



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE PALMAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

FABIANE SANTOS BARROS

**A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM PALMAS-TO NO CONTEXTO
HISTÓRICO NORMATIVO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Palmas - TO
2021

FABIANE SANTOS BARROS

**A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM PALMAS-TO NO CONTEXTO
HISTÓRICO NORMATIVO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em
Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do
Tocantins – UFT, como requisito parcial para obtenção
do título de mestra em Gestão de Políticas Públicas.
Orientador: DR. AIRTON CARDOSO CANÇADO
Coorientadora: DRA. VÂNIA APARECIDA REZENDE

Palmas - TO
2021

FABIANE SANTOS BARROS

**A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE EM PALMAS-TO NO CONTEXTO
HISTÓRICO NORMATIVO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins para obtenção do título de mestre.

Orientador: DR. AIRTON CARDOSO CANÇADO

Coorientadora: DRA. VÂNIA APARECIDA REZENDE

Aprovada em 11/02/2021.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Airton Cardoso Cançado (Orientador)



Profa. Dra. Vânia Aparecida Rezende (Coorientadora)



Profa. Dra. Keile Aparecida Beraldo (Membro interno)



Prof. Dr. Neilton Araújo de Oliveira (Membro externo)

Palmas - TO
2021

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me guiado e dado sabedoria para que eu pudesse realizar esse mestrado.

Aos meus pais Nali Santos da Silva e Ronaldo Costa Barros e aos meus irmãos pelo apoio e a segurança que me proporcionaram para que eu pudesse continuar meus estudos.

Ao meu esposo, Rubem Lima Viegas que me proporciona o sentimento de ter um lar e o ensinamento diário da importância de viver o amor.

Aos amigos, pessoas que a vida apresentou e que permaneceram. Não preciso citar, pois no íntimo, você meu amigo se reconhecerá.

Aos professores, com carinho. Que contribuíram na minha formação e compartilharam um dos maiores poderes que se pode ter, o conhecimento. Em especial ao meu orientador Prof. Dr. Airton Cardoso Cançado e a minha co-orientadora Prof. Dra. Vânia Aparecida, que me conduziram nesta trajetória para a realização desta pesquisa.

Aos integrantes da banca examinadora, Prof. Keile e o Prof. Neilton pela presença e avaliação desta dissertação.

À Universidade Federal do Tocantins e ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas (GESPOL) em parceria com o Ministério da Saúde, por ter me acolhido como aluna do curso de mestrado.

Obrigada!

RESUMO

O objetivo geral desse estudo, foi descrever a Atenção Básica de Palmas-TO no contexto histórico e normativo do SUS. Estruturalmente, essa dissertação está dividida em três capítulos, os dois primeiros correspondem ao referencial teórico, o primeiro trata de uma revisão sistemática da literatura sobre as Políticas Públicas no Brasil, o segundo apresenta uma linha do tempo da evolução histórica e normativa da Atenção Básica do Brasil à Palmas. O terceiro capítulo expõe uma pesquisa documental qualitativa, realizada a partir dos instrumentos de gestão no período de 2014 a 2017, a fim de conhecer o desenvolvimento da Atenção Básica em Palmas-TO, onde pode-se notar que no decorrer dos anos houve mudanças no plano de saúde, isso se torna necessário para a avaliação do andamento dos trabalhos, além de proporcionar correções e adaptações das estimativas do Plano, ajustando as metas. É importante reconhecer a gestão em saúde nos municípios, pois estes estão mais próximo da população e o nível de atenção capaz de suprir grande parte das necessidades básicas apresentadas por esse público. Para isso, o planejamento é fundamental, assim como a plena participação popular na elaboração do Plano de Saúde e na definição das prioridades do setor, a qual pode ser efetuada a partir do conselho e conferência de saúde.

Palavras-chaves: Políticas Públicas. Atenção Básica. Instrumentos de Gestão. SUS. Saúde Pública.

ABSTRACT

The general objective of this study was to describe the Primary Care of Palmas-TO in the historical and normative context of SUS. Structurally, this dissertation is divided into three chapters, the first two correspond to the theoretical framework, the first deals with a systematic review of the literature on Public Policies in Brazil, the second presents a timeline of the historical and normative evolution of Primary Care in Brazil. Brazil to Palmas. The third article exposes a qualitative documentary research, carried out from the management instruments from 2014 to 2017, in order to learn about the development of Primary Care in Palmas-TO, where it can be noted that over the years there have been changes in the health plan, this becomes necessary to assess the progress of the work, in addition to providing corrections and adaptations to the Plan's estimates, adjusting the goals. It is important to recognize health management in the municipalities, as they are closer to the population and the level of care capable of meeting most of the basic needs presented by this public. For this, planning is fundamental, as well as full popular participation in the elaboration of the Health Plan and in the definition of the sector's priorities, which can be carried out through the health council and conference.

Keywords: Public Policies. Basic Attention. Management Instruments. SUS. Public health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estruturação da dissertação.....	18
Quadro 2 - Síntese dos artigos selecionados.....	23
Quadro 3 - Qualis CAPES das revistas que os artigos selecionados foram publicados.....	25
Quadro 4 - Classificação dos artigos selecionados	25
Quadro 5 - Territórios de saúde de Palmas-TO.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Documentos analisados.....	54
Tabela 2 – Resumo das principais informações na construção do Plano Municipal de Saúde (2014-2017).....	60
Tabela 3 – Comparativo das principais metas da Atenção Básica.....	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Artigos selecionados nas bases de dados SCIELO e SCOPUS.....	23
Figura 2 – Síntese das fases do ciclo de políticas públicas.....	31
Figura 3 - Linha do tempo dos acontecimentos marcantes e normativos do desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil.....	37
Figura 4 - Principais decisões da CIB em relação à Atenção Básica.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de Cobertura da Atenção Básica no Tocantins, 2007-2020.....	47
Gráfico 2 – Percentual de Cobertura da Atenção Básica em Palmas-TO, 1997-2020.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

BID- Banco Interamericano de Desenvolvimento

CAP- Caixas de Aposentadoria

CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CIB- Comissão Intergestores Bipartite

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

CF- Constituição Federal

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CSC- Centro de Saúde da Comunidade

EBAPE.BR - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação

Getúlio Vargas

ESF- Estratégia de Saúde da Família

FESP- Fundação Escola Saúde Pública

GESPOL/UFT- Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins

IAP- Institutos de Aposentadorias e Pensões

ICES- Iniciativa para Cidades Emergentes Sustentáveis

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOAS- Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB- Normas Operacionais Básicas

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS- Programa de Agente de Saúde

PMAQ- Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

PNAB- Política Nacional de Políticas Públicas

PSE- Programa Saúde na Escola

PSF- Programa de Saúde da Família

RAP- Revista de Administração Pública

RAVS- Rede de Atenção e Vigilância em Saúde

SARGSUS- Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão.

SINAN- Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SINPAS- Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC- Tecnologia da Informação e Comunicação

UBS- Unidades Básicas de Saúde

UFT- Universidade Federal do Tocantins

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	19
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
3.1	Capítulo 1- Políticas Públicas no Brasil: revisão sistemática da literatura.....	21
3.1.1	Aspectos Metodológicos	22
3.1.2	Resultados e Discussão.....	25
3.1.2.1	<i>Contexto das políticas públicas no Brasil</i>	<i>25</i>
3.1.2.2	<i>Atores e movimentos sociais</i>	<i>27</i>
3.1.2.3	<i>Ciclo de políticas públicas</i>	<i>30</i>
3.1.3	Considerações.....	34
3.2	Capítulo 2 - Evolução histórica e normativa da Atenção Básica do Brasil à Palmas.....	36
3.2.1	Metodologia	36
3.2.2	Resultados e Discussão.....	36
3.2.2.1	<i>Das caixas de aposentadoria a estratégia de saúde da família.....</i>	<i>37</i>
3.2.2.2	<i>Processo de descentralização da ESF no Tocantins.....</i>	<i>43</i>
3.2.2.3	<i>Implantação da ESF no município de Palmas-TO.....</i>	<i>48</i>
4	PESQUISA DOCUMENTAL QUALITATIVA.....	52
4.1	Capítulo 3- Instrumentos de gestão no Sistema Único De Saúde em Palmas-To: uma análise documental e das metas da Atenção Básica.....	52
4.1.1	Metodologia e locus de pesquisa	54
4.1.2	Resultados e discussão.....	55
4.1.2.1	<i>Construção do Plano Municipal de Saúde</i>	<i>56</i>
4.1.2.2	<i>Análise das metas</i>	<i>60</i>
4.1.2.3	<i>Políticas públicas municipais de saúde</i>	<i>65</i>
4.1.3	Considerações	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
	REFERÊNCIAS.....	76

1. INTRODUÇÃO

O Brasil se tornou uma federação a partir da Constituição Federal (CF), sendo formado por três esferas de governo: União, estados e municípios. O processo de descentralização em saúde predominante, desde então, é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também a transferência de poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, foi repassada aos estados e, principalmente, para os municípios (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

Antes da CF, o movimento que incentivou essas mudanças, foi a Reforma Sanitária Brasileira que ocorreu nos anos 70, com o intuito de reorganizar o sistema de saúde, abordar uma nova concepção sobre os determinantes sociais de saúde e o processo de saúde-doença, mudar o modelo médico-hospitalocêntrico (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A gestão municipal, idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira e contemplada pela CF, pode ser compreendida como a esfera de governo mais próxima da sociedade e mais sensível aos seus anseios, dessa maneira poderá apresentar resultados mais eficazes e direcionados. O Sistema Único de Saúde (SUS) denomina como gestão local o conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando à operacionalização, na prática e em seus contextos sociopolítico-institucionais singulares (CECILIO *et al.*, 2007).

A municipalização da Atenção Básica, no que se refere ao modelo de atenção à saúde e organização dos serviços municipais que, na trajetória da descentralização foram sendo incorporados nesse contexto. Esse modelo foi caracterizado como Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a principal porta de entrada e eixo estruturante do sistema de saúde. O fortalecimento deste modelo acontece com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que evoluiu numa perspectiva mais abrangente e integradora através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2006 (BRASIL, 2006).

Devido as grandes transformações ocorridas no setor da saúde ao longo do tempo, atualmente os municípios têm a responsabilidade de atuar em prol da gestão do sistema de saúde no que se refere a: planejar, organizar e avaliar serviços de saúde locais; gerir as unidades públicas de saúde; executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; implementar a política de insumos e equipamentos em saúde; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde (BRASIL, 2016).

Para que o município cumpra os preceitos constitucionais, o SUS vem utilizando diversos Instrumentos de Gestão, como um arcabouço legal sólido que vêm sendo criado segundo a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e mesmo política dos diversos setores do SUS ao longo do tempo e do espaço. O planejamento no SUS se estende do nível local até o nível federal, partindo das necessidades de saúde da população de cada região. Assim, inicialmente, os Municípios devem proporcionar aos cidadãos pelo menos o atendimento básico de saúde (BRASIL, 2002).

Os instrumentos foram instituídos desde a criação do SUS com a lei 8080/1990, 8142/1990 e o Decreto nº 7.508/2011, porém apenas em 2013, pela Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, foram estabelecidas as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão como os instrumentos fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS.

A lei nº 8.080/1990 dedica o capítulo III, artigos 36 a 37, para o tema planejamento e orçamento e estabelece diretrizes para o processo de planejamento de forma integrado ao orçamento geral do governo, orientado pelas necessidades de saúde da população, de forma ascendente do nível local até o federal, e privilegiando a participação do controle social na governança.

Ao estabelecer para os três entes federados (União, Estados e Municípios), como atribuição, a elaboração e atualização periódica do plano de saúde e a elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde, teve o intuito de garantir a integração do planejamento. Isto se constata no artigo 36, parágrafo 1º ao afirmar que “os planos de saúde serão à base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (BRASIL, 1990).

Já na Lei 8142/1990, artigo 4, estabelece o que será necessário para a alocação dos recursos, sendo o plano de saúde e o relatório de gestão, itens essenciais deste, o que “obriga” os entes federativos a utilizarem esses instrumentos e também serve como forma de monitoramento.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamentou a Lei 8.080/1990 e reforça a ideia de planejamento ascendente e integrado, construído do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Estabelece que os

planos de saúde devam conter metas de saúde e outorgou ao Conselho Nacional de Saúde a competência para estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2011).

A partir dessas regulamentações pode-se notar que na década de 90 o Brasil experimentou mudanças na política nacional de saúde, e conseqüentemente, com repercussão no processo de planejamento do setor. Estas normas jurídicas implicaram na adoção de diversos mecanismos e estratégias de aprimoramento das relações intergestores, objetivando a operacionalização da gestão das políticas de saúde pelos três entes federados, o que certamente estimulou o desenvolvimento e a difusão das práticas e institucionalização do planejamento na saúde (AMORIM, 2016).

Diante do exposto, esse trabalho justifica-se para o município e sociedade, pela importância do planejamento, execução e monitoramento no funcionamento da Atenção Básica, assim como na implementação de políticas públicas de saúde municipais e seus processos como um fator essencial do desenvolvimento territorial, é necessário reconhecer não só os determinantes que o afetam, mas também as importâncias da formulação de políticas públicas que possibilitem a inclusão social promovam a saúde e a democratização.

Em consonância à estruturação do PSF no âmbito nacional, o estado do Tocantins e sua capital Palmas, seguiram praticamente os mesmos passos para chegar à atual ESF como forma de organizar a rede de assistência à saúde, sendo a base, coordenadora do cuidado e resolvendo 85% das demandas. Na capital houve oscilações nessa construção e apenas em 2016 conseguiu atingir a cobertura de 100% da população (BRASIL, 2020).

Outros estudos sobre a temática já foram realizados, porém com intuítos diferentes, de fazer uma análise geral sobre os instrumentos de gestão, relacionados aos aspectos financeiros, ou com os instrumentos dos demais entes federativos ou municípios (NUNES, 2018; SALIBA *et al.*, 2013; NASCIMENTO; EGRY, 2017; AMORIM, 2016).

Como o estudo de Nunes (2018), que fez uma análise comparativa dos Planos Municipais de Saúde vigentes dos municípios da Região de Saúde de Nanuque-MG, a fim de evidenciar a conformidade desses instrumentos com o disposto na legislação de planejamento do SUS.

Nascimento e Egrý (2017) realizaram um estudo com quatro municípios a fim de identificar potencialidades e limites do Plano Municipal de Saúde como instrumento de gestão ao reconhecimento das necessidades em saúde e das vulnerabilidades dos grupos sociais. Concluiu que todos os cenários apresentaram dificuldade de identificação de grupos

sociais, vulnerabilidades e necessidades diferenciados, impossibilitando gestão em saúde em prol da equidade e da integralidade na atenção. Já Saliba *et al.*, (2013) analisou três planos municipais de saúde, de municípios de São Paulo (Piacatu, Clementina e Gabriel Monteiro) quanto ao atendimento aos preceitos legais que regem o Sistema Único de Saúde, sua constituição e apresentação dos itens essenciais.

Essa pesquisa seguirá o desenvolvimento do estudo de Terhorst (2019), ele analisou os Relatórios Anuais de Gestão referentes aos (2014- 2017), comparando-os ao Plano de Saúde (2014- 2017) do Município de Alto Alegre/RS para verificar se as metas propostas foram cumpridas totalmente, parcialmente ou se não foram cumpridas.

Em Palmas-TO, Amorim (2016), analisou a coerência interna e externa do Plano Municipal, entendido como a formalização da Política de saúde adotada pelo governo municipal para um determinado período, no caso 2014-2017, a pesquisa foi realizada em 2016, então o plano ainda estava em vigência.

O diferencial do estudo que será apresentado, é que ele tem como foco apenas um nível de atenção, a Atenção Básica, em decorrência de o município ser o principal responsável, a partir do processo de municipalização da saúde e a territorialização dos serviços de saúde, realizando o planejamento de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente (BRASIL, 2017).

Esse estudo foi conduzido a partir de um questionamento geral, considerando as mudanças relativas à Atenção Básica: Como funciona o processo de gestão da Atenção Básica em Palmas-TO?

A partir desta problemática este estudo, desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins (GESPOL/UFT), tendo como núcleo temático “Gestão, educação, ciência, tecnologia e desenvolvimento”, tem como **objetivo geral:** descrever a Atenção Básica de Palmas-TO no contexto histórico e normativo do SUS e os seguintes **objetivos específicos:** I) compreender o desenvolvimento das políticas públicas no território brasileiro; II) conhecer o desenvolvimento da Atenção Básica em Palmas-TO; III) analisar o desenvolvimento da gestão da Atenção Básica em Palmas-TO a partir dos instrumentos de gestão do SUS.

O recorte temporal (2014-2017) foi definido a partir do último Plano Municipal de Saúde. Segundo a Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, o Plano de Saúde é definido para o período de quatro anos e a partir desse plano, são definidas anualmente as ações que serão desenvolvidas no setor saúde (programação anual), e ao final de cada ano é

elaborado o relatório de gestão para apresentar os resultados alcançados durante aquele ano (BRASIL, 2013).

Estruturalmente, essa dissertação está dividida em cinco partes, além desta introdução: um percurso metodológico, três capítulos, considerações finais e as referências; conforme Quadro 1:

Quadro 1- Estruturação da dissertação:

Introdução Geral	Justificativas Objetivos Estrutura
Percurso Metodológico	Resumo das metodologias utilizadas no desenvolvimento desta dissertação.
Referencial teórico	Capítulo 1- Políticas Públicas no Brasil: revisão sistemática da literatura Capítulo 2- Evolução histórica e normativa da Atenção Básica do Brasil à Palmas
Pesquisa documental qualitativa	Capítulo 3- Instrumentos de gestão no Sistema Único de Saúde em Palmas-TO: uma análise documental e das metas da Atenção Básica.
Considerações finais	Considerações realizadas a partir de toda a dissertação.
Referências	Contém as referências de todas as etapas do trabalho.

Fonte: elaborado pela autora (2020).

Na seção seguinte, será apresentado o percurso metodológico, o qual resumirá a metodologia utilizada para a realização dos estudos de cada capítulo que compõem esta dissertação.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Com o propósito de comprovar a validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade, “a metodologia examina, descreve e avalia métodos e técnicas de pesquisa que possibilitam a coleta e o processamento de informações, visando ao encaminhamento e à resolução de problemas e/ou questões de investigação” (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Essa dissertação contém três capítulos com metodologias diferentes, o capítulo 1 e 2 tratam da fundamentação teórica e o capítulo 3 da pesquisa qualitativa descritiva. Cada capítulo corresponde a um artigo científico, por isso é composto por diversas metodologias. Diante disso, esta dissertação foi desenvolvida em quatro etapas:

1ª Etapa: revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica é essencial no desenvolvimento de uma pesquisa, ela é desenvolvida a partir de materiais já elaborados, principalmente livros e artigos científicos. Com o intuito de permitir ao pesquisador uma amplitude sobre o tema estudado. A pesquisa bibliográfica também é indispensável nos estudos históricos, pois não há outra maneira de conhecer fatos passados sem dados secundários (GIL, 2008).

No primeiro capítulo foi realizada uma revisão sistemática da literatura, onde foram delimitados 30 artigos, de revistas *Qualis* A1 a B1, verificados a partir da plataforma Sucupira. A análise descritiva e qualitativa possibilitou a divisão dos artigos em eixos temáticos, sendo eles: contexto das políticas públicas no Brasil, atores e movimentos sociais e ciclo de políticas públicas.

O segundo capítulo é uma pesquisa bibliográfica, descritiva e exploratória. Esse capítulo teve como objetivo descrever a construção da Atenção Básica no município de Palmas-TO, levando também em consideração o desenvolvimento da Atenção Básica a nível estadual (Tocantins) e nacional (Brasil).

2ª Etapa: delimitação da amostra

O terceiro capítulo, trata-se de uma pesquisa documental com propósito descritivo e abordagem qualitativa. Foi realizada uma análise dos instrumentos de gestão com recorte para a Atenção Básica no período de 2014 a 2017, disponibilizados no sistema SARGSUS (Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão).

3ª Etapa: levantamento dos dados

Os documentos analisados foram: o Plano Municipal de Saúde Palmas/TO e suas revisões, Programação anual de Saúde e Relatório de Gestão, dos períodos de 2014-2017.

Esses documentos se caracterizam como de natureza secundária e, sobretudo por serem de domínio público, a apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada para a execução deste estudo.

O fechamento amostral foi realizado quando houve uma saturação de dados, que é definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados, ou seja, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4ª Etapa: análise dos dados- Pesquisa Qualitativa

Para a análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2009). A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações e possui algumas características. Primeiramente, aceita que o seu foco seja qualificar as vivências do participante, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos, ressaltando o rigor metodológico, a necessidade de ultrapassar as incertezas e a descoberta do que é questionado.

Está técnica se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A primeira etapa é a fase de organização e intuições, onde devemos escolher os documentos que serão submetidos à análise, a formação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos (BARDIN, 2009).

Na seção seguinte será detalhada a fundamentação teórica, composta por dois capítulos, a fim de compreender sobre as Políticas Públicas Brasileiras e o conhecimento sobre o contexto histórico e normativo da Atenção Básica.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica foi dividida em dois capítulos, o primeiro trata de uma revisão da literatura sobre “Políticas Públicas”, e o segundo do contexto histórico e normativo da Atenção Básica nos três entes federativos, Brasil, Tocantins e Palmas (união, estado e município).

O primeiro capítulo foi transformado em artigo e aceito para publicação na revista Observatório, ISSN nº 2447-4266, na versão Português e Inglês e está em fase de editoração.

3.1 Capítulo 1 - Políticas Públicas no Brasil: revisão sistemática da literatura

Com a expansão da democracia, o Estado teve como função o bem-estar da sociedade, para promover isso, ele utiliza as políticas públicas. Compreender o sentido do termo “políticas públicas” é o primeiro passo para entender a importância desse instrumento para a sociedade.

Existem várias definições para esse termo, porém uma ideia central entre elas é que o agente mais importante do processo de produção de políticas públicas é o governo, para Smith e Larimer (2009), as políticas públicas envolvem o processo de fazer escolhas e o que as torna públicas, é que essas escolhas se baseiam nos poderes coercitivos do Estado.

Para esta pesquisa, foi utilizado o conceito de políticas públicas descrito por Secchi, Coelho e Pires (2019), que se constitui em uma orientação para resolver um problema entendido como coletivamente público, possui dois elementos fundamentais, a intencionalidade pública e resposta a um problema público, este é considerado como a diferença do estado atual e do que pode ser feito para chegar a uma situação ideal (SECCHI; COELHO; PIRES, 2019).

Para ele ser público é necessário ter implicações para uma quantidade ou qualidade de pessoas. As políticas públicas se materializam por meio de programas, diretrizes, projetos, decretos, entre outros, buscando atender as demandas em comum da sociedade, de forma “pública” para garantir o acesso amplo (SECCHI; COELHO; PIRES, 2019).

Fundamentado na importância das políticas públicas para o desenvolvimento do estado e do bem-estar da sociedade, este capítulo objetiva analisar a evolução das políticas públicas no Brasil no período de 2010 a 2019, sob a ótica do seu desenvolvimento, o envolvimento dos atores e movimentos sociais e o desenvolvimento das fases do ciclo de políticas públicas.

3.1.1 Aspectos Metodológicos

Para viabilizar o desenvolvimento deste estudo, optou-se por uma revisão sistemática de natureza qualitativa. A revisão sistemática é um delineamento de evidências provenientes de estudos primários para responder uma questão específica de pesquisa, para isso utiliza-se um processo de revisão de literatura abrangente, imparcial e reprodutível, que localiza, avalia e sintetiza estudos anteriores (BORK, 2005; BRASIL, 2012).

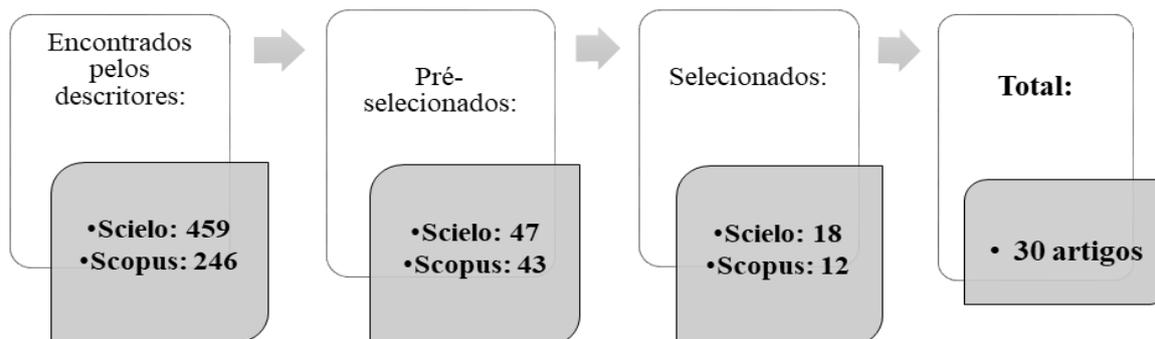
Esse tipo de pesquisa é uma maneira de agrupar conhecimento sobre um determinado assunto, facilitando o trabalho dos pesquisadores. Requer um extenso esforço de classificação e encontro de trabalhos que sejam relevantes (KITCHENHAM e CHARTERS, 2007).

De acordo com Galvão e Pereira (2014), para a elaboração de uma revisão sistemática é necessário realizar as seguintes etapas: elaboração da pergunta de pesquisa/objetivo, busca na literatura, seleção dos artigos, extração dos dados, avaliação da qualidade metodológica; síntese dos dados ou metanálise, avaliação da qualidade das evidências e redação e publicação dos resultados.

Na primeira etapa definiu-se a questão norteadora, sendo: Como se deu o desenvolvimento das políticas públicas no Brasil nos últimos 10 anos? Na segunda etapa foi realizada à busca na literatura, utilizando o banco de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e SCOPUS (base de dados bibliográficos) no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) entre os anos de 2010 e 2019, a busca foi realizada em abril de 2020.

Na terceira etapa os artigos foram selecionados a partir do descritor “Políticas Públicas” por meio da técnica de pesquisa bibliométrica nas bases escolhidas, caracterizado pela escolha intencional, que estivessem disponíveis, se encaixassem no objetivo da pesquisa e a revista tivesse *qualis* igual ou superior a B1 de acordo com avaliação do quadriênio 2013-2016 disponível na plataforma Sucupira da CAPES (CAPES, 2020). Na figura 1, foi ilustrada a seleção dos artigos.

Figura 1 – Artigos selecionados nas bases de dados SCIELO e SCOPUS:



Fonte: elaborado pela autora (2020).

Conforme o objetivo proposto e a metodologia de pesquisa utilizada, foram identificados trinta estudos relevantes e em conformidade com a problemática abordada. Com o intuito de auxiliar na visualização dos principais resultados dos artigos selecionados foram catalogadas no Quadro 2 as seguintes informações: base de dados, ano de publicação, título e metodologia.

Quadro 2 – Síntese dos artigos selecionados:

BASE DE DADOS	AUTORES/ ANO	TÍTULO	
SCIELO	Oliveira; Passador (2019)	1	Ensaio teórico sobre as avaliações de políticas públicas
	Almeida; Gomes (2018)	2	Processo das políticas públicas: revisão de literatura, reflexões teóricas e apontamentos para futuras pesquisas
	Valle (2018)	3	Planejamento orçamentário e políticas públicas: explorando uma alternativa de reconciliação pela indução
	Petinelli (2017)	4	A quem servem as conferências de políticas públicas? Desenho institucional e atores beneficiados
	Santos; Ribeiro; Ribeiro; Pinto (2017)	5	Administração política e políticas públicas: em busca de uma nova abordagem teórico-metodológica para a (re)interpretação das relações sociais de produção, circulação e distribuição
	Batista; Domingos (2017)	6	Mais que boas intenções: técnicas quantitativas e qualitativas na avaliação de impacto de políticas públicas
	Chaebo; Medeiros (2017)	7	Reflexões conceituais em coprodução de políticas públicas e apontamentos para uma agenda de pesquisa
	Pogrebinschi; Ventura (2017)	8	Mais Participação, Maior Responsividade? As Conferências Nacionais de Políticas Públicas e a Qualidade da Democracia no Brasil
	Miranda; Mendes; Silva (2016)	9	Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil
	Couto; Lima (2016)	10	Continuidade de Políticas Públicas: A Constitucionalização Importa?
	Macedo; Alcântara; Andrade; Ferreira	11	O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos

	(2016)		
	Bichir (2015)	12	Olhares cruzados nas análises de políticas públicas
	Freitas (2015)	13	Políticas públicas, descentralização e participação popular
	Fonseca (2013)	14	Dimensões críticas das políticas públicas
	Maciel (2013)	15	Finanças públicas no Brasil: uma abordagem orientada para políticas públicas
	Silva (2012)	16	Políticas públicas e administração democrática
	Ollaik; Medeiros (2011)	17	Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisas sobre implementação de políticas públicas no Brasil
	Nascimento (2010)	18	Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas
SCOPUS	Souza (2019)	19	Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação e implementação de políticas públicas: a experiência federal no Brasil e no exterior
	Dowbor; Carlos; Albuquerque (2018)	20	As origens movimentistas de políticas públicas: proposta analítica aplicada às áreas de criança e adolescente, direitos humanos e saúde
	Abers; Silva; Tatagiba (2018)	21	Movimentos sociais e políticas públicas: repensando atores e oportunidades políticas.
	Farah (2016)	22	Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do “campo de públicas”
	Crumpton; Medeiros; Ferreira; Sousa; Najberg (2016)	23	Avaliação de políticas públicas no Brasil e nos Estados Unidos: análise da pesquisa nos últimos 10 anos
	Lotta; Favareto (2016)	24	Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil
	Petinelli (2015)	25	Aferindo a capacidade de influência das conferências de políticas públicas sobre os programas das respectivas políticas setoriais.
	Lima; D'Ascenzi (2013)	26	Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas
	Fragelli; Shimizu (2013)	27	Prospecções para desenvolvimento de políticas públicas de formação de profissionais de saúde a partir da análise do cenário brasileiro de competências.
	Barata (2013)	28	Epidemiologia e políticas públicas
	Ramos; Schabbach (2012)	29	O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil.
	Vaz (2011)	30	Participação política, efeitos e resultados em políticas públicas: notas crítico-analíticas

Fonte: elaborado pela autora (2020).

Entre os artigos selecionados, notou-se que esses fazem parte de quinze revistas científicas de alto impacto, com o maior quantitativo em duas revistas de *Qualis A2*: Caderno da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (Cadernos EBAPE.BR) e Revista de Administração Pública (RAP).

Quadro 3 – Qualis CAPES das revistas que os artigos selecionados foram publicados:

QUALIS	Revistas	Quantidade
A2	Cadernos EBAPE.BR	6
A2	Revista de Administração Pública	5
B1	Opinião Pública	3
B1	Lua Nova	2
B1	Revista Brasileira de Ciências Sociais	2
B1	Revista de Sociologia e Política	2
A2	Dados	2
B1	Interface (Botucatu)	1
B1	Physis: Revista de Saúde Coletiva	1
B1	Revista Brasileira de Epidemiologia	1
B1	Sequência (Florianópolis)	1
B1	Serviço Social & Sociedade	1
A2	Caderno Saúde Pública	1
A2	Revista Katálysis	1
A1	Revista de Investigações Constitucionais	1

Fonte: elaborado pela autora (2020).

3.1.2 Resultados e Discussão

A análise possibilitou a divisão dos artigos em eixos temáticos, a fim de uma melhor exposição dos resultados e discussão, sendo eles: contexto das políticas públicas no Brasil (10), atores e movimentos sociais (9) e ciclo de políticas públicas (11). Estes foram identificadas após análise descritiva e qualitativa da amostra bibliográfica.

Quadro 4 – Classificação dos artigos selecionados:

Eixos temáticos	Artigos
Contexto das políticas públicas no Brasil	2, 3, 5, 9, 14, 15, 16, 18, 22, 24
Atores e movimentos sociais	4, 8, 11, 13, 20, 21, 25, 27, 30
Ciclo de Políticas Públicas	1, 6, 7, 10, 12, 17, 19, 23, 26, 28,29

Fonte: elaborado pela autora (2020).

3.1.2.1 Contexto das políticas públicas no Brasil

Nesse eixo, buscou-se entender o que compõe o contexto das políticas públicas no território brasileiro, para isso, foram analisados dez artigos.

A análise de políticas ocorre no Brasil a partir dos anos 1930. (FARAH, 2016). A maior produção científica vêm do exterior, o que implica a ausência de particularidades da realidade brasileira como a tendência de se analisar as políticas públicas nacionais na ótica de outras realidades incapazes de se adaptar a instituições, atores, cultura política, entre outros fatores típicos no Brasil, o que acaba negligenciando algumas questões (FONSECA, 2013).

Outro aspecto que merece destaque é em relação à transição demográfica que a população brasileira está passando, com a inversão da pirâmide de faixa etária, por meio da redução das taxas de fecundidade, natalidade, mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer, conseqüentemente trouxe mudanças e desigualdades sociais de forma mais acentuada (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Essas mudanças requerem políticas adequadas para que a demografia possa contribuir com o desenvolvimento econômico e social, do bem-estar da sociedade e do cuidado com o meio ambiente. Seria fundamental a implementação de políticas públicas que respondessem às necessidades geradas pelas rápidas transformações demográficas, como as políticas de saúde para uma boa qualidade de vida e envelhecimento saudável e a redução das iniquidades (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Um comparativo internacional observou que o Brasil gasta excessivamente recursos com previdência¹, mesmo que a demografia brasileira ainda seja jovem. Essa tendência deverá se deteriorar no médio prazo, o que exigirá reformas nas regras de aposentadoria que convirjam para o padrão internacional. Em relação à saúde, ao trabalho e à defesa, foi verificado que o montante de recursos alocados para esses setores segue próximo da média internacional. Já a Educação foi o setor em que se observou a menor alocação de recursos do Brasil em relação aos demais países, o que é agravado quando se leva em consideração o perfil demográfico brasileiro. Dado o tamanho da carga tributária brasileira, verifica-se que há um amplo espaço para melhora da qualidade do gasto em todas as áreas do setor público (MACIEL, 2013).

Frente a isso, Lotta e Favareto (2016) destacam que nos últimos anos o governo federal brasileiro tem experimentado uma variedade de arranjos institucionais com o objetivo de produzir políticas públicas efetivas em um contexto nacional, onde é possível observar a presença de três componentes de destaque, a articulação de temáticas intersetoriais, a construção de modelos de gestão de políticas com coordenação entre os entes federativos e sociedade civil e a busca de enraizamento nos contextos locais de implementação das políticas.

¹ A reforma da previdência surgiu com a necessidade de fomentar a produtividade para diminuir ou viabilizar os custos relativos ao financiamento previdenciário para as gerações futuras. No Brasil, a necessidade da reforma decorre não apenas da necessidade da correção de distorções como também da necessidade de garantir a sustentabilidade fiscal a médio e longo prazo em um contexto de rápido e intenso envelhecimento populacional. Nesse sentido, observa-se que o país já enfrenta níveis de despesa elevados e com uma trajetória crescente e insustentável, bem como em patamar muito acima do que seria esperado em razão de sua estrutura demográfica atual, ou seja, mesmo não possuindo parcela tão elevada de idosos em sua população. Esses fatores pressionam a carga tributária nacional e diminuem o espaço para outros setores na composição do gasto público (COSTANZI *et al.*, 2018).

A intersectorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução das mesmas. Trazendo a articulação de saberes técnicos, já que os especialistas em determinada área passaram a integrar agendas coletivas e compartilhar objetivos comuns (NASCIMENTO, 2010).

Um grande empecilho para a execução das políticas públicas no Brasil é a dissociação entre planejamento orçamentário e as políticas públicas, a qual pode ser observada em diversas notícias originárias de autoridades executivas e de agentes do controle em relação a descontinuidades em ações públicas, frequentemente ocasionada pelas dificuldades de ordem orçamentária ausência ou insuficiência de previsão de recursos específicos, frustração ou desvios na execução desse mesmo orçamento quando existente a previsão (VALLE, 2018).

A administração pública é essencial em todas as etapas das políticas públicas para que as escolhas públicas se revelem eficientes e sejam aptas a alcançar os resultados pretendidos, não apenas pela administração, mas por toda a sociedade, é indispensável que a alocação de vontades se dê mediante a participação de seus legítimos interessados, principalmente no que toca à discussão e à definição das finalidades que cada política se dispõe a atender (SILVA, 2012).

Os vários modos de administrar as organizações sociais integram obrigatoriamente às dimensões políticas e também acolhem as dimensões tecnológicas, como reflexo, pois, das possibilidades de materializar determinado projeto de uma sociedade (SANTOS *et al.*, 2017). Para isso, a análise da capacidade de influência dos atores em função tanto dos recursos possuídos como das relações estabelecidas deve fazer parte da composição da agenda de pesquisa (ALMEIDA; GOMES, 2018).

As mudanças no cenário brasileiro destacadas por esses autores, demonstram a importância da formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, este processo demanda a participação e formação de atores e movimentos sociais os quais serão destacados no próximo eixo.

3.1.2.2 Atores e movimentos sociais

Neste eixo foram trabalhados nove artigos que abordaram a origem dos movimentos sociais, a participação em conferências de políticas públicas, como os atores colaboram com

a formulação das políticas públicas.

Para Dowbor, Carlos e Albuquerque (2018), os movimentos sociais tiveram origem a partir de três termos: inovação social, alternativa e instrumento. A inovação social diz respeito aos projetos-piloto que buscam resolver problemas sociais para os quais não existem ainda respostas estruturadas em serviços públicos ou aos qual o poder público nunca dedicou atenção, para que isso ocorra é necessário que essas inovações operem como alternativas, para isso ela precisa abranger a viabilidade técnica, a congruência com os valores dos membros da comunidade de especialistas na área e com os limites orçamentários, além da aceitabilidade do público e receptividade dos políticos. Em competição com alternativas, a proposta do movimento poderá ou não ser adotada pelos governantes e gestores públicos como um instrumento de política pública.

Os movimentos sociais, como expedientes da ação política, se constituíram, a partir da Constituição Federal de 1988, nos dois principais eixos orientadores de organização das políticas públicas. Com essa evolução o essencial ganhou forma e a valorização da democracia do poder local se fortaleceu (FREITAS, 2015).

A participação social e deliberativa já faz parte da democracia brasileira. As conferências de políticas públicas fazem parte desses espaços institucionais para debater e decidir diretrizes e prioridades de determinada política.

Essas conferências foram convocadas pelo Poder Executivo, frequentemente em parceria com a sociedade civil, possibilitando que ambos os lados juntos discutam e construam diretrizes, isto é, recomendações de políticas a serem possivelmente adotadas pelo governo em determinadas áreas. Estas são organizadas em torno de temas ou áreas de políticas e seguem um processo escalonado que tem início nos municípios, seguem para os estados federados por meio da eleição de delegados e da aprovação de diretrizes e, em seguida, é concluído com uma etapa nacional (POGREBINSCHI; VENTURA, 2017).

As conferências de políticas públicas têm servido enquanto espaços de inclusão de novas vozes no processo de discussão de políticas. Delas tem resultado um conjunto de propostas para as instituições competentes, que expressam, em menor ou maior medida, as demandas e os interesses das categorias nelas presentes. A capacidade de influência de cada setor é constrangida, porém, pelo desenho institucional do encontro, o qual pode tanto favorecer como limitar a participação e as oportunidades de decisão dos atores sociais ao longo do processo (PETINELLI, 2017).

Enquanto espaços potencialmente plurais e democráticos, as conferências podem

gerar resultados, muitas vezes, pouco representativos dessa diversidade, em decorrência da dinâmica representativa e deliberativa que estabelecem. Em contextos políticos menos permeáveis à participação, a relação entre desenho institucional e capacidade de influência dos atores torna-se ainda mais relevante, dados os potenciais ganhos inclusivos da implementação de arranjos participativos no bojo do processo de políticas públicas (PETINELLI, 2017).

Pogrebinschi e Ventura (2017) demonstraram como inovações democráticas, por meio da participação de cidadãos e de atores da sociedade civil, podem tornar as instituições representativas mais responsivas e, assim, ampliar a qualidade das democracias contemporâneas. Para tanto, formulou-se um modelo de análise do conceito de responsividade a partir de três níveis: impacto nas políticas públicas, congruência temática e igualdade e multidimensionalidade da representação.

No âmbito nacional, a ampliação da participação social e da influência dos atores societários nas decisões dos atores políticos pode ser atribuída, dentre outros motivos, à realização de conferências em um amplo e variado conjunto de políticas setoriais. Dos debates entre atores estatais e não estatais nessas arenas participativas, milhares de recomendações têm sido produzidas e encaminhadas para as instituições políticas competentes para ser incorporadas às respectivas políticas públicas (PETINELLI, 2015).

Para Freitas (2015), as normas de participação popular devem ser formuladas a partir de um amplo e democrático debate, porque deverá partir também da própria população organizada, a definição de agendas e espaços associativos autônomos como conselhos consultivos, consultas populares, fóruns, assembleias, conferências, congressos, articulados organicamente aos movimentos classistas. Deve-se entender a participação como um processo continuado com vistas à democratização dos negócios do governo e da administração pública.

As oportunidades e os constrangimentos confrontados pelos movimentos sociais na atuação nas políticas públicas passam a se enquadrar como produtos de agenciamentos simultâneos e recíprocos de diversos atores, redes e instituições, incluindo os próprios movimentos (ABERS; SILVA; TATAGIBA, 2018).

Quanto aos profissionais Macedo *et al.*, (2016), Fragelli e Shimizu (2013) tratam da formação dos profissionais da saúde em detrimento das políticas públicas, considerando a necessidade de profissionais preparados para lidar com as novas demandas do setor. No caminho para a democratização do país, as políticas públicas possuem papel fundamental e

precisam ser analisadas como campo multidisciplinar e ainda aberto a várias contribuições, olhares e perspectivas. Acredita-se que a contribuição principal foi caminhar na direção da constatação de que as políticas públicas se constituem de redes de interesses, conflitos, relações de poder, ideologias, disputa por recursos e legitimidade.

Segundo Vaz (2011), em cidades com maior propensão participativa, tende-se a encontrar, também, melhores resultados nos moldes considerados. Especialmente na área gerencial, esse fator é importante, já que este campo prediz a capacidade do governo local de elaborar, implementar, gerir, administrar, monitorar e avaliar políticas e resultados no seu território, contribuindo, principalmente, para a responsabilidade fiscal quanto aos gastos públicos e quanto à efetiva melhoria da “qualidade de vida” dos cidadãos.

O propósito desse eixo foi demonstrar que as políticas públicas podem ter origem em movimentos sociais a fim de contribuírem para mudanças institucionais e a importância que gestores e trabalhadores exercem ao incentivar a participação destes, pois as políticas são criadas para o “público” e, portanto, devem ser criadas com o “público”. No próximo eixo, analisaremos o processo de criação das políticas públicas, tendo como foco a avaliação destas.

3.1.2.3 Ciclo de políticas públicas

Nesse eixo trataremos de algumas etapas do ciclo de políticas públicas, também conhecido como processo de elaboração de políticas públicas. Secchi, Coelho e Pires (2019), resumiram esse processo em sete fases principais, conforme a figura 2:

Figura 2 – Síntese das fases do ciclo de políticas públicas:



Fonte: Adaptado de Secchi, Coelho e Pires (2019).

Essas fases na realidade apresentam-se de forma sobreposta e não sequencial (SECCHI; COELHO; PIRES, 2019). Em muitos casos como podemos ver a seguir nos onze artigos selecionados para esse eixo. A fase do ciclo com maior destaque nos artigos é a avaliação das políticas públicas, devido a atual demanda indispensável por qualidade, eficiência e avaliação das políticas.

Pode-se afirmar, preliminarmente, que a avaliação é um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão, do controle social sobre a efetividade da ação do Estado, esse último instrumentalizado pela divulgação de resultados das ações de governo (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Para a avaliação de políticas públicas há duas abordagens (quantitativas e qualitativas), porém essas avaliações são sempre limitadas quando concentradas em apenas uma dessas abordagens. É importante ter uma estimativa precisa do impacto, principalmente para fundamentar decisões quanto à manutenção ou à extinção de programas governamentais (BATISTA; DOMINGOS, 2017).

A prática de avaliação fortalece os arranjos institucionais e proporciona aos gestores a análise das políticas adotadas. No Brasil, as bases de dados públicas disponíveis apresentam problemas de confiabilidade, dados indisponíveis e descontinuidade na produção de indicadores; tais fatores podem contribuir com a baixa adesão a estudos avaliativos

quantitativos. Assim, as avaliações no Brasil estariam com maior quantidade de avaliações qualitativas de caráter local e com análise de políticas específicas, voltadas principalmente a prestação de contas e medição de desempenho e em busca da qualidade dos serviços prestados (OLIVEIRA; PASSADOR, 2019).

Mostra-se necessário pontuar a importância de ações avaliativas contínuas, principalmente em cenários com escassez de recursos financeiros, humanos e materiais. Tais avaliações podem contribuir com a destinação adequada dos recursos e o fortalecimento das ações de controle por parte dos órgãos responsáveis (OLIVEIRA; PASSADOR, 2019).

Porém há um crescente interesse dos governantes brasileiros com a avaliação, sendo relacionado às questões de efetividade, eficácia, eficiência, ao desempenho e à *accountability* da gestão pública. A avaliação permite ao governante certo conhecimento dos resultados de um dado programa ou projeto, informação essa que pode ser utilizada para melhorar a concepção ou a implementação das ações públicas, fundamentar decisões, promover a prestação de contas (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Na visão de Bichir (2015), no Brasil, especialmente após a redemocratização, os processos de produção de políticas públicas são cada vez mais complexos. Envolvem diversidade temática, grande número de atores estatais e não estatais em intrincados padrões de interação e processos decisórios que se desenvolvem em distintas arenas, com consequências para públicos distintos. Construir modelos de análise para compreender a produção de políticas públicas, desde os processos decisórios até a implementação e a avaliação, não é uma tarefa trivial. Isso implica, no plano analítico, modelos explicativos que combinem distintas contribuições disciplinares por meio da articulação coerente de variados arsenais teóricos e metodológicos, para além de macroexplicações por vezes superficiais.

Sobre as pesquisas científicas de avaliação em políticas públicas, um estudo comparando o Brasil e os Estados Unidos, os resultados encontrados permitem afirmar a proposição de que a pesquisa em avaliação ainda não está totalmente estabelecida como uma área de pesquisa no Brasil, assim como o é nos Estados Unidos. Apesar disso, esses resultados oferecem evidências de avanços na pesquisa em avaliação no Brasil. Outra evidência interessante é que, em ambos os países, as parcerias institucionais de pesquisadores para a análise e a avaliação de políticas não se restringem às universidades. Eles mantêm parcerias com organizações públicas que fornecem serviços aos cidadãos, tais como governos locais e departamentos de saúde do governo federal e de governos locais, o que sugere, portanto, que essas organizações estão assumindo papel ativo na pesquisa

científica atual em relação à avaliação de políticas (CRUMPTON *et al.*, 2016).

O impacto das políticas públicas sobre a federação trouxe várias inovações, como o reconhecimento dos direitos sociais, a universalização do acesso à saúde, aumento das competências concorrentes entre os três níveis de governo. Isso criou as bases para o desenho atual das políticas públicas, notadamente as sociais, com regulação federal e implementação quase sempre local (SOUZA, 2019).

Ramos e Schabbach (2012) citam as dificuldades de realizar a avaliação de políticas públicas: muitos programas e ações não são desenhados para serem avaliados; a prevalência de delineamentos de pesquisa que não “controlam” as variáveis antecedentes, processuais e de resultados, e que produzem inferências espúrias, atribuindo ao programa a responsabilidade de resultados (bons ou ruins) não provocados por ele, mas por outros fatores; poucos dados disponíveis e, quando existentes, bastante limitados e com periodicidade irregular; a resistência na administração pública, devido à predominância de uma cultura autoritária.

As autoridades públicas ficam constrangidas com a perspectiva de serem analisadas as suas ações e reagem através de: proibições diretas, ou colocação de dificuldades burocráticas: desinteresse no levantamento de dados, tornar inacessíveis as fontes, falta de apoio (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

A fase da formulação é composta pelos processos de definição e escolha dos problemas que merecem a intervenção estatal, produção de soluções ou alternativas e tomada de decisão. A implementação refere-se à execução das decisões adotadas na etapa prévia. A avaliação consiste na interrogação sobre o impacto da política (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Lima e D'ascenzi (2013), identificaram dois modelos principais de implementação de políticas públicas, esses modelos enfatizam as condições materiais do desenvolvimento do processo de implementação. Os modelos apresentados diferenciam-se quanto ao foco de análise. O primeiro centra-se nas características da estrutura normativa, o segundo, nos atores implementadores e em suas ações. Em comum, as abordagens enfatizam as condições e limitações materiais, vistas como determinantes da trajetória do processo de implementação. Tal ênfase deixa espaço à inserção de variáveis ligadas às ideias, aos valores e às concepções de mundo dos atores.

Considerando que a implementação ocorre mediante uso de instrumentos governamentais, esses instrumentos determinam parcialmente quais recursos serão usados e por quem. Como qualquer outra instituição, os instrumentos permitem que formas de ação

coletiva estabilizem e façam o comportamento dos atores ser mais previsível e provavelmente também mais visível. O estudo desses é de fundamental importância para resoluções de problemas e aperfeiçoamento do processo de implementação de políticas públicas (OLLAIK; MEDEIROS, 2011).

Sobre a continuidade de políticas públicas, ela pode ser afetada por diversos fatores relevantes, como, uma coalizão de interessados, problemas de coordenação e investimentos dos atores, quando presentes e em diferentes intensidades. A constitucionalização também é um fator e importa para a continuidade das políticas quando dispõe de mecanismos que a protegem: os cidadãos se mobilizam em sua defesa, as regras de emendamento são difíceis, e o judiciário é independente e dotado do poder de exercer o controle de constitucionalidade (COUTO; LIMA, 2016).

Por outro lado, a constituição é relevante quando a política não possui fontes de resiliência por si só: são poucos e/ou fracos os atores interessados na sua preservação, os problemas de coordenação em prol de uma alternativa podem ser facilmente superados, e a política não criou um processo de retroalimentação. Caso a política pública possua ou desenvolva tais mecanismos de sustentação, a importância da constitucionalização para sua continuidade diminui (COUTO; LIMA, 2016).

Em resumo nas políticas públicas de saúde, a epidemiologia contribui em todas as etapas do ciclo de políticas públicas. Na etapa de identificação dos problemas socialmente relevantes através do estudo da distribuição dos problemas de saúde e de seus determinantes nos diversos grupos sociais, fornecendo informações técnicas para embasar as decisões políticas. Na etapa de formulação das políticas, nos mecanismos de produção dos problemas de saúde e sobre a eficácia ou eficiência dos instrumentos de intervenção. Na etapa de implementação, a epidemiologia pode contribuir no acompanhamento através de tecnologias como a vigilância epidemiológica e o monitoramento. E no processo de avaliação é útil principalmente na análise dos impactos previstos e alcançados (BARATA, 2013).

Diante do que foi exposto e baseado na pesquisa de Chaebo e Medeiros (2017), algumas propostas de pesquisa foram levantadas, como: relacionar a viabilidade econômica e aspectos democráticos, isto é, se a influência dos cidadãos nos rumos de política pública aumenta ou diminui a eficiência da relação de coprodução; outra estaria em relacionar arranjos institucionais, capacidade técnica e viabilidade econômica como fatores de ordem legal, técnica e econômica que afetam a dinâmica de implementação.

3.1.3 Considerações

A partir da análise desses artigos foi possível compreender aspectos do desenvolvimento das políticas públicas brasileiras, seus envolvimento com os atores e as fases do ciclo de políticas públicas.

Pode-se considerar recente a análise de políticas públicas no Brasil, porém com grandes avanços que sobrevieram a partir da Constituição Federal de 1988. Cada país tem suas particularidades, no Brasil é possível ver que a população está sofrendo uma alteração na pirâmide demográfica, o que afeta diretamente nas mudanças e adaptações das políticas públicas.

Um empecilho é o quadro dessas mudanças e a dissociação notada entre o planejamento orçamentário e as políticas públicas, o que dificulta a continuidade de ações, pois por mais que uma política tenha sido formulada com alta qualidade, sem os recursos adequados ela não atinge seu propósito, mostrando que a administração pública é essencial desde a formulação até a continuidade ou extinção de uma política.

As mudanças no cenário brasileiro, demonstram a importância da formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, este processo demanda a participação e formação de atores e movimentos sociais. A participação social e deliberativa já faz parte da democracia brasileira, ao menos a título de leis. Essas participações tem o poder de tornar as instituições representativas mais responsivas e, assim, ampliar a qualidade das democracias contemporâneas.

O ciclo de políticas públicas ganhou destaque à avaliação por ser um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão, do controle social sobre a efetividade da ação do Estado. Porém existem dificuldades para a realização destas avaliações, como a forma que foi desenhada, sem a percepção da importância da avaliação.

Quanto à continuidade das políticas públicas, notou-se que podem ser afetados principalmente pela dissociação com o planejamento orçamentário, interesses políticos, coordenação e o acompanhamento social.

Conclui-se que no Brasil a evolução das políticas públicas pode está diretamente ligada à Constituição Federal, para a garantia de direitos dos cidadãos, os quais podem contribuir diretamente com a criação de políticas que supram suas necessidades e a continuidade destas.

Na próxima seção trataremos do contexto histórico normativo de uma política de atenção à saúde, a Atenção Básica, que tem grande influência no desenvolvimento do SUS

no contexto regional e nacional.

3.2 Capítulo 2 - Evolução histórica e normativa da Atenção Básica do Brasil a Palmas

A Atenção Básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde, buscando solucionar as demandas dos usuários ou direcioná-los em casos graves para os níveis da rede de atenção à saúde, nesse sentido ela também organiza o fluxo de atendimentos (BRASIL, 2015).

Têm como características o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e proteção e reabilitação da saúde, estas são desenvolvidas por trabalho em equipe responsáveis em cada território (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica se firmou no Brasil a partir da implementação PNAB buscando possibilitar o acesso universal e contínuo e o desenvolvimento de um cuidado integral que tenha impacto na situação de saúde e na autonomia das pessoas e das coletividades (SILVA *et al.*, 2020)

O sistema político federativo do Brasil é constituído por três esferas de governo, união, estados e municípios com autonomia administrativa pela constituição federal de 1988. Essa seção tem o objetivo de descrever a construção da Atenção Básica nos três entes federativos: união (Brasil), estadual (Tocantins) e municipal (Palmas).

3.2.1 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva e exploratória. A pesquisa bibliográfica é realizada a partir do levantamento de referências teóricas, por meios escritos ou eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Têm o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre algum problema (FONSECA, 2002).

É caracterizada como descritiva por descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado. A grande contribuição das pesquisas descritivas é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida (TRIVINÓS, 2008; GIL, 1999).

E exploratória por proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve o levantamento bibliográfico, entrevistas e análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007).

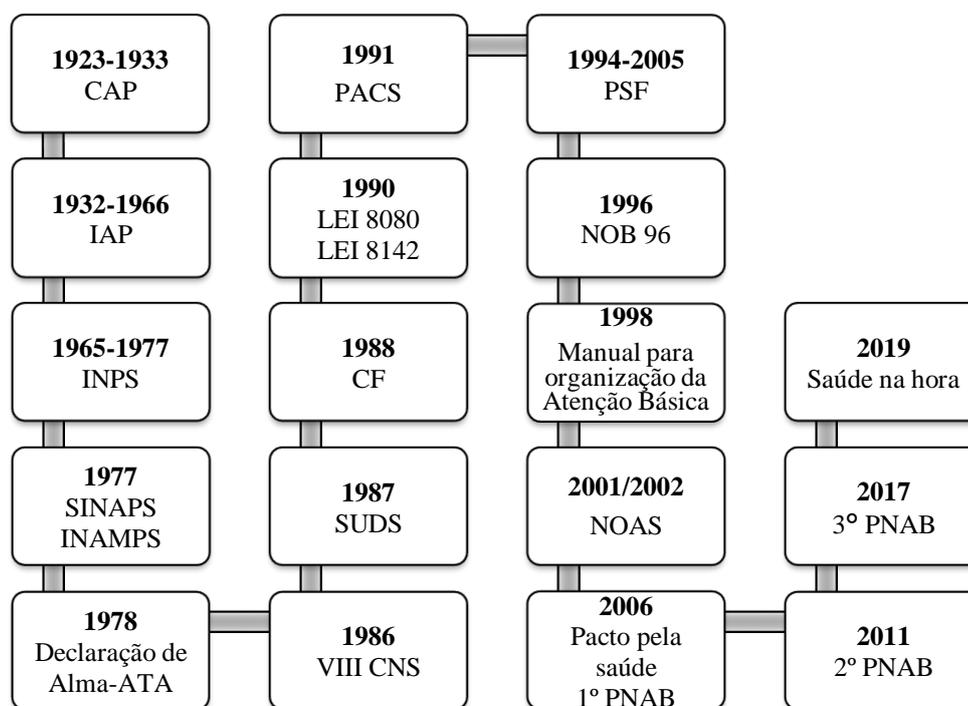
3.2.2 Resultados e Discussão

Para melhor descrever os resultados, eles foram divididos em três categorias: a nível nacional (das caixas de aposentadoria a estratégia de saúde da família), estadual (processo de descentralização da ESF no Tocantins) e municipal (implantação da ESF no município de Palmas-TO).

3.2.2.1 Das caixas de aposentadoria a estratégia de saúde da família

Para entender os acontecimentos que marcaram a criação da ESF em nível nacional, seguiremos uma linha do tempo, mostrando de forma dinâmica o contexto histórico e normativo do processo de construção da Atenção Básica.

Figura 3 – Linha do tempo dos acontecimentos marcantes e normativos do desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil.



Fonte: dados das pesquisas: Cronologia Histórica da Saúde Pública (2017); O sistema público de saúde brasileiro (2002).

Com o rápido processo de industrialização e o aumento de trabalhadores na zona urbana, tornou-se necessário a criação das caixas de aposentadoria (CAP), para isso em 1923, foi instituída a lei Eloy Chaves, e o surgimento da previdência social no Brasil, inicialmente visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria (BATICH, 2004).

Inicialmente as CAPs, eram ligadas às empresas, e depois aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1932, construídos em torno de categorias profissionais,

sendo que cada instituto prestava também residualmente assistência à saúde o que deu origem à assistência à saúde propriamente, mas de formas diferenciadas (BATICH, 2004).

Além disso, a política de saúde brasileira apresentava diferenciação funcional e institucional: ao Ministério da Saúde cabiam às ações de caráter coletivo e algumas de assistência básica, e à previdência social, a saúde curativa restrita aos segurados. As pessoas que não trabalhavam eram tratadas em casas de misericórdia (religiosas) e instituições filantrópicas (MENICUCCI, 2014).

Em 1965, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultou da unificação dos IAPs, no contexto do regime autoritário de 1964, vencendo as resistências a tal unificação por parte das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos. O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico centrado. Nesse período foi priorizada a contratação de serviços terceirizados (BATICH, 2004).

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de 1977 a 1993, autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, que tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde aos associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores com carteira assinada, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser futuramente um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas superintendências regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente (BRASIL, 2002).

A opção política dos governos para dar conta dessa ampliação de cobertura foi não prover os serviços diretamente, mas comprá-los da rede privada. Nesse sentido, então, a política pública voltada para a saúde incentivou o desenvolvimento do mercado privado de saúde, e o desenvolvimento dos planos privados de saúde (MENICUCCI, 2014). O INAMPS se constituía como a política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela lei federal 8.689, em 1993 (BRASIL, 1993).

Um evento internacional que faz parte do contexto histórico das políticas públicas de saúde no Brasil voltadas para Atenção Básica foi à declaração de Alma-Ata. Apesar de o Brasil não ter participado diretamente, a conferência foi referência muito forte para o movimento sanitário brasileiro e inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde (GIL, 2006).

A conferência de Alma-Ata realizada em 1978, foi uma conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, considerou que os cuidados primários de saúde, constituem a chave que permitirá que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (OMS, 2002).

A Declaração de Alma-Ata definiu que a atenção primária deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde. Como estes serviços refletiriam as condições econômicas e os valores sociais de cada país e de suas comunidades, logicamente variariam segundo os diversos países e comunidades. Entretanto, também deveriam compreender, no mínimo: a promoção, prevenção e proteção a agravos (OMS, 2002).

A partir da declaração de Alma-ATA debates começaram a surgir na década de 80 quanto à atenção primária, e o desejo de realizar uma reforma sanitária. Em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foram debatidos temas como, saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor (BRASIL, 1986).

A 8ª CNS foi a primeira que teve a participação social, um grande marco, apesar de ter apenas 49 propostas aprovadas, porém, com uma potência que consolidou as bases da proposta de criação de um SUS (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

De acordo com o relatório final desta CNS, a organização do novo sistema de saúde deveria acontecer de forma descentralizada, superando a separação entre preventivo e curativo; participação da população; fortalecimento do papel do município; introdução de práticas alternativas de assistência, a universalização em relação à cobertura populacional, a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas; equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção; atendimento oportuno segundo as necessidades, entre outros aspectos (BRASIL, 1986).

Uma importante conduta foi levar aos municípios a gestão dos serviços básicos de saúde, por estarem próximos aos usuários e reconhecerem suas reais necessidades, com

adoção de políticas de saúde que respondam efetivamente a complexidade do perfil sócio sanitário da população (BRASIL, 1986).

A reestruturação do sistema nacional de saúde, com vistas na criação do SUS separado totalmente da previdência, através de uma ampla reforma sanitária. Com a participação popular e o fortalecimento do papel do município. Essas propostas, principalmente no que diz respeito à municipalização foi reafirmado na IX conferência em 1992 (BUSS, 1991).

A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (1987), convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, e a formação de bases para a seção da saúde na constituição em 1988. A Constituição foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2002).

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e pôr fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689 (BRASIL, 2002).

Vale ressaltar que a Lei 8.142, foi criada a partir de vedações realizadas na Lei 8.080 pelos governantes da época. Em um cenário de dificuldades e obstáculos, profissionais de saúde e usuários persistiram e ainda vem persistindo para fazer do SUS o que está na Constituição: um sistema público de saúde de qualidade e universal, comprometido com as necessidades e direitos à saúde da população (SANTOS, 2013).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu a partir de modelos nacionais, como o Programa de Agente de Saúde (PAS) (1987) e o Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina-DF, realizado em 1975 pela Universidade de Brasília, Fundação Hospitalar do Distrito Federal e Fundação de Serviço Social do Distrito Federal (ÁVILA, 2011).

Esses programas originaram-se como emprego de mão de obra não capacitada, para suprir, a urgência do desencadeamento de ações capazes de ajudar a melhorar os indicadores alarmantes da saúde infantil, o que as experiências pontuais realizadas mostravam ser possível por meio de ações simplificadas. Observando as melhorias, principalmente com a

diminuição da mortalidade infantil, o PAS foi implantado para todo o país através do MS o qual foi nomeado como PACS no ano de 1991, expandindo assim a profissão por todo o Brasil (ÁVILA, 2011).

O PACS configurou-se como a primeira dessas estratégias a ser implementada, criado para ajudar na promoção e prevenção da saúde no âmbito domiciliar e nível local, por meio de ações simplificadas e conforme os pressupostos da Conferência de Alma-Ata (ÁVILA, 2011).

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve sua implantação iniciada em 1994, como um avanço do PACS. A publicação do manual para organização da Atenção Básica, em 1998, foi outro passo na demarcação da importância da Atenção Básica para a organização dos sistemas de saúde e nas definições de responsabilidades e estratégia organizativa (BRASIL, 2003).

Nesse documento, a Atenção Básica é destacada pela importância no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, sendo definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. É importante destacar que o manual contempla orientações sobre o repasse, aplicação, acompanhamento e controle dos recursos financeiros da Atenção Básica, repassados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998).

No Brasil, conhecido hoje como Estratégia Saúde da Família (ESF), por não se tratar mais apenas de um "programa", com vistas a atender anseios de projetos políticos, e sim de uma estratégia permanente e contínua, deixando de ter limitações e mudando a forma de ver o cuidado, moldando a atenção primária e consolidando os princípios do SUS (BRASIL, 2010).

No início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96. A NOB 91. A NOB-SUS 01/96: representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização. Revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena), e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal (SCATENA; TANAK, 2001).

As normas operacionais de assistência à saúde (NOAS) (2001 e 2002) atualizaram a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a

serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do SUS. O conjunto de estratégias apresentadas nestas NOAS articularam a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de Atenção Básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo, nesse sentido institui principalmente a gestão plena da Atenção Básica ampliada (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

No ano de 2006, foram lançados dois documentos importantes, o pacto pela saúde e a primeira PNAB. O pacto pela saúde foi divulgado pela portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, é o documento de pacto firmado entre os gestores (federal, estadual e municipal) do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Em relação à Atenção Básica, o pacto pela saúde teve o intuito de consolidar e qualificar a ESF como modelo de Atenção Básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Alguns dos objetivos foram assumir a ESF como estratégia prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais; consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios; ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos; garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS; todos os municípios se responsabilizam pela Atenção Básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde (BRASIL, 2006a).

Em março de 2006, pela portaria nº 648 foi o governo federal publicou a primeira PNAB com o objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais, levando em conta os princípios propostos pelos Pactos pela Saúde. Estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS (BRASIL, 2006b).

No ano de 2011, foi instituído o Decreto 7.508, que regulamenta a Lei 8.080 no que diz respeito à organização do SUS, ao planejamento da Saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, aponta novos desafios na gestão do SUS (BRASIL, 2011).

Esse Decreto cria as regiões de saúde, que retoma a regionalização como princípio organizativo do SUS. Cada região deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde. Também estabelece as portas de entrada do SUS, pelas quais os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde, são: de atenção primária; de atenção de

urgência e emergência; de atenção psicossocial e, ainda, especiais de acesso aberto. E define quais são os serviços de saúde que estão disponíveis no SUS para o atendimento integral dos usuários, através da relação nacional de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Em 2012, foi lançada uma nova edição da PNAB reafirmado as diretrizes da edição anterior, flexibilizou a carga horária da categoria médica, com a possibilidade de trabalho por 20 ou 30 horas semanais, visando suprir o déficit destes profissionais nas equipes. Há o reconhecimento de que a ESF para a população ribeirinha e fluvial, a equipe de Consultório na Rua, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o Programa Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde foram inclusões importantes desse processo de revisão da política para a ampliação do acesso e o fomento à resolutividade da atenção em saúde (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

A última edição da PNAB foi em 2017, com alterações significativas, como a participação não obrigatória do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em todo o território, a realização de procedimentos pelo ACS, reconhecimento de outros formatos de equipe de Atenção Básica, mantendo como prioridade a ESF, teto populacional de 2.000 a 3.500 pessoas, integração vigilância em saúde e Atenção Básica, desta forma, abriria a possibilidade do agente de combate a endemias de compor a equipe de Atenção Básica para ampliar o atendimento à população, e outra alteração foi à incorporação do gerente de unidade de saúde (BRASIL, 2017).

Diante dessas alterações, percebe-se que a Atenção Básica vive em um ambiente contraditório. Tem um papel estratégico na resposta às crises de saúde, ao mesmo tempo que é invisível num plano que se centra apenas nos serviços hospitalares. Além de ter passado por mudanças feitas pelo Ministério da Saúde sem levar em consideração as críticas do controle social e do Conselho Nacional de Saúde.

A última atualização do Ministério da Saúde quanto à Atenção Básica foi à inserção do programa “Saúde na hora”, instituído pela portaria nº 930 em 2019, trata do horário estendido das UBS tem como um dos requisitos a obrigatoriedade do gerente de atenção primária, pois se verifica que o mesmo será profissional imprescindível para a organização e qualificação do processo de trabalho das unidades. Portanto, ter este profissional cadastrado na UBS é critério obrigatório. Este programa tem como objetivo o aumento da integralidade do cuidado e acesso, ampliando a cobertura (BRASIL, 2019).

3.2.2.2 Processo de descentralização da ESF no Tocantins

O Estado do Tocantins foi criado em 05 de outubro de 1988, com a separação do

Estado de Goiás, o Tocantins possuía apenas três unidades de saúde, com 64 leitos, ou seja, eram poucas as estruturas para a execução de ações e serviços de saúde (TOCANTINS, 2008).

Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde, com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária (BRASIL, 2002).

No Tocantins também acontecia dessa forma, pois o Estado estava em formação e estruturação. O Território é composto de 139 municípios onde 92,8% dos municípios são de pequeno porte, ou seja, possuem até 20.000 habitantes destes 54,26% possuem menos que 5.000 habitantes. Esta realidade apresenta desafios a serem superados tendo em vista grande parte dos municípios tocaninenses de pequeno porte carecem de estrutura econômica e social. O processo de descentralização e municipalização faz com que os municípios sejam responsáveis pela saúde dos seus cidadãos devendo ter condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essas funções (TOCANTINS, 2015a).

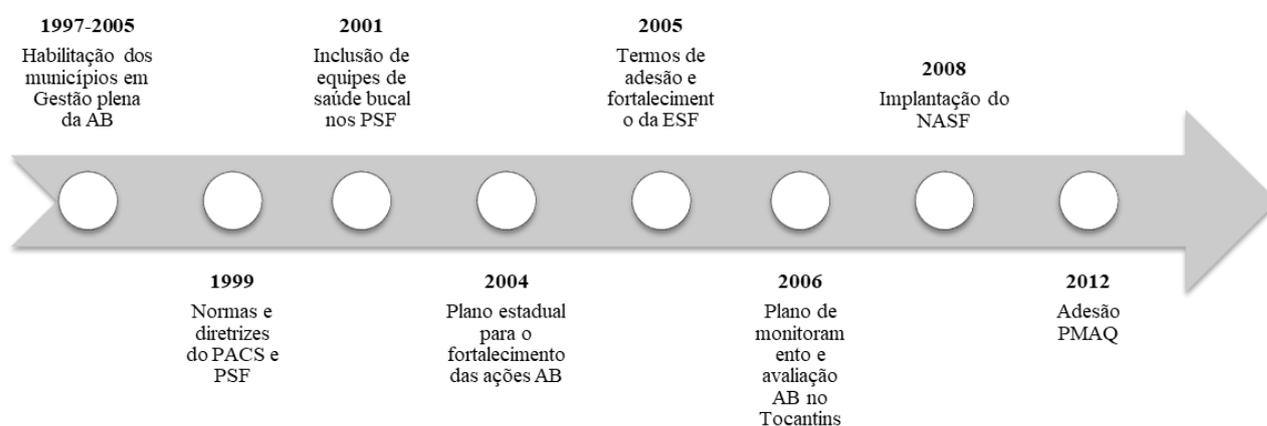
Para a consolidação da regionalização, o Estado enfrentou alguns desafios, como: muitos municípios com poucos habitantes, grande extensão territorial e baixa densidade demográfica dificultando o acesso e a viabilidade de economia de escala; muitos usuários SUS dependentes, alto custo para implantação e manutenção de ações e serviços de saúde e de recursos humanos, poucas estruturas de unidades e serviços herdadas da união por ocasião da criação do Estado, ausência de pontos de atenção para a consolidação da rede de atenção à saúde e a maioria dos municípios sem arrecadação própria significativa, dependendo das transferências intergovernamentais de recursos (TOCANTINS, 2015b).

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde. A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados (BRASIL, 2002).

Nos primeiros anos, à Atenção Básica e à vigilância em saúde foram papéis

executados pelo Estado, os municípios não dispunham de estruturas físicas, nem de profissionais. Buscando a construção de uma rede hierarquizada e regionalizada, a gestão da época percebe que isso não seria possível sem uma Atenção Básica implantada, tomando a decisão de governo de assumir a partir de 1995, a contratação de praticamente 100% dos médicos e enfermeiros para que atuassem nas unidades básicas de saúde dos municípios, ampliando a implantação do PACS (FREIRE; SANT'ANA, 2010)

Figura 4 - Principais decisões da Comissão Intergestores Bipartite em relação à Atenção Básica:



Fonte: adaptado do catálogo de resoluções Comissão Intergestores Bipartite (1995-2020).

A Figura 4 foi elaborada a partir da leitura das resoluções das Comissões Intergestores Bipartite do Estado, disponibilizadas no site da secretaria de saúde dos anos 1995-2020.

Entre os anos de 1997 a 2005, os 139 municípios do Tocantins foram descentralizados nas ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Pela NOB 96 apenas 08 municípios aderiram a alguma forma de habilitação da gestão plena do sistema municipal, na NOAS/01 apenas a capital que depois retrocedeu e o Estado que foi um dos últimos da federação a se habilitar, o que ocorreu somente em 2004. Em compensação, no Pacto pela Saúde o Estado foi o primeiro a aderir no país, em setembro de 2006, seguido no decorrer dos anos, por 84 dos seus 139 municípios, sendo que a maioria só tinha Atenção Básica. Pelo Decreto nº 7.508/11, apenas 03 municípios (TOCANTINS, 2015b).

A forte adesão dos municípios à descentralização da gestão da Atenção Básica e vigilâncias com as NOBs, mais por imposição do financiamento das políticas públicas do que por aceitação de responsabilidade sanitária (TOCANTINS, 2015b).

Segundo o Plano Estadual para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e

Avaliação das Ações da Atenção Básica (2004), a estruturação do sistema de saúde no Estado ratifica como sendo de responsabilidade dos municípios a gestão da Atenção Básica, em sua total complexidade em conformidade com a NOB/96 e NOAS 01/02. Entretanto identifica-se uma falta de clareza da sua dimensão, por parte de muitos gestores, limitando as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, deixando assim de prover ao município uma estrutura que atenda às necessidades da população no que se refere a Atenção Básica (TOCANTINS, 2004).

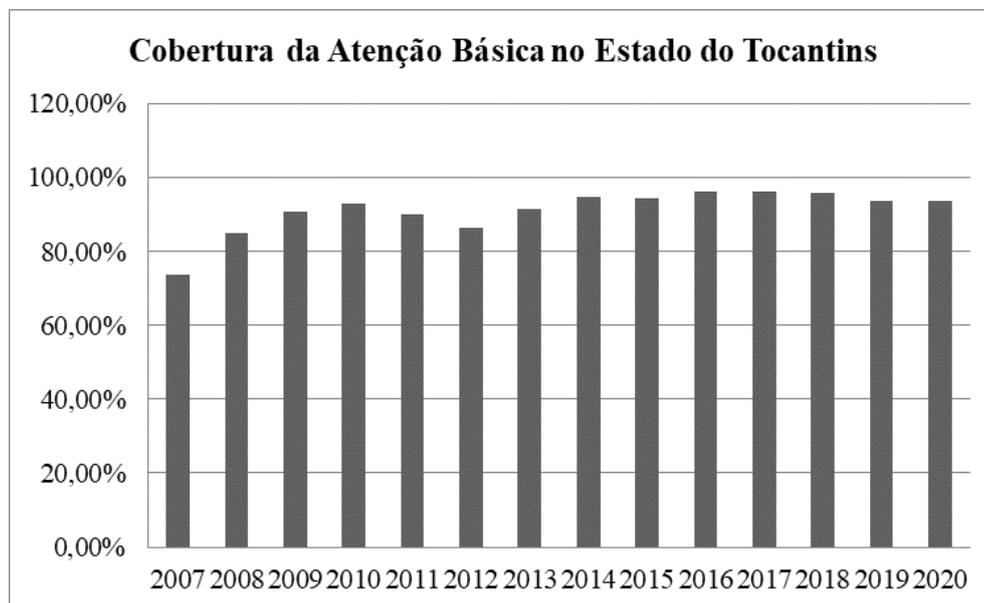
Em 2005 foi aprovado o termo de adesão da ESF, considerando a prioridade do Estado a descentralização político-administrativo com ênfase na municipalização e na regionalização. E que as UBS devem ser trabalhadas como uma das portas de entrada do sistema de saúde e na organização local, sob a gestão municipal. (TOCANTINS, 2005).

Nos anos seguintes foram implementadas melhorias a ESF do Estado em consonância com o desenvolvimento do ESF a nível nacional, como o Plano de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Tocantins (2006), implantação do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (2008) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (2012).

Quanto à tendência temporal de cobertura da ESF no Brasil entre os anos de 2006 a 2016. No ano de 2006, a cobertura da ESF ainda era muito incipiente na maior parte do país. Apenas os estados do Tocantins, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba e Sergipe tiveram coberturas entre 75% e 100% (NEVES *et al.*, 2018).

O Tocantins obteve uma escala crescente, passando de 77,0% em 2006 para 93,1% em 2016, essa progressão, possivelmente em função dos diferentes processos de gestão dos municípios e estado, dotados de autonomia para definir prioridades na utilização dos recursos destinados à Saúde (NEVES *et al.*, 2018).

Gráfico 1 - Percentual de Cobertura da Atenção Básica no Tocantins, 2007-2020:



Fonte: e-GESTOR Atenção Básica (2020).

No que tange a regionalização, se adequando a pactuação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 161/2012 e 042/2014, o Estado é composto por oito regiões de saúde, respeitando os critérios adotados pelo Decreto Federal 7.508/2011 e Resolução Tripartite 004/2012, com conformações distintas de serviços e interdependência das regiões onde estão situados os maiores municípios que agregam mais serviços de média e alta complexidade (TOCANTINS, 2014).

As oito regiões de saúde, são: Bico do Papagaio, Médio Norte Araguaia, Cerrado Tocantins Araguaia, Cantão, Capim Dourado, Amor Perfeito, Ilha Do Bananal e Sudeste. As ações e serviços de saúde mínimos para composição da Região são estes cinco eixos: atenção primária (80% de cobertura ESF e suficiência da Atenção Básica na região); urgência e emergência, atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (TOCANTINS, 2014).

Conforme legislação vigente os municípios são responsáveis pela Atenção Básica em sua total complexidade e esta deve ser o primeiro contato do cidadão com a rede de saúde, referenciando os casos de maior complexidade aos outros serviços. O Estado conta atualmente com 514 equipes de saúde da família (BRASIL, 2020).

Apesar de o Estado ter uma das mais altas coberturas de Atenção Básica do país, possui um grande número de internações sensíveis a Atenção Básica, com 34% em 2013, além de continuar endêmico para as doenças transmissíveis como dengue, leishmaniose visceral e hanseníase (TOCANTINS, 2015).

Apontando que ainda existem sérias lacunas na operacionalização de ações e serviços, mesmo com os avanços ocorridos na melhoria do acesso à saúde no Estado, com o aumento do número de consultas de pré-natal, redução da mortalidade infantil, a sucesso no controle da malária e erradicação do sarampo (TOCANTINS, 2015).

3.2.2.3 Implantação da ESF no município de Palmas-TO

Palmas, a capital mais nova do Brasil, foi planejada. Sua promulgação ocorreu em 05 de outubro de 1989 pela Constituição estadual, que a definiu como a capital do Estado do Tocantins. A pedra fundamental de construção da cidade foi lançada em 20 de maio de 1989 (TEIXEIRA, 2009).

Essa capital foi erguida em meio a uma crise econômica nacional o que a tornou uma atração para milhares de brasileiros em busca de uma oportunidade de trabalho e melhorias de vida, formando uma população diversificada com pessoas advindas do interior do Estado e de estados vizinhos, como Maranhão e Pará (OLIVEIRA; VIANNA, 2008).

A população no último censo (2010) era de 228.332 pessoas, e para 2019 foram estimadas 299.127 pessoas. Quanto aos dados de saúde (2017), a mortalidade infantil é de 9,88 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto a média nacional era de 12,8 (IBGE, 2020).

Nos primeiros anos da capital a saúde era predominantemente privada em casos simples e nos casos mais graves nos serviços de saúde de Porto Nacional, município vizinho. O sistema público era precário e sem planejamento adequado, estava voltado quase para o primeiro atendimento de urgências. Em um posto de saúde foi improvisada a primeira maternidade agregando posteriormente serviços de pronto atendimento, formando em sequência o primeiro hospital público (OLIVEIRA; VIANNA, 2008).

Palmas teve o seu sistema de saúde organizado, a partir de 1997, com um intenso processo de reorganização dos serviços, cujo propósito da gestão da época era investir na municipalização da saúde (JESUS, 2006).

A ênfase dessa organização dos serviços de saúde em Palmas foi voltada para Atenção Básica e mobilização da comunidade, nesse período foram também implantados prontos atendimentos, laboratório, núcleo de atenção psicossocial, centro de controle de zoonoses, núcleo odontológico, núcleo de assistência Henfil, ampliação dos centros de saúde e postos de saúde na zona urbana e rural (JESUS, 2006).

As NOB 93/96 criadas em âmbito nacional pelo SUS, facilitaram a reivindicação para estabelecer a gestão plena do sistema municipal de saúde. O pleito foi homologado em abril de 1998. Durante a gestão 2001-2004, a secretaria municipal, devolveu para a secretaria

estadual saúde a gestão da atenção hospitalar, renunciando, portanto de seu papel de gestor pleno ao criar uma modalidade de gestão “híbrida” onde o município cuida somente da Atenção Básica (SANTANA, 2008).

Os desafios e êxitos verificados no processo de consolidação do SUS em Palmas expressam a luta pela conquista dos direitos à cidadania. O processo de municipalização se consolidou com o apoio de profissionais, usuários e prefeitura (OLIVEIRA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 1999).

Nesse processo de municipalização também se destacaram a articulação do Conselho Municipal de Saúde, reorganizado em 1997 com o envolvimento e participação dos conselheiros na condução da política de saúde, com a realização anual da conferência Municipal de Saúde. Em 1997 teve como tema: A construção do SUS em Palmas e em 1998: a controle social na construção do município saudável (OLIVEIRA, 1999).

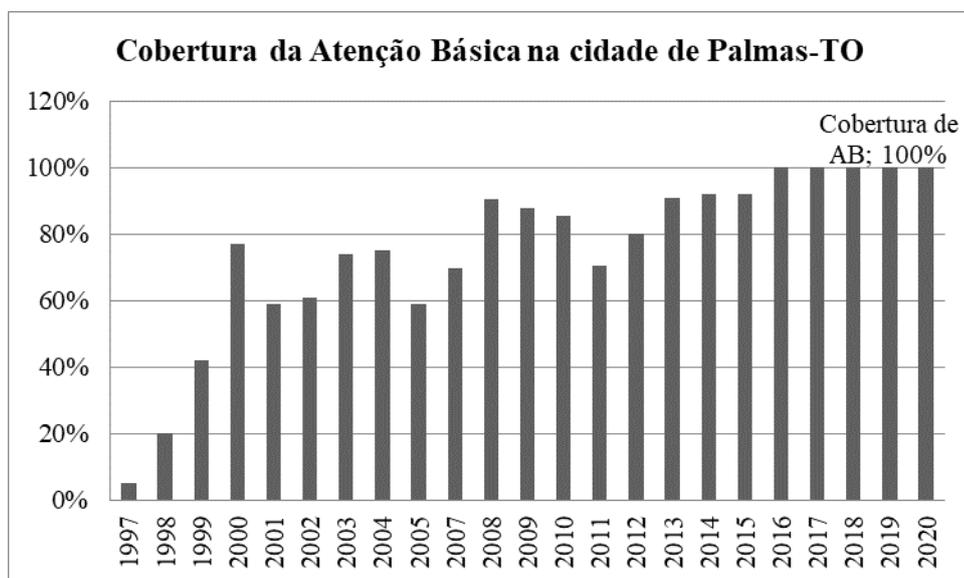
Assim como no âmbito nacional, em Palmas o PSF começou pelo PACS, implantado em 1994, inicialmente com 34 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No início de 1997, o número tinha caído para 31 ACS, mas em 1998, sob gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, contava com mais de duzentos e vinte ACS, proporcionando uma cobertura potencial de 100% da população e abrindo caminho para a expansão da saúde da família (SANTANA, 2008).

A primeira equipe de saúde da família foi organizada em 1997, era formada por médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, um técnico, um auxiliar de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde. Logo foram implantadas mais cinco equipes de saúde da família, desta vez com a composição tradicional mantendo-se a proposta de uma equipe de saúde ampliada para cada cinco equipes tradicionais. Estas, então cadastradas no ministério da saúde, em novembro de 1997, passaram a receber os respectivos incentivos financeiros (OLIVEIRA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 1999).

Em 1998 foram formadas outras 20 equipes de saúde da família. Estava programada a implantação de mais vinte equipes para o ano de 1999, porém foram criadas apenas dez (OLIVEIRA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 1999).

A cobertura populacional da ESF, em Palmas, cresceu rapidamente a partir de sua implantação em 1997, até o ano 2000, quando 77% da população recebia algum tipo de atendimento de saúde da família. Entre os anos 2001 e 2015 houve oscilações com a mudança de gestão (BRASIL, 2020; OLIVEIRA; VIANNA, 2008) A partir de 2016 foi atingido o percentual de 100% de cobertura na capital a qual vem se mantendo, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2 - Percentual de Cobertura da Atenção Básica em Palmas-TO, 1997-2020:



Fonte: Adaptado de Oliveira e Vianna (2008); e-GESTOR Atenção Básica (2020).

Com o intuito de desenvolver atividades de formação, educação permanente, pesquisa e extensão na área da saúde, foi criada a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, pela lei nº 2.014, de 17 de dezembro de 2013.

A qual surgiu da indispensabilidade local e regional de construir ações estruturantes no SUS, a partir de uma concepção ampla da educação permanente em saúde e da necessidade de reordenar, a formação de recursos humanos em saúde. A transversalidade das políticas nacionais de educação permanente em saúde, promoção da saúde, humanização, ciência, tecnologia e educação popular em saúde levam em consideração as necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto (BRASIL, 2018)

Em 2016, pela necessidade de organizar a Atenção Básica no município de Palmas, foi instituído a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS), pela portaria 518/SEMUS, com o objetivo de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção preventiva, contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica, visando à estruturação de um sistema integrado de seguridade e proteção social no município (PALMAS, 2016).

No ano de 2019, a RAVS foi atualizada pela portaria nº 457/SEMUS, no intuito de se adequar à nova PNAB/2017. As Unidades de Saúde da Família da gestão municipal do SUS

passam a ser denominadas Centro de Saúde da Comunidade (CSC). A RAVS-Palmas foi organizada em oito divisões territoriais de Saúde que abrangem a distribuição de três distritos administrativos (região norte, central e sul) que compreendem os Centros de Saúde da Comunidade e demais pontos de atenção à saúde (PALMAS, 2019).

Para manter a capilarização e territorialização, cada Território de Saúde deve ser composto por um NASF como referência, objetivando aumentar a resolutividade e a equidade das ações e serviços de saúde dentro dos próprios territórios, sendo retaguarda especializada das equipes de saúde da família (PALMAS, 2019).

Palmas vem acompanhando o desenvolvimento da saúde junto aos passos nacionais e se tornando destaque no território brasileiro, no desenvolvimento das ações da Atenção Básica e mantendo a cobertura de 100% da população. Tudo isso, vem ocorrendo, devido os esforços da comunidade e profissionais que tem lutado por seus direitos.

Na seção seguinte, foi abordada uma pesquisa documental qualitativa sobre o desenvolvimento da Atenção Básica a partir dos instrumentos de gestão do SUS.

4 PESQUISA DOCUMENTAL QUALITATIVA

4.1 Capítulo 3 – Instrumentos de gestão no Sistema Único de Saúde em Palmas-To: uma análise documental e das metas da Atenção Básica

A partir de uma visão ampla pode-se localizar, no contexto da Política Nacional de Saúde, a Atenção Básica em uma trajetória de descentralização onde serviços municipais foram sendo incorporados e se tornando essenciais. A percepção de que os cuidados dispensados na Atenção Básica poderiam se configurar de forma simples perde a validade a partir da constatação de sua complexidade perante as necessidades de saúde da população, seja em nível individual ou coletivo (GIL, 2006; FIGUEIREDO, 2015).

Os serviços prestados nas unidades básicas são de baixa densidade tecnológica, mas não de baixa complexidade. Isso porque as ações prestadas nesses espaços do cuidado são bastante complexas, uma vez que requerem inúmeras habilidades, competências e conhecimentos dos profissionais que ali atuam (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Os municípios brasileiros são corresponsáveis pela gestão plena da Atenção Básica, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para sua expansão e consolidação, visando ampliar a atenção e a gestão da saúde privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado (COSTA; CARBONE, 2009; ARCARI, *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Atenção Básica foi instituída pela Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, e atualizada em 2011 e 2017. Trata como responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, ações de planejamento, programações, avaliação e monitoramento. Para que os serviços de saúde sejam prestados de forma a atender as necessidades da população (BRASIL, 2017).

Neste sentido a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, estabelece três instrumentos interligados sequencialmente para o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles: o Plano de Saúde, as Programações Anuais e os Relatórios de Gestão. Dentro desses instrumentos a saúde está dividida em três níveis, Atenção Básica, especializada e hospitalar.

O Plano de Saúde é o instrumento central do planejamento e implementação das atividades no setor saúde em cada esfera de governo para o período de quatro anos, a partir desse plano, são definidas anualmente as ações que serão desenvolvidas no setor saúde (programação anual), e ao final de cada ano é elaborado o relatório de gestão para apresentar os resultados alcançados durante aquele ano (BRASIL, 2013).

Nesses instrumentos existem quadros de metas prioritárias, formados a partir dos

indicadores, elas são realinhadas na programação anual e servem como base para elaboração do relatório de gestão (BRASIL, 2014). Tais instrumentos são comuns às três esferas, mas especialmente importantes na gestão municipal do SUS pelas características de descentralização e do planejamento ocorrer de forma ascendente do nível local até o federal (BRASIL, 2013; LUZ; PEREIRA; SILVA, 2013).

Estudos sobre a temática foram realizados principalmente no que diz respeito à comparação desses instrumentos entre municípios, como o estudo de Nunes (2018), que fez uma análise comparativa dos Planos Municipais de Saúde vigentes dos municípios da Região de Saúde de Nanuque-MG, a fim de evidenciar a conformidade desses instrumentos com o disposto na legislação de planejamento do SUS.

Nascimento e Egry (2017) realizaram um estudo com quatro municípios a fim de identificar potencialidades e limites do Plano Municipal de Saúde como instrumento de gestão ao reconhecimento das necessidades em saúde e das vulnerabilidades dos grupos sociais. Concluiu que todos os cenários apresentaram dificuldade de identificação de grupos sociais, vulnerabilidades e necessidades diferenciados, impossibilitando gestão em saúde em prol da equidade e da integralidade na atenção.

Por sua vez Saliba *et al.*, (2013) analisaram três planos municipais de saúde, de municípios de São Paulo (Piacatu, Clementina e Gabriel Monteiro) quanto ao atendimento aos preceitos legais que regem o Sistema Único de Saúde, sua constituição e apresentação dos itens essenciais.

Entretanto, essa pesquisa está mais alinhada à de Terhorst (2019), quando o autor analisou os Relatórios Anuais de Gestão referentes aos anos entre 2014-2017, comparando-os ao Plano de Saúde (2014-2017) do Município de Alto Alegre/RS visando verificar se as metas propostas foram cumpridas totalmente, parcialmente ou se não foram cumpridas.

A diferença é que neste estudo o foco é a análise das metas no primeiro nível de atenção, a Atenção Básica. A escolha pela Atenção Básica se dá porque o âmbito municipal é o responsável pela sua coordenação, dentro de seus limites territoriais, exercendo ações de organização, execução e gerencia dos serviços de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente (BRASIL, 2017).

O objetivo desse capítulo é descrever a Atenção Básica de Palmas-TO a partir dos instrumentos de gestão dos anos de 2014 a 2017. O recorte temporal (2014-2017) foi

definido por se tratar do último Plano Municipal de Saúde. Segundo a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, o Plano de Saúde é definido para o período de quatro anos e a partir desse plano, são definidas anualmente as ações que serão desenvolvidas no setor saúde (programação anual), e ao final de cada ano é elaborado o relatório de gestão para apresentar os resultados alcançados durante aquele ano (BRASIL, 2013).

4.1.1 Metodologia e lócus de pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo documental, com propósito descritivo e abordagem qualitativa, segundo Flick (2009) perante a perspectiva da existência de diferentes enfoques teóricos, epistemológicos e metodológicos, localiza-se na pesquisa qualitativa características comuns na forma como ela é feita, neste sentido o autor enfatiza que pesquisadores qualitativos estão interessados em ter acesso a experiências, interações e documentos em seu contexto natural.

Para o propósito do trabalho foram identificados quais seriam os documentos analisados, desta maneira selecionou-se um conjunto de documentos de forma analítica em consonância com o objetivo do trabalho, assim foram analisados os instrumentos de gestão no período de 2014 a 2017, disponibilizados no sistema SARGUS (Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão), sítio de acesso público. Ressalta-se que o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão devem ser inseridos pelos gestores no sistema SARGUS, como exigência da Lei Complementar nº. 141/2012 para garantia de transparência e visibilidade da gestão pública da saúde (BRASIL, 2012).

Os documentos analisados foram: o Plano Municipal de Saúde Palmas/TO e suas revisões, Programação anual de Saúde e Relatório de Gestão, dos períodos de 2014-2017. Esses documentos se caracterizam como de natureza secundária e, sobretudo por serem de domínio público, a apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada para a execução deste estudo.

Tabela 1 – Documentos analisados:

	Documentos Analisados	Parecer de aprovação
01	Plano Municipal de Saúde / plurianual 2014-2017	Resolução CMS nº 02 (12/02/2014)
02	1ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2015)	Resolução CMS nº 02 (02/03/2015)
03	2ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2016)	Resolução CMS nº 26 (30/11/2015)
04	3ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2017)	Resolução CMS nº 02 (11/01/2017)

05	Programação Anual de Saúde 2014	Resolução CMS n° 04 (19/02/2014)
06	Programação Anual de Saúde 2015	Resolução CMS n° 02 (02/03/2015)
07	Programação Anual de Saúde 2016	Resolução CMS n° 27 (30/11/2015)
08	Programação Anual de Saúde 2017	Resolução CMS n° 01 (11/01/2017)
09	Relatório Anual de Gestão 2014	Resolução CMS n° 03 (31/03/2015)
10	Relatório Anual de Gestão 2015	Resolução n° 04 (22/03/2016)
11	Relatório Anual de Gestão 2016	Resolução n° 31 (25/05/2017)
12	Relatório Anual de Gestão 2017	Resolução n° 05 (01/11/2019)

Fonte: Dados do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS), 2020.

Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo conforme preconizado pela metodologia de Bardin, que, por meio da hermenêutica crítica, estrutura a elaboração e a análise de unidades de significado com o objetivo de sistematizar a captura da essência do fenômeno (BARDIN, 2011).

Quanto aos aspectos éticos desta pesquisa, Conforme Resolução n° 510 de 07 de abril de 2016, parágrafo único. “Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP*: II - pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei n o 12.527, de 18 de novembro de 2011”.

A cidade da pesquisa, Palmas, está localizada no estado do Tocantins e pertence à região de saúde Capim Dourado, a população estimada pelo último censo, foi de 228.332 pessoas (IBGE, 2010). Possui atualmente, cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 34 Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2020).

Apresenta 67.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 79.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 31.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Em 2018, o salário médio mensal era de 3.9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 48.3% (IBGE, 2018).

4.1.2 Resultados e discussão

Após a análise dos dados, os resultados foram divididos em três categorias, sendo elas: “Construção do Plano Municipal de Saúde”, “Análise das metas” e “Políticas públicas

* O Brasil conta com um reconhecido sistema de avaliação ética de pesquisas envolvendo seres humanos, vinculado ao Conselho Nacional de Saúde, constituído pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelos diversos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) distribuídos por todas regiões do País, criados em 1996, pela Resolução 196 (AMORIM, 2019).

municipais de saúde”, conforme descrito a seguir.

A primeira categoria teve o intuito de descrever quais os principais dados utilizados na elaboração do plano. Já a segunda, se caracteriza pela síntese das metas utilizadas durante esse período de quatro anos (2014-2017) de execução do último plano de saúde do município. E a terceira, apresentou os principais programas e projetos utilizados pelo município para cumprir as metas estabelecidas.

Os resultados aqui apresentados contemplam, inicialmente, a análise da estrutura do Plano Municipal de Saúde com ênfase na descrição dos seus elementos constitutivos. Em seguida apresentam a análise das metas instituídas para a atenção básica levando em consideração o Plano Municipal de Saúde, a Programação anual e o Relatório de Gestão e na última categoria, as principais propostas políticas de intervenção utilizadas para o alcance das metas.

4.1.2.1 Construção do Plano Municipal de Saúde

Nesta categoria foram analisadas a estrutura do Plano Municipal de Saúde e suas três revisões (2015, 2016 e 2017), porém podemos notar que apenas a segunda e a terceira revisão estavam com todas as páginas no SARGSUS, os quais constam a maioria das informações que serão descritas, no que diz respeito à elaboração desse instrumento de acordo com o que é preconizado pelo SUS.

O foco em se tratar inicialmente do Plano de Saúde é por ser o instrumento central de planejamento no período de quatro anos (BRASIL, 2013). Garcia e Reis (2016) citaram três eixos a partir da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, para a elaboração do Plano de Saúde: condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde.

No primeiro eixo, é necessário levantar informações sobre o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população, o segundo eixo está relacionado à identificação das relações intersetoriais que se configuram determinantes e/ou condicionantes da situação de saúde ou da atenção à saúde, desenvolvidas nas respectivas esferas de governo. A partir dessa identificação, caberá analisar a integração do setor de saúde nos espaços de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas e no terceiro, estarão compreendidos o planejamento, a descentralização/regionalização, o financiamento, a participação social, a gestão do trabalho e da educação em saúde, a infraestrutura e a informação em saúde (BRASIL, 2013).

Palmas é a capital e também a maior cidade do estado do Tocantins. Foi fundada em

20 de maio de 1989, logo após a criação do Tocantins pela Constituição de 1988. A população do município de Palmas/TO é caracterizada por residentes predominantemente urbanos, sendo, em sua maioria, na raça/cor parda.

Somente com a compreensão dos problemas e necessidades de saúde, no contexto de vida e trabalho dos indivíduos e das populações, no lugar onde vivem, é possível estabelecer ações de prevenção e promoção da saúde. Para isso, torna-se imprescindível que se realize um diagnóstico de situação de saúde no território (LIMA, 2017).

De modo esse item apresenta aspectos relevantes para o conhecimento da realidade de saúde do município de Palmas, entretanto, algumas ponderações precisam ser apontadas, em especial no que refere à forma de expor as informações e na configuração da estrutura e clareza de alguns aspectos.

No plano foram expostos os aspectos demográficos da cidade, como a quantidade de pessoas, sexo, faixa etária, moradia, esses descritos de forma clara e sucinta, já no que diz respeito ao perfil epidemiológico, podemos notar muitas informações que não são relevantes e que deixaram o documento extenso, como a conceituação e a descrição de diversas doenças.

Neste item foram verificadas se as informações epidemiológicas foram utilizadas para identificação, descrição e priorização de problemas de saúde da população, bem como se as informações político-administrativas foram utilizadas para identificação de problemas do sistema de saúde.

Para isso, foi importante destacar a utilização do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), para a descrição dos dados sobre morbidade e mortalidade. Esse sistema tem o objetivo de coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. Sua utilização permite o conhecimento da magnitude dos agravos de notificação, além de ser um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, e permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (BRASIL, 2019).

Importante destacar que na análise das doenças também houve caracterização das unidades que estavam com o maior número de casos, o que colabora com o planejamento dos planos de ações.

Tudo isso tem sua importância, mas o fato de enveredar para outros aspectos como,

por exemplo: definição conceitual de doenças e agravos, sintomatologia clínica, manejo clínico e protocolos clínicos de assistência, conceitos de algumas ciências da saúde e fluxos de processos de trabalho, certamente, concorreram para a diminuição do mérito da análise, porquanto produziu uma caracterização exaustiva e de leitura cansativa. Além do mais, não há registro informando qualquer exercício de priorização de problemas a partir de critérios válidos, e que implique em fazer escolhas a partir de um olhar crítico e racional sobre um determinado conjunto de problemas pré-selecionados.

A partir de esse olhar, podemos citar que entre as principais morbidades da cidade, estão as doenças do aparelho circulatório, leishmaniose visceral, hanseníase, sífilis e a dengue.

Quanto aos dados de mortalidade, em Palmas a frequência da mortalidade difere do nacional, sendo que, as causas de maior mortalidade no Brasil são em ordem decrescente: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. Sabe-se que as transformações na estrutura de causas de morte, por sua vez, têm afetado o padrão etário da mortalidade da população. Isso ocorre especialmente nos locais onde os óbitos por causas externas têm grande representação. Em Palmas no ano de 2014, (23,28%) dos óbitos foram por causa externa, vitimando em sua maioria adultos jovens (15 a 39 anos de idade) e do sexo masculino (PALMAS, 2015d).

No que diz respeito aos determinantes e condicionantes de saúde, a preocupação é com as condições de saúde da população, a partir dos determinantes sociais da saúde, que estão relacionados às condições de vida. Para isso há que se considerar, para além da doença e do corpo biológico, as relações familiares e sociais no território que determinam o processo saúde-doença.

Embora Palmas tenha sido uma cidade planejada, cresceu desordenada e dispersa. O impacto da fundação de Palmas atraiu migrantes de diversas regiões do Brasil por sua posição geográfica, fazendo fronteira com seis outros estados (CARVALHÊDO; LIRA, 2009). Segundo o IBGE (2010) predominam em Palmas migrantes vindos principalmente da região norte e nordeste.

Nesse sentido, em 2015 foi apresentado o Plano de Ação para Palmas “Palmas Sustentável”, dando um importante passo para a transformação de Palmas em uma cidade que se desenvolva de forma sustentável. O plano é resultado da participação da cidade no Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e na Caixa Econômica Federal Iniciativa para Cidades Emergentes Sustentáveis (ICES) (PALMAS, 2015d).

No conjunto dos determinantes sociais de saúde, destacamos alguns que impactam direto na qualidade de vida da população e determinado condições de risco à saúde humana, como bons índices de desenvolvimento humano e indicadores socioeconômicos igualmente positivos. De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano, Palmas registrou a maior taxa de crescimento no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre todas as 27 capitais do País no período entre 1991 e 2010 (PALMAS, 2016).

Quanto à educação, segundo os resultados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB/MEC o município de Palmas apresenta melhora no seu resultado ao longo do tempo (PALMAS, 2016).

O sistema de esgotamento sanitário do município de Palmas está restrito a sede do município e apenas 52% das moradias estão ligadas a rede de esgoto. Os Distritos de Buritirana e Taquaruçu não dispõe de sistema de esgotamento sanitário, como também a população rural, em sua franca maioria não dispõe do tratamento adequado de efluentes domésticos. Vale ressaltar que o sistema de esgotamento instalado conta com a coleta e o respectivo tratamento, ou seja, todo esgoto coletado é tratado (PALMAS, 2016).

Em decorrência do clima da cidade, as condições do ar na cidade na época da seca, necessitam de atenção os efeitos no meio urbano dos incêndios na serra, entre outros locais, devido aos ventos predominantes. Ocorrem também queimadas urbanas, devido à prática de queima de resíduos sólidos e também da utilização do fogo para limpeza dos terrenos (PALMAS, 2016).

Em relação às condições de trabalho, a Vigilância em Saúde do Trabalhador de Palmas possui uma equipe multiprofissional capacitada para atuar na área, dentre eles profissionais de nível médio e superior. Em Palmas, no período de 2007 a 2015, destacam-se os acidentes de trabalho grave (1.334), seguidos de acidentes com exposição a material biológico (709) e as intoxicações exógenas (317) (PALMAS, 2015d).

Quanto à gestão em saúde, foram descritos o quadro de servidores que atuam no município, as ações da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (educação permanente, residências, integração ensino-serviço), detalha como ocorre o planejamento e o financiamento e descreve os recursos financeiros e orçamentários previsto, sistema de auditoria e os compromissos da gestão, avaliados e divulgados anualmente pelo relatório de gestão (PALMAS, 2015d).

No município existe Conselho Municipal de Saúde e Conferência de Saúde, conforme a Lei 8142/1990. Importante destacar que o plano traz um resumo da última conferência

municipal de saúde, o que traz mais subsídios para a formulação das metas.

As normas preceituam que o desdobramento do plano se dê por meio da programação das ações saúde, que tem o propósito para cada ano de vigência do plano, detalhar os objetivos, diretrizes e metas, bem como os recursos previstos. Esses estão expostos em documentos separados, feitos anualmente.

O planejamento é uma ferramenta indispensável, possui função estratégica para ampliar a capacidade resolutiva do SUS, portanto, assume papel vital para o direcionamento de ações a fim de se atinja ou alcance o resultado, de forma integrada.

Tabela 2 – Resumo das principais informações na construção do Plano Municipal de Saúde (2014-2017):

A construção do Plano Municipal de Saúde de Palmas-TO	
Áreas e Problemas	Ações
Informações epidemiológicas	Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) .
Mortalidade, em Palmas	As transformações na estrutura de causas de morte.
Determinantes e condicionantes de saúde	Relações familiares e sociais no território que determinam o processo saúde-doença.
Plano de Ação para Palmas e desenvolvimento de ordenamento urbano	Iniciativa Cidades Emergentes Sustentáveis (ICES) do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Caixa Econômica Federal.
Determinantes sociais de saúde	- Bons índices de desenvolvimento humano e indicadores socioeconômicos igualmente positivos. - Alta taxa de crescimento no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).
Educação	Bons resultados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB/MEC.
Sistema de esgotamento sanitário	O sistema de esgotamento instalado conta com a coleta e o respectivo tratamento, ou seja, todo esgoto coletado é tratado.
Clima da cidade	Necessitam de atenção na época da seca.
Condições de trabalho	Vigilância em Saúde do Trabalhador de Palmas possui uma equipe multiprofissional capacitada para atuar na área.
Gestão em saúde	- Ações da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. - Conselho municipal de saúde e conferência de saúde.

Fonte: Plano Municipal de Saúde (2014-2017).

4.1.2.2 Análise das metas

A partir do diagnóstico da situação de saúde do município, para a Atenção Básica foi instituído como objetivo: fortalecer a Atenção Básica com prioridade na Estratégia Saúde da Família através do acompanhamento, avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas

pelas equipes de acordo com os ciclos de vida: criança, adolescente, idoso, mulher e homem e das áreas técnicas da saúde escolar, prisional, alimentação especial e dos sistemas de informação, da organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica, garantindo melhoria no acesso e qualidade da assistência à saúde da população de Palmas – TO.

Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados e as metas são expressões quantitativas de um objetivo, estas concretizam o objetivo no tempo, esclarecem e quantificam o que vai ser feito, para quem vai ser feito e quando vai ser feito (BRASIL, 2009).

Tabela 3 – Comparativo das principais metas da Atenção Básica:

ANO	METAS ATINGIDAS	METAS NÃO ATINGIDAS
2014	Construção de unidades, ampliação da cobertura da ESF, ESB, implantação do NASF, capacitação profissional, implantação de protocolos clínicos, utilização da caderneta de saúde do adolescente, ações para as pessoas idosas, ações preconizadas pela política nacional de atenção integral a saúde do homem, ações para saúde da mulher e diminuição da proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (PALMAS 2014).	Evento de mostra de experiências exitosas da ESF, aumento da proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal tendo em vista a implementação das ações da Rede Cegonha, manter o número de óbitos maternos anualmente, aumentar para 50% o percentual de partos normais, realizar anualmente atividades educativas sobre alimentação saudável em todas as USF, ampliar a proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários com perfil saúde do Programa Bolsa Família e redução da taxa de mortalidade infantil.
2015	Ampliação da cobertura populacional atendida pela Atenção Básica e saúde bucal, implantação de equipes do NASF, implementação anual dos serviços referentes aos testes rápido de HIV, gravidez e sífilis em todas as UBS, implantação de ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, realização de pelo menos sete consultas de pré-natal, ampliação da proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários com perfil saúde do programa bolsa família, atendimento de consultas médicas na Atenção Básica referente à saúde de todos os adolescentes vivendo em conflito com a lei, em sistema de internação e internação provisória.	Construção, ampliação e reforma de 45 unidades de saúde, manter anualmente menor ou igual a três o número de óbitos maternos, ofertar capacitação contínua para todos os profissionais que atuam na ESF e ESB, ampliar a oferta dos serviços de coleta de material para realização de triagem neonatal, realizar um evento anualmente de mostra de experiências exitosas da ESF, implantar três equipes do Programa do Serviço de Atenção Domiciliar, sendo duas equipes multidisciplinar de atenção domiciliar e uma equipe multidisciplinar de apoio, implantar e implementar grupos de gestantes com enfoque em todas as unidades, ampliar anualmente em 10% o número de equipes de saúde da família participantes do Programa Saúde na Escola, diminuir a proporção de internações por condições sensíveis à Atenção

		Básica, proporção de exodontia em relação aos procedimentos e a proporção de parto normal.
2016	Ampliação da cobertura populacional atendida pela Atenção Básica e saúde bucal, manutenção anual da razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade, aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal, manter anualmente menor ou igual a três o número de óbitos maternos, reduzir a taxa de mortalidade infantil, construir unidades de saúde, garantir anualmente a implantação, implementação, assessoria, avaliação e monitoramento dos sistemas de informação em todas as unidades, capacitar de forma integrada profissionais que atuam na ESF E EACS, proporcionar atendimento de consultas médicas na Atenção Básica referente à saúde de todos os adolescentes vivendo em conflito com a lei, em sistema de internação e internação provisória e manter anualmente os trabalhadores do SUS que atuam na Atenção Básica.	Ampliação de equipes de Saúde da Família e de Saúde de saúde bucal, habilitar equipes de NASF, manter anualmente o percentual de internações por causas sensíveis à Atenção Básica, manter anualmente a proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários com perfil saúde do programa bolsa família, aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada, reduzir do percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos, manter anualmente a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos, aumentar o percentual de parto normal, implantar novos serviços referentes aos testes rápido de HVI, gravidez, sífilis e hepatite B e C, ampliar a oferta dos serviços de coleta de material para triagem neonatal, realizar um evento anualmente de mostra de experiências exitosas da ESF, implantar em cinco novas unidades básicas os protocolos clínicos e de organização da Atenção Básica direcionados aos ciclos de vida, ampliar o número de unidades participantes do programa saúde na escola, garantir o acesso aos serviços de saúde no âmbito ambulatorial, nas unidades de saúde de referência para atendimento de toda população prisional.
2017	Realização de pelo menos dois testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS, redução da incidência de sífilis congênita, aumento do acesso ao diagnóstico da hepatite C, aumento da proporção de contatos intradomiciliares examinados de casos novos de hanseníase, manutenção anual do número absoluto de óbitos por arbovírus (Dengue, Zika Vírus e Febre de CHIKV), realização anual de busca ativa de casos de tracoma em escolares da rede pública e acompanhamento dos casos, controlar a Incidência Parasitária Anual da malária autóctone, reduzir	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, ampliar a realização de exames anti-HIV casos novos de tuberculose, ampliar o número de testagem para hepatite B (HbsAg), manter a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase, manter o número de óbitos por leishmaniose visceral, aumentar o percentual de parto normal, implantar e monitorar o Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia – SIRAM, realizar testagem rápida (HIV, Sífilis e Hepatites B e C) em gestantes na primeira consulta de pré-natal.

a taxa mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Diabetes mellitus, Doenças Respiratórias Crônicas, Ampliação das coberturas vacinais adequadas do calendário básico de vacinação da criança, realização de pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue em 80% dos imóveis, Assessorar, avaliar e monitorar todos os sistemas de informação.

Fonte: Plano Municipal de Saúde. Plurianual 2014-2017 (PALMAS, 2014a); 1ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (PALMAS, 2015a); 2ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (PALMAS, 2015d); 3ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (PALMAS, 2017b); Relatório Anual de Gestão 2014 (PALMAS, 2015c); Relatório Anual de Gestão 2016 (PALMAS, 2017c); Relatório Anual de Gestão 2015 (PALMAS, 2016) e Relatório Anual de Gestão 2017 (PALMAS, 2019).

Em 2014, por se tratar da elaboração de um novo plano municipal de saúde o qual continha inicialmente trinta e nove metas, percebe-se que houve várias metas alteradas e excluídas no decorrer dos anos, comparando-as com o relatório de gestão.

Observa-se que a maioria dessas metas estão relacionadas com o binômio mãe e filho, e tem ligação direta com o pré-natal, o qual é realizado nas UBS em consultas intercaladas entre enfermeiros e médicos. O cuidado pré-natal precoce tem como grande vantagem a detecção de eventuais complicações durante a gestação e garantia de intervenções em tempo oportuno. Já o menor número de consultas está associado à menor adequação de exames, vacinação e orientação sobre aleitamento materno e parto (SILVA *et al.*, 2019).

Em 2015, observamos que o Serviço de Atenção Domiciliar é complementar aos cuidados realizados na Atenção Básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e equipes multiprofissionais de apoio. Será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionará com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a Atenção Básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário (BRASIL, 2016).

A proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica pode ser minimizada com um sistema de saúde centrado em uma atenção primária de qualidade e resolutiva requer a priorização de investimentos nesse nível para garantir a efetividade das redes de atenção. Investir na atenção primária pode implicar, em médio e longo prazo, a

redução de gastos com procedimentos de alta complexidade e otimização do uso de recursos disponíveis (ALVES *et al.*, 2018).

Na atualização do plano municipal de saúde em 2016, pode-se notar a importância do acompanhamento dos beneficiários do programa bolsa família está em monitorar o calendário vacinal e o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos, assim como o acompanhamento do pré-natal das gestantes, busca-se assegurar o direito constitucional à saúde, além de contribuir para a prevenção ou redução de problemas como desnutrição, obesidade infantil e mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2020).

O acompanhamento regular das populações mais pobres permite identificar as mais vulneráveis e que apresentam dificuldades em ter acesso a esses serviços. Com base nessas informações, o poder público pode atuar na garantia desse acesso, por meio da ampliação da cobertura da atenção primária, direcionando ações às especificidades identificadas (BRASIL, 2020).

Já o programa saúde na escola é reconhecido como cenário privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde. As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos realizadas visam a garantir oportunidade a todos os educandos de fazer escolhas mais saudáveis e de serem protagonistas do processo de produção da própria saúde fomentando uma gestão coletiva e participativa das ações, buscando garantir educação e saúde integrais com base na participação dos profissionais, dos educandos e da comunidade (SILVA, 2019).

No último ano do quadriênio, a terceira revisão e seguindo a avaliação do relatório anual de gestão, houve aumento das metas para sessenta e duas, destas, quarenta e nove foram atingidas, citaremos aqui principalmente as que não estavam nas metas dos anos anteriores.

Um dos grandes avanços da Atenção Básica em Palmas-TO durante esse quadriênio foi alcançar a cobertura de 100% da população com equipes de saúde da família. A expansão da ESF, em mais de duas décadas, tem favorecido a equidade e a universalidade da assistência. Entretanto, não se pode admitir, somente pelas estatísticas da expansão do número de equipes, que o acesso a uma assistência integral deixou de ser um problema no cotidiano dos serviços (VIEGAS; PENNA, 2015).

Ao analisar o último ano, podemos notar muitas mudanças nas metas, sendo relevantes ao perfil epidemiológico da cidade, principalmente no que diz respeito a hanseníase, tuberculose e a dengue. Em tempos de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, que

além da dengue, transmite a Febre chikungunya e o Zikavirus, essa meta precisa ser colocada em prática e monitorada com rigor pelo poder público.

Pode-se considerar que a mudança das metas no ano de 2017, podem estar ligadas com a maior participação da sociedade e com a utilização dos sistemas de informação, as quais podem ser observadas e projetadas de acordo com a real necessidade da população. Os interesses dos grupos sociais devem ser incluídos na arena da política pública, na medida em que o Estado tem um papel fundamental na formulação das políticas e na garantia dos direitos, como no papel de provedor, regulador e financiador dos serviços (FLEURY; OUVENEY, 2017).

Durante esses quatro anos não foram realizados no município evento de mostra de experiências exitosas da ESF, o que venha a ser um déficit por não ter a oportunidade de mostrar para a sociedade as ações que estão sendo desenvolvidas.

No âmbito das políticas públicas urbanas a falta efetiva de controle social tem gerado distorções na efetividade dos planos de ação governamental propostos e implementados, uma vez que há a inexistência de adequamento efetivo às demandas da Cidade e a falta de correição pelos cidadãos. A falta de estabilidade no cargo do gestor ou do técnico em planejamento também contribui para a desvalorização do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão (MOURA, 2016).

4.1.2.3 Políticas públicas municipais de saúde

“As políticas públicas são guiadas por diretrizes prioritárias que, por sua vez, norteiam as subpolíticas, programas e mudanças incrementais dela decorrentes” (OLIVEIRA; COUTO, 2019).

Para que houvesse o cumprimento das metas, foi necessária a implantação de mudanças, dadas a partir de políticas públicas, realizadas principalmente em forma de projetos e leis.

Um dos indicadores definidos no plano nacional e municipal tem como foco a saúde da criança, o município seguiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC instituída em 2015, e entre as ações desenvolvidas a partir desse período foram: realização da semana do bebê, fortalecimento dos atendimentos de puericultura, através da disponibilização de material educativo, realização de ações educativas, monitoramento e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e monitoramento dos 27 postos de coleta ativos da Triagem Neonatal.

A integralidade da atenção à criança é um processo em construção na Atenção

primária brasileira, a qual tem encontrado terreno mais fértil nos serviços da ESF. As crianças que se encontram dentro da faixa etária de zero a dois anos de idade apresentam um acompanhamento especial chamado puericultura, que é realizado pela equipe de saúde (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Para a efetivação das ações e dos serviços de saúde, é importante que haja o conhecimento da área de abrangência. A territorialização da saúde é preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como pressuposto para a organização das práticas e ações de saúde da ESF, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço (BRASIL, 2017).

Uma importante mudança na capital foi à organização territorial, com o objetivo de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção preventiva, contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica, visando à estruturação de um sistema integrado de seguridade e proteção social no município (PALMAS, 2016).

Essa mudança começou a criar forma a partir do Decreto Nº 1.254, de 2 de junho de 2016, que apresentou a nova estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, objetivando a implementação da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), conforme Portaria Nº 518/SEMUS/GAB de 14 de junho de 2016. Com a implantação da RAVS, as Unidades Básicas de Saúde passaram a ser denominados Centros de Saúde da Comunidade (CSC), e compõem, junto com os demais pontos de atenção à saúde, oito territórios de saúde, sendo eles:

Quadro 5 – Territórios de Saúde de Palmas-TO:

Regiões de saúde	CSC
Território de Saúde Kanela	CSC 307 Norte, CSC 403 Norte, CSC 405 Norte, CSC 409 Norte, CSC 503 Norte e CSC 603 Norte.
Território de Saúde Apinajé	CSC 406 Norte, CSC 508 Norte, CSC Loiane Moreno e CSC 108 Sul.
Território de Saúde Xambioá	CSC 207 Sul, CSC 403 Sul, CSC 712 Sul e CSC 806 Sul.
Território de Saúde Krahô	CSC Albertino Santos, CSC Sátiro Alves, CSC Valéria Martins e CSC 1304 Sul.
Território de Saúde Karajá	CSC Eugênio Pinheiro, CSC Aurenny II, CSC Novo Horizonte, CSC Liberdade e CSC Alto Bonito.
Território de Saúde Javaé	CSC Bela Vista, CSC Santa Bárbara, CSC José Hermes, CSC Morada do Sol, CSC Santa Fé.
Território de Saúde Xerente	CSC Laurides, CSC Taquari e CSC José Lúcio.
Território de Saúde Pankararú	CSC Taquaruçu, CSC Mariazinha, CSC Walterly (Taquaruçu

	Grande).
--	----------

Fonte: Estrutura da RAVS/Palmas-Rede de Atenção e Vigilância em Saúde de Palmas (PALMAS, 2019b).

Para que fosse realizada essa divisão territorial foi produzido um diagnóstico situacional dos territórios de saúde que compõem a RAVS, com o objetivo de caracterizar a população e identificar seus problemas de saúde, para avaliação do impacto das ações desenvolvidas e fundamentar o planejamento estratégico situacional, buscando ações de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados (PALMAS, 2016).

A identificação dos problemas e necessidades de saúde da população deve ser feita realizando um diagnóstico da situação de saúde, que deve ser mais que uma lista de doenças e causas de morte. Não é possível realizar prevenção e promoção da saúde sem considerar o território e a vida cotidiana, que conformam os determinantes da saúde (LIMA, 2017).

O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais, que promovem as condições particulares para a produção de doenças. Vai além de uma extensão geométrica, mas também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa como um espaço em permanente construção. Com a intenção de organizar a atenção primária em saúde, a demarcação de territórios é uma prática que permite regular e estabelecer regras para a atuação das equipes (PEREHOUSKEI; ANGELIS; FONZAR, 2015).

Outra prática para organizar o acesso à saúde pressupõe ações de ampliação da cobertura e a qualificação do acesso, tanto para grupos específicos, quanto para a demanda espontânea, incluindo a capacidade dos serviços de conhecer e atuar, considerando as necessidades de saúde das pessoas e comunidades, de forma cooperativa, participativa e inclusiva, efetivando a saúde como direito de cidadania (MENEZES *et al.*, 2020).

Os atendimentos na Atenção Básica ocorriam de acordo com a agenda dos programas. Em 2016 foi implantado em 100% das unidades de saúde, o projeto “Palmas para Quem Acolhe”, que visava o acolhimento à demanda espontânea nas unidades de saúde da família de Palmas-TO com o objetivo de buscar a melhoria do atendimento prestado aos usuários, bem como, para organizar os serviços e delinear fluxos de atendimento gerando acessibilidade e resolutividade. Para que o projeto pudesse ter eficácia, foi necessária a realização de capacitações com os profissionais e o acompanhamento, visando conhecer os resultados e melhorias.

Os processos de trabalho nas UBS devem ser definidos não para oferecer no balcão um cardápio de serviços de saúde, mas pelas demandas do território, reconhecendo a complexidade dos problemas e necessidades de saúde da população, que são socialmente

produzidos, determinados e condicionados por fatores de ordem biológica, psicológica, cultural, econômica e política, relacionados à vida cotidiana, às condições estruturais da sociedade e a processos da globalização (LIMA, 2017).

Para isso foi necessária uma mudança no fluxo de atendimentos e no modelo de agendamentos. Entre as principais mudanças, podemos citar a agilidade ao atendimento a partir da análise, usando como ferramenta um protocolo pré-estabelecido, que determina o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção com foco na complexidade clínica e não na ordem de chegada; nenhum paciente sair sem resposta, ou seja, que ele seja acolhido e mesmo que não seja da área da abrangência, mas se depois de avaliado estiver com necessidade de atendimento imediato, que ele seja atendido e contra referenciado para a equipe de abrangência.

Ou seja, o principal foco dessa mudança do atendimento é a inserção do acolhimento com ênfase no atendimento à demanda espontânea, o qual contribui para a ampliação da clínica e contrapõe a ideia da atenção primária com foco apenas nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (TESSER; NORMAN, 2014).

Na pesquisa de Menezes *et al.*, (2020), preconiza-se que a agenda seja formulada e compartilhada com base nas necessidades de saúde da população, contemplando as ações para grupos específicos e para demanda espontânea. O acolhimento, focado na demanda espontânea, é orientado a ser desenvolvido de forma humanizada, durante todo o período de funcionamento da unidade, com escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, com utilização de protocolos e definição de critérios para agendamento de consultas. Onde todas as pessoas sejam atendidas sem exclusões e preconceitos.

O fortalecimento da ESF com maior resolubilidade é o caminho para a consolidação do SUS, a partir dos territórios de vida dos sujeitos, considerando seus problemas e necessidades de saúde (ALVES, 2014).

Outro projeto que foi instituído para universalizar o acesso, minimizar as desigualdades e discriminação foi o “Palmas para todos” instituído pela portaria nº 12 em 24 de junho de 2016, destinado ao desenvolvimento de atividades docente-assistenciais aplicadas à pesquisa operacional de campo nos territórios de vulnerabilidade social e população prioritárias como: populações das áreas com baixa cobertura assistencial da atenção primária; população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros, áreas de extrema pobreza, ocupação urbana, rural, quilombolas; população submetida às diversas formas violência e discriminação social; população em situação de

rua, de zonas de meretrício, usuários de drogas e ou substâncias psicoativas; e populações de necessidades especiais (PALMAS, 2016).

Como ações desenvolvidas destacam-se o Consultório na Rua, as atividades assistenciais nos diversos pontos de atenção à saúde, nos aparelhos sociais e equipamentos públicos nos territórios de saúde de Palmas, as ações de promoção e prevenção à saúde, o mapeamento e análises de situação de saúde de territórios e populações, e o desenvolvimento de pesquisa operacional e crítica (PALMAS, 2016).

Os objetivos do projeto eram: universalizar o acesso às populações vulneráveis a ações e serviços de saúde que visem a garantia da cidadania plena, reduzir as iniquidades em saúde, articular e desenhar uma rede de proteção, seguridade e desenvolvimento social e promover redução de danos e busca ativa de pessoas em situação de vulnerabilidade (PALMAS, 2016).

Uma das doenças emergentes e endêmicas que teve ênfase no plano municipal de saúde é a hanseníase, diante do agravamento, o município foi criado pela Portaria conjunta SEMUS/FESP nº 257 de 23 de março de 2016 o Projeto “Palmas Livre da Hanseníase”, com o objetivo de qualificar a rede de atenção à saúde aos pacientes com hanseníase.

Dentre as ações de diagnóstico da rede de ações e serviços de saúde em seus diversos níveis de atenção, que atendem aos pacientes com hanseníase e seus comunicantes, avaliação amostral em toda a rede de Atenção Básica de: casos novos; comunicantes, casos em tratamento, casos de reações hansênicas, casos de alta, avaliação de pós-alta, avaliação de suspeitas de recidiva e insuficiência terapêutica, avaliação do perfil de competências em atenção a pacientes com hanseníase realizada pelos profissionais da rede municipal da saúde, seminários e encontros problematizadores, monitoramento e opinião formativa por plataforma de ensino à distância da avaliação de casos da rede e elaboração de relatório. Para coordenar o projeto foi nomeado o hansenólogo Dr. Jaison Antônio Barreto (PALMAS, 2016).

Monteiro *et al.*, (2018) avaliou a tendência dos indicadores prioritários da hanseníase antes e durante a implementação do projeto “Palmas livre da Hanseníase” os resultados mostraram que o projeto sucedeu na detecção extremamente elevada com transmissão ativa da doença. Comprovaram ainda a efetividade e potencialidade do treinamento proposto para as ações de diagnóstico e controle da hanseníase.

No ano de implementação do projeto, foram detectados 827 casos de hanseníase residentes em Palmas, sendo 648 (78,35%) casos novos e 121 (14,6%) casos que entraram

para tratamento da doença por outros reingressos (insuficiência terapêutica, reinfecção e erro de classificação operacional). Mais de 90% dos diagnósticos foram realizados na Atenção Básica. Esses dados comprovaram a efetividade e potencialidade do treinamento proposto para as ações de diagnóstico e controle da hanseníase no Município de Palmas. (MONTEIRO *et al.*, 2018).

“A qualidade das ações de controle da hanseníase realizadas pelos profissionais da Atenção Básica produz efeitos nos indicadores de monitoramento da doença” (VIEIRA; MARTINEZ-RIERA; LANA, 2020).

Diante disso, um dos pilares da estratégia nacional para o enfrentamento da hanseníase 2019 – 2022 (enfrentamento da hanseníase e suas complicações) tem como um dos objetivos, promover e fortalecer a formação e educação permanente em hanseníase na rede ensino-serviço (BRASIL, 2019).

Para o incentivo na realização desses projetos e ações, o município teve como meta nesse período o fortalecimento do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) nas equipes de saúde da família (PALMAS, 2015). O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde e ainda possibilitar a garantia de um padrão de qualidade de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde no município (BRASIL, 2014).

Palmas tinha em 2015, 49 equipes de saúde da família com adesão ao 2º ciclo do programa, onde são realizadas acompanhamento das ações propostas e dos indicadores do PMAQ com as equipes de saúde da família. Após avaliação externa realizada por técnico do MS, é realizado pagamento de gratificação aos servidores da Atenção Básica de acordo com a nota certificada pelo MS para cada equipe (PALMAS, 2015d).

As equipes que não tiveram adesão pelo MS estão sendo monitoradas pela Atenção Básica através da coordenação de Estratégia Saúde da Família com o objetivo de possibilitar que todas as equipes sejam avaliadas utilizando os mesmos parâmetros a fim de alinhar os conceitos, bem como, para buscar a manutenção de um padrão único de acesso e qualidade da atenção à saúde (PALMAS, 2015d).

4.1.3 Considerações

A Atenção Básica tem papel primordial na execução do direito à saúde. Para isso o planejamento é fundamental, assim como a plena participação popular na elaboração do Plano de Saúde e na definição das prioridades do setor, a qual ode ser efetuada a partir do

CMS e da Conferência de Saúde.

No CMS é realizada a monitorização das ações e a partir do relatório final das Conferências de Saúde podem ser obtidas propostas relevantes, apontadas como as principais estratégias de empoderamento que podem ser adotadas pela gestão do SUS.

Podemos notar que no decorrer dos anos houve mudanças no plano, isso se torna necessário para a avaliação do andamento dos trabalhos, além de proporcionar correções e adaptações das estimativas do Plano, ajustando as metas. Para isso é essencial a continuidade dos planos de saúde, independente de mudanças de secretários de saúde.

Porém apenas definir metas não é o suficiente, torna-se necessário compreender os problemas e definir as políticas de saúde que a tomam como uma estratégia concreta, organizada e especificamente orientada por meio de recortes das ações e programas nas diferentes situações.

É importante destacar também sobre o processo de formação do plano plurianual, o qual deve considerar os determinantes sociais e o processo saúde doença, na identificação das necessidades em saúde dos grupos socialmente vulneráveis.

Pois a partir da construção do Plano Municipal de Saúde e demais instrumentos de gestão, os gestores do município tem a possibilidade de implementar ações necessárias para uma melhoria das condições de saúde, advindas tanto da percepção dos profissionais envolvidos quanto da população. Direta e indiretamente, estes instrumentos de gestão dão condições para a transformação da sociedade, pois abrangem ações tanto no âmbito específico da saúde quanto ações intersetoriais.

Para futuras pesquisas, sugere-se entrevistas com os gestores sobre a forma com que ocorre o planejamento e como o CMS tem atuado, a fim de verificar a forma com que a sociedade participa do planejamento e acompanha a execução das ações.

Na seção seguinte foram apresentadas as considerações finais da dissertação, levando em consideração os três capítulos apresentados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando essa dissertação, retomam-se os objetivos deste trabalho de forma a responde-los e apresentar a apreciação do pesquisador em relação a seus resultados. O objetivo geral desse trabalho foi descrever a Atenção Básica de Palmas-TO no contexto histórico e normativo do SUS. E os **objetivos específicos**: I) compreender o desenvolvimento das políticas públicas no território brasileiro; II) conhecer o desenvolvimento da Atenção Básica em Palmas-TO; III) analisar o desenvolvimento da gestão da Atenção Básica em Palmas-TO a partir dos instrumentos de gestão do SUS.

Afim de responder esses objetivos, foram elaborados três capítulos, o primeiro foi uma revisão sistemática da literatura sobre as políticas públicas no Brasil, o segundo sobre a evolução da Atenção Básica em Palmas-TO e por fim, o terceiro que tratou de descrever a Atenção Básica de Palmas-TO a partir dos instrumentos de gestão.

Os dois primeiros capítulos foram essenciais na construção do caminho para entender como está o desenvolvimento das políticas públicas no Brasil e como foi o processo para alcançar a Atenção Básica da cidade de Palmas-TO.

As etapas do ciclo de políticas públicas, onde a identificação de problema, formulação de alternativas e a tomada de decisão acontecem no plano de saúde, a formação da agenda e implementação pela programação anual de saúde e a avaliação e se necessário a extinção pelo relatório de saúde.

Para um bom resultado da execução dessas etapas de planejamento e execução é que estejam em consonância com o planejamento orçamentário. Esse trabalho não teve o intuito de avaliar a divisão orçamentária para o atendimento das metas, mas foi possível notar que algumas metas deixaram de ser executadas por falta de orçamento.

Vale destacar a importância da sociedade em todas as etapas, visto que essas políticas são criadas para o “público”, principalmente no que diz respeito à avaliação e continuidade dessas. Por isso devem ser construídas a partir da participação da sociedade, visando assegurar o direito à saúde é viabilizado pelo SUS que deverá ser universal, integral e gratuito.

As políticas públicas são planos de ação que buscam conformar os objetivos da ordem econômica e social permitindo o oferecimento de bens, utilidades e serviços que garantam a realização de tais fins e a concretização dos bens, interesses e direitos eleitos pela sociedade na Constituição. De todo exposto, observa-se que as políticas públicas correspondem a instrumentos de efetivação dos direitos fundamentais, que permitem por

meio de um complexo de ações político-administrativas coordenadas, quando observado os eventuais limites nos espaços decisórios, uma prestação dos bens e serviços públicos dotada de eficiência e legitimidade (MOURA, 2016).

No segundo capítulo, pode-se ver uma política pública de saúde que tem obtido destaque no decorrer desses anos de formação do SUS, a PNAB, a cidade de Palmas, mesmo com as dificuldades, tem obtido grandes êxitos na implantação e execução desta. Esses avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização.

Destaca-se que em meio à pandemia do COVID-19, foi publicado o decreto nº 10.530 de 26 de outubro de 2020, o qual dispunha sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada:

Art. 1º-Fica qualificada, no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República - PPI, a política de fomento ao setor de atenção primária à saúde, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para a construção, a modernização e a operação de Unidades Básicas de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Sua repercussão foi negativa sendo revogado dois dias depois pelo decreto nº 10.533, de 28 de outubro de 2020. Entre as alegações estava o fato de a atenção primária ser a "porta de entrada" do SUS, o temor era que a parceria com a iniciativa privada abrisse caminho para privatização do sistema de saúde.

Assim o decreto poderia até ter sido elaborado apenas com boas intenções de construção e reformas de UBS, sem nada obscuro, porém a falta de participação da sociedade na elaboração deste trouxe o medo da privatização.

A concentração de poder nos gestores formais do SUS nesse processo aponta também que a gestão governamental tripartite do sistema de saúde não tem exercido seu poder contrabalanceado pela sociedade civil e pelos trabalhadores, produzindo mais uma fragmentação nas bases de sustentação do SUS, em um cenário em que esta grande política pública tem sua existência gravemente ameaçada (MELO, *et al.*, 2018).

O estudo elaborado por Giovanella *et al.*, (2021), mostrou a importância da Atenção Primária a Saúde no combate a pandemias, como a do Covid-19, pois, apesar do enfoque dado inicialmente na área hospitalar, pelo pensamento dos gestores e de muitos usuários ainda ser hospitalocêntrico, a Atenção Básica devidamente equipada e protegida é o elemento de saúde e social mais eficiente para comandar a organização do atendimento e

encaminhamento de pacientes, suspeitos, contatos infectados e não infectados e populações vulneráveis.

Não há como amenizar uma pandemia sem a Atenção Básica, a partir da educação em saúde, pois leva o conhecimento sobre a doença e o controle para a população. Como exemplo, podemos citar também a pandemia da Cólera, nos anos 90, onde os Agentes Comunitários de Saúde desenvolveram ações educativas, como a higiene correta das mãos.

No terceiro capítulo, fica evidente as ações que a Atenção Básica desenvolve em decorrência das demandas da população e a necessidade da participação destes na elaboração do planejamento das ações prioritárias a serem desenvolvidas, que o SUS demanda, aprimoramento contínuo de seus instrumentos de gestão e de sua implementação, mas exatamente pela complexidade da construção das políticas de saúde isso precisa ser feito a partir de pactuações democráticas, envolvendo as entidades do Controle Social.

Ao analisar o desenvolvimento da gestão da Atenção Básica em Palmas-TO a partir dos instrumentos de gestão do SUS, podemos notar que no decorrer dos anos houve mudanças no plano, isso se torna necessário para a avaliação do andamento dos trabalhos, além de proporcionar correções e adaptações das estimativas do Plano, ajustando as metas.

A Atenção Básica tem papel primordial na execução do direito à saúde. Para isso o planejamento é fundamental, assim como a plena participação popular na elaboração do Plano de Saúde e na definição das prioridades do setor, a qual ode ser efetuada a partir do conselho e conferência de saúde.

Porém apenas definir metas não é o suficiente, torna-se necessário compreender os problemas e definir as políticas de saúde que a tomam como uma estratégia concreta, organizada e especificamente orientada por meio de recortes das ações e programas nas diferentes situações.

Pode-se reconhecer a importância da gestão em saúde nos municípios, pois estes estão mais próximo da população e o nível de atenção capaz de suprir grande parte das necessidades básicas apresentadas por esse público. Sobretudo quando o papel do gestor é o diferencial no planejamento em saúde, pois é através deste que as ideias são executadas e refletidas na assistência direta à população, o fato que podemos notar que na mudança de gestores, também existiram mudanças de metas na revisão dos planos de saúde.

Como limitações dessa pesquisa, podemos citar a indisponibilidade dos documentos por completo no sistema SARGSUS. Sugere-se que façam pesquisas de campo com os técnicos elaboradores dos instrumentos de gestão e com o CMS como o papel de

acompanhador de todo o processo, a fim de verificar in loco os desafios para sua elaboração e avaliação.

REFERÊNCIAS

- ABERS, Rebecca Neaera; SILVA, Marcelo Kunrath; TATAGIBA, Luciana. Movimentos sociais e políticas públicas: repensando atores e oportunidades políticas. **Lua Nova**, São Paulo, n. 105, p. 15-46, set. 2018.
- ALMEIDA, L.A; GOMES, R.C. Processo das políticas públicas: revisão de literatura, reflexões teóricas e apontamentos para futuras pesquisas. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 444-455, Set. 2018.
- ALVES, José Wesley dos Santos; CAVALCANTI, Caio Garcia Correia Sá; ALVES, Raquel Simões Monteiro; COSTA, Priscila Chagas da. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe4, p. 223-235, Dez. 2018.
- ALVES, Marlúcio Anselmo. Reterritorialização da estratégia saúde da família em Uberlândia: ações a partir do território de vida, seus fixos e fluxos. 2014. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais.
- AMEZCUA, M. What is the impact index of a journal?. **INDEX ENFERM**, Granada, v. 19, n. 2-3, p. 83-87, set. 2010.
- AMORIM, Edivaldo Pereira da Silva. **O Plano Municipal de Saúde de um município do Estado do Tocantins: análise de coerência interna e externa** / Edivaldo Pereira da Silva Amorim. – Salvador: E.P.S. Amorim, 2016. 109 f. Orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira. Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.
- AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. Ética em pesquisa no sistema CEP-CONEP brasileiro: reflexões necessárias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 1033-1040, Mar. 2019.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: Campos, GWS, *et al.* org. **Tratado de saúde coletiva**. Hucitec e Fiocruz; 2006. P.783-836.
- ARCARI, Janete Madalena *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 407-420, fev. 2020.
- ÁVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. Rev Saúde coletiva**, vol. 16, n. 1, 2011.
- BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia e políticas públicas. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 16, n. 1, p. 3-17, março de 2013.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.**; v. 18, n.3, p. 33-40. São Paulo, 2004.

BATISTA, Mariana; DOMINGOS, Amanda. Mais que boas intenções: técnicas quantitativas e qualitativas na avaliação de impacto de políticas públicas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 32, n. 94, e329414, 2017.

BICHIR, Renata. Olhares cruzados nas análises de políticas públicas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 30, n. 89, p. 175-181, Out. 2015.

BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem Baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

BRASIL. **Caderno de Análise: roteiro para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais**. Brasília – DF Março de 2019.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde, 8.**, 1986, Brasília. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**, 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em 26 julho 2020.

BRASIL. **Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020**. Dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada. Brasília, 2020.

BRASIL. **Decreto nº 10.533, de 28 de outubro de 2020**. Revoga o Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020, que dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República. Brasília, 28 de outubro de 2020.

BRASIL. E-gestor. **Cobertura da Atenção Básica no Estado do Tocantins**. Abril, 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso 10 jun 2020.

BRASIL. **Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012**: regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Brasília, 27 de julho de 1993.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Guia para Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família.** Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro.** Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.** Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019.** Institui o Programa "Saúde na Hora". Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e**

Indicadores : 2013-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022/Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva** – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS. Disponível em:

<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=17&codTpRel=01>. Acesso em 09 de setembro de 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, n. 123, p. 1, 29 jun. 2011.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BUSS, P.M. A IX Conferência Nacional de Saúde. Cafajeste. **Saúde Pública**. vol. 7, n. 3, pag.297-300, 1991.

CAPES. Plataforma Sucupira. **Qualis Periódicos**. Classificação de quadriênio 2013-2016. Disponível em:

<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/veiculoPublicacaoQualis/listaConsultaGeralPeriodicos.jsf>. Acesso em 01 de junho de 2020.

CARVALHÊDO, Wlisses dos Santos; LIRA, Elizeu Ribeiro. Palmas ontem e hoje: do interior do Cerrado ao Portal da Amazônia. **OBSERVATORIUM: Revista Eletrônica de Geografia**, v.1, n.2, p.51-73, jul. 2009).

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; *et al.* O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, v. 1, p. 200-207, 2007.

CHAEBO, Gemael; MEDEIROS, Janann Joslin. Reflexões conceituais em coprodução de políticas públicas e apontamentos para uma agenda de pesquisa. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 615-628, July 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512017000300615&lng=en&nrm=iso>. acesso em 07 maio 2020.

COSTA, Elisa Maria Amorim da; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

COUTO, Cláudio Gonçalves; LIMA, Giovanna de Moura Rocha. Continuidade de Políticas Públicas: A Constitucionalização Importa?. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 1055-1089, Out. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582016000401055&lng=en&nrm=iso>. acesso em 07 maio 2020

CRUMPTON, Charles David; *et al.* Avaliação de políticas públicas no Brasil e nos Estados Unidos: análise da pesquisa nos últimos 10 anos. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 6, p. 981-1001, Dec. 2016. Disponível em; <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85009488975&doi=10.1590%2f0034-7612156363&origin=inward&txGid=579954f1f2a53dd39678dfefee6e336a>. acesso em 07 maio 2020.

DAMASCENO, Simone Soares; NÓBREGA, Vanessa Medeiros da; COUTINHO, Simone Elizabeth Duarte; REICHERT, Altamira Pereira da Silva; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; COLLET, Neusa. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, set. 2016.

DOWBOR, Monika; CARLOS, Euzeneia; ALBUQUERQUE, Maria do Carmo. As origens movimentistas de políticas públicas: proposta analítica aplicada às áreas de criança e adolescente, direitos humanos e saúde. **Lua Nova**, São Paulo, n. 105, p. 47-80, Sept. 2018. Disponível em < <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0.85060172021&doi=10.1590%2f0102047080%2f105&partnerID=40&md5=4c70b5fde190bb3b9d1d7af13c391aef> >. acesso em 07 maio 2020.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do "campo de públicas". **Rev. Adm. Pública** [online]. 2016, vol.50, n.6, pp.959-979. Disponível em <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85009495600&doi=10.1590%2f0034-7612150981&origin=inward&txGid=72859bcd80932e88e53e0642d534d02c>. Acesso em 07 maio 2020.

FERNANDES, J.C; CORDEIRO, B.C. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Rev enferm UFPE online**, v.12, n.1, pag. 194-202, jan., 2018.

FERNANDES, Josieli Cano; CORDEIRO, Benedito Carlos; REZENDE, Aline Costa; FREITAS, Dandara Soares de. Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe6, p. 22-35, 2019.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. **UNA-SUS | UNIFESP**, 2015

FLEURY, Sonia; OUVENERY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 3ª reimpressão; 2017. p. 25-57

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, Francisco. Dimensões críticas das políticas públicas. **EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 402-418, novembro de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512013000300006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 07 de maio de 2020.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, p. 17-27, Rio de Janeiro, janeiro, 2008.

FRAGELLI, Thaís Branquinho Oliveira; SHIMIZU, Helena Eri. Prospecções para desenvolvimento de políticas públicas de formação de profissionais de saúde a partir da análise do cenário brasileiro de competências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 197-208, 2013. Disponível em <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84877848187&doi=10.1590%2fS0103-73312013000100011&origin=inward&txGid=5b1b7b472afcf40b0492e7692b529904>. acesso em 07 de maio de 2020.

FREIRE, Maria Luiza Salazar; SANT´ANA, Soraia Roges Jordy. Regionalização da saúde no estado do Tocantins: uma descrição do processo de construção no período de 1988 a 2008, considerando o papel do planejamento. **Monografia (Especialização em Planejamento em Saúde)** - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2010.

FREITAS, Leana Oliveira. Políticas públicas, descentralização e participação popular. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 113-122, June 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802015000100113&lng=en&nrm=iso>. acesso em 07 de maio de 2020.

GALVAO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-

184, mar. 2014 . Disponível em
<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100018&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 06 maio 2020.

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regimarina Soares. **Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão**. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. -São Luís, 2016.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, Atenção Básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 22, p. 1171-1181, 2006.

GIL, Célia Regina Rodrigues; LUIZ, Isaías Cantóia; GIL, Maria Cristina Rodrigues. **Gestão pública em saúde: a Importância do planejamento na gestão do SUS**. EDUFMA: Maranhão, 2016.

GIOVANELLA, Ligia; *et al.* A atenção primária à saúde integral é parte da resposta à pandemia de Covid-19 na América Latina?. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 19, e00310142, Jan. 2021 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100402&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2020. Epub Oct 19, 2020.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 04, pag. 1327-1337, 2020.

IBGE. **Censo – Migração, 2010**. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/pesquisa/23/24007?detalhes=true&tipo=cartograma&indicador=24012>. Acesso em 27 de janeiro de 2021.

IBGE. **Cidade de Palmas-TO. Trabalho e rendimento, 2018**. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama> . Acesso em 27 de janeiro de 2021.

IBGE. **Panorama da cidade de Palmas-TO, 2020**. Disponível em: -
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>. Acess em 10 jun 2020.

JESUS, Gildênia Silva de. Central de marcação de consultas de Palmas – TO: uma análise do processo de acesso e atendimento. 2006. **Monografia (Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica de Saúde)**. Universidade Federal de Tocantins, Palmas, 2006.

KITCHENHAM, Barbara; CHARTERS, Stuart. Guidelines for performing systematic literature reviews in software engineering. **Technical Report EBSE 2007-001**, Keele University and Durham University Joint Report (2007).

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rev. Sociol. Polit.** Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. De 2013. Disponível em <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84893525301&doi=10.1590%2fS0104-44782013000400006&origin=inward&txGid=fbabee2324b8b28add134b2b0b4bdc57>. Acesso em 06 maio 2020.

LIMA, Samuel do Carmo. **Território e Promoção da Saúde Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde**. Jundiaí-SP: Paco editorial, 2017.

LOTTA, Gabriela; FAVARETO, Arilson. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 24, n. 57, p. 49-65, mar. 2016. Disponível em <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84964653350&doi=10.1590%2f1678-987316245704&origin=inward&txGid=3329dec7d7771502fd9d3abef76c38f7>. acesso em 06 maio 2020.

LUZ, Ana Beatriz Cardoso da; PEREIRA, Maurício Fernandes; SILVA, Maria Luciana Biondo. Análise dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Coleção: Gestão da Saúde Pública Contribuições para a Gestão do SUS Volume 3. Org. Maurício Fernandes Pereira Alexandre Marino Costa Gilberto de Oliveira Moritz Denise Aparecida Bunn. Editora: Fundação Boiteux Florianópolis, 2013.

MACEDO, Alex dos Santos; *et al.* O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. **Cad. EBAP.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. spe, p. 593-618, July 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512016000700593&lng=en&nrm=iso. acesso em 06 maio 2020.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS**. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.). Qualificação de gestores no SUS. Rio de Janeiro: EAD, Ensp; 2011. p. 47-72.

MACIEL, Pedro Jucá. Finanças públicas no Brasil: uma abordagem orientada para políticas públicas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 5, p. 1213-1241, Oct. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000500007&lng=en&nrm=iso. acesso em 06 maio 2020.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, Set. 2018. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso. access on 23 Feb. 2021.

MENEZES, Erica Lima Costa de; VERDI, Marta Inez Machado; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; FINKLER, Mirelle. Modos de produção do cuidado e a universalidade

do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1751-1764, May 2020.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, **Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 21, n.1, pag. 77-92. Rio de Janeiro, 2014.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 61, p. 309-320, June 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200309&lng=en&nrm=iso>. _acesso em 06 maio 2020.

MONTEIRO, Lorena Dias; LOPES, Lucilene Silva Oliveira; SANTOS, Patrícia Rodrigues dos; RODRIGUES, Allana Lima Moreira; BASTOS, Whisllay Maciel; BARRETO, Jaison Antonio. Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, e00007818, 2018.

MOURA, Emerson Affonso da Costa. As políticas públicas urbanas brasileiras e a gestão democrática: o controle social na efetivação do direito à cidade. **Revista de Direito da Cidade**, vol. 08, nº 3.p.1064-1095, 2016.

NASCIMENTO, Alexandra Bulgarelli do; EGRY, Emiko Yoshikawa. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 861-871, Dec. 2017.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre uma intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 101, p. 95-120, março de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000100006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 de junho de 2020.

NEVES, Rosália Garcia; *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, 2018.

NULLE, Andressa Lopes; MOREIRA, Cássio Silva. A Previdência Social: reforma ou há alternativas?. **Econ. soc.**, Campinas, v. 28, n. 3, p. 791-819, Dec. 2019.

NUNES, Carine de Oliveira. **Cidadania e desenvolvimento local: o conselho municipal de saúde de Palmas-TO sob a perspectiva da gestão social**. Dissertação- Universidade Federal do Tocantins: programa de pós-graduação em desenvolvimento regional, 2018.

NUNES, Luceime Olivia; *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Rev Panam Salud Publica**. vol. 42, 2018.

NUNES, Lucas Guimarães. **Um estudo do plano municipal de saúde dos municípios da região de saúde Nanuque-MG**. Timóteo: Especialista em Gestão Pública, 2018.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de; COUTO, Cláudio Gonçalves. **Diretrizes prioritárias e fases da implementação: como mudam as políticas públicas.** In: Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil / organizadora, Gabriela Lotta. -- Brasília: Enap, 2019.

OLIVEIRA, Lilian Ribeiro de; PASSADOR, Claudia Souza. Ensaio teórico sobre as avaliações de políticas públicas. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 324-337, June 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512019000200324&lng=en&nrm=iso>. acesso em 06 maio 2020.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de; VIANNA, Solon Magalhães. Palmas, Tocantins: a Atenção Básica e a Saúde da Família na organização do sistema local de saúde. **In. Observatório de recursos humanos em saúde plano diretor 2006.** Caracterização do Processo de Trabalho em Atenção Básica/Saúde da Família: Aspectos Institucionais, do Emprego e da Atividade do Médico nos Municípios de Campo Grande/MS, Cuiabá/MT, Goiânia/GO e Palmas/TO. Relatório Final. Brasília-DF, p. 216-240, 2008.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de. A espetacularidade do “Saúde da família” e o rumo norte do SUS. **Saúde & Cidade em Debate**, p. 12-31, 1999.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de; OLIVEIRA, Adriana Nunes de; GONÇALVES, Inês dos Santos. A construção do SUS em Palmas: desafios e conquistas. **Saúde & Cidade em Debate**, p. 52-68, 1999.

OLLAIK, Leila Giandoni; MEDEIROS, Janann Joslin. Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisas sobre implementação de políticas públicas no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 45, n. 6, p. 1943-1967, Dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000600015&lng=en&nrm=iso>. acesso em 06 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. **In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde.** Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 33.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014.

PALMAS. **Lei nº 2.014, de 17 de dezembro de 2013.** Institui a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP-Palmas. Diário oficial do município de Palmas nº 910 - quarta-feira, 18 de dezembro de 2013.

PALMAS. Portaria conjunta inst SEMUS/FESP Nº 12, de 24 de junho de 2016. **Institui o Projeto de Pesquisa e Extensão “Palmas para Todos” e dá outras providências.** Palmas-TO, 2016.

- PALMAS. Portaria conjunta SEMUS/FESP nº 257 de 23 de março de 2016. **Institui o Projeto “Palmas Livre da Hanseníase”**. Palmas-TO, 2016.
- PALMAS. Resolução CMS nº 01. **Programação Anual de Saúde 2017**. Palmas-TO, 2017a.
- PALMAS. Resolução CMS nº 02. **1ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Palmas-TO, 2015a.
- PALMAS. Resolução CMS nº 02. **3ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Palmas-TO, 2017b.
- PALMAS. Resolução CMS nº 02. **Plano Municipal de Saúde. Plurianual 2014-2017**. Palmas-TO, 2014a.
- PALMAS. Resolução CMS nº 02. **Programação Anual de Saúde 2015**. Palmas-TO, 2015b.
- PALMAS. Resolução CMS nº 03. **Relatório Anual de Gestão 2014**. Palmas-TO, 2015c.
- PALMAS. Resolução CMS nº 04. **Programação Anual de Saúde 2014**. Palmas-TO, 2014b.
- PALMAS. Resolução CMS nº 04. **Relatório Anual de Gestão 2015**. Palmas-TO, 2016.
- PALMAS. Resolução CMS nº 05. **Relatório Anual de Gestão 2017**. Palmas-TO, 2019.
- PALMAS. Resolução CMS nº 26. **2ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Palmas-TO, 2015d.
- PALMAS. Resolução CMS nº 27. **Programação Anual de Saúde 2016**. Palmas-TO, 2015e.
- PALMAS. Resolução CMS nº 31. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Palmas-TO, 2017c.
- PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 457/SEMUS/GAB/SUPAVS, de 11 de abril de 2019**. Redefine a estrutura da RAVS/Palmas-Rede de Atenção e Vigilância em Saúde de Palmas – TO. DOM Palmas, Edição nº 2222, de 15/04/2019, pág.08 a 11.
- PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 518/SEMUS/GAB, DE 14 de junho de 2016**. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Diário Oficial do Município de Palmas, no 1.533, p. 12-14, 28 de junho de 2016.
- PENNA, Cláudia Maria de Mattos; ALVES, Marília; BRITO, Maria José Menezes; ABREU, Tatiana de; SOARES, Cíntia Esteves. O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. **REME – Rev. Min. Enf**, v.8 n.4 p. 455-463, out/dez, 2004.
- PEREHOUSKEI, Nestor Alexandre; ANGELIS, Bruno Luiz Domingos de; FONZAR, Udelysses Janete Veltrini. A organização dos serviços de saúde na práxis territorial. **Sociedade e Território**, Natal, v. 27, nº 1, p. 101 -116 jan/jun. 2015.

PEROVANO, Dalton Gean. **Manual de metodologia científica para a segurança pública e defesa social**. Curitiba: Juruá, 2014.

PETINELLI, Viviane. Aferindo a capacidade de influência das conferências de políticas públicas sobre os programas das respectivas políticas setoriais. **Opin. Publica**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 643-672, Dez. 2015.

PETINELLI, Viviane. A quem serve como reuniões de políticas públicas? Desenho institucional e atores beneficiados. **Opin. Publica**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 612-646, dezembro de 2017.

PINTO, Angelo C; ANDRADE, Jailson B. de. Fator de impacto de revistas científicas: qual o significado deste parâmetro?. **Quím. Nova**, v.22 n.3 São Paulo May/Jun. 1999.

POGREBINSCHI, Thamy; VENTURA, Tiago. Mais Participação, Maior Responsividade? As Conferências Nacionais de Políticas Públicas e a Qualidade da Democracia no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 7-43, Mar. 2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, Marília Patta; SCHABBACH, Leticia Maria. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, v. 46. n.5, p. 1271-1294, 2012.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 155-170, Set. 2017.

SALIBA, Nemre Adas et al. Plano Municipal de saúde: análise do instrumento de gestão. **Bioscience Journal**, v. 29, n. 1, p. 224-230, 2013.

SANTANA, José Paranaguá de (Coord.). **Caracterização do processo de trabalho em atenção básica/saúde da família: aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico nos municípios de Campo Grande/MS, Cuiabá/MT, Goiânia/GO e Palmas/TO**. José Paranaguá de Santana et. al. – Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2008.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, Jan. 2013.

SANTOS, Reginaldo Souza; *et al.* Administração política e políticas públicas: em busca de uma nova abordagem teórico-metodológica para a (re)interpretação das relações sociais de produção, circulação e distribuição. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 939-959, Dec. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512017000400939&lng=en&nrm=iso>. acesso em 06 maio 2020.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, pag. 47-74, 2001.

SECCHI, Leonardo; COELHO, Fernando de Souza; PIRES, Valdemir. **Políticas públicas: conceitos, categorias de análise, casos práticos**. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2019.

SILVA, Carlos dos Santos. **Saúde na escola: intersectorialidade e promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019. 170 p. ISBN 978- 857-541-626-6.

SILVA, Esther Pereira da et al. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 53, 43, 2019.

SILVA, Rogério Luiz Nery da. Políticas públicas e administração democrática. **Sequência (Florianópolis)**, Florianópolis , n. 64, p. 57-85, July 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-70552012000100004&lng=en&nrm=iso>. acesso em 06 maio 2020.

SILVA, Thais Lacerda e; SOARES, Amanda Nathale; LACERDA, Gislene Aparecida, MESQUITA, Juliana Fonseca de Oliveira; SILVEIRA, Danielle Costa. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde Debate**, v. 44, n.124, pag.58-69. Rio De Janeiro, 2020.

SMITH, Kevin B; LARIMER, Christopher W. **The Public Policy Theory Primer**. Boulder- -CO, Westview Press. 2009

SOUZA, Celina Maria de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, supl. 2, e00046818, 2019 . Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000803002>. Acesso em 06 maio 2020.

TEIXEIRA, Luís Fernando Cruvinel. A formação de Palmas. Dossiê cidades planejadas na Hinterlândia. **Revista UFG**, Ano XI nº 6, Junho 2009.

TERHORST, Vicente Bertol. **Análise do Plano de Saúde (2014-2017) do Município de Alto Alegre/RS com base nos Relatórios Anuais de Gestão**. Porto Alegre: Especialista em Gestão em Saúde, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.** , São Paulo, v. 23, n. 3, pág. 869-883, setembro de 2014.

TOCANTINS. **Catálogo de resoluções – CIB 1995-2020**. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/a-secretaria/cib/resolucoes/>. Acesso em 01 jun 2020.

TOCANTINS. **Regiões de Saúde do Estado do Tocantins**. Nov. 2014.

TOCANTINS. **Resolução-CIB n° 026/2004, de 06 de maio de 2004.** Dispõe sobre o plano estadual para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação das ações da atenção básica. Palmas-TO, 2004.

TOCANTINS. **Resolução-CIB n° 041/2005, de 09 de junho de 2005.** Aprova os Termos de Adesão: Fortalecimento da Atenção Básica através da Estratégia Escolas Promotoras de Saúde; fortalecimento da Estratégia Saúde da Família; Fortalecimento da Regionalização da Atenção à Saúde. Palmas-TO, 2005.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019/** Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento do SUS. – Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2015a.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS. **Descentralização da saúde no estado do Tocantins: Um recorte histórico/** Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento do SUS. Palmas-TO: Secretaria de Estado da Saúde Tocantins, 2015b.

TOCANTINS. **SUS e Tocantins: 20 anos de história.** Por Caroline Falcão. Tocantins, 2008. Disponível em: <https://secom.to.gov.br/noticias/sus-e-tocantins-20-anos-de-historia-21744/>. Acesso em 01 jun 2020.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. **São Paulo: Atlas, 2008.**

VALLE, Vanice Lírio do. Planejamento orçamentário e políticas públicas: explorando uma alternativa de reconciliação pela indução. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 113-134, Aug. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392018000200113&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 maio 2020.

VAZ, Alexander Cambraia N. Participação política, efeitos e resultados em políticas públicas: notas crítico-analíticas. **Opin. Publica**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 163-205, June 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/op/v17n1/v17n01a06.pdf>. Acesso em 06 maio 2020.

VIEGAS, Selma Maria Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Integrality: Life principle and right to health. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**, v. 33, n. 2, p. 237-247, 2015. p. 238.

VIEIRA, Nayara Figueiredo; MARTINEZ-RIERA, José Ramón; LANA, Francisco Carlos Félix. Qualidade da atenção primária e seus efeitos nos indicadores de monitoramento da hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 4, e20190038, 2020.