



INSTITUTO FEDERAL
Rondônia



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia

Campus Porto Velho Zona Norte
Coordenação do Curso Tecnologia em Gestão Pública EAD

CARLOS MACEDO SANTOS

**NÍVEIS DE MATURIDADE DO PLANEJAMENTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE NAS REGIÕES BRASILEIRAS: PROPOSTA E CLASSIFICAÇÃO**

PORTO VELHO
2026

CARLOS MACEDO SANTOS

NÍVEIS DE MATURIDADE DO PLANEJAMENTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NAS REGIÕES BRASILEIRAS: PROPOSTA E CLASSIFICAÇÃO

Artigo entregue como Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus* Porto Velho Zona Norte , como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo, junto ao Curso Gestão Pública EAD, sob a orientação da professora Dr^a. Isabel Cristina Bento.

PORTO VELHO
2026

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Gerador de Ficha Catalográfica do IFRO.

Santos, Carlos Macedo.
Níveis de maturidade do planejamento das Unidades Básicas de Saúde nas regiões brasileiras: proposta e classificação / Carlos Macedo Santos. - Porto Velho, 2026.
24 f. : il.

Orientador(a): Profª Drª Isabel Cristina Bento.

Trabalho de Conclusão de Curso (Superior de Tecnologia em Gestão Pública EAD) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO, Porto Velho, 2026.

1. gestão em saúde. 2. maturidade organizacional . 3. atenção primária . 4. desigualdades regionais . I. Bento, Isabel Cristina (orient.). II. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO. III. Título.


Bibliotecário(a) Responsável: Gizele de Melo Viana, CRB-11/914

CARLOS MACEDO SANTOS


NÍVEIS DE MATURIDADE DO PLANEJAMENTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NAS REGIÕES BRASILEIRAS: PROPOSTA E CLASSIFICAÇÃO

Artigo entregue como Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus* Porto Velho Zona Norte , como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo, junto ao Curso Gestão Pública EAD, sob a orientação da professora Dr^a. Isabel Cristina Bento.


Aprovado em: 06/02/2026 pela banca examinadora.

Documento assinado digitalmente
 ANA PAULA MAIA PEIXOTO MARINO
Data: 07/02/2026 12:14:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Dr^a Ana Paula Maia Peixoto Marino - Membro da Banca

Documento assinado digitalmente
 CAMILA APARECIDA SANTOS
Data: 06/02/2026 20:08:34-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Especialista Camila Aparecida Santos - Membro da Banca

Documento assinado digitalmente
 ISABEL CRISTINA BENTO
Data: 09/02/2026 12:37:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Dr^a. Isabel Cristina Bento – Orientadora

NÍVEIS DE MATURIDADE DO PLANEJAMENTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NAS REGIÕES BRASILEIRAS: PROPOSTA E CLASSIFICAÇÃO

RESUMO: A Atenção Básica (AB) é fundamental para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o planejamento um elemento central para qualificar o processo de trabalho das equipes e fortalecer a coordenação do cuidado. Este estudo teve como objetivo construir um modelo de maturidade aplicado ao planejamento das Unidades Básicas de Saúde e classificar as unidades segundo níveis de maturidade nas regiões brasileiras. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado com dados públicos da Avaliação Externa do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB (2017–2018), envolvendo 38.865 Unidades Básicas de Saúde, a partir de variáveis relacionadas a planejamento, reuniões, monitoramento, autoavaliação e apoio institucional. Os resultados mostraram elevada proporção de equipes com práticas consolidadas de organização do trabalho, com 81,63% classificadas no nível avançado de maturidade, embora com diferenças estatisticamente significativas entre as regiões. As regiões Nordeste e Sudeste apresentaram os maiores percentuais de equipes no nível avançado, enquanto Norte e Sul apresentaram proporções menores. Conclui-se que o modelo de maturidade permitiu identificar padrões de organização do planejamento na Atenção Básica, evidenciando desigualdades regionais e oferecendo subsídios para o fortalecimento da gestão e da equidade no SUS.

PALAVRAS-CHAVE: gestão em saúde; maturidade organizacional; atenção primária; desigualdades regionais.

MATURITY LEVELS OF PRIMARY HEALTH CARE UNIT PLANNING IN BRAZILIAN REGIONS: PROPOSAL AND CLASSIFICATION

ABSTRACT: Primary Health Care (PHC) is fundamental to the organization of the Brazilian Unified Health System (SUS), with planning representing a central element for qualifying team work processes and strengthening care coordination. This study aimed to develop a maturity model applied to the planning of Primary Health Care Units and to classify units according to maturity levels across Brazilian regions. This is a cross-sectional, quantitative study conducted using public data from the External Evaluation of the 3rd cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care (PMAQ-AB, 2017–2018), including 38,865 Primary Health Care Units, based on variables related to planning, team meetings, monitoring, self-assessment, and institutional support. The results showed a high proportion of teams with consolidated work organization practices, with 81.63% classified at the advanced maturity level, although statistically significant differences were observed between regions. The Northeast and Southeast regions presented the highest percentages of teams at the advanced level, while the North and South showed lower proportions. It is concluded that the maturity model enabled the identification of planning organization patterns in Primary Health Care, highlighting regional inequalities and providing support for strengthening management and equity within the SUS.

KEYWORDS: health management; organizational maturity; primary health care; regional inequalities.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) à Saúde é a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela promoção da equidade e da cobertura universal, e organização as redes de atenção à saúde ao assumir a coordenação do cuidado (Pereira et al., 2025).

A organização do processo de trabalho na AB influencia a qualidade do cuidado ofertado à população. Silva et al. (2024), ao analisarem os impactos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), destacaram que mudanças normativas trouxeram fragilizações ao modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), especialmente pelo enfraquecimento da atuação das equipes multiprofissionais e pela redução do papel dos agentes comunitários de saúde, o que compromete a continuidade do cuidado, o vínculo com a comunidade e a integralidade das ações no SUS.

A PNAB orienta a organização da AB ao definir a composição das equipes, as atribuições dos profissionais e o modelo assistencial prioritário, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2017). Embora a política reconheça a possibilidade de ampliação das ações e dos serviços ofertados na AB, diferentes análises apontam que limitações orçamentárias e mudanças normativas têm dificultado a consolidação desse potencial, impactando a cobertura e a integralidade do cuidado (Almeida et al., 2025).

Neste contexto, o planejamento assume um papel importante na organização do processo de trabalho das equipes da AB, contribuindo para definição de prioridades, a orientação das ações e melhoraria da coordenação do cuidado. A PNAB reforça que o planejamento é parte estruturante da gestão das Unidades Básicas e deve orientar a atuação das equipes (Brasil, 2017; 2018). As equipes de AB que realizam planejamento contínuo tendem a apresentar maior integração entre profissionais e melhor capacidade de resposta às necessidades do território (Campos; Domitti, 2007).

Apesar de sua relevância, estudos mostraram que existem fragilidades no processo de trabalho das Unidades Básicas de saúde, tais como a realização irregular de reuniões, monitoramento pouco sistematizado e o registro inadequado das atividades planejadas (Santos et al., 2009; Souza; Carneiro 2024). Avaliações nacionais, como o Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-

AB), também indicaram que a ausência de planejamento estruturado compromete a qualidade da atenção e limita avanços nos resultados assistenciais (Brasil, 2015).

Embora indicadores nacionais apontem avanços na AB, como a ampliação da cobertura da ESF e a redução de internações por condições sensíveis à atenção primária, persistem fragilidades relacionadas ao acesso aos serviços e à orientação comunitária, frequentemente avaliadas de forma insatisfatória pelos usuários (Giovanella et al., 2021; Facchini et al., 2018).

Iniciativas de monitoramento e avaliação, como o PMAQ-AB e os instrumentos de planejamento em saúde, contribuiriam para qualificar a gestão da AB. No entanto, observa-se a necessidade de avaliar não somente metas e indicadores isolados, mas também o grau de organização e maturidade do planejamento nas Unidades Básicas de Saúde (Cruz et al., 2014).

Na prática, a ausência de avaliações estruturadas do planejamento dificulta a qualificação do processo de trabalho das equipes de saúde e limita o fortalecimento da ESF (Albuquerque et al., 2023; Brasil, 2024b).

Modelos de maturidade organizacional, como o Capability Maturity Model Integration (CMMI), já adaptados ao campo da saúde, podem ser utilizados para avaliar o planejamento das equipes de AB em estágios evolutivos, do nível inicial ao avançado. Essa adaptação possibilita diagnosticar a organização do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, identificando fragilidades no planejamento participativo e no uso de informações do território (Fausto; Giovanella, 2020).

A aplicação desse modelo permite analisar dimensões como governança, processos e cultura organizacional, favorecendo intervenções graduais que contribuam para o fortalecimento das equipes da Estratégia Saúde da Família e para a qualificação da coordenação do cuidado (Silva et al., 2025). Além disso, a classificação das regiões brasileiras em níveis de maturidade do planejamento possibilita evidenciar desigualdades regionais em infraestrutura e capacidade organizacional, orientando a alocação mais equitativa de recursos no âmbito do financiamento federal (Macedo et al., 2025).

A utilização de níveis de maturidade também favorece comparações entre regiões e o acompanhamento da evolução do planejamento ao longo do tempo, em consonância com iniciativas recentes de gestão e inovação na saúde pública, contribuindo para o fortalecimento da equidade no SUS (Campos et al., 2024; Oliveira et al., 2020).

Sendo assim, um modelo voltado para o planejamento das UBS pode oferecer aos gestores municipais, regionais e estaduais um instrumento de diagnóstico que possibilitaria a identificação de pontos frágeis e orientaria intervenções de melhoria. Além disso, a classificação das regiões segundo níveis de maturidade permite compreender desigualdades organizacionais e apoiar políticas públicas voltadas ao fortalecimento da Atenção básica (Brasil, 2018; Coimbra, 2016).

Diante desse contexto, o estudo parte da seguinte pergunta de pesquisa: qual é o nível de maturidade do planejamento das Unidades Básicas de Saúde nas diferentes regiões brasileiras e em que medida esse nível reflete a organização do processo de trabalho das equipes da Atenção Básica? Para responder a essa pergunta, este estudo tem como objetivo construir um modelo de maturidade aplicado ao planejamento das Unidades Básicas de Saúde, por regiões brasileiras, e classificar as unidades de acordo com o nível de maturidade definido.

A realização deste estudo justifica-se pela ausência de instrumentos sistematizados capazes de avaliar, de forma integrada, o grau de organização do planejamento das Unidades Básicas de Saúde em âmbito nacional. Embora existam avaliações focadas em indicadores assistenciais e de desempenho, observa-se uma lacuna quanto à análise do planejamento enquanto componente estruturante do processo de trabalho das equipes (Giovanella et al., 2021; Facchini et al., 2018).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A organização do processo de trabalho é um dos pilares para o bom funcionamento da Atenção Básica no Brasil. Sabe-se que a maneira como as equipes de saúde estruturam as suas atividades, planejam intervenções, utilizam as informações coletadas e avaliam os resultados relaciona-se a sua capacidade de produzir cuidado contínuo, integrado e resolutivo para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de trabalho na Atenção Básica envolve a articulação entre saberes, ações e relações, exigindo coordenação e intencionalidade para que os serviços respondam às necessidades reais da população (Peduzzi et al. , 2019),

Nesse contexto, o planejamento é uma ferramenta de gestão que possibilita organizar prioridades, orientar a tomada de decisão, distribuir recursos e monitorar o desempenho das equipes de saúde. Quando o planejamento é realizado de maneira contínua, tende a contribuir para qualificar a atenção e fortalecer a gestão (Oliveira et al., 2024).

A Política Nacional de Atenção Básica reforça essa perspectiva ao destacar que o processo de trabalho das equipes deve estar fundamentado em práticas de planejamento, monitoramento e avaliação. Essas atividades garantem que a Atenção Básica seja ordenadora do cuidado e coordenadora das redes de atenção à saúde (Brasil, 2017).

Entre os programas indutores de qualidade e organização do trabalho na Atenção Básica, destaca-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Criado pelo Ministério da Saúde, o PMAQ-AB, hoje descontinuado, buscou incentivar gestores e equipes a aprimorar processos, qualificar práticas de planejamento e fortalecer o uso de informações para tomada de decisão. Seu ciclo avaliativo era composto por autoavaliação, monitoramento, apoio institucional e certificação externa, vindo a estimular a incorporação de rotinas de gestão e maior institucionalização do planejamento no cotidiano das equipes de saúde (Brasil, 2015).

O planejamento em saúde é um processo contínuo e articulado, que envolve análise e identificação de problemas, organização de ações estratégicas e táticas, bem como pelo monitoramento e avaliação de resultados (Vieira, 2009). No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essa compreensão foi fortalecida com a revisão dos instrumentos de gestão realizada pelo Ministério da Saúde, que

resultou na criação do Sistema de Planejamento do SUS, o PlanejaSUS, instituído pela Portaria nº 3.332/2006 (Brasil, 2006).

Os objetivos centrais do PlanejaSUS incluem pactuar diretrizes gerais para o planejamento, padronizar metodologias, fortalecer a cultura do planejamento nas três esferas de governo, integrar planejamento e orçamento e monitorar continuamente as ações e seus resultados. Para operacionalizar esse processo, definiram-se três instrumentos fundamentais: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. O Plano de Saúde, com vigência de quatro anos, apresenta as intenções e metas a partir da análise situacional. A Programação Anual detalha como essas ações serão executadas, e o Relatório de Gestão descreve os resultados obtidos com essa execução (Brasil, 2006; Vieira, 2009).

A elaboração do Plano de Saúde ocorre em dois momentos: análise situacional e formulação de objetivos, diretrizes e metas. Esse processo deve considerar três eixos estruturantes: as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde e os aspectos de gestão, como regionalização, financiamento, participação social e gestão do trabalho. Além dos instrumentos principais, permanecem integrados ao processo o Plano Diretor de Regionalização e a Programação Pactuada e Integrada, essenciais para organizar fluxos assistenciais e garantir a articulação entre municípios, especialmente nos atendimentos de média e alta complexidade (Vieira, 2009).

O planejamento participativo desempenha papel essencial para que os instrumentos previstos se concretizem. A participação das equipes técnicas, gestores e instâncias colegiadas torna o processo mais realista e fortalece o compromisso com os objetivos estabelecidos. Essa abordagem inspira-se nas formulações de Mario Testa, ao compreender que o planejamento envolve dimensões explicativas, normativas, estratégicas e tático-operacionais. A cooperação entre áreas técnicas e espaços como as Comissões Intergestores Regionais contribui para pactuações mais sólidas, garantindo coerência entre diagnóstico, ação e avaliação (Giovanella, 1992).

A partir dessa compreensão da organização formal do planejamento no SUS, é possível avançar para a análise de como esse processo se concretiza na prática, especialmente no que diz respeito ao papel do planejamento participativo. A relevância do planejamento participativo reside na integração de equipes técnicas e gestores em grupos de trabalho permanentes, fomentando adesão às metas

propostas e minimizando o distanciamento entre estratégia estratégica e execução operacional no SUS (Vieira, 2009). Essa abordagem, inspirada em Mario Testa, enfatiza a colaboração entre áreas técnicas das secretarias de saúde e instâncias como a Comissão Intergestores Regionais (CIR), viabilizando pactuações de fluxos assistenciais e a superação de desarticulações decisórias (Giovanella, 1992). Ademais, Oliveira et al. (2024) destaca a sua importância na governança regional compartilhada, por meio de deliberações consensuais na CIR e participação social nos conselhos de saúde, o que garante equidade no acesso e eficiência na alocação de recursos intermunicipais.

Sendo assim, entende-se que para se alcançar um melhor desempenho institucional na gestão pública é necessária a aplicação de modelos de diagnóstico e avaliação. A utilização de um modelo de avaliação de maturidade em gestão, por exemplo, seria capaz de fornecer um diagnóstico dos pontos fortes e das lacunas ou pontos críticos a serem aprimorados (Piana; Zola; Costa, 2023).

Os modelos de maturidade possibilitam descrever a evolução de organizações rumo a estágios mais avançados de estruturação, padronização e melhoria contínua. Segundo Cruz, Lopes e Pisa (2021), a maturidade implica em processos bem compreendidos, documentados, aplicados de forma consistente e monitorados para aprimoramento, sendo importante para orientar intervenções planejadas em saúde digital, por exemplo.

Na área da saúde, no contexto da transformação digital, os modelos de maturidade organizam o planejamento estratégico, permitem diagnósticos situacionais e orientam investimentos. Podem ainda, dimensões como interoperabilidade, governança, infraestrutura, aplicações, recursos humanos e estratégia, contribuindo para que gestores formulem ações alinhadas às necessidades do sistema de saúde (Cruz; Lopes; Pisa, 2021).

Segundo Rocha (2012), que analisou sistemas e tecnologias de informação em saúde, os modelos de maturidade auxiliam instituições na definição de metas e na compreensão do estágio em que se encontram. Alguns modelos representam a evolução dos sistemas hospitalares desde estruturas básicas até hospitais digitais e, em estágios mais avançados, hospitais virtuais, permitindo que o planejamento seja realizado de forma incremental e estruturada. Esse avanço é fundamental, uma vez que as organizações de saúde enfrentam desafios relacionados à infraestrutura tecnológica, integração de processos e necessidade de qualificação da gestão.

Diferentes modelos têm sido desenvolvidos com escopos específicos, como aqueles voltados a prontuários eletrônicos, interoperabilidade, telemedicina, cadeia de suprimentos ou análise de dados. Entre os modelos mais abrangentes está o Global Digital Health Index (GDHI), criado a partir do eHealth Strategy Toolkit da Organização Mundial da Saúde e da União Internacional de Telecomunicações. Cruz, Lopes e Pisa (2021), relatam que esse modelo avalia dimensões sistêmicas da maturidade digital em nível nacional, fornecendo base importante para o planejamento em saúde pública.

A partir desse modelo, foi desenvolvido o Brazilian Digital Health Index (BDHI), adaptado ao contexto brasileiro e estruturado em oito eixos de maturidade, incluindo cidadania digital, sustentabilidade e economia do conhecimento. Para Cruz, Lopes e Pisa (2021), o BDHI é o modelo mais completo para o cenário brasileiro, pois abrange todos os níveis de atenção e oferece suporte direto ao planejamento estratégico no Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo orientar projetos, investimentos e políticas públicas com base em parâmetros consistentes.

No campo da gestão de processos, Piana, Zola e Costa (2023) observam que, embora níveis superiores de maturidade não garantam necessariamente melhor desempenho, há relação positiva entre maturidade e inovação organizacional. Entretanto, os autores também identificam desafios, como a falta de integração entre tecnologia da informação e estratégia institucional e fragilidades no redesenho de processos. Tais fatores são relevantes para o planejamento em saúde, pois influenciam diretamente a capacidade de implementar mudanças e sustentar melhorias ao longo do tempo.

Considerando esse conjunto de evidências, torna-se claro que o planejamento em saúde pode ser analisado à luz da maturidade organizacional. Essa perspectiva permite compreender em que medida as práticas adotadas pelas equipes evoluem de formas mais intuitivas e fragmentadas para estágios mais sistematizados, baseados em informações, monitoramento e integração entre áreas. A aproximação entre planejamento e maturidade oferece um caminho analítico capaz de revelar o grau de desenvolvimento das práticas de gestão na Atenção Básica e de identificar oportunidades reais de fortalecimento institucional, apoiando gestores na tomada de decisão e na qualificação do cuidado no SUS (Vieira, 2009; Cruz; Lopes; Pisa, 2021).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados de acesso público da Avaliação Externa do 3º ciclo (2017–2018) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Os dados utilizados neste estudo referem-se à etapa de certificação e correspondem a 38.865 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em cada Unidade Básica foi realizada uma entrevista com um profissional da atenção básica indicado pela equipe, além da verificação de documentos. As entrevistas foram realizadas por entrevistadores devidamente treinados, com instrumentos avaliativos, sendo que a pesquisa foi conduzida por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde.

Para este estudo, utilizaram-se variáveis do Módulo II do instrumento da Avaliação Externa do PMAQ-AB, especificamente o bloco referente à organização do processo de trabalho, planejamento, monitoramento de indicadores, autoavaliação e apoio institucional. Foram selecionadas as seguintes questões: realização de reuniões de equipe de saúde (não, sim); periodicidade das reuniões (semanal, quinzenal, mensal, sem periodicidade definida); realização de atividades de planejamento (não, sim); existência de documento comprobatório (não, sim); periodicidade do planejamento (semanal, quinzenal, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual); monitoramento de indicadores (não, sim); considerou os resultados do PMAQ-AB na organização do trabalho (não, sim, não participou do PMAQ-AB); realização de autoavaliação (não, sim); existência de documento de autoavaliação (Avaliação para melhoria da qualidade (AMAQ) impresso, Autoavaliação para melhoria da qualidade (AMAQ) eletrônico, instrumento desenvolvido pelo município, instrumento desenvolvido pelo Estado, outros instrumentos); apoio institucional (não, sim); avaliação do apoio institucional (Muito bom/bom, regular, ruim/muito ruim); e fornecimento de informações pela gestão para análise da situação de saúde da população da área de abrangência (não, sim).

A partir dessas variáveis, construiu-se a variável intitulada “nível de maturidade do processo de trabalho”, composta por cinco dimensões: Reuniões; Planejamento estruturado; monitoramento e uso de informações; Autoavaliação; e Apoio institucional. Para cada variável atribuindo-se um (1) ponto para respostas consideradas positivas (por exemplo, realização de reunião, existência de documento, apoio institucional, monitoramento de indicadores) e zero (0) ponto para

respostas negativas. No caso das variáveis de periodicidade, considerou-se como organização adequada as respostas semanal, quinzenal ou mensal. A avaliação do apoio institucional foi considerada positiva quando classificada como muito bom ou bom.

O valor final encontrado para a variável “Nível de maturidade do processo de trabalho” correspondeu ao somatório dos doze indicadores (variação de 0 a 12), posteriormente os valores foram convertidos em porcentagem (0% - 100%). Com base nesse percentual, as UBS foram classificadas em quatro níveis de maturidade: nível básico (abaixo de 25% dos itens atendidos), nível organizado (25% a 49%), nível estruturado (50% a 74%) e nível avançado (75% ou mais). Essa categorização permitiu sintetizar o grau de organização do processo de trabalho das equipes, de forma comparável entre regiões e entre unidades.

A definição dos níveis de maturidade foi elaborada com base no Modelo Unificado de Referência para o Processo de Desenvolvimento de Produtos (Rozenfeld et al., 2006), e o Capability Maturity Model Integration – CMMI (CMMI Institute, 2010), que organizam a maturidade em estágios evolutivos, nos quais o avanço ocorre a partir do cumprimento acumulado de práticas essenciais. Embora esses modelos não definam faixas percentuais específicas, todos utilizam o mesmo princípio estruturante: a maturidade é expressa pelo grau de adoção de atividades consideradas desejáveis para o processo.

Realizou-se análise descritiva das variáveis e do nível de maturidade do processo de trabalho, com cálculo de frequências absolutas e relativas. Utilizou-se o teste qui-quadrado para verificar se as diferenças nas proporções observadas entre as regiões brasileiras eram estatisticamente significativas. As análises foram feitas no Software Stata, versão 16.0.

Por se tratar de estudo com dados secundários públicos, sem identificação de indivíduos e sem coleta de informações diretamente com seres humanos, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se predominância de equipes de saúde que fizeram reuniões (99,35%), com frequência semanal (37,63%), realizaram atividades de planejamento (96,46%), e tinham documento comprobatório (84,88%), com uma periodicidade de planejamento mensal (46,86%), faziam monitoramento de indicadores (87,93%), consideraram os resultados do PMAQ-AB na organização do trabalho (69,28%), realizaram autoavaliação (88,74%), utilizaram AMAQ impresso (58,31%) e tinham documento comprobatório da autoavaliação (92,44%). O apoio institucional esteve presente em 92,14% das equipes e foi avaliado como muito bom/bom (92,58%), e as informações da gestão para análise da situação de saúde foram fornecidas a 90,93% das equipes de saúde (Tabela 1).

É importante ressaltar que, a região nordeste apresentou as maiores proporções em atividades de planejamento (98,29%), monitoramento (91,75%) e uso de resultados, do PMAQ-AB (20,95%). A região norte apresentou menores proporções em monitoramento, uso dos resultados do PMAQ-AB e autoavaliação. Já o Sudeste (51,64%) e o Sul (46,83%) destacaram-se pela maior frequência de reuniões semanais (Tabela 1).

De modo geral, todos os testes indicaram diferenças estatisticamente significativas entre regiões ($p < 0,001$), evidenciando que, embora a maioria das equipes realizassem reuniões, planejamento, monitoramento e autoavaliação, percebeu-se variações na frequência, formalização e utilização de instrumentos e informações. Essas variações impactam o modo como as equipes planejam, monitoram e organizam o cuidado, refletindo padrões distintos de implementação das ações da APS no país (Fiorati et al., 2018).

Tabela 1 - Características organizacionais e operacionais das equipes das Unidades Básicas de Saúde segundo as regiões brasileiras (PMAQ-AB, 2017-2018) - n= 38.865

Variáveis	Total n(%)	Regiões Brasileiras - n (%)					Valor-p
		Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
Realização de reuniões de equipes de saúde							
Não	242 (0,65)	18 (0,68)	37 (0,27)	31 (1,01)	71 (0,58)	85 (1,55)	< 0,001
Sim	37108 (99,35)	2619 (99,32)	13799 (99,73)	3027 (98,99)	12275 (99,42)	5388 (98,45)	
Periodicidade das reuniões							
Semanal	13962 (37,63)	781 (29,82)	3379 (24,49)	940 (31,05)	6339 (51,64)	2523 (46,83)	< 0,001
Quinzenal	8307 (22,39)	630 (24,05)	3797 (27,52)	707 (23,36)	2138 (17,42)	1035 (19,21)	
Mensal	12744 (34,34)	983 (37,53)	6120 (44,35)	1158 (38,26)	3024 (24,64)	1459 (27,08)	
Sem periodicidade definida	2095 (5,65)	225 (8,59)	503 (3,65)	222 (7,33)	774 (6,31)	371 (6,89)	
Realização de atividades de planejamento							
Não	1323 (3,54)	114 (4,32)	236 (1,71)	155 (5,07)	533 (4,32)	285 (5,21)	< 0,001
Sim	36027 (96,46)	2523 (95,68)	13600 (98,29)	2903 (94,93)	11813 (95,68)	5188 (94,79)	
Existência de documento comprobatório							
Não	5446 (15,12)	310 (12,29)	2171 (15,96)	647 (22,29)	1824 (15,44)	494 (9,52)	< 0,001
Sim	30581 (84,88)	2213 (87,71)	11429 (84,04)	2256 (77,71)	9989 (84,56)	4694 (90,48)	
Periodicidade do planejamento							
Semanal	8398 (23,31)	549 (21,76)	2199 (16,17)	547 (18,84)	3380 (28,61)	1723 (33,21)	< 0,001
Quinzenal	5398 (14,98)	382 (15,14)	2719 (19,99)	513 (17,67)	1100 (9,31)	684 (13,18)	
Mensal	16886 (46,87)	1090 (43,20)	7869 (57,86)	1573 (54,19)	4625 (39,15)	1729 (33,33)	
Bimestral	551 (1,53)	44 (1,74)	172 (1,26)	59 (2,03)	183 (1,55)	93 (1,79)	
Trimestral	618 (1,72)	29 (1,15)	174 (1,28)	52 (1,79)	247 (2,09)	116 (2,24)	
Semestral	1297 (3,60)	114 (4,52)	221 (1,63)	86 (2,96)	630 (5,33)	246 (4,74)	
Anual	2879 (7,99)	315 (12,49)	246 (1,81)	73 (2,51)	1648 (13,95)	597 (11,51)	
Monitoramento de indicadores							
Não	4507 (12,07)	425 (16,12)	1142 (8,25)	615 (20,11)	1470 (11,91)	855 (15,62)	< 0,001
Sim	32843 (87,93)	2212 (83,88)	12694 (91,75)	2443 (79,89)	10876 (88,09)	4618 (84,38)	
Considerou os resultados do PMAQ-AB na organização do trabalho							
Não	3830 (10,25)	394 (14,94)	932 (6,74)	508 (16,61)	1301 (10,54)	695 (12,70)	< 0,001
Sim	25875 (69,28)	1819 (68,98)	10006 (72,32)	1809 (59,16)	8568 (69,40)	3673 (67,11)	
Não participou	7645 (20,47)	424 (16,08)	2898 (20,95)	741 (24,23)	2477 (20,06)	1105 (20,19)	
Realização de autoavaliação							
Não	4204 (11,26)	409 (15,51)	1195 (8,64)	584 (19,10)	1205 (9,76)	811 (14,82)	< 0,001
Sim	33146 (88,74)	2228 (84,49)	12641 (91,36)	2474 (80,90)	11141 (90,24)	4662 (85,18)	
Existência de documento de autoavaliação							
AMAQ impresso	19327 (58,31)	1114 (50,00)	9800 (77,53)	1330 (53,76)	5454 (48,95)	1629 (34,94)	< 0,001
AMAQ eletrônico	11834 (35,70)	903 (40,53)	2421 (19,15)	975 (39,41)	5030 (45,15)	2505 (53,73)	
AMQ	199 (0,60)	9 (0,40)	59 (0,47)	29 (1,17)	77 (0,69)	25 (0,54)	
Instrumento desenvolvido pelo município	942 (2,84)	125 (5,61)	176 (1,39)	79 (3,19)	280 (2,51)	282 (6,05)	
Instrumento desenvolvido pelo Estado	244 (0,74)	6 (0,27)	19 (0,15)	4 (0,16)	113 (1,01)	102 (2,19)	
Outros instrumentos	600 (1,81)	71 (3,19)	166 (1,31)	57 (2,30)	187 (1,68)	119 (2,55)	
Documento comprobatório							
Não	1611 (7,56)	143 (10,79)	612 (5,99)	202 (13,48)	461 (7,54)	193 (8,95)	< 0,001
Sim	19701 (92,44)	1182 (89,21)	9608 (94,01)	1297 (86,52)	5650 (92,46)	1964 (91,05)	
Apoio institucional							
Não	2937 (7,86)	282 (10,69)	624 (4,51)	307 (10,04)	1048 (8,49)	676 (12,35)	< 0,001
Sim	34413 (92,14)	2355 (89,31)	13212 (95,49)	2751 (89,96)	11298 (91,51)	4797 (87,65)	
Avaliação do apoiador							
Muito bom/bom	31858 (92,58)	2174 (92,31)	12488 (94,52)	2447 (88,95)	10452 (92,51)	4297 (89,58)	< 0,001
Regular	2377 (6,91)	175 (7,43)	685 (5,18)	285 (10,36)	772 (6,83)	460 (9,59)	
Ruim/muito ruim	178 (0,52)	6 (0,25)	39 (0,30)	19 (0,69)	74 (0,65)	40 (0,83)	
Fornecimento de informações pela gestão para análise da situação de saúde da população da área de abrangência							
Não	3389 (9,07)	354 (13,42)	764 (5,52)	463 (15,14)	1108 (8,97)	700 (12,79)	< 0,001
Sim	33961 (90,93)	2283 (86,58)	13072 (94,48)	2595 (84,86)	11238 (91,03)	4773 (87,21)	

Fonte: PMAQ-AB (2017-2018).

Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMAQ)

Autoavaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ)

Com relação à classificação das equipes de saúde das Unidades Básicas nível de maturidade do processo de trabalho por regiões Brasileiras (Tabela 2), considerando o total nacional, 81,63% das equipes estão no Nível 4 (Avançado). Esses achados evidenciam que as equipes de saúde no Brasil possuem processos de trabalho consolidados, com estrutura capaz de sustentar ações contínuas e articuladas na atenção básica. Isso pode ser constatado na análise descritiva da Tabela 1, em que a maioria das equipes realiza reuniões, planeja atividades, monitora indicadores, realiza autoavaliação e conta com apoio institucional, demonstrando capacidade efetiva de organizar e coordenar ações contínuas na atenção básica.

Equipes de saúde bem estruturadas podem garantir a continuidade do acompanhamento e estabelecer conexões adequadas entre diferentes pontos de atenção a saúde. Isso significa que níveis mais altos de organização não se limitam à rotina interna da unidade, mas refletem também a capacidade de integrar ações e assegurar que o usuário circule pela rede de forma mais adequada (Gonçalves et al., 2016).

Segundo Araujo et al. (2017), características relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho das equipes influenciam indicadores de qualidade, como as interações por condições sensíveis à atenção primária, e equipes de saúde mais organizadas tendem a ofertar um melhor cuidado, garantir melhor acesso e desenvolver ações que ampliem a resolutividade da atenção básica. Esse padrão de organização pode contribuir para a redução de interações evitáveis, uma vez que melhora a capacidade das equipes de identificar agravos, monitorar condições crônicas e assegurar acompanhamento contínuo dos usuários.

Ao analisar a classificação por nível de maturidade do processo de trabalho por regiões Brasileiras (Tabela 2) verificou-se que a região nordeste apresentou a maior proporção de equipes no nível 4 (87,07%), seguido pela região Sudeste (80,65%). A região Centro-Oeste apresentou 78,87% das equipes no nível 4, resultado próximo ao da região o Sudeste. Já o Norte (72,59%) e o Sul (76,35%) apresentaram uma menor proporção de equipes de saúde no nível 4. Essas diferenças entre as regiões podem indicar variações no desempenho organizacional, e podem estar associadas a fatores estruturais, como disponibilidade de profissionais, recursos financeiros e características geográficas que impactam a organização dos serviços de saúde (Mendes, 2010).

Os melhores resultados encontrados nas regiões nordeste e sudeste podem estar relacionados à consolidação da Estratégia Saúde da Família e ao fortalecimento do vínculo entre equipes e população, favorecendo maior

resolutividade e organização do processo de trabalho (Campos; Domitti, 2007; Paiva, 2011). Ademais, a região nordeste passou por uma ampliação dos serviços da Atenção Básica, sobretudo em áreas menos favorecidas pela oferta assistencial pública e privada, além de melhorias na oferta de serviços de média e alta complexidade (Albuquerque et al., 2017), o que também pode ter contribuído para o maior nível de organização observado no presente estudo.

Reconhece-se que, os determinantes sociais da saúde, o fortalecimento democrático e o desenvolvimento sustentável estão interligados, de modo que transformações em um desses campos repercutem nos demais. Políticas articuladas entre saúde, assistência social e desenvolvimento contribuem para fortalecer a atuação das equipes e qualificar o processo de trabalho, sobretudo em regiões vulneráveis, como o Nordeste (Fiorati et al., 2018).

Por outro lado, o nível de maturidade observado no Norte pode estar relacionado às limitações estruturais, como menor disponibilidade de profissionais, dificuldades de acesso geográfico e fragilidades na infraestrutura das Unidades Básicas (Mendes, 2010).

A região Sul, embora apresente historicamente melhor infraestrutura física e maior disponibilidade de serviços, não apresentou o melhor desempenho no presente estudo. Possivelmente esse resultado deve-se pelas diferenças na organização dos processos de trabalho, com variação entre municípios quanto à capacidade de gestão, priorização de investimentos e consolidação das práticas de planejamento e monitoramento (Muller; Stler; Junior, 2021).

No Centro-Oeste, a organização da Atenção Básica apresenta muitas diferenças entres os municípios entre 2000 e 2016, relacionadas à capacidade de gestão, à distribuição dos serviços e ao grau de implementação das ações previstas nas políticas de atenção básica (Albuquerque et al., 2017).

Tabela 2 - Classificação das equipes de saúde das Unidades Básicas por nível de maturidade do processo de trabalho nas regiões Brasileiras (n= 38.865)

Regiões	Níveis - n(%)			
	Nível 1 - Básico	Nível 2 - Organizado	Nível 3 - Estruturado	Nível 4 - Avançado
Centro-Oeste	46 (1,72)	95 (3,56)	423 (15,85)	2.105 (78,87)
Nordeste	668 (4,61)	158 (1,09)	1.048 (7,23)	12.615 (87,07)
Norte	165 (5,16)	154 (4,81)	558 (17,44)	2.322 (72,59)
Sudeste	563 (4,38)	365 (2,84)	1.559 (12,13)	10.367 (80,65)
Sul	237 (4,19)	216 (3,82)	884 (15,63)	4.317 (76,35)
Total - n (%)	1.679 (4,32)	988 (2,54)	4.472 (11,51)	31.726 (81,63)

Fonte: PMAQ-AB (2017-2018).

Este estudo apresenta algumas limitações dentre elas o fato de que as variáveis disponíveis para estudo não contemplaram todas as nuances e complexidades do processo de planejamento e gestão na Atenção Básica. Outra limitação importante é que o modelo de maturidade proposto não passou por um processo formal de validação estatística. E ainda, este é um estudo transversal, o que impede estabelecer relações causais entre os fatores analisados e os níveis de organização das equipes de Atenção Básica.

Mesmo com essas limitações, destaca-se o uso de uma base de dados proveniente da avaliação externa do PMAQ-AB, que reúne informações de diferentes Unidades Básicas de Saúde de todas as regiões do país. Estudos futuros poderão avançar na validação do modelo de maturidade proposto, por meio da aplicação de testes de consistência interna, análises de confiabilidade e reaplicação do índice em diferentes bases de dados ou contextos territoriais. Essas estratégias poderão contribuir para o aprimoramento metodológico do instrumento e para sua utilização em processos contínuos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Outro aspecto positivo é a construção do índice de maturidade a partir de variáveis diretamente relacionadas às práticas de planejamento, monitoramento, autoavaliação e apoio institucional, componentes reconhecidos pela literatura como fundamentais para qualificar a gestão e organizar o processo de trabalho na Atenção Básica. Além disso, o estudo contribui ao propor uma forma integrada de leitura dessas dimensões, facilitando a identificação de padrões de organização das equipes.

Importante ressaltar que, apesar do PMAQ-AB ter sido descontinuado após o terceiro ciclo, sua importância para a Atenção Básica permanece reconhecida. O programa representou um marco na indução da qualidade e na estruturação de processos de trabalho nas equipes, ao estimular práticas de planejamento, monitoramento, autoavaliação e melhoria contínua. Por meio de seus ciclos avaliativos, o PMAQ-AB contribuiu para ampliar a cultura de avaliação, fortalecer a gestão baseada em evidências e incentivar a transparência nos resultados das equipes e municípios.

5 CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que é possível construir e aplicar um modelo de maturidade para avaliar o planejamento das Unidades Básicas de Saúde, permitindo classificar as equipes segundo níveis de organização do processo de trabalho. Os achados indicam que a maioria das equipes apresenta elevado grau de maturidade, especialmente nas regiões Nordeste e Sudeste, o que reflete maior consolidação das práticas de planejamento, monitoramento, autoavaliação e apoio institucional. Entretanto, as diferenças regionais evidenciam desigualdades estruturais e organizacionais que ainda impactam a Atenção Básica no país. Assim, o modelo proposto mostrar-se útil como instrumento de diagnóstico e apoio à gestão, contribuindo para orientar intervenções, reduzir desigualdades regionais e fortalecer a coordenação do cuidado no âmbito do SUS.

6 REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mnpHNBCXdptWTzt64rx5GSn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2025.
- ALBUQUERQUE, I.M.N. et al. Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família: processo de validação para avaliação de competências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 480-532, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Cyx8gQcJYzBy7dHrwZZR96F/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2025.
- ALMEIDA, R.F.de et al. Protocolo do processo de trabalho na atenção básica. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 12, n. 1, p. 25-40, n. 2025. Disponível em: <https://periodicos.univali.br/index.php/rbts/article/view/20782>. Acesso em: 15 dez. 2025.
- ARAUJO, W.R.M. et al. Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e interações por condições sensíveis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v. 51, p. 75, 2017. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/138334>. Acesso em: 11 dez. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em 20 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html?utm_source=. Acesso em : 22 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf**. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 22 out. 2025.
- BRASIL. Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 68 p. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: 20 out.2025.

BRASIL. **Portaria GM nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006**. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União 2006; 29 dez Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html. Disponível em: 28 nov. 2025.

BRASIL. Governo Digital. **Modelo de Maturidade de Dados**. Brasília, DF, sdb Disponível em: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/infraestrutura-nacional-dados/maturidade-de-dados>. Acesso em: 17 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027** . Brasília, DF, 2024b. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/W2jOMcLWqx1wLMZMqx7Y6MMVFCjxGgR1WzGlcOqC.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2025.

BARROS, R.D.de et al. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 11, p. 4289-4301, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n11/4289-4301/>. Acesso em: 15 dez. 2025.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8yjdjMRCQj/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 11 out. 2025.

CAMPOS, S.C.M. et al. Uso de modelo de maturidade para melhoria da qualidade de hospitais de média complexidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, n. 2, p. 212821-212821, 2024. Disponível em: <http://revistas.usp.br/rmrp/article/view/212821>. Acesso em: 19 dez. 2025.

CMMI INSTITUTE. **CMMI for Development**. Version 1.3. Carnegie Mellon University, 2010.

COIMBRA, M. **Dimensões para um modelo de avaliação de maturidade em gestão por processos na administração pública**. 2016. 35 f. Monografia (Especialização) - Curso de Gestão Pública, Escola Nacional da Administração Pública, Brasília, 2016. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2486/2/Marcos%20Coimbra%20-%20PDF%20Definitivo.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2025.

CRUZ, T.P.F. da et al. Modelos de maturidade para Saúde Digital: revisão integrativa. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**. v. 6, n. 1., p. 01-11, 2021. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/resdite/index>. Acesso em 04 dez 2025.

CRUZ, M.M. da et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, , v. 38, n. 1, p. 124-139, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/njBXs6QfP8W6WGNwKBZPFxy/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2025.

FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. **Modelos organizacionais para atenção primária à saúde no SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/PROJETO-PMA-MODELOS-ORGANIZACIONAIS-PARA-APS-2020-2.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2025.

FIORATI, R. C. et al. Iniquidades sociais e intersectorialidade: desafio à atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1705-1716, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230523>. Acesso em: 11 dez. 2025.

GIOVANELLA, L. A proposta de Mario Testa para o planejamento em saúde. In: Giovanella L, organizadora. **Planejamento estratégico, programação e orçamentação em saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: ENSP; 1992.

GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as pesquisas nacionais de saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 2543-2556, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl1/2543-2556/>. Acesso em: 17 dez. 2025.

GONÇALVES, M. R. et al. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. **Family Practice**, Oxford, v. 33, n. 3, p. 238-242, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article-abstract/33/3/238/1749125?redirectedFrom=fulltext&login=false>. Acesso em: 11 dez. 2025.

MACEDO, M.S. et al. Modelos de organização da atenção básica e práticas de cuidado à pessoa com deficiência no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 02, e16312023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.16312023>. Acesso em: 19 dez. 2025.

MARTINS, T.C.P. et al. Assiduidade e qualidade do serviço na Atenção Básica: reflexões no contexto do sistema único de saúde do Brasil. **Biosciences And Health**, [S.L.], v. 2, n. , p. 1-6, 2024. Disponível em: <https://www.bioscienceshealth.com.br/index.php/jbh/article/view/65>. Acesso em: 15 dez. 2025.

MENDONÇA, F. de F. et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 13-30, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vGTxbZ93vfbZdKCcyKBGfcGS/?lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2025.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em : 09 dez. 2025.

MULLER, E. V.; STLER, J. L. M.; JUNIOR, M. F. S. Qualificação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: análise segundo os ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, jul.-set. 2021. Disponível em: [dez.https://doi.org/10.1590/0103-1104202113007](https://doi.org/10.1590/0103-1104202113007). Acesso em: 09 dez. 2025.

OLIVEIRA, J. S. et al. Gestão e planejamento integrado em saúde no SUS: análise da capacidade governamental em região de saúde da bahia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, n. 1, p. 1-22, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/bXRv3ZcF7BB38LFs8CXqqYN/?lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2025.

OLIVEIRA, Z. O. O. et al. Modelos de maturidade de gestão do conhecimento aplicados nas organizações: uma revisão da literatura. **Rev. Lat.-Am. Inov. Eng. Prod**, v. 8, n. 13, p. 172-186, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/relainep/article/view/73929>. Acesso em: 22 dez. 2025.

PAIVA, C. H. A. **O NASF e a construção da integralidade na Atenção Básica: desafios e perspectivas**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/7070>. Acesso em: 11 dez. 2025.

PEREIRA, M.F.G. et al. Importância da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica Acervo Científico**, [S.L.], v. 25, p. 19431-19431, 25 abr. 2025. Revista Eletronica Acervo Saude. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/19431>. Acesso em: 15 dez. 2025.

PIANA, J.; ZOLA, F.C.; COSTA, A.T. da. MODELOS DE MATURIDADE EM GESTÃO DE PROCESSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. **Revista Gestão em Análise**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 48–65, 2023. Disponível em: <https://unichristus.emnuvens.com.br/gestao/article/view/4697>. Acesso em: 5 dez. 2025.

ROCHA, A. Modelos de Maturidade para a Gestão dos Sistemas e Tecnologias de Informação na Saúde. **Interciencia**, Caracas, v. 37, n. 12, p. 934–940, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/339/33925592011.pdf> . Acesso em: 5 dez. 2025.

ROZENFELD, H.; FORCELLINI, F. A.; AMARAL, D. C.; et al. **Gestão de desenvolvimento de produtos**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SILVA, A.B. et al. Modelo de maturidade de serviços de telessaúde para o cenário brasileiro (TSMMS.BR). **Revista Gestão & Saúde**, v. 16, p. e59113, 2025. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/59113>. Acesso em: 19 dez. 2025.

SILVA, J.D.J. da et al. Impactos da Política Nacional de Atenção Básica para Saúde Pública Brasileira. **Brazilian Journal Of Implantology And Health Sciences**, v. 6, n. 6, p. 196-208, 4 jun. 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2229>. Acesso em: 15 dez. 2025.

VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1565-1577, out. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pj3ftm7jy6K7sGXpcHxghXs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2025.