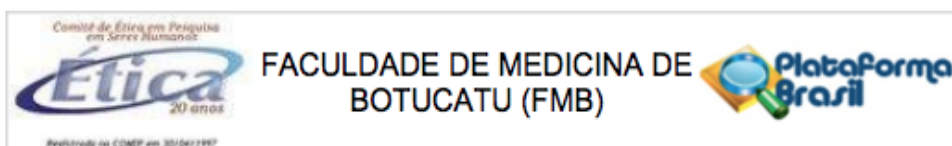
UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.713.512

Brochura Pesquisa	Projeto.pdf	14:51:30	Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo.pdf	13/03/2024 14:38:37	Marcelo Ricardo Rosa	Aceito
Outros	Outros.pdf	13/03/2024 14:35:50	Marcelo Ricardo Rosa	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2289047_E2.pdf	21/02/2024 16:49:46		Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto.pdf	21/02/2024 16:43:47	Marcelo Ricardo Rosa	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto.pdf	21/02/2024 16:43:47	Marcelo Ricardo Rosa	Postado
Outros	justificativa.pdf	21/02/2024 16:38:11	Marcelo Ricardo Rosa	Aceito
Outros	justificativa.pdf	21/02/2024 16:38:11	Marcelo Ricardo Rosa	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento_ArticulaRRAS201021.pdf	20/10/2022 11:49:48	ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA BARBOSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuencia_IBB_071221.pdf	08/12/2021 18:58:45	ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA BARBOSA	Aceito
Declaração de concordância	termoconcordancia.pdf	25/11/2021 06:48:33	Maria Rita Marques de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada_200921.pdf	20/09/2021 15:36:51	ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo_ArticulaRRAS200921.pdf	20/09/2021 09:53:57	ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

I

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

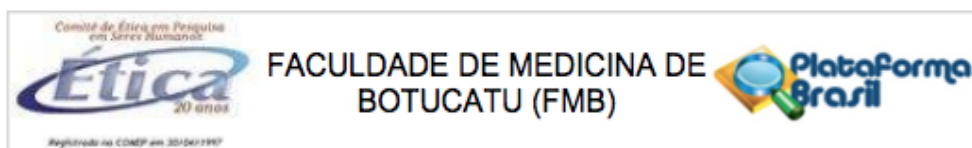
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.713.512

BOTUCATU, 20 de Março de 2024

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Apêndice 2. Quadros com respectivos códigos, referentes à árvore de categorias e subcategorias que compõem a experiência.

Quadro 2. Subcategoria A2.1. Defrontando-se com sobrecarga de trabalho mediante o déficit de recursos humanos agravado pela pandemia COVID 19: elementos e códigos

Elemento A2.1.1. Enfrentando déficit de recursos humanos que se exacerbou durante a pandemia COVID 19

- Enfrentando constante dificuldade na contratação de equipe especializada, devido à localização remota e à escassez de profissionais, resultando na persistência da ausência de mudanças no município (B2-25);
- Vivenciando limitação de recursos humanos no município, que compromete a implementação de projetos e o avanço das ações de saúde (RC 1- 4);
- Reconhecendo a insuficiência de força de trabalho no município, que limita a execução das atividades de saúde e compromete a rotina da equipe (R3-4);

Elemento A2.1.2. Deparando-se com sobrecarga de trabalho (A2.1.2)

- Reconhecendo a sobrecarga das enfermeiras das unidades diante da falta de médicos e agentes, o que compromete a organização das ações e a qualidade do cuidado (RC1-8);
- Equipe sobrecarregada e com dificuldades para avançar nas atividades do projeto, devido às limitações e desafios impostos pela pandemia (M.2.8);
- Evidenciando que a sobrecarga de demandas assistenciais nas unidades compromete as participações em propostas formativas nas ações do projeto e limita o engajamento coletivo (B1-3);
- Considerando que a sobrecarga intensa de trabalho e o deslocamento para outras unidades impedem a participação e conclusão de propostas formativas, assim como o advento da pandemia COVID 19 gerou afastamentos de funcionários (R1-1).

Quadro 3. Subcategoria A2.2.1. Tendo dificuldades com espaços físicos: códigos

- Considerando que a infraestrutura precária, estação de trabalho inadequada e desafios cotidianos dificultam a participação efetiva nas atividades de aperfeiçoamento (F3-2);
- Reconhecendo as dificuldades durante a reforma da unidade de saúde, como limitação de espaço e falta de privacidade, que impactaram negativamente as propostas do projeto (F6-6);
- Enfrentando limitação de espaço físico nas unidades, que dificulta o empenho das equipes em projetos formativos (SJ20-24).

Quadro 4 - Categoria A2.3. Não contando com governança para viabilizar projetos: elementos e códigos

sub A2.3.1. Percebendo interferência de atividades formativas simultâneas

- Sentindo dificuldade em compreender e organizar as ações do projeto e de outras iniciativas devido à implantação simultânea de programas formativos (M5-8);
- Tendo dificuldades em conciliar cursos simultâneos (R-3-5);

Subcategoria A2.3.2. Enfrentando interposição política que inviabiliza a operacionalização de políticas de saúde.

- Vivenciando pressões político-eleitorais intensificadas em períodos eleitorais, quando pacientes recorrem a autoridades e à mídia para exigir atendimentos imediatos, gerando ameaças e comprometendo a organização das ações de saúde (F7-17);
- Frustrada diante da interferência política que desqualifica o cuidado e sobrepõe interesses eleitorais às diretrizes do Ministério da Saúde (M2-13);
- Sofrendo interferência política que desvia das diretrizes do Ministério da Saúde e inviabiliza a continuidade das ações planejadas (M5-13).

Quadro 5. Subcategoria A2.4. Defrontando-se com barreiras socioculturais e relacionais cristalizadas com membros de equipe de saúde e usuários: elementos e códigos

Elemento A2.4.1. Deparando-se com conflitos usuários-profissionais da saúde

- Percebendo que profissionais e pacientes vivem em constante confronto, afetando o processo de cuidado. (B2-18);
- Constatando que a dificuldade de compreensão dos pacientes acerca da prevenção e da promoção da saúde gera conflitos com os profissionais e impacta negativamente o processo do cuidar. (M5.6);
- Apontando que o modelo curativo arraigado em pacientes e profissionais gera conflitos e dificulta a efetividade de ações preventivas propostas pelo projeto. (M2.11).

Elemento A2.4.2. Confrontando-se com resistência de usuários à participação em atividades de saúde

- Enfrentando resistência dos usuários em participar dos grupos de saúde propostos no município (M4-19);
- Frustrada por não conseguir transmitir nos grupos de saúde orientações evidenciadas por protocolos em razão da falta de adesão e da relutância dos usuários (SJ8-12);
- Percebendo que, após 15 anos como ACS, ainda enfrenta dificuldades para mudar a cultura dos pacientes e adotar uma abordagem preventiva devido à resistência deles (F7-16).

Quadro 6. Categoria A2. Confirmando a hipótese de inviabilidade do projeto: códigos

- Não constatando estratégias inovadoras para qualificar o cuidado, conforme prometido na apresentação do projeto (M5.9);
- Não tendo claro quais os instrumentos inovadores propostos no projeto para o atendimento dos usuários com DCNTs (M5.9);
- Observando a persistência dos mesmos problemas de sempre relativos às DCNTs (M5.9);
- Desconhecendo ações efetivas relativas ao projeto que ajudam a lidar com as DCNTs em sua realidade (M5.9);
- Ficando com dúvidas sobre a forma que o projeto poderia contribuir para melhorar a qualidade do serviço (M5.9);
- Afastando-se gradualmente da proposta ao confirmar a inviabilidade prática no serviço (SJ22-25).

Quadro 7. Categoria A3. Membros da equipe persistindo em práticas arraigadas: códigos

- Considerando que apesar de ter concluído o curso do ArticulaRRAS, não foram implementadas novas práticas na unidade (R2-11);
- Problematicando a manutenção de uma lógica protocolar e quantitativa no processo de trabalho das equipes, sem análise crítica para ações estratégicas. (SJ14-18);
- Persistindo em práticas rotineiras e sem cuidado longitudinal, o que leva ao abandono dos pacientes (M2.12);
- Mantendo métodos habituais de cuidado, devido à dificuldade da equipe em aplicar novos modelos de atenção à saúde na prática e ao isolamento entre categorias (B1-8);
- Lidando com a resistência dos profissionais diante das mudanças, decorrente do medo do novo (B2-18);
- Não mudando a maneira de atender hipertensos e diabéticos, em razão de não termos recursos humanos suficientes (M2);
- Equipe repetindo as mesmas rotinas, olhando exames e preenchendo fichas, não avançando no cuidado longitudinal de pacientes com DCNTs (M2).

Quadro 8. Subcategoria B1.1. Compreendendo a finalidade do projeto a partir dos propositores: códigos

- Recebendo, no início, a visita da articuladora do projeto com explicações claras sobre como se daria o processo de formação em DCNT (M2.2);
- Participando da reunião inicial do projeto, onde recebeu explicações abrangentes da articuladora, e acompanhado outras etapas presenciais e online, demonstrando envolvimento com a proposta de formação (SJ10.15).

Quadro 9. Subcategoria B1.2. Percebendo a anuência dos DRS: códigos

- Manifestando-se otimista com um possível envolvimento do DRS em compartilhar informativos com as unidades de saúde para facilitar o acesso à informação pelos profissionais das equipes (B2-6);
- Percebendo o envolvimento do DRS como promissor, mas limitado por barreiras no cotidiano do serviço (M2.2).

Quadro 10. Subcategoria B1.3. Avaliando a proposta como oportuna para o município: códigos

- Considerando que o projeto ARTICULARRAS chegou em um momento importante para conscientizar as equipes de saúde e promover mudanças nas políticas do município (B1-1);
- Reconhecendo a pertinência do projeto diante da alta incidência de DCNTs, por incentivar reflexão sobre os desafios das equipes e a ausência de políticas públicas compatíveis com a realidade local (M2.3).

Quadro 11. Subcategoria B2.1. A equipe se alinhando às análises dos dados de saúde do município: códigos

- Envolvendo a equipe multiprofissional na coleta e análise dos dados de saúde do município para orientar ações integradas e fortalecer o olhar coletivo sobre o território. (RC1-4);
- Realizando as atividades de coleta e análise de dados propostas no projeto, em equipe e com apoio de colegas do NASF (R-3-3).

Quadro 12. Subcategoria B1.1.2. Realizando o diagnóstico situacional de DCNTs no município: códigos

- Iniciando levantamento diagnóstico das DCNTs para atualização e qualificação dos dados territoriais (SJ7-2);
- Realizando o diagnóstico situacional das DCNTs com a equipe para identificar vulnerabilidades e orientar o planejamento das ações (M5-3);
- Atualizando e aprofundando o diagnóstico das doenças crônicas para reconhecer lacunas de informação e orientar o planejamento das ações no território [...]. (RC1-5).

Quadro 13. Subcategoria B2.3. Despertando preocupações com dados epidemiológicos encontrados: códigos

- Demonstrando preocupação com o aumento dos casos de DCNTs e com os resultados revelados pelos dados epidemiológicos levantados no município DCNT (B2.23);
- Reconhecendo o aumento expressivo de casos de bronquite e doenças respiratórias na unidade e demonstrando preocupação diante dos dados epidemiológicos levantados (SJ9-14).

Quadro 14. Subcategoria B2.4. Identificando a necessidade de reorganizar o processo de trabalho: códigos

- Reconhecendo, a partir da vivência diária, a necessidade de reorganizar o processo de trabalho diante das falhas no acompanhamento das DCNTs e na comunicação entre os profissionais (B2-22);
- Percebendo a necessidade de organização interna para incorporá-las gradualmente no processo de trabalho e alcançar resultados práticos (M2.3);
- Corroborando a necessidade de reorganizar o fluxo de trabalho para reduzir o retrabalho e alcançar maior efetividade nas ações e acompanhamento uniforme dos pacientes (M5-2).

Quadro 15. Subcategoria B2.5. Elaborando metas e ações de cuidado a partir de indicadores de saúde local: códigos

- Definindo metas e planos de ação com base na realidade de saúde identificada no município, buscando gerar resultados positivos e qualificar o cuidado prestado aos portadores de DCNTs (B1-1);
- Elaborando planos de ações de cuidado com base nas análises realizadas para aprimorar o acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas, contribuindo com o cuidado longitudinal (SJ7-8).

Quadro 16. Subcategoria B1.6. *Incorporando tecnologias no processo de trabalho cotidiano:* códigos

- Incorporando ferramentas de monitoramento de DCNT disponibilizadas na formação para aprimorar o monitoramento territorial de usuários com doenças crônicas e atingir metas (SJ7-7);
- Adotando a estratificação de risco como ferramenta de apoio para reconhecer pacientes sem acompanhamento e orientar o planejamento do cuidado na unidade (M2-25);
- Inserindo práticas de medicina integrativa nos serviços de saúde do município, com destaque para o uso da acupuntura por fisioterapeutas, resultando em melhorias percebidas na qualidade de vida dos pacientes atendidos (B1-23);
- Incorporando o Centro de Atenção às DCNT como tecnologia de cuidado, reorganizando práticas e ampliando a compreensão das equipes e lideranças sobre o acompanhamento das doenças crônicas (RC1-5).

Quadro 17. Subcategoria B2.7. *Passando a monitorar indicadores e saúde:* códigos

- Monitorando indicadores para orientar decisões estratégicas no planejamento das ações (SJ7-7);
- Considerando as reuniões mensais com as lideranças como espaço para analisar indicadores de saúde, identificar necessidades, cobrar ações e incentivar a adesão às atividades. (RC 1-4);
- Monitorando os indicadores de forma contínua e tomando decisões rápidas diante das variações observadas, mesmo com foco institucional voltado apenas aos números (R4-6).

Quadro 18. Subcategoria B3.1. Catalisando mudanças de política nos serviços de saúde: códigos

- Reconhecendo que as transformações desencadeadas pelo projeto vêm gerando mudanças significativas nas políticas de saúde do município, com elaboração de diretrizes, revisão de protocolos e definição de novos fluxos assistenciais (B1-8);
- Percebendo que a contratação de médicos experientes pela gestão municipal impulsionou mudanças nas políticas locais de saúde, promovendo reorganização das práticas assistenciais, integração das equipes e aprimoramento do cuidado contínuo (B2-8);
- Identificando que o projeto passou a orientar a prática da Atenção Básica e desencadeou mudanças institucionais ao subsidiar a gestão na contratação de especialistas, reorganizando o cuidado às doenças crônicas e aproximando as ações municipais das diretrizes das políticas de saúde (RC 1-5).

Quadro 19. Subcategoria B3.2. Fortalecendo a intersetorialidade como diretriz das políticas municipais de saúde

- Reconhecendo que a parceria estabelecida com a Secretaria de Esportes fortaleceu a intersetorialidade no município, ampliando ações de promoção da saúde e qualificando o cuidado às pessoas com doenças crônicas na Atenção Básica (B2-11);
- Satisfeita com a articulação estabelecida com a Secretaria de Educação, percebeu que essa parceria ampliou ações integradas de promoção e prevenção das DCNTs no ambiente escolar e consolidou práticas intersetoriais no município (SJ7-8);
- Reconhecendo que a parceria com a Secretaria de Meio Ambiente contribuiu para ações voltadas à criação de espaços saudáveis e alimentação adequada, favorecendo o controle das DCNTs (SJ5-18).

Quadro 20. Subcategoria B4.1. Lidando com limitações de infraestrutura

- Identificando que a infraestrutura inadequada da unidade comprometeu a realização das atividades do projeto (F3-2);
- Reconhecendo as dificuldades durante a reforma da unidade de saúde, como limitação de espaço e falta de privacidade, que impactaram negativamente os estudos do curso (R1-8).

Quadro 21. Subcategoria B4.2. Vivenciando precariedades tecnológicas que comprometem o acesso às atividades formativas: códigos

- Sentindo-se frustrada diante das falhas de conexão e dos problemas tecnológicos que dificultaram o acesso à plataforma do curso, resultando em atrasos, perda de prazos e acompanhamento parcial dos conteúdos (M2-3);
- Evidenciando que o computador disponível na unidade, além de ser compartilhado por toda a equipe, apresentava baixo desempenho e sistemas desatualizados (SJ20-23);
- Identificando que o computador ultrapassado dificultava o acesso aos conteúdos do curso e limitava seu aproveitamento (SJ6-18).

Quadro 22. Subcategoria B4.3. Enfrentando limites para operacionalizar o projeto e sistematizar suas ações: códigos

- Reconhecendo a dificuldade da equipe em registrar as etapas do projeto, ao perceber que nem sempre as ações realizadas correspondiam ao que se propunha fazer (M2-26);
- Sentindo que transformar o planejamento do projeto em prática e sistematizar as ações realizadas se mostrava difícil para a equipe, percebeu que muitas atividades eram interrompidas e que os registros não acompanhavam o que de fato havia sido realizado (B2-14).