

REVISTA DE PATOLOGIA DO TOCANTINS

A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NUM ESTADO DA AMAZÔNIA LEGAL: ESTUDO DE CASO

THE DEVELOPMENT OF A PUBLIC HEALTH POLICY IN MARANHÃO: A CASE STUDY

Editor: Anderson Barbosa Baptista

Publicado: janeiro/dezembro 2025.

Direitos Autorais: Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de Interesses: os autores declaram que não existem conflitos de interesses.

DOI: [10.20873/RPT2026fluxocontinuo22447](https://doi.org/10.20873/RPT2026fluxocontinuo22447)

Larissa Rodrigues Possidônia

Universidade Federal do Tocantins | <http://Orcid.org/0009-0005-7818-6399>

Maylla Luanna Barbosa Martins Bragança

Universidade Federal do Maranhão | <http://Orcid.org/0000-0002-6402-3899>

Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

Universidade Federal do Tocantins | <http://Orcid.org/0000-0002-0863-4580>

Manuel de la Mata Benítez

Universidade de Sevilla, Espanha. | <http://Orcid.org/0000-0002-9302-4786>

Edilma Fiel Barbosa

Centro Universitário Unitop, Palmas – TO | <http://Orcid.org/0000-0002-6035-4439>

Marta Azevedo dos Santos

Centro Universitário Unitop, Palmas – TO | <http://Orcid.org/0000-0002-3219-8555>

***Autor correspondente:** Larissa Rodrigues Possidônia, 109 Norte Avenida NS 15, Complexo de Estudos Geoambientais e da Saúde, Câmpus de Palmas, Laboratório 1, Plano Diretor Norte, Palmas/TO | 77001-090. E-mail: possidonialarissa@gmail.com

RESUMO

Introdução: As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) representam um dos maiores desafios da saúde pública no Brasil, com impactos significativos sobre a morbimortalidade e a qualidade de vida da população. Alinhado aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas, este estudo teve como objetivo identificar desafios e barreiras na execução das políticas relacionadas ao Plano DANT no estado do Estado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo vinculado ao projeto Fortalecimento e Interiorização da Agenda 2030 dos ODS junto à Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Amazônia Legal, aprovado pelo Comitê de Ética da UFT. A pesquisa combinou análise documental, indicadores dos ODS e do Plano DANT, além de entrevista semiestruturada com uma servidora da Secretaria Estadual de Saúde do Estado, participante da construção e implementação do plano. A análise de conteúdo categorial temática contemplou quatro eixos: desafios, articulação, políticas relacionadas e resultados. **Resultados:** Os achados apontaram dificuldades na articulação entre a Vigilância em Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) e as políticas intersetoriais, consideradas fundamentais para o alcance das metas do Plano DANT e dos ODS. Foram evidenciadas barreiras estruturais, limitações de recursos e lacunas na integração entre setores e níveis de gestão. **Conclusão:** Os achados revelam que, embora avanços tenham sido alcançados, ainda há grandes desafios a serem superados para que as metas do Plano DANT e dos ODS sejam plenamente atingidas. A experiência maranhense evidencia que o caminho para a redução da morbimortalidade por DANT depende de maior integração intersetorial, fortalecimento da vigilância e da atenção primária, bem como da valorização contínua da educação permanente em saúde. Isto porque a formação continuada é imprescindível para a implementação de ações coerentes com os princípios do SUS e com os objetivos pactuados em âmbito global, como os do ODS 3.

PALAVRAS-CHAVE: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável; Saúde; Determinantes sociais em Saúde; Atenção primária.

ABSTRACT

Introduction: Non-Communicable Diseases and Conditions (NCDs) represent one of the greatest public health challenges in Brazil, with significant impacts on morbidity, mortality, and population quality of life. In line with the United Nations Sustainable Development Goals (SDGs), this study aimed to identify the challenges and barriers to implementing policies related to the State Non-Communicable Diseases and Conditions (NCD) Plan. **Methods:** This qualitative study was conducted within the framework of the project Strengthening and Decentralizing the 2030 Agenda for the SDGs in Collaboration with the Surveillance of Non-Communicable Diseases and Conditions in the Brazilian Legal Amazon, approved by the Ethics Committee of the Federal University of Tocantins (UFT). The research combined document analysis, indicators from the SDGs and the NCD Plan, and a semi-structured interview with a staff member from the State Health Department who participated in the development and implementation of the plan. Thematic content analysis was performed based on four analytical categories: challenges, coordination, related policies, and outcomes. **Results:** The findings revealed difficulties in coordinating actions among Health Surveillance, Primary Health Care (PHC), and intersectoral policies, all of which are considered essential for achieving the targets established in the NCD Plan and the SDGs. Structural barriers, resource limitations, and gaps in integration across sectors and levels of management were identified as major obstacles to effective implementation. **Conclusion:** Although important progress has been achieved, significant challenges remain before the goals established in the NCD Plan and the SDGs can be fully accomplished. The experience of the state of Maranhão demonstrates that reducing morbidity and mortality associated with NCDs depends on stronger intersectoral collaboration, reinforced health surveillance, and a more robust primary health care system. Furthermore, continuous professional education is essential for implementing actions consistent with the principles of Brazil's Unified Health System (SUS) and with globally agreed objectives, particularly those established under SDG 3.

KEYWORDS: Sustainable Development Goals; Health; Social Determinants of Health; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável é um plano proposto pela Organização das Nações Unidas, elaborado em 2015, composto por 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) e 169 metas com a finalidade de erradicar a pobreza, reduzir as desigualdades raciais, o alcance da igualdade de gênero e garantia de padrões sustentáveis^{1,2,3}.

As estratégias do ODS 3 (Saúde e Bem-estar) possuem vinculação direta com as doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que representam a maior causa de morbimortalidade no Brasil⁴ e compreendem as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus; e as causas externas como acidentes e violências, demandando ações de prevenção das doenças e proteção aos fatores de risco evitáveis⁵.

A implementação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento das DANT no Estado apresenta desafios significativos, especialmente diante das desigualdades socioeconômicas e da fragilidade de estruturas assistenciais em diversos territórios. Trata-se de um problema de saúde de alta relevância e complexidade, pois envolve a articulação entre diferentes níveis de gestão, financiamento adequado, capacitação de profissionais e integração efetiva entre ações de prevenção, vigilância e promoção da saúde, entre outras. Embora o Brasil possua diretrizes nacionais consolidadas, como o Plano de Enfrentamento das DANT 2021–2030, sua efetivação em nível estadual e municipal ainda enfrenta grandes desafios, o que demonstra que o problema permanece em aberto e carece de estudos mais aprofundados.

Assim, o objetivo central deste trabalho foi identificar os principais desafios e barreiras na implementação do Plano de DANT no Estado, bem como verificar quais foram as estratégias e ações intersetoriais para otimizar a execução das políticas de saúde pública relacionadas às DANT, com base em evidências científicas e melhores práticas.

METODOLOGIA

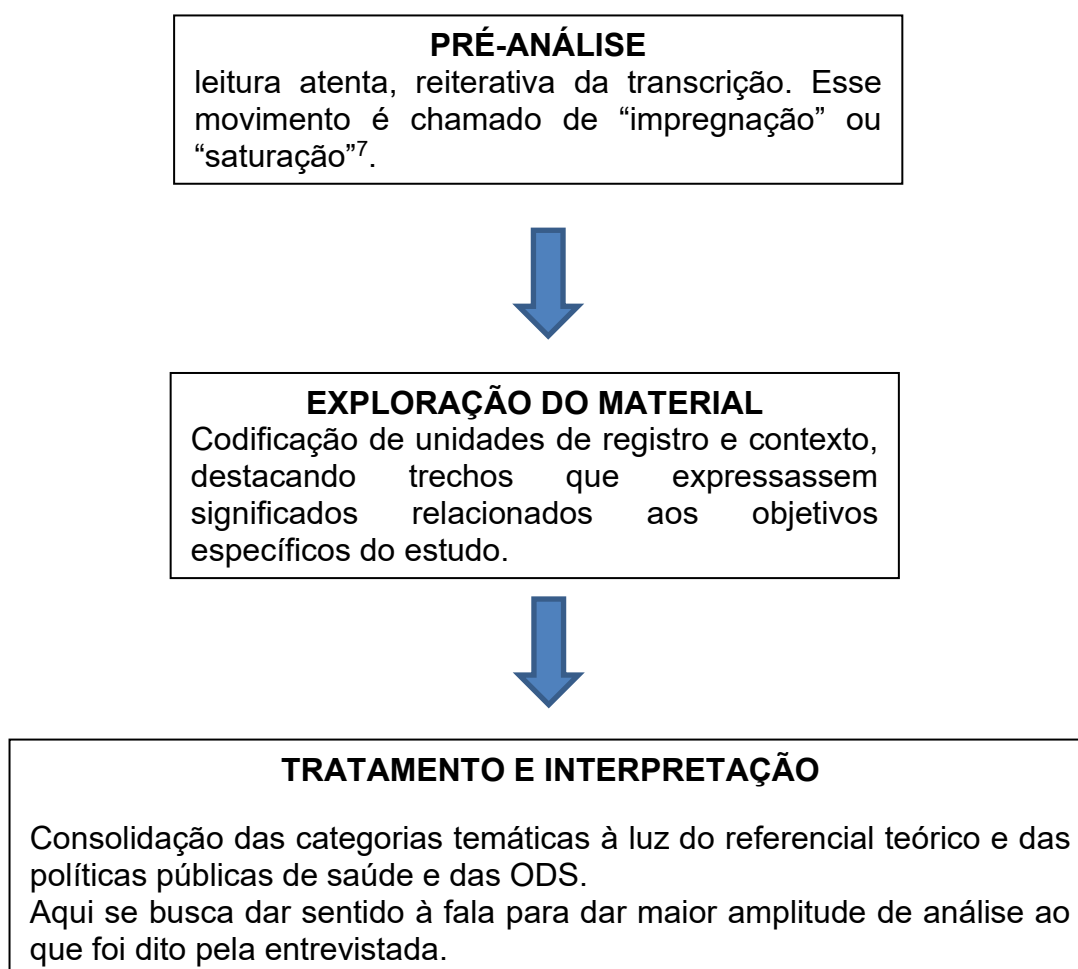
Foram identificadas duas profissionais elegíveis para participação, terem atuado como tutoras no projeto ampliado e na construção do Plano Estadual de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) do Estado. Ambas foram formalmente convidadas no período

de janeiro a agosto de 2025, por meio de contato via e-mail e *WhatsApp*. Entretanto, uma das profissionais optou por não participar do estudo, não confirmando sua disponibilidade após as tentativas de contato realizadas, configurando recusa à participação.

As informações obtidas na entrevista semiestruturada realizada com uma servidora da Secretaria de Estado da Saúde do Estado, selecionada como informante-chave por sua participação direta na elaboração e implementação do Plano Estadual de DANT, foram analisadas por meio da análise de conteúdo, na modalidade temática, conforme proposta por Bardin^{6,7}. Assim, o método possibilita identificar, organizar e interpretar núcleos de sentido presentes no discurso, permitindo compreender os significados atribuídos pela entrevistada ao processo de implementação das políticas públicas investigadas neste trabalho.

A análise foi desenvolvida em três etapas, conforme descrito na Figura 1.

Figura 1. Etapas da análise de conteúdo temática empregada no estudo.



Fonte: Autoria própria.

As categorias temáticas emergiram diretamente do discurso da entrevistada durante o processo analítico, destacando aspectos relacionados à governança do Plano Estadual

de DANT, à articulação intersetorial, às estratégias de implementação, ao monitoramento e avaliação, aos desafios institucionais, à educação permanente em saúde e à integração entre o Plano Estadual de DANT e os ODS.

A pesquisa adotou a triangulação de fontes de dados, confrontando as informações provenientes da entrevista com documentos oficiais (Plano Estadual de DANT, documentos normativos e políticas públicas) e com a literatura científica pertinente. Essa estratégia permitiu verificar a convergência e a complementaridade das evidências, ampliando a credibilidade, a robustez interpretativa e a confiabilidade dos achados, conforme recomendado em pesquisas qualitativas^{8,9}.

Esta pesquisa faz parte de um projeto ampliado intitulado “Organização, Fortalecimento e Interiorização da Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável na Amazônia Legal” (denominado Projeto Ampliado), que atende à Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁰, no que tange à submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Tocantins, conforme parecer consubstanciado nº 6.160.667/2023.

A participante da pesquisa foi uma servidora pública do quadro efetivo da saúde do Estado, que integrou a formação para gestores dos municípios envolvidos no projeto e colaborou na construção do Plano de DANT. Salienta-se que a entrevista foi conduzida por uma das autoras deste estudo, atuando na condição de pesquisadora e entrevistadora.

Os critérios de inclusão para a participação da pesquisa foram: i) ser do quadro efetivo de profissionais do Estado da saúde e tiver participado da qualificação do projeto ampliado ; ii) ter pelo menos 1 (um) ano de atuação profissional; iii) aceitar participar da entrevista *on-line*; iv) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE; v) comparecer no dia da realização da entrevista. Entre os critérios de exclusão: i) estar de férias ou de licença do trabalho no período de realização da pesquisa, ii) não aceitar participar do estudo estando em desacordo com o TCLE e iii) não responder positivamente por meio do *e-mail* ou *WhatsApp* por pelo menos 3 tentativas. A entrevista foi gravada, com autorização da participante e posteriormente repassada ao computador e transcrita de modo a evitar a perda dos detalhes, assegurando assim uma maior fidedignidade.

Para preservar a identidade da participante, as informações que poderiam permitir sua identificação foram minimizadas, generalizadas ou omitidas, conforme diretrizes da Resolução CNS 466/2012 e princípios de proteção de dados sensíveis¹⁰. A identidade da participante será preservada, e na fala apresentada nesta pesquisa foi utilizada a letra E ou “Entrevistada”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como desdobramento do Projeto Ampliado, foi realizada uma entrevista *on-line* com uma servidora da Secretaria de Estado da Saúde que integrou a referida iniciativa. A entrevista teve como objetivo compreender, a partir da perspectiva de uma profissional com atuação direta no projeto, os processos de articulação institucional e os desafios para a implementação de políticas voltadas às DANT na região amazônica. Assim, a escolha da entrevistada justifica-se por sua participação na construção do Plano de DANT do Estado da Amazônia Legal, elaborado como um dos produtos do projeto, o que permite uma visão aprofundada sobre as estratégias adotadas e as dificuldades enfrentadas no planejamento e na execução das ações.

A entrevistada tem 50 anos de idade, servidora com longa experiência no serviço público, sendo mais de uma década no setor saúde, na construção de programas relacionados às DANT.

Na pesquisa qualitativa, o conceito de *lugar de fala* é fundamental para compreender a produção e a interpretação dos discursos, uma vez que considera aspectos como: quem fala, de onde fala, com que legitimidade discursiva e sob quais condicionantes sociais e institucionais esse discurso é produzido. De acordo com a literatura especializada^{11,12}, esse constructo teórico possibilita analisar criticamente as interações entre entrevistadora e entrevistada, reconhecendo que tais relações são atravessadas por marcadores sociais, como gênero, raça, classe social e posição institucional, os quais influenciam a construção dos significados e a produção do conhecimento.

Com base nesse referencial, foi realizada uma entrevista semiestruturada, orientada pelas seguintes questões norteadoras: (i) Como o Estado tem implementado as políticas públicas relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis (DANT)? (ii) Existem fatores estruturais, gerenciais e institucionais que influenciam a implementação das políticas públicas de enfrentamento das DANT no Estado? Em caso afirmativo, quais são esses fatores? (iii) Quais são os principais desafios e oportunidades identificados nesse processo?

Considerando que a entrevistada é servidora pública da Secretaria Estadual de Saúde do Estado e atua na prática das políticas de saúde, seu local de fala se posiciona em um ponto de interseção entre governo/institucionalidade e a vivência cotidiana dos usuários do SUS. Ainda, a entrevistada participou do projeto Ampliado do qual este trabalho faz parte e participou do processo de construção do Plano de DANT do Estado. A E. possui autoridade prática e concreta sobre os desafios do sistema de saúde, das dificuldades

estruturais e da implementação normativa, o que lhe confere uma posição de fala derivada de sua experiência institucional e de gestão. Certamente que seu lugar de fala também é atravessado pelos aspectos regionais (região da Amazônia Legal), possivelmente de desigualdade socioeconômica e de recursos públicos mais escassos.

No presente trabalho, há quatro aspectos que foram considerados: i) analisar dados além do valor aparente. Isso significa ir além do que a E. diz buscando entender o significado subjacente; ii) considerar tudo como dado. Isso inclui não apenas o que foi predeterminado antes do início da pesquisa, mas também como foram respondidas as questões e até mesmo silêncio ou hesitação; iii) ao surgir suposição, questionar a mesma, isto porque a pesquisa qualitativa é frequentemente usada para descobrir suposições ocultas que as pessoas têm sobre o mundo⁶ e iv) desenvolver conceitos ou ideias que ajudam a descrever ou explicar o que está acontecendo nos dados. Eles geralmente não eram conhecidos no início da pesquisa, mas foram trazidos à superfície durante a análise da entrevista.

Por outro lado, a entrevistadora, mestranda, acadêmica e mulher, ocupa um lugar de fala diferente. Ela traz consigo o olhar analítico, teórico, que conecta os discursos da entrevistada com literatura revisitada sobre as políticas públicas de saúde, ODS e Plano de DANT. A entrevistadora buscou, a todo momento, que suas formações não conferissem uma “autoridade acadêmica” que poderia influenciar o formato da entrevista tanto no que se pergunta como no que se presume que a entrevistada saiba ou deva saber.

Visto que, tanto a entrevistada quanto a entrevistadora, as duas são, mulheres, brasileiras, nasceram e moram na Amazônia legal, o que pode facilitar uma conexão visando entender melhor tanto as questões quanto as respostas.

CATEGORIAS TEMÁTICAS E IMPLICAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O FORTALECIMENTO DA GOVERNABILIDADE NO PLANO DANT DO ESTADO

A análise da entrevista foi realizada por meio da análise temática de conteúdo, da qual emergiram categorias relacionadas à implementação das políticas públicas de enfrentamento das DANT no Estado. O Quadro 1 apresenta essas categorias temáticas, exemplos de falas representativas da entrevistada e suas possíveis implicações para o aprimoramento do Plano Estadual de DANT.

Quadro 1. Categorias temáticas, falas-chave e implicações para o plano de DANT do Estado.

Tema/Categorias	Fala-chave (resumo)	Implicações para o Plano DANT
Dados e subnotificação	"Fichas incompletas geram subnotificação."	Qualificar registros e auditorias; decisões baseadas em dados confiáveis.
Integração intersetorial	"Saúde, trânsito e segurança não conversam o suficiente."	Fluxos formais e GTI com metas e monitoramento compartilhados
Desigualdades territoriais	"Territórios distantes e povos tradicionais exigem respostas diferentes."	Planejamento por vulnerabilidade; logística e arranjos regionais específicos.
Rotatividade e engajamento	"Troca de gestores/equipes exige capacitar tudo de novo."	Institucionalizar processos e trilhas formativas; memória organizacional.
APS e acompanhamento	"APS/ACS evitam agravamento e reduzem mortalidade."	Reforçar equipes e linhas de cuidado; integrar vigilância e clínica na APS.
Violência e trânsito	"Profissionais têm receio de notificar; não há sistema unificado."	Proteção ao notificador; integração DETRAN/PRF/saúde; prevenção.
Saúde digital e avaliação	"Criamos equipe de monitoramento e usamos saúde digital."	Painéis estaduais/regionais; uso ativo de dados para supervisão e apoio.
Participação e governança	"É preciso convencer setores e sociedade a trabalhar junto."	Governança cooperativa, conselhos e pactuações.

Fonte: Autoria própria.

Os achados da entrevista evidenciam aspectos considerados relevantes pela participante para a implementação das políticas públicas de enfrentamento das DANT no Estado. Entre eles destacam-se a importância o Projeto Vida no Trânsito (PVT) e o Vida em Duas Rodas. Ainda, aponta a centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS), da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), da educação permanente, da articulação intersetorial e do uso de tecnologias em saúde para o monitoramento das ações.

A entrevistada também identifica fatores que podem dificultar a implementação dessas políticas, como a subnotificação e a baixa qualidade dos registros, a integração

insuficiente entre os setores de saúde, trânsito e segurança pública, a elevada rotatividade de gestores e equipes e as desigualdades territoriais. Na percepção da participante, esses fatores comprometem a continuidade das ações, o planejamento baseado em evidências e a capacidade de coordenação das políticas públicas. Esses resultados representam a perspectiva da E. e foram utilizados para subsidiar a discussão sobre os desafios e as oportunidades para o fortalecimento do Plano Estadual de DANT.

Apona como estratégias de enfrentamento: educação permanente; equipe de monitoramento/avaliação e uso de saúde digital. Ressalta a importância de coordenação intersetorial, participação social e continuidade política.

FRAGILIDADE NA COLETA DE DADOS, DIFICULDADES NO PREENCHIMENTO DE FICHAS E SUBNOTIFICAÇÃO

De acordo com a fala da entrevistada, *“Há Fragilidade na Coleta de Dados, pois há dificuldades no preenchimento adequado de fichas de atendimento, levando a subnotificação.”* Um estudo qualitativo com profissionais no Brasil constatou que “a articulação entre níveis de atenção foi caracterizada como precária”, com falta de transferência de informação clínica entre os níveis assistenciais, o que aponta para fragilidades nos sistemas de informação e coordenação¹³. Certamente, que a subnotificação ou dados contaminados ou parcialmente preenchidos podem prejudicar o planejamento de políticas de saúde.

A fala da entrevistada aponta para um problema estrutural: não apenas a existência de dados, mas a qualidade desses dados (preenchimento, completude, consistência). Isso reflete um gargalo de sistema, quando as fichas de atendimento não são preenchidas corretamente, há subnotificação, o que implica que o plano de doenças não transmissíveis (DANT) está operando com uma base de evidência frágil que precisa ser melhorado. Certamente que no contexto da implementação do plano estadual, tal fragilidade compromete a capacidade de definir indicadores precisos, acompanhar metas e ajustar intervenções no território. Além disso, essa falha se alinha à literatura que mostra que sistemas descentralizados ou fragmentados enfrentam dificuldade em garantir continuidade e qualidade de dados entre níveis de atenção¹⁴. Ainda, o plano cita a criação do projeto piloto DONE pela SUPAST para o registro de acidentes, dada a ausência de notificação compulsória e o alto número de ocorrências no estado¹⁵.

FALTA DE INTEGRAÇÃO ENTRE SISTEMAS DE SAÚDE, TRÂNSITO E SEGURANÇA PÚBLICA

De acordo com a entrevistada *“Há falta de integração entre sistemas de saúde, trânsito e segurança pública, dificultando o monitoramento de violências e acidentes”*

Num estudo de sobre coordenação da atenção à saúde no Brasil¹⁶, apontaram como barreiras: fragmentação organizacional, sistemas de informação que não se comunicam, incentivos econômicos desalinhados. Também, em estudos de acesso à saúde e vigilância, a integração intersetorial (saúde mais trânsito mais segurança) é reconhecida como importante para agravos externos (violência, acidentes) mas pouco explorada. A entrevistada está identificando uma lacuna importante: quando se aborda doenças não transmissíveis e agravos externos (como acidentes de trânsito/violência) conforme o plano do estadual de DANT¹⁵ há necessidade de que diferentes setores (saúde, trânsito, segurança pública) estejam integrados. A falta dessa integração significa que os dados de violência/acidente não fluem para o sistema de vigilância em saúde, fragilizando o monitoramento. Isso corrobora o que a literatura indica sobre a importância da coordenação de cuidados e da integração de sistemas para garantir informação e ação efetiva. Sem essa interface, o plano corre o risco de “perder” eventos importantes ou de duplicar esforços. Assim, essa fala evidencia uma barreira intersetorial real e reconhecida, fundamental para cumprimento das metas relativas a agravos externos.

DESIGUALDADES REGIONAIS E POPULACIONAIS (INDÍGENAS, QUILOMBOLAS, RIBEIRINHAS) E LOGÍSTICA NOS MUNICÍPIOS DISTANTES

De acordo com a entrevistada, *“Desigualdades Regionais e Populacionais. Populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas têm menor acesso a serviços de saúde e municípios distantes da capital enfrentam dificuldades logísticas e de infraestrutura”*

No Brasil as DCNT são mais prevalentes em adultos com menor escolaridade e que há desigualdades regionais acentuadas¹⁷. Em outro estudo qualitativo sobre atenção primária, foi indicado que equipes de saúde enfrentam dificuldades de acesso, infraestrutura e logística em áreas mais remotas, gerando desigualdades no cuidado¹³.

A fala da entrevistada situa claramente o contexto de equidade/distribuição territorial e populacional. Há realidades diferenciadas, como: indígenas, quilombolas, ribeirinhas, além de localização geográfica de municípios longínquos, que tornam o acesso e a implementação mais complexos quando se consideram os fatores de risco para DANT. Entre fatores e comportamento de risco para as DANT estão: o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, a prática insuficiente de atividade física, o excesso de peso, o consumo regular de refrigerante e suco artificial e o consumo não regular de frutas, legumes e

verduras em homens, principalmente em jovens na faixa etária de 18 a 29 anos, entre pretos e pardos, e entre pessoas com baixa escolaridade¹⁸ Na implementação de um plano estadual de DANT, essas desigualdades implicam na necessidade de adaptações específicas, como a entrevistada menciona mais adiante, e estratégias logísticas diferenciadas. Certamente há necessidade que um “Plano Estadual” dificilmente se adequa às realidades locais sem essas adaptações. Esse reconhecimento da entrevistada mostra uma boa consciência da equipe executora do Plano Estadual de DANT, sobre a necessidade de equidade.

ALTA ROTATIVIDADE DE GESTORES E PROFISSIONAIS, DIFICULDADE EM ENGAJAR OUTROS SETORES, RESISTÊNCIA DE GESTORES À SAÚDE COLETIVA

Para a entrevistada, *“Também existe a alta rotatividade de gestores e profissionais ... por isso há necessidade constante de capacitação de novos profissionais. Existe também a dificuldade em engajar outros setores ... falta de sensibilização de alguns gestores sobre a importância da saúde coletiva”*

O estudo sobre práticas de cuidado de DCNT em atenção primária mostrou que “alta rotatividade entre equipes” foi apontada como obstáculo à integralidade e continuidade do cuidado¹⁹. Ainda, em estudo realizado por Bousquat et al., sobre coordenação de cuidados, a instabilidade das redes e contratos precários foram identificados como barreiras à implementação de modelos de atenção em rede¹⁴.

A alta rotatividade, tanto de gestores quanto de profissionais técnicos, compromete a continuidade das políticas, o acúmulo de conhecimento e experiência, a institucionalização das práticas. Num plano estadual de longo prazo (2024-2030) isso é crítico, pois se há perda de memória institucional, o progresso fica prejudicado.

Além disso, a resistência ou a baixa sensibilização de gestores de outros setores evidencia que a intersetorialidade não ocorre de forma espontânea. Sua efetivação depende de liderança institucional, sensibilização dos diferentes atores, articulação política e mecanismos de coordenação entre os setores envolvidos. Esse achado indica que a implementação do Plano de DANT requer não apenas estratégias técnico-operacionais, mas também estratégias voltadas ao fortalecimento da governança, da mobilização intersetorial e da liderança institucional, elementos essenciais para promover a cooperação entre os diversos atores e garantir a sustentabilidade das ações.

DESCRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DA ENTREVISTADA NO PROCESSO DE ELABORAÇÃO E ARTICULAÇÃO COM MÚLTIPLOS DEPARTAMENTOS

Para a entrevistada: *“Eu participei do plano ... como técnica do setor ... articulando com outros departamentos ... fizemos parceria com atenção primária ... vigilância sanitária ... rede de alta complexidade”*.

Na literatura sobre elaboração de políticas de saúde, a co-construção com múltiplos atores, vigilância, atenção primária e atenção especializada é vista como prática promissora para melhorar a relevância das intervenções e facilitar sua implementação. Um estudo sobre o cuidado de DCNT salienta a importância de uma equipe integrada e da articulação entre os diferentes níveis de atenção¹³.

A entrevistada está destacando que houve articulação entre diferentes níveis e setores (vigilância em saúde, atenção primária, rede de alta complexidade), o que é um ponto positivo, já que permite visibilidade dos fluxos de pacientes, das necessidades epidemiológicas, das ações de prevenção até tratamento. Essa participação ativa sugere que o processo de construção do plano de DANT teve um caráter participativo técnico, o que eleva as chances de pertinência local.

No entanto, a entrevistada revela que, na prática, essa integração enfrenta barreiras significativas. Entre os principais obstáculos, destacam-se: a fragilidade na coleta de dados e a subnotificação de agravos, decorrentes do preenchimento inadequado de fichas; a falta de integração entre os sistemas de saúde, trânsito e segurança pública, que dificulta o monitoramento de violências e acidentes; as desigualdades regionais e populacionais, que tornam o acesso aos serviços mais difícil para populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas, além de municípios distantes da capital; e a alta rotatividade de gestores e profissionais, que compromete a continuidade das políticas e exige constante reciclagem das equipes. Esses fatores evidenciam que a efetividade do Plano Estadual de DANT depende não apenas do desenho normativo, mas também do fortalecimento da capacidade institucional e da governança intersetorial no Estado. Portanto, esse envolvimento certamente não elimina os obstáculos, mas sim os reduz.

Ao analisar a participação da população na Democracia, Pintaui afirma que é uma nova forma de governar

Implica a existência de um Estado que não apenas reconhece os direitos de seus cidadãos, mas divide com eles o poder de estabelecer critérios para as políticas públicas. A participação cidadã subentende, portanto, cidadãos informados e participantes, influenciando na formulação e no encaminhamento dessas políticas. Por sua vez, o poder público deve ser plenamente transparente, seus propósitos e ações devem ser explícitos. A clareza de objetivos torna as decisões mais viáveis²⁰ (p. 170).

Nesse contexto, verifica-se que o processo de construção cidadã está associada à participação social²¹.

UTILIZAÇÃO DE DADOS OFICIAIS PARA IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES DA POPULAÇÃO (UBS, CADASTRAMENTO, AMOSTRAGEM)

De acordo com a fala da entrevistada, *“Foram utilizados dados das UBS, onde eles têm o cadastramento de pessoas que eram atendidas ... identificando pacientes com diabetes, hipertensão ... acompanhamento pela UBS, triagem, atividade física...”*

A PNS mostra que pessoas com DCNT utilizam mais serviços de saúde e que a educação e plano de saúde influenciam esse acesso¹⁷. Outro estudo qualitativo destacou que práticas como “busca ativa” e cadastro territorial são fundamentais para o seguimento de DCNT¹³.

A entrevistada diz que fazem uso de dados cadastrados em UBS (Atenção Primária) para mapear prevalência de diabetes/hipertensão e articular ações de intervenção (triagem, atividade física). Isso mostra que o plano está tentando caminhar no âmbito da APS, o que é coerente com as tendências de atenção integral à DCNT.

Entretanto, considerando a fragilidade de dados apontada anteriormente, pode haver lacunas, ou seja, mesmo com cadastramento, se os dados não estão atualizados ou completos, há risco de “mapear mal” a população-alvo. Portanto, há necessidade de fortalecer o processo de coleta/registro.

PRIORIDADE EM INDICADORES DE MORTALIDADE, AGRAVO E ACOMPANHAMENTO PRÓXIMO POR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MAIS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Para a entrevistada, *“as prioridades do plano foram definidas com base nos indicadores de **mortalidade prematura e complicações** associadas às doenças crônicas. A lógica central da estratégia é garantir que o paciente com D CNT seja **acompanhado de perto pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF)**, em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de modo a **prevenir o agravamento do quadro clínico**”*

Conforme mencionado acima, DCNT estão associadas a maior uso de serviços de saúde, maior hospitalização, e a baixa escolaridade/insegurança social agravam os resultados. A literatura destaca que a equipe de atenção primária (e agentes comunitários) são pilares no cuidado contínuo e prevenção de agravos das DCNT¹³. A centralidade da APS/ESF é um pilar do plano para o cuidado integral. Considerando o processo de transição demográfica e epidemiológica, torna-se necessário estabelecer serviços e programas de saúde capazes de lidar com as demandas emergentes do novo perfil

epidemiológico do país²². Assim, a integração dos serviços de Vigilância em Saúde (VS), da APS e da Rede de Atenção à Saúde é fundamental para o cuidado integral e longitudinal dos usuários de doenças crônicas.

A entrevistada expressa bem o entendimento de que reduzir mortalidade prematura e agravos de DCNT exige acompanhamento contínuo e proativo, não apenas tratar quando a pessoa já está com complicações, mas atuar previamente, via APS e ACS, para evitar que “chegue a agravar”.

Isso condiciona fortemente a eficácia do plano: se APS/ACS estiverem bem estruturados, com técnicos capacitados, vínculo com a população, monitoramento eficiente, então há mais chance de alcançar metas de redução de mortalidade. Contudo, as barreiras anteriormente apontadas, dados, logística, articulação intersetorial, rotatividade, podem comprometer esse esforço.

RECONHECIMENTO DE QUE AS DCNT SÃO AS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO NO ESTADO, SIMILAR AO CENÁRIO NACIONAL

De acordo com a fala da entrevistada, *“As principais causas de óbito ... são as doenças crônicas não transmissíveis ... diabetes, hipertensão, doenças respiratórias crônicas, doença do coração”*

Quando considerados os adultos no Brasil, 45% declararam ao menos uma DCNT, e que essas ocorrem com maior prevalência em grupos vulneráveis. A análise da PNS também indica que portadores de DCNT utilizam mais serviços e têm pior prognóstico²³.

A entrevistada está alinhada ao quadro epidemiológico nacional, no qual as DCNT figuram como a principal carga de morbimortalidade no país. Ao reconhecer esse cenário, ela reforça a pertinência de um plano estadual de DANT que priorize essas doenças, uma vez que as DCNT são responsáveis pela maior parcela de óbitos e incapacidades na população brasileira, especialmente entre adultos de menor escolaridade e em regiões de maior vulnerabilidade social¹⁵.

Mas cabe observar que, para o Estado, as desigualdades regionais podem acentuar essas causas, ou seja, pode haver taxas mais elevadas ou menor acesso ao cuidado. Isso reforça a importância de adaptações locais, como a entrevistada apontou, e de monitoramento diferencial por subpopulação.

VIOLÊNCIA, MULHERES E IDOSAS COMO PRINCIPAIS VÍTIMAS, ALCOOLISMO/DROGAS COMO FATORES LIGADOS

Para a entrevistada, *“São as mulheres e idosas... mulheres de 20 a 50 anos... violência ligada a parceiros embriagados ou drogados... crianças e adolescentes expostos...”*

O plano estadual menciona que a violência acomete principalmente populações vulneráveis, de baixa escolaridade, baixa renda, jovens, negros e mulheres¹⁵. A literatura sobre agravos externos e violência mostra que grupos vulneráveis: mulheres, jovens, comunidades de baixa renda têm maior risco²⁴.

A entrevistada está trazendo à tona a intersecção entre agravos externos (violência, acidentes) e vulnerabilidades populacionais/territoriais, o que reforça o caráter “tripla carga” do plano DANT (DCNT, agravos externos e fatores de risco). Ela ainda faz o vínculo com alcoolismo/drogas, que são fatores inter-relacionados (violência doméstica, uso abusivo de álcool). Isso sugere que o plano precisará integrar não só ações de saúde, mas também políticas de segurança pública, educação, prevenção de violência, o que demanda articulação intersetorial.

MAPEAMENTO DAS DESIGUALDADES REGIONAIS/POPULACIONAIS VIA POLÍTICA DE EQUIDADE

De acordo com a entrevistada, *“Nós estamos começando a mapear ... temos indígenas, quilombolas ... municípios a 800 km da capital... estamos fazendo esse levantamento através do pessoal da equidade...”*

O Brasil continua a ter forte gradiente social nas DCNT, pessoas com menor escolaridade ou em regiões mais vulneráveis têm maior prevalência²⁴. Em um contexto metodológico, o índice GeoSES²⁵ busca sistematizar contexto socioeconômico para estudos de saúde no Brasil.

A entrevistada está reconhecendo que o mapeamento de desigualdades é uma etapa em desenvolvimento, ou seja, ainda “começando”. Isso sugere que, embora o plano estatal mencione a equidade, na operacionalização a equidade está em processo de construção. É um bom sinal que essa consciência esteja presente, mas alarga o desafio para a implementação.

Esse reconhecimento também evidencia que, em contextos como o do Estado objeto de estudo, marcado pela presença de numerosos municípios rurais e distantes dos grandes centros urbanos, bem como pela diversidade de populações tradicionais, como indígenas e quilombolas, torna-se imprescindível que o plano estadual adote estratégias diferenciadas conforme o território e o perfil populacional, em vez de uma abordagem homogênea e padronizada.

ALINHAMENTO AO PLANO NACIONAL DE DANT E AOS ODS (AGENDA 2030)

Para a entrevistada, *“Foi todo pautado no plano nacional de DANT... E a gente sabe que os ODS ... vieram pra fortalecer as DANT”*

O plano nacional de DCNT e diversas estratégias da Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçam que as DCNT devem ser integradas à agenda de desenvolvimento (ODS)²⁶. O alinhamento político é bem documentado. Em termos de literatura sobre política de saúde, a integração entre agendas de saúde e agendas de desenvolvimento é reconhecida como estratégica para potencializar resultados.

A entrevistada demonstra que o plano estadual de DANT não está isolado, mas sim, inserido em uma estrutura mais ampla (plano nacional de DANT e ODS). Isso é positivo porque permite trazer legitimação, financiamento, visibilidade internacional e nacional.

Entretanto, a adoção de uma agenda macro exige que as adaptações locais, anteriormente comentadas, sejam feitas para que não se transforme apenas em “copiar-colar” diretrizes nacionais, mas em contextualizar para o Estado.

PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL E DE OUTROS SETORES NO DESENVOLVIMENTO DO PLANO

De acordo com a E., a construção do plano envolveu a mobilização de diferentes instâncias representativas, como o Conselho Estadual de Saúde, o conselho dos secretários municipais de saúde e a sociedade civil organizada. Conforme relatou: *“Solicitamos o Conselho Estadual de Saúde, o conselho dos secretários municipais de saúde, a sociedade civil organizada para que a gente possa realmente estar entendendo o que está acontecendo no território”*. Essa iniciativa evidencia o esforço de aproximação com as realidades locais e a busca por legitimidade social no processo de formulação da política estadual de DANT.

Na discussão sobre participação cidadã e políticas públicas, “a participação cidadã implica que o Estado dívida com os cidadãos o poder de estabelecer critérios para as políticas públicas”²⁰. Também, literaturas sobre implementação de políticas de saúde indicam que a governança participativa contribui para maior legitimidade e sustentabilidade dos programas. O relato mostra um esforço real de governança participativa: o envolvimento de conselhos, secretarias municipais, sociedade civil. Isso tende a favorecer o envolvimento no território local do plano, o que pode mitigar barreiras de continuidade e adesão.

Por outro lado, a entrevistada apontou obstáculos, resistência inicial de outros setores, necessidade de acionar gestores, por exemplo, ou seja, a participação é um processo que demanda tempo, articulação e mobilização.

PRINCIPAIS DESAFIOS DA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

Para a entrevistada: *“Quando você chama a outra área para fazer parte desse plano ... não é nada fácil ... o outro vai dizer ... ‘Por que eu tenho que estar junto com vocês?’ ... tivemos que acionar os gestores, ... saímos de cima para baixo....”*

Nos sistemas brasileiros há incentivos econômicos de circulação, fragmentação das redes, e resistência à coordenação entre níveis de atenção. A literatura geral de políticas intersetoriais também reforça que “saúde em todas as políticas” demanda negociação, sensibilização, compromisso político¹⁴.

A entrevistada explicita uma barreira política e institucional: a intersectorialidade não surge automaticamente. A saúde pública, para prevenir DCNT ou agravos externos, depende de ações articuladas com os setores de trânsito, educação, segurança e infraestrutura, entre outros. No entanto, os demais setores podem não reconhecer seu papel nesse enfrentamento ou podem interpretar que “isso é problema da saúde”. Essa percepção revela um obstáculo recorrente na implementação de políticas intersectoriais, uma vez que o enfrentamento das DANT exige corresponsabilidade e atuação coordenada entre diferentes áreas governamentais.

A fala da E. evidencia que a articulação se apoiou no comando executivo e na gestão superior para estimular ou incentivar outros setores a participar, o que revela que não houve engajamento espontâneo ou autônomo por parte desses atores. Esse desafio é consistente com a literatura sobre cooperação interinstitucional, que aponta a dificuldade de estabelecer parcerias duradouras e voluntárias entre diferentes áreas governamentais quando não há uma cultura institucional consolidada de trabalho intersectorial¹⁴.

SOBRE A MENÇÃO AO PROGRAMA ESTADUAL PROGRAMA CUIDAR DE TODOS

A entrevistada introduz um programa que não constava no plano oficial *“nosso plano ... está acontecendo agora”* e que se apresenta como um instrumento novo de apoio às unidades municipais de APS com vistas ao enfrentamento das DANT. Esse trecho evidencia, em termos qualitativos, uma dinâmica de inovação institucional e de sincronização entre diferentes níveis da federação estadual e municipal.

A inserção desse programa novo revela que os atores estaduais percebem uma lacuna no plano oficial de DANT do Estado e buscam um mecanismo adicional: *“o Programa*

Cuidar de Todos ... doará equipamentos para as 2.461 Unidades de Saúde da Família ... e 2.503 equipes ...”¹⁵. Essa informação pode ser vista neste artigo como “dado emergente”, isto é, algo que não estava previsto no Plano estadual de DANT, mas que os atores organizacionais consideram relevante para a implementação. Isso sugere que a implementação de políticas de DANT não se esgota no documento-plano, mas depende de programas complementares e de articulação federativa. Mais ainda, o fato de a entrevistada citar “*treinamentos ... multiplicadores*” e “*ir aos municípios-sede*” como estratégia prática indica que o plano formal encontra reforços operacionais no programa novo, o que poderá ter impacto tanto nos recursos estruturais (equipamentos) quanto nas capacidades humanas e de gestão.

A literatura sobre APS no Brasil aponta que, embora existam políticas bem definidas, há desigualdades regionais, lacunas de acesso e dificuldades de estrutura que comprometem o funcionamento das equipes. O estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) destaca apesar desse progresso, a atenção primária à saúde no Brasil não está funcionando de forma eficaz. Há desigualdades marcantes no acesso e na qualidade do atendimento²⁷.

Assim, a implementação de programas como o “Cuidar de Todos” pode ser interpretada como uma resposta a essas desigualdades e lacunas, procurando reforçar a estrutura e o suporte técnico e gerencial da APS e da vigilância de DANT. O referido projeto está alinhado aos ODS que como diretriz maior “não deixar ninguém para trás”²⁹.

Além disso, programas que combinam estrutura, equipamentos, capacitação (treinamento) e articulação municipal-estadual encontram eco em abordagens de fortalecimento organizacional em saúde que ressaltam a importância de mecanismos de governança, financiamento e monitoramento contínuo²¹. Essa menção abre caminho para explorar como os atores percebem o papel do Estado no suporte aos municípios, especialmente na dimensão de “capacidade de implementação” do plano de DANT.

SOBRE A ESTRATÉGIA DE “TREINAMENTOS COM MULTIPLICADORES” E A IMPLEMENTAÇÃO POR REGIONAIS

A entrevistada afirma que “o estado conta com 18 regionais de saúde e que, em cada uma delas, a equipe do Plano DANT se desloca até um município-sede, onde reúne representantes dos demais municípios da regional para realizar treinamentos, com o objetivo de formar multiplicadores locais”.

Essa fala revela uma estrutura de cascata de capacitação: treinamento de representantes em sede regional, esses representantes repassam para outros municípios

que serão multiplicadores. A estratégia atende de forma explícita à necessidade de difundir conhecimento, padronizar ações e descentralizar o plano para os municípios, o que é coerente com o princípio da APS de estar próxima ao território.

A fala também expressa consciência de fragmentação administrativa: *“cada regional ... compreende 7 municípios, ... 10 municípios, ... 8 municípios”* evidenciando que há heterogeneidade regional no Estado, o que exige estratégias adaptadas.

Do ponto de vista de implementação de políticas, essa multiplicação de atores pode implicar riscos como por exemplo: diluição de mensagem, variação de qualidade, mas também oportunidades de maior capilaridade e engajamento local.

A literatura destaca que a capacitação e participação de profissionais de nível local são fatores importantes para a eficácia da APS e da vigilância em saúde. Por exemplo, estudo realizado no estado do Ceará mostrou que o conceito de avaliação é pouco compreendido e sofre desgaste durante o processo de implementação das atividades no âmbito da APS¹⁹.

A APS é uma política considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das ações e serviços³⁰. Dentre os objetivos centrais propostos na Política tem-se: i) garantir acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde e ii) promover ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com base na integralidade do cuidado³¹. Ainda, a APS é capaz de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de uma comunidade, com uso de densidade tecnológica adequada e evitando intervenções desnecessárias, garantindo maior segurança ao paciente³².

SOBRE O SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO COM “SAÚDE DIGITAL”

A entrevistada relata: *“Nós temos duas equipes, uma de treinamentos e outra de monitoramento e avaliação, realizamos visitas técnicas e, agora, contamos com uma gerência voltada para a saúde digital. Nossos dados estaduais estão sendo organizados para que possamos monitorar, coletar essas informações e disponibilizá-las de forma acessível a todo o estado.”*

A fala mostra que a implementação do plano reconhece a dimensão de monitoramento e avaliação como componente essencial, com estruturação de equipe específica, visitas técnicas e adoção de tecnologias digitais. A introdução de “saúde digital” indica a tentativa de incorporar sistemas de informação para acompanhar indicadores de DANT, o que reforça a noção de “vigilância digital”.

A entrevistada afirma que anteriormente *“não tínhamos esse acesso bem próximo” aos dados, e que agora “já (...) vai ser implementada e disponibilizada para todos”*. Isso revela uma transição, isto é, de um sistema frágil para sistema mais estruturado, que é relevante do ponto de vista da mudança organizacional em saúde. Ainda, a entrevistada enfatiza a importância da velocidade de resposta em emergências (*“forma de ter uma resposta mais rápida para as emergências em saúde pública”*), o que sugere que o monitoramento não é apenas de rotina, mas também reativo. O relatório da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD) também destaca que, no Brasil, para enfrentar as DANT e as desigualdades, é necessário fortalecer a APS, incluindo a transformação digital da atenção primária à saúde²⁷.

Esses achados sugerem que a implementação de sistemas digitais de monitoramento é uma tendência internacional e nacionalmente apontada como estratégia para melhorar a eficácia da APS, especialmente no contexto de doenças crônicas. Por outro lado, como a pesquisa qualitativa em APS mostra, o simples fato de existir um sistema não garante seu uso efetivo. Há múltiplos desafios como os de cultura organizacional, de formação e relativos a recursos humano³³.

Considerando as experiências internacionais e a complexidade da Atenção Primária à Saúde, o monitoramento e a avaliação devem ser baseados em um processo contínuo, de aplicação simples, mais transparente, de complexidade gradual e progressiva, alinhado às melhores práticas globais e centrado nas necessidades das pessoas³².

SOBRE OS INDICADORES/ METAS DESAFIADORAS: VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTO-PROVOCADA E VIOLÊNCIA NO TRÂNSITO

A entrevistada diz que *“Dentro da DANT ... a meta desafiadora ... incêndio da violência interpessoal e autoprovocada. ... no trânsito ... não temos um sistema nacional unificado ... saúde paga a conta ... profissionais têm medo de notificar ...”*

Nesta questão a entrevistada aponta dois pontos críticos: i) a violência interpessoal e autoprovocada, considerada dentro do campo de DANT, como desafio, o que evidencia uma ampliação do foco tradicional para incluir agravos de natureza social e comportamental e ii) a violência no trânsito, para a qual há ausência de sistema de dados integrado entre diferentes atores (DETRAN, PRF, saúde). Isto é, a fala revela uma consciência operacional de que dados/monitoramento insuficientes e notificações sub-registradas comprometem a meta. Ela menciona que *“qualquer profissional pode notificar, mas a maioria fica com medo”*, o que pode indicar barreiras de cultura institucional, responsabilização ou mesmo

lacunas na capacitação dos profissionais para o registro adequado das notificações de violência interpessoal, autoprovocada e de trânsito.

Esse diagnóstico empírico sugere que, apesar de existir um plano formal com metas para essas áreas¹⁵, na prática há um grande abismo entre meta e condição operacional. Do ponto de vista da teoria de implementação, esse tipo de desafio revela tanto questões de estrutura, ausência de sistema integrado, por exemplo, quanto de processo, capacitação, medo de notificar, cultura organizacional, e de contexto com relação à multiplicidade de atores envolvidos.

Em termos de significados, a entrevistada expressa uma narrativa de responsabilidade da APS quando diz “*a saúde paga a conta*”, que também mostra frustração com limitações do sistema. Esse tipo de discurso pode revelar tensão entre a expectativa de intervenção e as barreiras práticas. A avaliação da APS no Brasil mostra que a qualidade está associada à redução de hospitalizações por condições sensíveis³⁴, o que implica que o fortalecimento da APS e da vigilância podem contribuir para agravos como as DANT.

Quanto à avaliação e monitoramento, a pesquisa qualitativa realizada no Ceará mostrou que o conceito de avaliação é pouco compreendido entre os profissionais da saúde e pelos gestores, o que pode explicar parte da dificuldade apontada pela entrevistada¹⁹. No âmbito intersetorial, a literatura aponta que para enfrentar agravos como violência, incluindo o trânsito, é necessária articulação entre saúde, segurança, trânsito, que muitas vezes encontra dificuldades institucionais e de dados.

Importante destacar que os profissionais que atuam diretamente no atendimento às vítimas da violência precisam compreender o fenômeno de forma holística, somado a uma abordagem que valorize as queixas e anseios, e não apenas as marcas visíveis causadas pelas lesões físicas, dessa forma qualificando o cuidado em suas diversas dimensões³⁵.

SOBRE OS DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL: PARCERIAS E ATORES DIVERSOS

A entrevistada assinala que “*Os maiores desafios ... estabelecer as parcerias, ... que as pessoas tenham que compreender que nós temos que trabalhar todos juntos ...*”

Essa fala coloca em evidência a dimensão de governança e de articulação intersetorial/institucional na elaboração de políticas de DANT. A colaboração é vista como indispensável, porém difícil. Em termos qualitativos, revela que embora o documento do plano declare que foi “*construída coletivamente, de forma integrada, compartilhada e pactuada*”¹⁵, na prática essa construção exige esforço, negociação e sensibilização de

atores. A entrevistada refere-se à necessidade de fazer com que “as pessoas compreendam” o que implica um trabalho de comunicação e mudança de cultura institucional. Essa percepção abre espaço para examinar as dinâmicas de poder, as resistências institucionais, as diferentes prioridades dos atores, gestores municipais, estaduais, equipes técnicas, comunidade, e como elas afetam o processo de planejamento.

A literatura sobre avaliação participativa em saúde ressalta que métodos participativos podem fortalecer o engajamento e a relevância local, mas enfrentam limites quanto à continuidade, ao poder real de decisão dos participantes e à institucionalização³³. Embora a metodologia participativa favoreça a compreensão do sistema, ela enfrenta limites de uso para suporte à gestão municipal. Portanto, a percepção da entrevistada está em consonância com a literatura que aponta que o planejamento integrado e a colaboração interinstitucional são desejáveis, mas complexos de implementar³⁶.

Quando o poder público elabora Planos de Saúde, diversos fatores podem interferir no seu planejamento, como diferenças geográficas, demográficas, estruturais e de recursos humanos³⁷. Por isso, esses aspectos resultam necessariamente em demandas diferentes, exigindo que tais documentos levem em consideração, de maneira sensível às especificidades locais.

A entrevistada reitera que o maior desafio foi estabelecer parcerias e fazer com que todos os “atores” compreendessem a necessidade de trabalhar juntos. O plano, ao descrever seu processo de elaboração como “construída coletivamente, de forma integrada, compartilhada e pactuada” e com a formação de um “Grupo de Trabalho”, reflete a aspiração e a estrutura para essa colaboração¹⁵, que a entrevistada confirma ter sido um desafio prático de implementação.

Dessa forma, o plano de DANT do Estado, evidencia a integralidade como princípio norteador do SUS, que busca promover a integração dos serviços por meio de redes assistenciais, mediante o uso de práticas humanizadas, a fim de garantir ao usuário acessibilidade, resolubilidade e/ou encaminhamentos necessários³⁵.

SOBRE LIÇÕES APRENDIDAS: TRABALHO EM EQUIPE, VISIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS

A entrevistada afirma que *“As lições ... são: o aprendizado de trabalhar em equipe e trabalhar com outros profissionais ... lembrar que você é um profissional e que também precisa ser visto ...”*

Aqui se destaca a dimensão humana e organizacional da implementação de políticas de DANT – não apenas a estrutura ou os processos, mas o reconhecimento das pessoas

envolvidas, o sentido de profissão, pertencimento e visibilidade. A fala traduz que a entrevistada percebeu que a qualidade do serviço está intimamente ligada à motivação, ao reconhecimento e à colaboração entre profissionais. Isso revela um componente afetivo do processo de implementação/política: *“eu acredito muito em pessoas ... fazer um pouquinho, a gente pode mudar a nossa realidade”*. Esse tipo de narrativa é importante para entender os fatores que sustentam a mobilização e o engajamento no terreno.

Embora a literatura sobre APS no Brasil costuma enfatizar aspectos estruturais e tecnológicos, cada vez mais destaca a importância de recursos humanos, vínculo profissional, formação, equipe multiprofissional e continuidade³⁸. Os fatores como formação e vínculo estatutário foram predominantes como correlatos de melhor desempenho da APS³⁷. Assim, a ênfase da entrevistada em *“ser visto”* e *“trabalhar em equipe”* acompanha esses achados de que a implementação eficaz de políticas de APS/DANT depende da motivação e do fortalecimento das equipes.

SOBRE OS PRÓXIMOS PASSOS: FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS FRENTE À ROTATIVIDADE DE GESTÕES

A entrevistada comenta que *“Agora temos gestão novas, novos prefeitos, novos secretários, novos coordenadores ... a cada quatro anos você tem eleição ... esse desafio de treinar esse povo todo novamente.”*

Como pode ser percebido, essa fala evidencia uma questão frequentemente negligenciada: a rotatividade institucional e política e seu impacto sobre a continuidade de políticas de saúde. A entrevistada reconhece que, embora o plano e a estratégia estejam em curso, a mudança de gestores e equipes municipais pode fragilizar a implementação, exigindo constante treinamento e sensibilização. Em termos de significado, ela coloca a impermanência como um fator de fragilidade, o que coloca em evidência a necessidade de institucionalizar os processos, não depender apenas de indivíduos ou gestões específicas.

A literatura de políticas de saúde enfatiza que a descentralização no Brasil (municipalização) traz benefícios de proximidade, mas também vulnerabilidades, especialmente quando há trocas frequentes de gestão ou falta de institucionalização de processos³⁹. A avaliação da APS no Brasil também aponta que pequenos municípios enfrentam maior ineficiência em ações e resultados de APS, o que pode estar correlacionado com rotatividade de pessoal, recursos humanos limitados e instabilidade⁴⁰.

SOBRE TRANSVERSALIDADE: APS, VIGILÂNCIA, PROMOÇÃO DA SAÚDE, POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E MEIO AMBIENTE

De acordo com a entrevistada *“Essa transversalidade é importante ... nós temos o indígena, a população negra, a população urbana e a população que não são urbanas ... trabalhar com atenção primária, vigilância sanitária, ambiental ...”*

A fala destaca a noção de que o plano de DANT não pode ser encarado como isolado, mas precisa atravessar diferentes eixos: APS, vigilância, meio ambiente, promoção da saúde, atenção à diversidade populacional, população indígena, população urbana, rural. Essa consciência de componentes sociais, territoriais e intersetoriais indica maturidade no discurso da entrevistada: ela reconhece que agravos não transmissíveis são impactados por determinantes sociais, ambientais e comportamentais.

Em termos qualitativos, tal reconhecimento pode ser codificado como “consciência de determinantes sociais e territoriais” ou “visão integral do cuidado em saúde”. Também expressa um ideal de acesso e equidade: *“saúde pública de qualidade para a população, estamos levando, para quem realmente precisa”*. Isto é, a abordagem de APS como porta de entrada e centro de coordenação da rede de atenção³¹, reforça essa dimensão de integralidade, promoção e prevenção. A revisão sobre integralidade na APS mostra que há ainda baixo grau de orientação nos serviços prestados e disponíveis, o que sugere que esse ideal da entrevistada ainda está em construção no terreno⁴². Analogamente, o relatório da OECD salienta que o enfrentamento de DANT no Brasil exige não apenas ação clínica, mas prevenção, rastreamento, promoção de estilos de vida, integração de dados e atuação sobre determinantes sociais²⁷.

A entrevistada considera a transversalidade fundamental para uma população diversificada, garantindo o acesso ao SUS e fomentando a colaboração de mais pessoas na saúde pública, especialmente através da promoção da saúde pelas equipes de Saúde da Família no território. Segundo¹⁵, no plano a “Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)” é tida como base do mesmo e tem a “Promoção em Saúde” como um de seus eixos estratégicos, com ações que envolvem a APS/ESF e diversos outros setores.

No âmbito federal, as ações organizadas visando atender a Política Nacional de Promoção da Saúde, incluem: i) combate ao tabagismo; ii) combate ao uso abusivo de álcool e outras drogas; iii) a promoção da mobilidade segura, no Brasil merece destaque o Projeto Vida no Trânsito (PVT), já sendo trabalhado no Estado conforme a entrevistada iv) a alimentação adequada; v) promoção a atividades físicas; vi) incentivo a uma cultura de paz e de respeito aos direitos humanos e vii) o desenvolvimento sustentável⁴².

Importante assinalar que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) busca romper com modelos lineares de educação de cunho epistemológico

cartesiano⁴³, e dessa forma, incentivando uma abordagem interprofissional que valoriza a colaboração entre diferentes categorias de profissionais. Portanto, a EPS não deve ser apenas um instrumento de cunho pedagógico, mas, pode ser entendido como um *"complexo sistema que tem início com o processo de trabalho em saúde, com as equipes nos serviços, integrando diferentes atores nessa discussão"*³⁰. Isto é, a política busca incentivar a transformação de práticas de saúde, promovendo o cuidado integral, de forma multiprofissional e seguindo os princípios da humanização, dessa forma focando principalmente no compromisso com a melhoria contínua dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde do Brasil.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aos fortalecer a ESF como modelo prioritário da APS e ampliar o acesso por meio de equipes de Atenção Básica (eAB) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), busca integrar os diferentes níveis de complexidade da rede de atenção à saúde, segundo os princípios basilares de: universalidade, integralidade, equidade, e orientação comunitária. Em dezembro de 2023, o país atingiu 50.804 equipes, distribuídas em 36.590 Unidades Básicas em 99,17% dos municípios brasileiros, dessa forma universalizando o acesso aos serviços para os cidadãos brasileiros⁴⁴.

Dessa forma, a PNAB é um marco para a organização e consolidação da APS no Brasil, promovendo saúde em territórios de forma mais próxima e acessível à população, e fortalecendo a lógica de redes integradas de cuidado. Tem como impactos previstos a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de APS bem como a redução de desigualdades regionais e fortalecimento do SUS como um todo³⁹.

A operacionalização da PNVS ainda enfrenta obstáculos, entre eles a necessidade de articulação entre diversos setores e a adaptação às realidades regionais do Brasil. É fundamental que as políticas públicas sejam fundamentadas em evidências científicas. Além disso, recursos metodológicos como análises espaciais e séries temporais são apontados como instrumentos relevantes para o aprimoramento da vigilância em saúde⁴⁵.

⁴⁶.

O êxito da PNVS depende diretamente do fortalecimento do SUS, o que requer financiamento estável e contínuo⁴⁷. Também é essencial estimular a participação ativa da população nos processos de monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde, fortalecendo o controle social e a transparência na gestão pública.

CONCLUSÃO

A principal contribuição teórica deste estudo reside na compreensão ampliada da governabilidade e da capacidade institucional como dimensões interdependentes da política pública em saúde. A pesquisa reforça que a governança das DANT não depende apenas da formulação normativa, mas da capacidade das instituições de articular atores, garantir fluxos de informação e manter a continuidade das políticas frente às mudanças de gestão.

No campo prático, a pesquisa contribui ao subsidiar gestores e profissionais com evidências que podem orientar o aprimoramento da implementação do Plano DANT, especialmente no que se refere à estruturação de equipes técnicas, à integração entre vigilância e atenção básica e ao fortalecimento da gestão regionalizada.

As informações obtidas neste trabalho demonstram que o Estado tem buscado integrar diretrizes nacionais e internacionais ao seu planejamento em saúde, especialmente no que se refere à incorporação dos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Essa articulação, embora estruturada no plano de DANT, que contou com as Tutoras participantes do projeto Guarda Chuva, ainda exige elevada densidade técnica e mecanismos de monitoramento robustos para garantir a efetividade das ações propostas. O enfrentamento das DANT, enquanto problema de saúde pública, requer estratégias intersetoriais, contínuas e sustentadas por evidências científicas.

As DANT permanecem como um dos maiores desafios em saúde no Estado, destacando-se as principais causas de óbito associadas a doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas, como acidentes e violências, o que evidencia a necessidade de fortalecer políticas que impactem diretamente os determinantes sociais da saúde e reduzam desigualdades regionais.

No que diz respeito às estratégias e ações intersetoriais, foi possível verificar a existência de iniciativas de integração entre atenção primária, vigilância em saúde e políticas correlatas, bem como articulações com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Mediante a entrevista ficou claro que as ações ainda carecem de maior sistematização, financiamento adequado e articulação territorializada, sobretudo em regiões de maior vulnerabilidade social. Isso é destacado no Plano de DANT do Estado. No que tange ao aprimoramento das estratégias e ações intersetoriais para otimizar a execução das políticas relacionadas ao enfrentamento das DANT identificou-se a necessidade de maior integração entre as políticas, definição de metas claras e factíveis,

fortalecimento da regionalização e da vigilância em saúde, bem como o compromisso contínuo com a avaliação e a transparência na gestão.

Por fim, ao analisar os principais desafios e barreiras, observou-se que a fragmentação das políticas, a insuficiência de dados regionalizados, a escassez de recursos humanos capacitados e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde ainda constituem obstáculos centrais para a efetivação do Plano DANT do Estado. Tais elementos reafirmam a importância da Educação Permanente em Saúde como eixo estratégico para formar e qualificar profissionais e gestores, tornando-os aptos a operacionalizar as metas pactuadas em nível nacional e internacional.

Os achados revelam que, embora avanços tenham sido alcançados, ainda há grandes desafios a serem superados para que as metas do Plano DANT e dos ODS sejam plenamente atingidas. A experiência maranhense evidencia que o caminho para a redução da morbimortalidade por DANT depende de maior integração intersetorial, fortalecimento da vigilância e da atenção primária, bem como da valorização contínua da educação permanente em saúde. Isto porque a formação continuada é imprescindível para a implementação de ações coerentes com os princípios do SUS e com os objetivos pactuados em âmbito global, como os do ODS 3.

Por fim, conclui-se que o Plano Estadual das DANT, é um importante marco institucional no campo do planejamento em saúde, alinhado parcialmente aos compromissos internacionais e às políticas nacionais. Constatando-se a implementação de políticas de saúde pública no Estado, com foco no Plano de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério de Saúde, Secretaria de Vigilância e Ambiente, que estabeleceu o Termo de Execução Descentralizada (TED60/2021), executado pela UFT do qual este trabalho faz parte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: UN; 2015 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>
2. Confederação Nacional de Municípios (CNM). Guia para integração dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável nos Municípios Brasileiros – Gestão 2017-2020. Brasília (DF): CNM; 2017.

3. Muchagata M, et al. Localizando objetivos do desenvolvimento sustentável: desafios de municípios brasileiros mais populosos e com alta vulnerabilidade socioeconômica para a implementação da Agenda 2030. *Rev Serv Publico*. 2023;74(4):734-57.
<https://doi.org/10.21874/rsp.v74i4.9995>
4. Pellense MCS, et al. Avaliação da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil: uma série temporal de 2015 a 2019. *Rev Cienc Plural*. 2021;7(3):202-19. Available from:
<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25186>
5. 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. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2020.
7. Minayo MCS, Njaine K, Souza ER. Avanços e desafios da Política Nacional de Redução dos Acidentes e Violências: o ponto de vista dos implementadores. *Cienc Saude Colet*. 2024;30(3):1-10. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.16932024>
8. Basso Junior LC, et al. Estratégias metodológicas em pesquisas qualitativas na saúde. *Rev Bras Pesq Saude*. 2016;18(3):55-68.
9. Santos KS, et al. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(2):655-64. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>
10. Brasil. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF); 2012 Dec 21 [cited 2018 Jun 7]. Available from:
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12760-20-dezembro-2012-774812-publicacaooriginal-138431-pl.html>
11. Ribeiro D. O que é lugar de fala? Belo Horizonte: Letramento; 2017 [cited 2025 Oct 16]. Available from: <https://journals.openedition.org/horizontes/3565>
12. Borland E. Teoria do ponto de vista: feminismo [Internet]. Britannica. [cited 2025 Oct 16]. Available from: <https://www.britannica.com/topic/standpoint-theory>
13. Oliveira CN, et al. Physicians' and nurses' perspective on chronic disease care practices in Primary Health Care in Brazil: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:673. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08078-z>
14. Bousquat AEM, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Cad Saude Publica*. 2017;33(3):e00084216.
15. Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde. Plano estadual de enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis: Maranhão, 2024 a 2030. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde; 2024.
16. Vargas I, et al. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan*. 2016;31(6):736-48. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw027>
17. Malta DC, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 1):4s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>
18. Meller FO, et al. Desigualdades nos comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis: VIGITEL, 2019. *Cad Saude Publica*. 2022;38(6):e00273520. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT273520>
19. Oliveira LPP, et al. Mortalidade materna no Brasil: revisão sistemática de estudos empíricos. *Rev Cuidarte*. 2022;13(3):e3139. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3139>
20. Pintaui SM. A participação cidadã e a gestão urbana. *Cidades*. 2004;1(2):169-80.
21. Almeida CRA, Rocha SM, Rocha RRC. MROSC: Construção participativa e aprofundamento da democracia. In: Worn N, org. *Parcerias com a sociedade civil na gestão pública brasileira*. Palmas: EdUFT; 2018. p. 15-40.

22. Vanzella E. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas internações no âmbito do SUS. In: Envelhecimento humano no século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais. Campina Grande: Realize Editora; 2020. p. 677-95.
23. Malta DC, et al. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic noncommunicable diseases in Brazil. *Int J Equity Health*. 2016;15:148. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0427-4>
24. Barros C, et al. Impactos da violência contra a mulher: saúde, trabalho e relações sociais. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2016;16(3):301-8.
25. Vizeu Barrozo L, et al. GeoSES — um índice socioeconômico para estudos de saúde no Brasil. *arXiv [Preprint]*. 2019 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://arxiv.org/abs/1910.06155>
26. Cruz DKA, et al., orgs. Fortalecimento e interiorização da Agenda 2030 e sua interface com as doenças crônicas e agravos não transmissíveis na Região da Amazônia Legal: caderno do tutor [Internet]. Palmas (TO): EDUFT; 2024 [cited 2025 Jan 25]. Available from: https://sites.uft.edu.br/agenda2030ods/media/publicacoes/CADERNO_TUTOR_2024_ODS.pdf
27. OECD. Primary Health Care in Brazil [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2016 [cited 2025 Jan 17]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/primary-health-care-in-brazil_120e170e-en.html
28. Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Cuidar de Todos [Internet]. São Luís: SES-MA; 2025 [cited 2025 Jul 24]. Available from: <https://cuidardetodos.saude.ma.gov.br/>
29. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: relatório final [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1dl4F1e03LKCslRF7h0OXzx8VCVkrZkc/view>
30. Figueiredo EBL, et al. Educação permanente em saúde: uma política interprofissional e afetiva. *Saude Debate*. 2022;46(135):1164-73. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>
31. Giovanella L, Furtado JHL, Almeida PF. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS no enfrentamento da COVID-19. *Saude Debate*. 2021;45(130):748-62.
32. Sellera PEG, et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em nível nacional: novos desafios. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(4):1401-11. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>
33. Araújo Ribeiro L, Scatena JH. The evaluation of primary health care in Brazil: an analysis of the scientific production between 2007 and 2017. *Saude Soc*. 2019;28(Spec No):e160308.
34. Castro DM. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2020;36(11):e00209819. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209819>
35. Alcantara PPT, et al. Cuidado integral às mulheres vítimas de violência. *Cienc Saude Colet*. 2024;29(9):e08992023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.08992023>
36. Dourado LF, Tanaka OY. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. *Rev Saude Publica*. 2016;50:45-9. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006251>
37. Silva IGS. Planejamento em saúde em municípios brasileiros: situação cadastral e a convergência com o Plano de Ações Estratégicas (2021-2030) [dissertação]. Santa Cruz: Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2024.
38. Carvalho FR, et al. Evaluation of primary health care in Brazil: main characteristics, limitations and potential between PMAQ and PCATool. *Res Soc Dev*. 2022;11(1):e24395.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.

40. Machado JÂ, Guim ALS. Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. *Rev Serv Publico*. 2017;68(1):37-64.
41. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da Primary Care Assessment Tool: revisão sistemática. Washington (DC): OPAS; 2019.
42. Malta DC, et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva, resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(6):1799-809.
43. Descartes R. Discurso do método. 3a ed. Lisboa: Guimarães Editorial; 1997.
44. Gualhano L, Minayo MCS. A função privilegiada da atenção primária na universalização do acesso à saúde [Internet]. *SciELO em Perspectiva | Press Releases*. 2024 [cited 2025 Jan 9]. Available from: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2024/08/27/a-funcao-privilegiada-da-atencao-primaria-na-universalizacao-do-acesso-a-saude/>
45. Garcia LP, Duarte E. 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: marco para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(2):e20180002. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200020>
46. Guimarães RM, et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(5):1407-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>
47. Okumoto O, Brito SMF, Garcia LP. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(3):e2018318. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000300018>