

**Instrumentos de gestão no sistema único de saúde em Palmas -  
TO: uma análise documental e das metas da atenção básica**

*Management instruments in the single health system in Palmas -  
TO: a documental and basic attention target analysis*

*Instrumentos de gestión en el sistema único de salud de Palmas -  
TO: análisis documental y básico del objetivo de atención*

Fabiane Santos Barros<sup>1</sup>

Airton Cardoso Cançado<sup>2</sup>

Vânia Aparecida Rezende de Oliveira<sup>3</sup>

**RESUMO:**

Os municípios brasileiros são corresponsáveis pela gestão plena da Atenção primária em saúde, executada a partir das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, o qual deve executar ações de planejamento, programações, avaliação e monitoramento. Para que os serviços de saúde sejam prestados de forma a atender as necessidades da população. Para isso, a gestão utiliza os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde, sendo eles: o Plano de Saúde, as Programações Anuais e os Relatórios de Gestão. O objetivo geral do trabalho é descrever a Atenção Básica de Palmas-TO a partir dos instrumentos de gestão dos anos de 2014 a 2017. Para isso foi realizado um estudo do tipo documental, com propósito descritivo e abordagem qualitativa. Considerou-se que 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 pode ser efetuada a partir do Conselho e da Conferência municipal de Saúde.

**Palavras-chave:** Gestão pública; Instrumentos de gestão; SUS; Atenção Básica.

<sup>1</sup> E-mail: fabianasantosbarros@gmail.com

<sup>2</sup> E-mail: airtoncardoso@yahoo.com

<sup>3</sup> E-mail: vaniarezende@ufsj.edu.br

**ABSTRACT:**

Brazilian municipalities are co-responsible for the full management of primary health care, carried out based on the guidelines of the National Primary Care Policy, which must be carried out in planning, programming, evaluation and monitoring. So that health services are provided in order to meet the needs of the population. For this, management uses the management instruments of the Unified Health System, namely: the Health Plan, the Annual Programs and the Management Reports. The general objective of the work is described in the Primary Care of Palmas-TO from the management instruments of the years 2014 to 2017. For this purpose, a documentary study was carried out, with a descriptive purpose and a qualitative approach. Consider that Primary Care has a primary role in the execution of the right to health. For this, planning is essential, as well as 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 Council and the Municipal Health Conference.

**Keywords:** Public management; Management tools; SUS; Basic Attention.

**RESUMEN:**

Los municipios brasileños son corresponsables de la gestión integral de la atención primaria de salud, realizada en base a los lineamientos de la Política Nacional de Atención Primaria, que debe ser ejecutada en la planificación, programación, evaluación y seguimiento. Para que los servicios de salud se brinden con el fin de satisfacer las necesidades de la población. Para ello, la gestión utiliza los instrumentos de gestión del Sistema Único de Salud, a saber: el Plan de Salud, los Programas Anuales y los Informes de Gestión. El objetivo general del trabajo se describe en la Atención Primaria de Palmas-TO a partir de los instrumentos de gestión de los años 2014 a 2017. Para ello se realizó un estudio documental, con finalidad descriptiva y abordaje cualitativo. Tenga en cuenta que la Atención Primaria tiene un papel primordial en la ejecución del derecho a la salud. Para ello es fundamental la planificación, así como la participación popular en la elaboración del Plan de Salud y en la definición de las prioridades del sector, que se puede realizar a través del Concejo y la Jornada Municipal de Salud.

**Palabras clave:** Gestión pública; Herramientas administrativas; SUS; Atención básica.

## INTRODUÇÃO

O Brasil se tornou uma federação a partir da Constituição Federal (CF/1988), 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<sup>1</sup>.

Antes da CF/1988, um dos movimentos sociais 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<sup>2</sup>.

A gestão municipal, idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira e contemplada pela CF/1988, pode ser compreendida como a esfera de governo mais próxima da sociedade e mais sensível aos seus anseios, dessa maneira podendo apresentar resultados mais eficazes e direcionados à população. 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<sup>3</sup>.

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<sup>4,5</sup>.

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<sup>6</sup>.

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<sup>7,8</sup>.

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<sup>9</sup>.

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<sup>10</sup>.

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<sup>10</sup>.

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<sup>10, 11</sup>.

Estudos sobre a temática foram realizados principalmente no que diz respeito à comparação desses instrumentos entre municípios, como o estudo de Nunes<sup>12</sup>, 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<sup>13</sup> 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.

Entretanto, essa pesquisa está mais alinhada à de Terhorst<sup>14</sup>, 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 gerência 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<sup>9</sup>.

O objetivo geral do trabalho é descrever a Atenção Básica de Palmas-TO a partir dos instrumentos de gestão dos anos de 2014 a 2017.

Especificamente o trabalho se propõe: realizar análise comparativa dos instrumentos entre o que foi planejado e executado e identificar as estratégias que foram utilizadas para o cumprimento das metas.

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<sup>10</sup>.

Este trabalho se justifica pela necessidade de reconhecer as ações da Atenção Básica do município de Palmas-TO, a partir dos instrumentos de gestão. Ele está dividido em quatro seções com esta introdução, sendo elas: metodologia e lócus de pesquisa, resultados/discussão e considerações finais.

## **1 Metodologia e Lócus de pesquisa**

Trata-se de um estudo do tipo documental, com propósito descritivo e abordagem qualitativa, segundo Flick<sup>15</sup> 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 SARGSUS (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

SARGSUS, como exigência da Lei Complementar nº. 141/2012 para garantia de transparência e visibilidade da gestão pública da saúde<sup>16</sup>.

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:**

<b>Documentos Analisados</b>		<b>Parecer de aprovação</b>			
<b>01</b>	Plano Municipal de Saúde / plurianual 2014-2017	Resolução (12/02/2014)	CMS	nº	02
<b>02</b>	1ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2015)	Resolução (02/03/2015)	CMS	nº	02
<b>03</b>	2ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2016)	Resolução (30/11/2015)	CMS	nº	26
<b>04</b>	3ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2017)	Resolução (11/01/2017)	CMS	nº	02
<b>05</b>	Programação Anual de Saúde 2014	Resolução (19/02/2014)	CMS	nº	04
<b>06</b>	Programação Anual de Saúde 2015	Resolução (02/03/2015)	CMS	nº	02
<b>07</b>	Programação Anual de Saúde 2016	Resolução (30/11/2015)	CMS	nº	27
<b>08</b>	Programação Anual de Saúde 2017	Resolução (11/01/2017)	CMS	nº	01

<b>09</b>	Relatório Anual de Gestão 2014	Resolução CMS n° 03 (31/03/2015)
<b>10</b>	Relatório Anual de Gestão 2015	Resolução n° 04 (22/03/2016)
<b>11</b>	Relatório Anual de Gestão 2016	Resolução n° 31 (25/05/2017)
<b>12</b>	Relatório Anual de Gestão 2017	Resolução n° 05 (01/11/2019)

Fonte: Dados do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS)<sup>17</sup>.

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<sup>18</sup>.

Esta 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 fundamentam 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<sup>18</sup>.

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<sup>4\*</sup>: II - pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011”<sup>19</sup>.

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, 2020). Possui atualmente, cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 34 Unidades Básicas de Saúde<sup>20</sup>.

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%<sup>21</sup>.

## **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 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.

---

<sup>4\*</sup> 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<sup>22</sup>.

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.

## **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 a 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<sup>10</sup>. Garcia e Reis<sup>23</sup> 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<sup>10,23</sup>.

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<sup>20</sup>.

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<sup>24</sup>.

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<sup>25</sup>.

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 desse 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<sup>26</sup>.

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<sup>27</sup>. Segundo o IBGE<sup>20</sup> 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)<sup>26</sup>.

No conjunto dos determinantes sociais de saúde, destacamos alguns que impactam diretamente na qualidade de vida da população e determinadas 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<sup>28</sup>.

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<sup>28</sup>.

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 dispõem 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<sup>28</sup>.

Em decorrência do clima da cidade, as condições do ar na cidade na época da seca, necessitam de atenção aos 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<sup>26</sup>.

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 graves (1.334), seguidos de acidentes com exposição a material biológico (709) e as intoxicações exógenas (317)<sup>26</sup>.

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<sup>26</sup>.

No município existe o Conselho Municipal de Saúde e Conferência de Saúde, conforme a Lei 8.142/1990. 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 de 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 atingir resultados integrados.

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

<b>A construção do Plano Municipal de Saúde de Palmas-TO</b>	
<b>Áreas e Problemas</b>	<b>Ações</b>
<b>Informações epidemiológicas</b>	Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) .
<b>Mortalidade, em Palmas</b>	As transformações na estrutura de causas de morte.
<b>Determinantes e condicionantes de saúde</b>	Relações familiares e sociais no território que determinam o processo saúde-doença.
<b>Plano de Ação para Palmas e desenvolvimento de ordenamento urbano</b>	Iniciativa Cidades Emergentes Sustentáveis (ICES) do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Caixa Econômica Federal.
<b>Determinantes sociais de saúde</b>	Bons índices de desenvolvimento humano e indicadores socioeconômicos igualmente positivos.

	Alta taxa de crescimento no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).
<b>Educação</b>	Bons resultados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB/MEC.
<b>Sistema de esgotamento sanitário</b>	O sistema de esgotamento instalado conta com a coleta e o respectivo tratamento, ou seja, todo esgoto coletado é tratado.
<b>Clima da cidade</b>	Necessitam de atenção na época da seca.
<b>Condições de trabalho</b>	Vigilância em Saúde do Trabalhador de Palmas possui uma equipe multiprofissional capacitada para atuar na área.
<b>Gestão em saúde</b>	Ações da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.  Conselho municipal de saúde e conferência de saúde.

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Palmas-TO 2014-2017<sup>29</sup>.

## 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<sup>30</sup>.

**Tabela 3 – Comparativo das principais metas da Atenção Básica:**

<b>ANO</b>	<b>METAS ATINGIDAS</b>	<b>METAS NÃO ATINGIDAS</b>
<b>2014</b>	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 à 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.
<b>2015</b>	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	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

	<p>preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à 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.</p>	<p>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.</p>
<p><b>2016</b></p>	<p>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</p>	<p>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</p>

<p>internação e internação provisória e manter anualmente os trabalhadores do SUS que atuam na Atenção Básica.</p>	<p>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.</p>
<p><b>2017</b></p> <p>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 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,</p>	<p>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.</p>

	Assessorar, avaliar e monitorar todos os sistemas de informação.	
--	--	--

Fonte: Plano Municipal de Saúde. Plurianual 2014-2017<sup>29</sup>; 1ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017<sup>31</sup>; 2ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017<sup>26</sup>; 3ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017<sup>32</sup>; Relatório Anual de Gestão 2014<sup>33</sup>; Relatório Anual de Gestão 2016<sup>34</sup>; Relatório Anual de Gestão 2015<sup>28</sup> e Relatório Anual de Gestão 2017<sup>35</sup>.

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 a 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<sup>36</sup>.

Em 2015, notou-se 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<sup>37</sup>.

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 que 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, na redução de gastos com procedimentos de alta complexidade e otimização do uso de recursos disponíveis<sup>38</sup>.

Na atualização do plano municipal de saúde em 2016, mostra-se 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<sup>39</sup>.

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<sup>39</sup>.

Já o programa saúde na escola é reconhecido como cenário privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para a 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<sup>36</sup>.

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<sup>40</sup>.

Ao analisar o último ano, podemos notar muitas mudanças nas metas, sendo relevantes ao perfil epidemiológico da cidade, principalmente no que diz respeito à 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<sup>41</sup>.

Durante esses quatro anos não foi realizado 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. 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<sup>42</sup>.

### **2.3 Políticas públicas municipais de saúde**

“As políticas públicas são guiadas por diretrizes prioritárias que, por sua vez, norteiam as sub políticas, programas e mudanças incrementais dela

decorrentes”<sup>43</sup>. 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 chamada puericultura, que é realizado pela equipe de saúde<sup>44</sup>.

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<sup>9</sup>.

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<sup>45</sup>.

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 1 – Territórios de Saúde de Palmas-TO:**

<b>Regiões de saúde</b>	<b>CSC</b>
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<sup>45</sup>.



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<sup>45</sup>.

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<sup>24</sup>.

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<sup>46</sup>.

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<sup>47</sup>.

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<sup>24</sup>.

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<sup>48</sup>.

Na pesquisa de Menezes *et al*<sup>47</sup>, 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<sup>49</sup>.

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<sup>50</sup>.

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<sup>50</sup>.

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<sup>50</sup>.

Uma das doenças emergentes e endêmicas que teve ênfase no plano municipal de saúde é a hanseníase, diante do agravo, 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<sup>51</sup>.

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<sup>51</sup>.

Monteiro *et al*<sup>52</sup> 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, reinfeção 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<sup>52</sup>.

“A qualidade das ações de controle da hanseníase realizadas pelos profissionais da Atenção Básica produz efeitos nos indicadores de monitoramento da doença”<sup>53</sup>. 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<sup>54</sup>.

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<sup>26</sup>. 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<sup>55</sup>.

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<sup>26</sup>.

As equipes que não tiveram adesão pelo Ministério da Saúde 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<sup>26</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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 pode 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.

Pode-se 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 têm 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.

## REFERÊNCIAS

- 1- Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de, organizadores. Qualificação de gestores no SUS. Rio de Janeiro: EAD, Ensp; 2011. p. 47-72.
- 2- Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist. ciênc. saúde - Manguinhos. 2014;21(1):15-36.
- 3- Cecílio LCO, et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. RECIIS. 2007;1(2):200-07.
- 4- Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006;22(6):1171-81.
- 5- Figueiredo EN. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. UNA-SUS, UNIFESP; 2015. Available from: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf).
- 6- Gil CRR, Luiz IC, Gil MCR. Gestão pública em saúde: a importância do planejamento na gestão do SUS. EDUFMA: Maranhão; 2016.
- 7- Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2009.
- 8- Arcari JM, 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. 2020;25(2):407-20.
- 9- 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, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- 10- Brasil. Portaria nº 2.135/ 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- 11- Luz ABC, Pereira MF, Silva MLB. Análise dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Pereira MF, Costa, AM, Moritz GO, Bunn DA, organizadores. Gestão da Saúde Pública
- 12- Contribuições para a Gestão do SUS. vol. 3. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2013.
- 13- Nunes LG. Um estudo do plano municipal de saúde dos municípios da região de saúde Nanuque-MG. Timóteo: Especialista em Gestão Pública; 2018.
- 14- Nascimento AB, Egry EY. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. Saúde soc. 2017;26(4):861-71.
- 15- Terhorst VB. Análise do Plano de Saúde (2014-2017) do Município de Alto Alegre/RS com base nos Relatórios Anuais de Gestão [especialização] Porto Alegre: Especialista em Gestão em Saúde; 2019.
- 16- Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 405 p.
- 17- 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.
- 18- Brasil. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. Available from: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=17&codTpRel=01>.
- 19- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 20- 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.



- 21- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama da cidade de Palmas-TO [Internet]. Brasil: IBGE; 2020. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>.
- 22- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade de Palmas-TO. Trabalho e rendimento [Internet]. Brasil: IBGE; 2018. [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>.
- 23- Amorim KPC. Ética em pesquisa no sistema CEP-CONEP brasileiro: reflexões necessárias. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019;24(3):1033-40.
- 24- Garcia PT, Reis RS. Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão. Universidade Federal do Maranhão. São Luís: UNA-SUS/UFMA; 2016.
- 25- Lima SC. Território e Promoção da Saúde Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde. Jundiaí-SP: Paco editorial; 2017.
- 26- 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: Ministério da Saúde; 2019.
- 27- Palmas (TO). Resolução CMS n° 26. 2ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Palmas-TO, 2015.
- 28- Carvalhêdo WS, Lira ER. Palmas ontem e hoje: do interior do Cerrado ao Portal da Amazônia. *Observatorium*. 2009;1(2)51-73.
- 29- Palmas (TO). Resolução CMS n° 04. Relatório Anual de Gestão 2015. Palmas-TO, 2016.
- 30- Palmas (TO). Resolução CMS n° 02. Plano Municipal de Saúde. Plurianual 2014-2017. Palmas-TO, 2014.
- 31- 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, 2009.
- 32- Palmas (TO). Resolução CMS n° 02. 1ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Palmas-TO, 2015.
- 33- Palmas (TO). Resolução CMS n° 02. 3ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Palmas-TO, 2017.

- 34- Palmas (TO). Resolução CMS n° 03. Relatório Anual de Gestão 2014. Palmas-TO, 2015.
- 35- Palmas (TO). Resolução CMS n° 31. Relatório Anual de Gestão 2016. Palmas-TO, 2017.
- 36- Palmas (TO). Resolução CMS n° 05. Relatório Anual de Gestão 2017. Palmas-TO, 2019.
- 37- Silva EP, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. *Rev. Saúde Pública.* 2019;53:43.
- 38- Brasil. Portaria n° 825/2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016.
- 39- Alves JWS, Cavalcanti CGCS, Alves RSM, Costa PC. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014. *Saúde debate.* 2018; 42(spe4):223-35.
- 40- Brasil. Ministério da Cidadania. Guia para acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família. Brasília, 2020.
- 41- Viegas SMF, Penna CMM. Integralidade: princípio de vida e de direito à saúde. *Invista. educ. enferm [online].* 2015;33(2): 237-47.
- 42- Fleury S, Ouverney AM. 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. 3. reimpr.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 25-57
- 43- Moura EAC. As políticas públicas urbanas brasileiras e a gestão democrática: o controle social na efetivação do direito à cidade. *Rev. Dir. Cid.* 2016;08(3):1064-95.
- 44- Oliveira VE, Couto CG. Diretrizes prioritárias e fases da implementação: como mudam as políticas públicas. In: Lotta G, organizadora. *Teoria e análises sobre a implantação de políticas públicas no Brasil.* Brasília: Enap; 2019.
- 45- Damasceno SS, et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016;21(9):2961-73.

- 46- Palmas (TO). 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, 2016 jun 1.533:12-14.
- 47- Perhouskei NA, Angelis BLD, Fonzar UJV. A organização dos serviços de saúde na práxis territorial. *Sociedade e Território*. 2015;27(1):101-116.
- 48- Menezes ELC, Verdi MIM, Scherer MDA, Finkler, M. 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*. 2020;25(5):1751-64.
- 49- Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude soc*. 2014;23(3):869-83.
- 50- Alves MA. Reterritorialização da estratégia saúde da família em Uberlândia: ações a partir do território de vida, seus fixos e fluxos [Tese] (Doutorado em Geografia). Minas Gerais: Universidade Federal de Uberlândia; 2014.
- 51- Palmas (TO). Portaria conjunta 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.
- 52- Palmas (TO). Portaria conjunta SEMUS/FESP nº 257 de 23 de março de 2016. Institui o Projeto “Palmas Livre da Hanseníase”. Palmas-TO, 2016.
- 53- Monteiro LD, et al. Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(11):e00007818. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cYSm7KhstrnQxG8phGtPtZw/>
- 54- Vieira NF, Martinez-Riera JR, Lana FCF. Qualidade da atenção primária e seus efeitos nos indicadores de monitoramento da hanseníase. *Rev. Bras. Enferm*. 2020;73(4):e20190038. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jj3JBDybbwBHSJby7GzMvPK/?lang=pt#:~:text=Acredita%2Dse%20que%20o%20fortalecimento,doen%C3%A7a%20e%20diminui%C3%A7%C3%A3o%20do%20estigma.>
- 55- 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.

- 56- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.