31 FORTALECIMENTO DA GESTÃO TERRITORIAL DO SUS POR MEIO DA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIA DA ESTRATÉGIA AFORSA

Miqueline Correia de Melo[1]
Beatriz Andrade de Araújo[1]
Monik Silva Duarte[1]
Carina Lucena Mendes Marques[1]
Letícia Moreira Silva[2]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.15.chap31

RESUMO

A Estratégia de Apoiadores de Fortalecimento da Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária (AFORSA), desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em parceria com a OPAS, tem como objetivo fortalecer a integração entre Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Primária à Saúde (APS), qualificando o planejamento territorial e a gestão regional do SUS. Este estudo avaliativo de abordagem mista analisou a percepção de 52 atores envolvidos na estratégia, incluindo apoiadores, coordenadores e gerentes regionais de saúde das 12 GERES do estado. Os resultados demonstraram elevada aceitação da AFORSA, com 93,6% das ava-

liações classificadas como boas ou excelentes. A integração entre VS e APS foi apontada simultaneamente como o principal avanço e o principal desafio da estratégia, refletindo a fragmentação histórica dessas áreas. Os participantes destacaram contribuições para o planejamento regional, fortalecimento da governança, uso de indicadores e articulação entre os níveis de gestão. Conclui-se que a AFORSA vem cumprindo papel estratégico no fortalecimento da regionalização, da tomada de decisão baseada em evidências e da integração das políticas de saúde em Pernambuco, apresentando elevado potencial de continuidade e expansão.

Palavras-chave: Vigilância em saúde, Atenção primária à saúde, Regionalização da saúde, Planejamento territorial, Gestão do SUS

INTRODUÇÃO

As Políticas Públicas de Vigilância em Saúde (VS) e de Atenção Primária à Saúde (APS) constituem pilares estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essenciais para a organização das ações de promoção, prevenção e atenção integral à população. Enquanto a VS atua fundamentalmente na produção, análise e disseminação de informações relacionadas aos condicionantes, riscos e agravos, a APS caracteriza-se como a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e coordenadora do cuidado[1,2]. Apesar da interdependência entre essas áreas, historicamente suas ações foram desenvolvidas de maneira fragmentada, dificultando respostas integrais às necessidades dos territórios[3].

Nos últimos anos, o fortalecimento da integração entre VS e APS tem sido amplamente discutido como estratégia fundamental para a ampliação da resolutividade das ações e consolidação de modelos de cuidado integrados e territorializados[4,5]. A territorialização permite compreender as especificidades sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas de cada região, favorecendo intervenções oportunas e alinhadas às necessidades locais[6,7]. Além disso, a

regionalização em saúde fortalece a organização das redes e amplia a capacidade de resposta do SUS de forma descentralizada[1,2].

Em Pernambuco, o processo de regionalização foi iniciado pela necessidade de redefinir a conformação territorial do Estado, reorganizando as regiões de saúde a partir da elaboração de um novo Plano de Regionalização da Saúde (PDR) homologado em CIB de 19/09/2011. A nova conformação territorial, vigente até os dias atuais, organiza o Estado em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde.

A estratégia foi implementada no primeiro semestre de 2025, nas 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES) do estado, com composição estratificada em 12 apoiadores de VS e 12 de APS – dois apoiadores por GERES – responsáveis pela atuação estratégica relacionada à análise epidemiológica, territorialização, planejamento regional e organização do cuidado.

Cabe ressaltar que a Estratégia de Apoiadores de Fortalecimento da Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária (AFORSA), desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) por meio de Termo de Cooperação Técnica nº 106, surge como iniciativa voltada ao fortalecimento da articulação entre a gestão em nível central e regional, e com os serviços de saúde.

A estratégia AFORSA busca fortalecer processos de trabalho integrados, ampliar o uso das informações em saúde e qualificar o planejamento territorial no SUS. Além da produção técnica, favorece a articulação entre diferentes níveis de gestão, contribuindo para a construção de práticas regionalizadas. Diante disso, o presente capítulo tem como objetivo analisar a experiência da AFORSA em Pernambuco, destacando suas contribuições para a integração entre VS e APS, seus avanços, desafios e potencialidades para o fortalecimento da gestão local.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo de abordagem mista (quantitativa e qualitativa), que analisou a percepção de atores determinantes envolvidos na implementação da Estratégia AFORSA em Pernambuco.

Os atores convidados a participar da pesquisa foram divididos em três núcleos básicos: a) apoiadores regionais de VS e APS, b) coordenadores regionais de VS e APS, c) gerentes regionais de saúde, totalizando 59 atores elegíveis. Os núcleos são compostos por 24 apoiadores regionais AFORSA, 24 coordenadores de VS e APS, e 12 gerentes regionais, totalizando 60 atores.

Durante o período de coleta de dados, um dos apoiadores regionais de VS tinha recentemente solicitado o distrato da estratégica, o que resultou em uma redução do número de participantes vinculados ao Núcleo A.

Dos 59 atores elegíveis, 52 profissionais responderam à avaliação (taxa de resposta de 88,1%), distribuídos entre: 12 apoiadores(as) de Atenção à Saúde, 11 apoiadores(as) de Vigilância em Saúde, 9 coordenadores(as) de Atenção à Saúde, 10 coordenadores(as) de Vigilância em Saúde e 10 Gerentes Regionais de Saúde, cobrindo as 12 GERES do estado.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário eletrônico autoaplicável, estruturado com questões fechadas e abertas. A etapa quantitativa contemplou dez questões reguladas em escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (Muito ruim) a 5 (Excelente), abordando a implementação das políticas, integração entre as áreas, cooperação interfederativa, utilidade dos produtos técnicos, fortalecimento das ações e continuidade da estratégia.

A etapa qualitativa incluiu questões abertas destinadas a identificar potencialidades, desafios e oportunidades de aprimoramento, permitindo a livre manifestação dos participantes.

Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva (frequências absolutas, relativas e médias de escores). As respostas

abertas foram tratadas por meio de análise temática de conteúdo, identificando os núcleos de sentido mais recorrentes para complementar os achados quantitativos. Adicionalmente, foram analisados registros administrativos de monitoramento da estratégia (execução de atividades e utilização de diárias) para triangulação de evidências. A participação foi voluntária e anônima, com análise agregada dos dados.

RESULTADOS

De modo geral, as avaliações quantitativas apresentaram elevada favorabilidade, concentrando-se nos escores 4 (Bom) e 5 (Excelente), que somaram 93,6% das 519 respostas computadas. O escore máximo (Excelente) foi atribuído por 65,3% das avaliações, enquanto 28,3% classificaram os aspectos como Bons. O escore Regular representou 5,0%, o Ruim registrou apenas 1,3%, e não houve menções para Muito Ruim.

Tabela 1. Distribuição dos escores atribuídos pelos participantes à estratégia AFORSA

Escore	Classificação	n	%
1	Muito ruim	0	0,0
2	Ruim	7	1,3
3	Regular	26	5,0
4	Bom	147	28,3
5	Excelente	339	65,3
Total		**519**	**100**

Fonte: Elaborado pelos autores.

A análise das médias revelou que a continuidade da Estratégia AFORSA foi o aspecto mais bem avaliado pelos participantes (média = 4,78). Por outro lado, a integração entre VS e APS apresentou a menor média entre os itens (4,18), indicando que, embora positiva, a integração ainda se configura como o nó crítico mais persistente nos territórios.

Na análise das respostas abertas, os termos mais frequentes foram "saúde", “integração”, “ações”, “território”, “vigilância”, “municípios” e “planejamento”

Figura 1. Nuvem de palavras resultante da análise qualitativa das percepções sobre a implementação da Estratégia AFORSA nos territórios.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A percepção qualitativa variou sutilmente de acordo com o papel institucional do ator:

- Apoiadores: Destacaram o uso prático de indicadores para tomada de decisão e a aproximação das áreas técnicas. Como desafios, citaram a sobrecarga das equipes municipais, entraves administrativos e dificuldades operacionais com deslocamento e diárias.
- Coordenadores de VS e APS: Enfatizaram a qualidade dos diagnósticos situacionais criados, sugerindo a necessidade de maior integração dos sistemas de informação e criação de instrumentos de monitoramento compartilhados.
- Gerentes Regionais: Valorizaram o fortalecimento da governança regional e o papel do apoiador como elo entre o estado e as gestões municipais. Indicaram como desafios a sustentabilidade futura e a institucionalização das ações.

A análise por GERES demonstrou alto alinhamento de percepções entre os três grupos em parte das regionais, enquanto outras

evidenciaram concordância moderada ou especificidades ligadas ao escopo de atuação de cada ator (Tabela 2), sem apresentar divergências estruturais.

Tabela 2. Síntese da concordância entre apoiadores, coordenadores e gerentes das GERES

Grau de Concordância	Número de GERES	Características
Alta	3	Integra convergência sobre resultados alcançados e desafios enfrentados.
Moderada	6	Reconhecimento dos mesmos avanços, com priorizações distintas para os desafios.
Baixa	3	Diferenças de enfoque natural decorrentes do papel institucional dos respondentes.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Por fim, a integração entre as áreas foi o tema central qualitativo: 46% dos participantes (24 atores) a listaram como o principal resultado ganho, ao passo que 35% (18 atores) a apontaram como um desafio persistente devido à fragmentação histórica do trabalho nos municípios. Uma parcela minoritária indicou que determinados produtos técnicos pareciam distantes das demandas locais mais imediatas.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam elevada aceitação da Estratégia AFORSA entre os diferentes atores envolvidos em sua implementação. A predominância de avaliações favoráveis e a centralidade de termos como integração, território e planejamento sugerem que a estratégia é reconhecida como um importante mecanismo de fortalecimento da gestão regional e da atuação integrada no SUS. Esse achado converge com a literatura que destaca a regionalização e a governança territorial como elementos centrais para a coordenação das redes de atenção à saúde e para o enfrentamento das desigualdades regionais em sistemas universais[1-3].

A análise das percepções demonstra convergência significativa quanto às potencialidades da estratégia. Embora cada grupo enfatize aspectos relacionados às suas atribuições, todos reconhecem a contribuição da AFORSA para o planejamento e a articulação entre os níveis de gestão. Estudos sobre apoio institucional e cogestão no SUS apontam que a atuação de apoiadores favorece a circulação de informações, a mediação entre níveis de gestão e a construção de capacidades locais para planejamento e tomada de decisão[4-6].

No que se refere às dificuldades operacionais para deslocamentos, levantados por alguns apoiadores, a análise dos registros administrativos de monitoramento não referendou essa percepção como uma falha sistêmica. O acompanhamento demonstrou que apenas 2 dos 24 apoiadores utilizaram integralmente a ajuda de custo para deslocamento solicitada no período. Assim, a questão parece estar associada a entraves burocráticos ou experiências individuais pontuais, não indicando um problema estrutural de oferta do recurso.

Sobre o desalinhamento de alguns produtos técnicos em relação às demandas imediatas do território, vale pontuar que os temas foram norteados pelas prioridades estratégicas e epidemiológicas para a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. A literatura sobre planejamento regional pondera que a definição de prioridades frequentemente exige conciliar diretrizes estaduais macro com demandas locais imediatas, gerando tensões normais da gestão interfederativa[2,7]. Isso sinaliza a necessidade de refinar os processos de tradução e apropriação do conhecimento nesses espaços, tornando o produto técnico mais dinâmico e aplicável ao cotidiano do gestor local[8,9].

O fato de a integração entre VS e APS figurar simultaneamente como principal avanço e desafio reflete a fragmentação histórica que marca a evolução do sistema de saúde brasileiro, caracterizado por processos de trabalho tradicionalmente isolados[10-13]. Portanto, essa dualidade não traduz uma fragilidade da estratégia AFORSA em si, mas sim a sua atuação direta sobre um problema estrutu-

ral crônico. A aproximação dessas áreas atende diretamente às diretrizes do Ministério da Saúde, reforçando que a fusão dessas práticas é premissa para a integralidade do cuidado, embora sua consolidação plena seja um processo de longo prazo[14-15].

A alta concordância de visões entre apoiadores, coordenadores e gerentes atesta a maturidade institucional da estratégia. As variações observadas refletem estritamente o local de fala e a responsabilidade institucional de cada ator, o que, sob a ótica da governança colaborativa, fortalece a legitimidade das intervenções e indica a sustentabilidade da política nos territórios avaliados[3-16].

CONCLUSÃO

Os resultados demonstram que a Estratégia AFORSA é amplamente reconhecida como uma iniciativa capaz de fortalecer a regionalização, qualificar o planejamento em saúde, ampliar a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária e subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências.

A elevada convergência observada entre apoiadores, coordenadores e gerentes reforça a consistência dos resultados encontrados e evidencia que a estratégia já se encontra incorporada como importante dispositivo de apoio institucional nas regiões de saúde. Os desafios identificados concentram-se principalmente na consolidação dos processos de integração entre APS e Vigilância, no fortalecimento da institucionalização das ações e na ampliação da utilização prática dos produtos técnicos nos territórios.

Em síntese, os resultados indicam que a AFORSA vem cumprindo seu papel estratégico de fortalecimento da gestão regional do SUS em Pernambuco, apresentando elevado potencial de continuidade e expansão.

REFERÊNCIAS

1. Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. Cien Saude Colet. 2018;23(6):1791-1798. doi:10.1590/1413-81232018236.05502018

2. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG. Regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. Cien Saude Colet. 2012;17(11):2881-2892.

3. Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. BMJ Glob Health. 2018;3(4):e000829. doi:10.1136/bmjgh-2018-000829

4. 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. São Paulo: Hucitec; 2015.

5. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saude Soc. 2011;20(4):961-970. doi:10.1590/S0104-12902011000400013

6. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

7. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saude Soc. 2015;24(2):438-446. doi:10.1590/S0104-12902015000200005

8. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice. 3rd ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2022.

9. Greenhalgh T, Papoutsi C. Spreading and scaling up innovation and improvement. BMJ. 2019;365:l2068. doi:10.1136/bmj.l2068.

10. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19. Cien Saude Colet. 2020;25(Suppl 2):2471-2481.

11. Teixeira MG, Medina MG, Costa MCN, Barral-Netto M, Carreiro R, Aquino R. Reorganização da atenção à saúde e vigilância no SUS. Cien Saude Colet. 2018;23(6):1811-1822.

12. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Integração entre atenção primária e vigilância em saúde. Saude Debate. 2016;40(111):224-236.

13. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Integração das ações de vigilância e atenção à saúde. Interface (Botucatu). 2021;25:e200878.

14. Brasil. Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. 13 ago 2018. Diário Oficial da União [Internet]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html

15. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2024–2027 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2026 Jun 16]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/view

16. Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice. J Public Adm Res Theory. 2008;18(4):543-571. doi:10.1093/jopart/mum032