



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS DE PALMAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**LARISSA RODRIGUES POSSIDÔNIA**

**DESAFIOS E OPORTUNIDADES NO PLANO DE DOENÇAS E  
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS: IMPLEMENTAÇÃO DE  
POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NUM ESTADO DA  
AMAZÔNIA LEGAL**

Palmas/TO  
2025

LARISSA RODRIGUES POSSIDÔNIA

**DESAFIOS E OPORTUNIDADES NO PLANO DE DOENÇAS E  
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS: IMPLEMENTAÇÃO DE  
POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NUM ESTADO DA  
AMAZÔNIA LEGAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Ciências da Saúde. Foi avaliada para obtenção do  
título de Mestre em Ciências da Saúde e aprovada em sua  
forma final pela orientadora e pela Banca Examinadora.

Orientadora: Dra. Marta Azevedo dos Santos  
Coorientadora: Dra. Maylla Luanna Barbosa Martins  
Bragança

Palmas/TO  
2025

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

P856d Possidônia, Larissa Rodrigues.

DESAFIOS E OPORTUNIDADES NO PLANO DE DOENÇAS E AGRAVOS  
NÃO TRANSMISSÍVEIS: IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE  
PÚBLICA NUM ESTADO DA AMAZÔNIA LEGAL. / Rodrigues Possidônia  
Larissa. – Palmas, TO, 2025.

115 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins  
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em  
Ciências da Saúde, 2025.

Orientadora : Marta Azevedo dos Santos

Coorientadora : Maylla Luanna Barbosa Martins Bragança

1. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. 2. Promoção da Saúde. 3.  
Políticas Públicas. 4. Atenção primária. I. Título

CDD 610

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer  
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.  
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184  
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da  
UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

LARISSA RODRIGUES POSSIDÔNIA

### **DESAFIOS E OPORTUNIDADES NO PLANO DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS: IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NUM ESTADO DA AMAZÔNIA LEGAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde e aprovada em sua forma final pela orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 17 / 11 / 2025

Banca Examinadora

---

Profa. Dra. Marta Azevedo dos Santos, UFT – Orientadora

---

Profa. Dra. Maylla Luanna Barbosa Martins Bragança, UFMA - Co-Orientadora

---

Profa. Dra. Poliana Guerino Marson, UFT - Titular interno

---

Prof. Dr.– Manuel de la Mata Benítez, Universidad de Sevilla – Titular Externo

---

Profa. Dra.– Edilma Fiel Barbosa, Centro Universitário Unitop - Titular Externo

*A saúde é a base para a realização de todos os  
objetivos de desenvolvimento sustentável.*

*Dr. Gro Harlem Brundtland*

## **AGRADECIMENTOS**

Às minhas orientadoras, Profa. Dra. Marta Azevedo dos Santos e Profa. Dra. Maylla Luanna Barbosa Martins Bragança, minha sincera gratidão. Suas orientações precisas e dedicadas foram a bússola que guiou esta dissertação. A exigência acadêmica, aliada ao apoio constante nos momentos mais difíceis, transformaram desafios em conquistas. Obrigada por me aceitarem como orientanda e pela generosidade em compartilhar conhecimento e experiência.

À entrevistada, profissional de saúde do estado do Maranhão, agradeço imensamente pela disponibilidade em dedicar seu tempo de descanso, inclusive em um sábado à tarde, para responder às questões da entrevista. Sua generosidade, ao compartilhar experiências e percepções, foi fundamental para enriquecer este trabalho e ampliar a compreensão sobre os desafios e estratégias no enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

Ao meu querido esposo Gerley e à minha adorável filha Maria Tereza, obrigada por serem meu porto seguro, meus parceiros de sonhos e meus maiores incentivadores. Que esta vitória seja nosso marco de que, juntos, até o impossível se torna real. Obrigada por compreenderem cada ausência ao longo desta jornada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT), deixo minha gratidão pelos professores dedicados, pelas discussões que ampliaram meus horizontes e pela estrutura que possibilitou a realização desta dissertação. Levo comigo não apenas um diploma, mas a certeza de que a UFT e este programa ampliaram minha visão sobre os territórios de saúde.

Aos meus colegas de turma, registro minha sincera gratidão pelo compartilhamento de conhecimentos, pela ajuda na revisão de trabalhos, pelo incentivo e companheirismo ao longo desta caminhada. Cada troca de ideias e cada momento de descontração foram essenciais para manter a motivação e o equilíbrio durante esta trajetória acadêmica.

## RESUMO

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) representam um dos maiores desafios para a saúde pública brasileira, com impactos significativos na morbimortalidade e na qualidade de vida da população. Esta dissertação teve como objetivo analisar a implementação de políticas de saúde pública num Estado da Amazônia Legal, com foco no Plano de DANT (2021–2030). O presente estudo, de natureza descritiva e abordagem mista (qualitativa e quantitativa), utilizou a triangulação metodológica como estratégia de análise. Foram integradas três fontes de dados: documentos oficiais, indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e entrevista semiestruturada com profissional de Saúde, utilizando a técnica de análise de conteúdo categorial temática para análise. Os resultados revelam avanços pontuais como: Acesso à água potável de 93,3% da população em 2023; 58 nascimentos/1.000 meninas de 15–19 anos em 2023, contra 69 em 2020; cobertura de partos por profissionais qualificados: 98,7% em 2023 contra 92,2% em 2020, mas persistem desafios críticos, como a alta mortalidade por DANT e violências e a taxa de mortalidade materna: 86/100 mil nascidos vivos (2023), acima da meta ODS ( $\leq 70/100$  mil). Há desafios na articulação entre vigilância, APS e políticas intersetoriais que são essenciais para cumprir as metas do Plano DANT e dos ODS como previsto no plano estadual de DANT e observado pela informante. Evidenciou-se a necessidade de fortalecer a articulação intersetorial entre vigilância, atenção primária e gestão regional. O estudo contribui para o aprimoramento das estratégias de saúde, reforçando a relação entre as metas do Plano DANT e os ODS.

**Palavras-chave:** Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Promoção da Saúde. Políticas Públicas. Determinantes sociais. Atenção primária.

## ABSTRACT

Non-Communicable Diseases and Conditions (NCDs) represent one of the greatest challenges to Brazilian public health, with significant impacts on morbidity, mortality, and the population's quality of life. This dissertation aimed to analyze the implementation of public health policies in a state of the Legal Amazon, focusing on the NCD Plan (2021–2030). This descriptive study, with a mixed-methods approach (qualitative and quantitative), employed methodological triangulation as an analytical strategy. Three data sources were integrated: official documents, Sustainable Development Goals (SDG) indicators, and a semi-structured interview with a health professional, using thematic categorical content analysis. The results reveal specific advances, such as access to safe drinking water for 93.3% of the population in 2023; 58 births per 1,000 girls aged 15–19 in 2023, compared to 69 in 2020; and coverage of births attended by skilled professionals at 98.7% in 2023, compared to 92.2% in 2020. However, critical challenges persist, including high mortality from NCDs and violence, and a maternal mortality ratio of 86 per 100,000 live births in 2023, above the SDG target ( $\leq 70$  per 100,000). There are challenges in coordination among surveillance, primary health care, and intersectoral policies, which are essential to achieving the targets of the NCD Plan and the SDGs, as outlined in the state NCD plan and observed by the informant. The need to strengthen intersectoral coordination among surveillance, primary care, and regional management was evident. The study contributes to improving health strategies, reinforcing the relationship between the goals of the NCD Plan and the SDGs.

**Keywords:** Sustainable Development Goals, Health, Triangulation, Social determinants, Primary health care.



## LISTA DE FIGURAS

|           |                                                                                                                                                   |    |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1- | Mapa do Brasil com destaque para o estado de Maranhão.....                                                                                        | 17 |
| Figura 2- | Desenho esquemático que exemplifica as possíveis articulações para a produção de indicadores.....                                                 | 35 |
| Figura 3- | Óbitos não intencionais no estado de Maranhão durante o período de 2020-2023.....                                                                 | 50 |
| Figura 4- | Lesões autoprovocadas no estado de Maranhão durante o período de 2020 a 2023.....                                                                 | 52 |
| Figura 5- | Óbitos por acidentes de trânsito no estado de maranhão nos anos de 2020 a 2023. Organização dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS..... | 56 |
| Figura 6- | Imagem de notícia veiculada em mídia digital sobre o lançamento do projeto "vida em duas rodas" no município de pedreiras.....                    | 65 |

## LISTA DE QUADROS

|           |                                                                                                                         |    |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1- | Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e indicadores.....                                                             | 22 |
| Quadro 2- | Etapas seguidas para a análise de conteúdo temática.....                                                                | 26 |
| Quadro 3- | Objetivos do desenvolvimento sustentável e sua descrição.....                                                           | 31 |
| Quadro 4- | Frequência absoluta de óbitos atribuídos a doenças intestinais no estado de<br>maranhão entre os anos de 2020 A 2023    | 61 |
| Quadro 5- | Categorias temáticas, falas-chave e implicações para o plano de DANT do<br>estado de maranhão                           | 65 |
| Quadro 6- | Síntese da triangulação dos dados: eixos de convergência entre evidências<br>quantitativas, qualitativas e integrativas | 86 |

## LISTA DE TABELAS

|           |                                                                                                                                            |    |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1- | Indicadores de saúde materno-infantil e fecundidade adolescente no estado de Maranhão durante o período de 2020-2023.....                  | 46 |
| Tabela 2- | Nascidos vivos no Maranhão Assistidos por Profissionais Qualificados (2020-2030).....                                                      | 48 |
| Tabela 3- | Mortalidade por causas prematuras (30-69 anos) no estado de Maranhão entre os anos de 2020-2030, categorizados por causas específicas..... | 49 |
| Tabela 4- | Violência física contra meninas de 15 anos ou mais no estado de Maranhão no período de 2020 a 2023.....                                    | 53 |
| Tabela 5- | Violência psicológica/moral contra meninas de 15 anos ou mais no estado de Maranhão no período de 2020 a 2023.....                         | 54 |
| Tabela 6- | Violência sexual contra meninas de 15 anos ou mais no estado de Maranhão no período de 2020 a 2023.....                                    | 55 |
| Tabela 7- | Número de homicídios por faixa etária no estado de Maranhão entre 2020 e 2023.....                                                         | 58 |
| Tabela 8- | Número de homicídios por sexo no estado de maranhão entre 2020 e 2023..                                                                    | 59 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|         |                                                   |
|---------|---------------------------------------------------|
| AB      | Atenção Básica                                    |
| APS     | Atenção Primária à Saúde                          |
| CAPS    | Centro de Atenção Psicossocial                    |
| CAPS-AD | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas    |
| DCNT    | Doenças Crônicas Não Transmissíveis               |
| DANT    | Doenças e Agravos Não Transmissíveis              |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família                       |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística   |
| IVIS    | Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde       |
| MS      | Ministério da Saúde                               |
| ODS     | Objetivos de Desenvolvimento Sustentável          |
| PDI     | Plano de Desenvolvimento Institucional            |
| PIB     | Produto Interno Bruto                             |
| PNAN    | Política Nacional de Alimentação e Nutrição       |
| PNAB    | Política Nacional de Atenção Básica               |
| PNEPS   | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PNPS    | Política Nacional de Promoção da Saúde            |
| PNVS    | Política Nacional de Vigilância em Saúde          |
| PSE     | Programa Saúde na Escola                          |
| PPGCS   | Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde    |
| RAS     | Rede de Atenção à Saúde                           |
| SIM     | Sistema de Informações sobre Mortalidade          |
| SINASC  | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos       |
| SISVAN  | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional     |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                            |
| UFT     | Universidade Federal do Tocantins                 |
| VIVA    | Vigilância de Violências e Acidentes              |

## SUMÁRIO

|            |                                                                                                                                   |            |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                            | <b>14</b>  |
| <b>1.1</b> | <b>Problema de pesquisa.....</b>                                                                                                  | <b>18</b>  |
| <b>1.2</b> | <b>Justificativa.....</b>                                                                                                         | <b>18</b>  |
| 1.2.1      | Delimitação de escopo.....                                                                                                        | 19         |
| <b>2</b>   | <b>OBJETIVOS.....</b>                                                                                                             | <b>19</b>  |
| <b>2.1</b> | <b>Geral.....</b>                                                                                                                 | <b>19</b>  |
| <b>2.2</b> | <b>Específicos.....</b>                                                                                                           | <b>19</b>  |
| <b>3</b>   | <b>METODOLOGIA.....</b>                                                                                                           | <b>20</b>  |
| <b>3.1</b> | <b>Procedimentos metodológicos.....</b>                                                                                           | <b>21</b>  |
| <b>3.2</b> | <b>Aspectos éticos.....</b>                                                                                                       | <b>26</b>  |
| <b>3.3</b> | <b>Fundamentação teórica.....</b>                                                                                                 | <b>27</b>  |
| 3.3.1      | Doenças e agravos não transmissíveis (DANT).....                                                                                  | 29         |
| 3.3.2      | Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).....                                                                               | 31         |
| 3.3.3      | Promoção em Saúde.....                                                                                                            | 35         |
| 3.3.4      | Educação Permanente em Saúde.....                                                                                                 | 38         |
| 3.3.5      | Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).....                                                                                   | 40         |
| 3.3.6      | Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).....                                                                              | 42         |
| <b>4</b>   | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                                                                                | <b>44</b>  |
| <b>4.1</b> | <b>Análise de indicadores epidemiológicos provenientes de bases oficiais.....</b>                                                 | <b>45</b>  |
| 4.1.1      | Saúde materno infantil.....                                                                                                       | 45         |
| 4.1.2      | Assistência ao parto.....                                                                                                         | 47         |
| 4.1.3      | Mortalidade por causas prematuras (30 a 69 anos).....                                                                             | 49         |
| 4.1.4      | Mortalidade por intoxicação não intencional.....                                                                                  | 50         |
| 4.1.5      | Lesões autoprovocadas.....                                                                                                        | 51         |
| 4.1.6      | Violências: física, psicológica/mora, sexual.....                                                                                 | 52         |
| 4.1.7      | Mortalidade por trânsito.....                                                                                                     | 56         |
| 4.1.8      | Homicídios.....                                                                                                                   | 57         |
| 4.1.9      | Qualidade da água.....                                                                                                            | 60         |
| <b>4.2</b> | <b>A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO<br/>MARANHÃO: ESTUDO DE CASO.....</b>                                         | <b>61</b>  |
| 4.2.1      | Local de fala e descrição da entrevista.....                                                                                      | 61         |
| 4.2.2      | Entrevista semiestruturada.....                                                                                                   | 63         |
| 4.2.3      | Categorias temáticas e implicações estratégicas para o fortalecimento da governabilidade no plano DANT do estado do Maranhão..... | 65         |
| <b>4.3</b> | <b>Triangulação metodológica.....</b>                                                                                             | <b>85</b>  |
| 4.3.1      | Dimensão quantitativa: evidências epidemiológicas e estruturais.....                                                              | 85         |
| 4.3.2      | Dimensão qualitativa: percepções institucionais e experiências de implementação..                                                 | 85         |
| 4.3.3      | Integração dos resultados: complementaridade e convergência.....                                                                  | 86         |
| 4.3.4      | Síntese interpretativa.....                                                                                                       | 87         |
| 5.3.4.1    | <i>Governabilidade e capacidade institucional.....</i>                                                                            | <i>88</i>  |
| <b>5</b>   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                  | <b>89</b>  |
| <b>6</b>   | <b>CONTRIBUIÇÕES DA DISSERTAÇÃO.....</b>                                                                                          | <b>90</b>  |
| <b>7</b>   | <b>TRABALHOS FUTUROS.....</b>                                                                                                     | <b>92</b>  |
|            | <b>REFERENCIAS.....</b>                                                                                                           | <b>94</b>  |
|            | <b>APÊNDICES.....</b>                                                                                                             | <b>109</b> |
|            | <b>ANEXOS .....</b>                                                                                                               | <b>115</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, é um plano proposto pela Organização das Nações Unidas elaborado em 2015, composto por 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) e 169 metas com a finalidade de erradicar a pobreza, reduzir as desigualdades raciais, o alcance da igualdade de gênero e garantia de padrões sustentáveis (UNITED NATIONS, 2015; CNM, 2017; MUCHAGATA et al., 2023)). Os ODS têm como diretriz maior “não deixar ninguém para trás” e se estruturam em torno de 5 Princípios interdependentes (BRASIL, 2018) ou 5 P: pessoas, prosperidade, paz, parcerias e planeta. Cada país dá ênfase na estratégia política para a implementação dos ODS, determinando suas prioridades, metas ideais e globais, criando estratégias de planejamento, financiamento e acompanhamento dos resultados (Lima, Moraes e Brasil, 2024). Ainda, de acordo com Cruz et al. (2022, p. 2)

no contexto dos ODS, é necessário articular, além do componente político, iniciativas de monitoramento e de gestão compartilhada, que fomentem a participação ativa dos entes federados, da sociedade civil e do setor privado no acompanhamento das metas, incluindo suporte técnico, e da implementação das iniciativas locais, regionais e nacionais.

Dentre os ODS, o 3 “Bem-estar e saúde”, prioriza especificamente a saúde, objetivando assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Esse torna-se relevante no Brasil, devido ao cenário epidemiológico do país ser diverso e complexo (Martins et al., 2022).

As estratégias do ODS 3 possuem vinculação direta com as DANT, que representam a maior causa de morbimortalidade no Brasil (PELLENSE et al., 2021) e compreendem as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus; e as causas externas como acidentes e violências, demandando ações de prevenção das doenças e proteção aos fatores de risco evitáveis (BRASIL, 2021).

Com o objetivo de enfrentar essa situação epidemiológica, o Brasil propõe o Plano de enfrentamento de DANT 2021-2030 (BRASIL, 2021), e contempla a avaliação e monitoramento de indicadores de saúde (BRASIL, 2024) que atendem também aos critérios das metas dos ODS (UNITED NATIONS, 2015).

Considerando a relevância da implementação do Plano de DANT e da Agenda 2030 nos estados e municípios brasileiros, verifica-se a necessidade de conscientizar e apoiar a incorporação e alinhamento local dessas agendas, de acordo com seus contextos, realidades e

culturas específicos (CNM, 2017). Para isso, é relevante fomentar a formação e articulação dos tomadores de decisão junto atores locais, a fim de realizar um planejamento de estratégias que apresentem as demandas do território e avaliação das oportunidades e dos desafios da articulação das dimensões econômica, social e ambiental (CNM, 2017).

Contudo, a implementação das referidas políticas, deve ser orientadora do modelo de atenção nos territórios, inserindo-a no processo de trabalho para a integralidade da atenção à saúde, contemplando os locais com pessoas em situação de risco e vulnerabilidade em busca da superação das desigualdades sociais e da equidade (BRASIL, 2018). O percurso de formulação e implementação das políticas nos territórios exige a necessidade de se revisarem diretrizes, ações e programas à luz da transição epidemiológica das DCNT, relacionando com os determinantes sociais de saúde, onde o aspecto nutricional em curso no país, é um dos fatores determinantes para este quadro.

A mudança, no quadro de saúde que mais caracteriza o aumento das DCNT, é demarcada pela pandemia de sobrepeso/obesidade, associado ao consumo principalmente de alimentos ultraprocessados” (BRASIL, 2014). Contudo, esse cenário resulta de um conjunto de fatores como: sedentarismo, mudanças dos padrões de emprego e ocupação, substituição de atividades econômicas primárias como extrativismo, e crescimento do setor terciário da economia. Trata-se portanto, de uma mudança estrutural, com implicações no consumo de alimentos, conforme BRASIL (2014).

Conforme diretrizes do Plano de DANT (2021-2030), sua implementação territorial deve contemplar: i) análise situacional das DANT no território, ii) Identificação de grupos de risco, prevalência de fatores associados (ex.: sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada) e recursos disponíveis, iii) definição de prioridades, considerando as informações epidemiológicas, iv) engajamento diferentes setores para definir as metas locais alinhadas ao plano nacional, v) estabelecer objetivos gerais e específicos, metas quantitativas e qualitativas, indicadores de monitoramento e avaliação, vi) prever ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, vii) realizar articulação intersetorial, de forma a integrar saúde, educação, assistência social, meio ambiente e outros setores para abordar fatores determinantes das DANT, viii) promover parcerias com ONGs, universidades e organizações comunitárias, ix) mobilização de recursos, mediante a identificação de fontes de financiamento (municipais, estaduais e federais), x) capacitação de equipes de saúde para execução das ações previstas, xi) implementação de ações, mediante a promoção de campanhas educativas e atividades comunitárias, garantia de acesso aos serviços de saúde com foco nas DANT, incluindo controle da hipertensão, diabetes e obesidade,

monitoramento e melhoria da qualidade da atenção primária, xii) monitoramento e avaliação, mediante o acompanhamento dos indicadores estabelecidos periodicamente e xiii) avaliar a eficácia das intervenções e readequar estratégias quando necessário (BRASIL, 2021; BRASIL, 2024).

O Plano de DANT deve ocorrer em todo território nacional pelas secretarias de saúde nos estados e municípios. Para induzir este desenvolvimento na região Norte do Brasil, no ano de 2021, foi firmado um convênio entre a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (MS), com a Universidade Federal do Tocantins para execução do Projeto ‘Organização, Fortalecimento e Interiorização da Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável na Amazônia Legal’. Maiores informações relacionadas ao projeto podem ser visualizadas pelo *link*: [sites.uft.edu.br/agenda2030ods](https://sites.uft.edu.br/agenda2030ods).

No seu escopo o projeto que tem como objetivo central o fortalecimento da Vigilância de DANT e promoção da saúde na região, com perspectiva de criar ações ou projetos inovadores que permitam fortalecer e reconstruir estruturas e processos organizativos para a área a partir desta agenda mundial (CRUZ, et al. 2024).

O Estado objeto da pesquisa Ampliada, fez parte do desenvolvimento do projeto entre os anos de 2022-2024. É uma das 27 unidades federativas do Brasil (Figura 1). Parte de seu território integra o bioma Amazônia, juntamente com outros sete estados, Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Mato Grosso, Rondônia e Roraima (CRUZ et al., 2024). Além disso, compõe a região Nordeste, limitando-se com o Oceano Atlântico ao Norte e com os estados de Piauí, Tocantins e Pará nas demais fronteiras (MARANHÃO, 2024). Com área de aproximadamente 332 mil km<sup>2</sup>, é o segundo maior estado do Nordeste, e sua população é estimada em 7.114.598 habitantes distribuídos em 217 municípios (IBGE, 2022). O Maranhão tem 217 municípios. A população é de 7.114.598 habitantes, e densidade de 19,81 habitantes/km<sup>2</sup>, é o 11º Estado mais populoso do país (IBGE, 2022). Sua capital, São Luís, conta com 1.037.775 pessoas.



Figura 1. Brasil com destaque para o Estado.



Fonte: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Brazil\\_State\\_Maranhao.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Brazil_State_Maranhao.svg)

Conforme documentos da Secretaria de Estado da Saúde (SES/MA), suas ações e programas visam reduzir a incidência e a mortalidade por doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, câncer e doenças respiratórias, por meio de ações integradas de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado. O desenvolvimento da referida política está alinhado com a Política Nacional de Prevenção e Controle de DANT do Ministério da Saúde e prioriza estratégias como a ampliação da atenção primária, campanhas educativas e monitoramento epidemiológico (SES/MA, 2023).

Neste contexto, esta dissertação, buscou identificar os fatores que possibilitam a efetivação dessas políticas no território maranhense, considerando diversos aspectos, epidemiológicos, aspectos técnicos e políticos.

## **1.1 Problema de pesquisa**

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

Com base na abordagem dada nesta dissertação, formulou-se as seguintes perguntas norteadoras: Como o estado de Maranhão tem implementado as políticas públicas relacionadas às DANT? Existem fatores estruturais, gerenciais e institucionais, que podem ser identificados como implementação das políticas públicas de enfrentamento das DANT no Maranhão? Se sim, Qual(is)? Quais são os principais desafios e oportunidades identificados nesse processo?.

As respostas para estas indagações, serão investigadas por meio da análise documental, levantamento de dados epidemiológicos dos últimos anos e entrevista com gestora pública da saúde do Estado que participou ativamente da formulação do Plano de DANT do Estado.

## **1.2 Justificativa**

As DANT continuam hoje uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil, com impactos expressivos na qualidade de vida da população e na sustentabilidade do SUS. Considerando o estado do Maranhão, os desafios para a implementação efetiva de políticas públicas voltadas ao enfrentamento das DANT são ainda mais significativos. O Plano Nacional de Enfrentamento das DANT 2021–2030 estabelece metas ambiciosas e diretrizes estratégicas para reduzir o impacto dessas doenças e agravos, mas sua aplicação prática demanda análise crítica, adaptação às realidades locais e integração entre níveis de gestão

Esta dissertação se justifica pela necessidade de compreender como essas políticas estão sendo implementadas em nível estadual, quais os principais entraves encontrados e que oportunidades existem para seu fortalecimento. Ao analisar a experiência do Maranhão, o

trabalho pretende preencher lacunas no campo da avaliação de políticas públicas em saúde, oferecendo uma contribuição relevante tanto para a gestão estadual quanto para a ciência.

Além disso, a proposta se alinha aos compromissos assumidos pelo Brasil nos ODS da agenda 2030, especialmente no que se refere à saúde e bem-estar que são um compromisso assumido pelo Brasil perante a comunidade internacional, também responde ao interesse da Universidade Federal do Tocantins que tem como fundamento o desenvolvimento de todas suas ações considerando os indicadores dos ODS no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI). Ainda, a sociedade brasileira busca soluções concretas e contextualizadas para o controle das DANT. A originalidade e pertinência da pesquisa estão, portanto, na sua capacidade de articular teoria produzida (levantamento de literatura), dados empíricos (indicadores das ODS) e prática institucional em um campo estratégico para o futuro da saúde pública do país.

#### 1.2.1 Delimitação de Escopo

Esta dissertação tem como escopo analisar a implementação das políticas públicas voltadas ao enfrentamento das DANT num estado da Amazônia Legal, com ênfase nas ações previstas no Plano Nacional de Enfrentamento das DANT 2021–2030. O trabalho se concentra especificamente no nível estadual, considerando documentos oficiais, dados secundários, relatórios de gestão e entrevista com profissional de saúde pública. Busca-se compreender quais estratégias foram desenvolvidas, quais são os principais desafios enfrentados e quais oportunidades podem ser exploradas para o fortalecimento dessas ações no contexto do Maranhão.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Analisar a implementação de políticas de saúde pública no Estado do Maranhão, com foco no Plano de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT 2021–2030).

### 2.2 Específicos

2.2.1 Identificar desafios e barreiras na execução das políticas relacionadas ao plano DANT no Maranhão;

2.2.2 Verificar estratégias intersetoriais de implementação e monitoramento das ações;

2.2.3 Analisar indicadores de morbimortalidade por DANT no Estado, relacionando-os às metas dos ODS.

### 3 METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Fortalecimento e Interiorização da agenda 2030 dos Objetivos do desenvolvimento sustentável Junto a Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Amazônia Legal”, sob responsabilidade de pesquisadores da Universidade Federal do Tocantins, em colaboração com profissionais da equipe técnica do Ministério da Saúde, dessa forma integrando, atores da Gestão, Ensino e Serviço (CRUZ, et al. 2024). O projeto é financiado pelo Ministério de Saúde do Brasil.

Este estudo é descritivo, com abordagem mista (quantitativa e qualitativa), fundamentado na triangulação metodológica. Foram utilizados três eixos de análise:

- (a) levantamento documental e bibliográfico;
- (b) análise de indicadores epidemiológicos provenientes de bases oficiais (DATASUS, IBGE, SNIS);
- (c) entrevista semiestruturada com profissional de saúde do estado.

Os dados qualitativos foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo Categorical Temática (BARDIN, 2020), e os quantitativos mediante estatísticas descritivas em planilhas eletrônicas.

Para o desenho deste estudo foi utilizada a estratégia de avaliação por triangulação de métodos. O uso da triangulação exige a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa que consigam apreender as dimensões “qualitativas” e “quantitativas” do objeto, atendendo tanto os requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, quanto às ambições do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência de programa sob estudo (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Para validar os resultados de pesquisas qualitativas, a triangulação metodológica tem sido amplamente utilizada, na área da saúde, para aumentar a credibilidade dos mesmos. Conforme Santos et al. (2020a), a triangulação permite a apreensão de uma realidade sob diversos ângulos, minimizando vieses resultantes de uma única perspectiva de análise. Em seu estudo, os autores aplicaram a triangulação múltipla metodológica, de dados, de investigador e ambiental para compreender as vivências de cuidadores de pacientes com neoplasia de

cabeça e pescoço, evidenciando a importância dessa estratégia para garantir maior rigor científico neste tipo de pesquisas qualitativas.

Uma sistematização da triangulação utilizando instrumentos metodológicos fundamentados nas representações sociais, como técnicas projetivas e entrevistas com mulheres vivendo com HIV, foi realizada por Suto et al. (2021). No estudo, a análise dos dados foi realizada por meio da identificação de núcleos de sentido para cada geração, comparando os resultados obtidos e destacando as convergências da triangulação. Como conclusão, a experiência metodológica revelou ser plausível sistematizar instrumentos que auxiliem a análise, ampliando as possibilidades de replicabilidade e aprimoramento em pesquisas qualitativas na área da saúde.

Há autores que abordam a triangulação como um método que incorpora abordagens metodológicas distintas (SANTOS; SILVA; SOUZA, 2020). Assim, em pesquisa qualitativa/quantitativa, na qual são empregados métodos diferentes para a obtenção de resultados sobre um único tópico, a triangulação pode ser aplicada. Porém, a triangulação metodológica pode ser realizada de duas formas: dentro de uma única abordagem (qualitativa ou quantitativa) ou entre abordagens distintas. No entanto, o conceito de triangulação abre a possibilidade de se trabalhar diversas perspectivas de compreensão da realidade em seu aspecto metodológico, assumindo uma forma totalmente distinta quando utilizada na pesquisa quantitativa (SOUZA; LIMA; OLIVEIRA, 2019).

### **3.1 Procedimentos metodológicos**

A abordagem em tela busca aumentar a credibilidade das análises e capturar a complexidade do contexto das políticas públicas de saúde relacionadas às DANT no Estado.

Os procedimentos para a coleta de dados envolveu três procedimentos:

3.1.1 Foi realizado na biblioteca virtual *Google scholar* e documental envolvendo os temas a seguir: i) Objetivos do Desenvolvimento Sustentável; iii) Plano de Doenças e Agravos não transmissíveis (Plano DANT 2021-20230); i) Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); ii) Política Nacional de Educação Permanente (PNEP); iii) Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e iv) Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

3.1.2 Foram coletados dados secundários, em sites oficiais como DATASUS, IBGE, SIH, SIM, SINAN, VIGIAGUA. Foram considerados quatro ODS e 13 indicadores diretamente relacionados às DANT, em consonância com o projeto Ampliado (Quadro 1)

Quadro 1. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e indicadores relacionados.

| OBJETIVO                    | META                                                                                                                                                                                                                                                                                                | INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ODS 3 - Saúde e Bem-Estar   | 3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos                                                                                                                                                                                     | 3.1.1 - Razão de mortalidade materna<br>3.1.2 - Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado                                                                                                                                        |
|                             | 3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos | 3.2.1 - Taxa de mortalidade em menores de 5 anos<br>3.2.2 - Taxa de mortalidade neonatal.                                                                                                                                                                   |
|                             | 3.4 - Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar                                                                                                                                      | 3.4.1 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus, doenças crônicas respiratórias.<br>Câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de aparelho digestivo<br>3.4.2 - Taxa de mortalidade por suicídio |
|                             | 3.6 - Até 2030, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas                                                                                                                                                                                                     | 3.6.1 - Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito                                                                                                                                                                                                       |
|                             | 3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais                                                                  | 3.7.2 - Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1.000 mulheres destes grupos etários<br>Separar grupo etário de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos                                                                     |
|                             | 3.9 - Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo                                                                                                                                                 | 3.9.2 - Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene<br>3.9.3 - Taxa de mortalidade atribuída a intoxicação não intencional                                                                             |
| ODS 5 - Igualdade de Gênero | 5.2 - Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos                                                                                                                           | 5.2.1 - Proporção de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que sofreram violência física, sexual ou psicológica, por parte de um parceiro íntimo                                                                                                   |

|                                               |                                                                                                                          |                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                               |                                                                                                                          | atual ou anterior, nos últimos 12 meses, e por idade                                            |
| ODS 6 - Água Potável e Saneamento             | 6.1 - Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo a água potável e segura para todos                              | 6.1.1 - Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura |
| ODS 16 - Paz, Justiça e Instituições Eficazes | 16.1 - Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares | 16.1.1 - Número de vítimas de homicídio intencional, por 100.000 habitantes, por sexo e idade   |

Fonte: ODS (2023)

Os dados foram coletados predominantemente a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), sendo esses sistemas considerados referências no monitoramento e na vigilância epidemiológica no Brasil.

O cálculo das taxas foi realizado de acordo com fórmulas padronizadas.

Razão de Mortalidade Materna (RMM)

$$RMM = \frac{\text{Número de óbitos de mulheres por causas e condições consideradas de morte materna}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100000$$

Mortalidade Neonatal

$$TMN = \frac{\text{Número de óbitos de crianças menores de 28 dias}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 1000$$

Taxa de Mortalidade Infantil

$$TM < 5\text{anos} = \frac{\text{Número de óbitos de crianças menores de 5 anos}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 1000$$

Os dados populacionais utilizados como denominador das fórmulas foram obtidos do IBGE. No indicador 3.7.2 - Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1000 mulheres destes grupos etários, foi necessário estratificar por grupos etários (10-14 e 15-19 anos), sendo o cálculo da proporção de nascidos vivos ajustado à população feminina de cada faixa. Isto foi feito para os diferentes anos utilizando as tabelas de projeção de população do IBGE.

Os dados referentes à cobertura de atendimento qualificado em partos e aos indicadores de saneamento básico serão extraídos do DATASUS e do Sistema Nacional de

Informações sobre Saneamento (SNIS), respectivamente. A proporção de partos assistidos será calculada considerando o total de partos realizados por profissionais de saúde qualificados em relação ao total de nascimentos registrados no sistema.

Para o tópico 3.1.2, a análise dos dados será feita, num primeiro momento, com a organização dos dados em tabela eletrônica Excel e exportados para o programa de distribuição livre *Bioestat* 5.0, para as respectivas análises descritivas como frequência absoluta e relativa, bem como tabelas e gráficos (VIEIRA, 2023).

3.1.3 Entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) para ser aplicada *online* aos Tutores da Vigilância do Maranhão e que envolvidos no projeto Ampliado bem como na construção do Plano Estadual do Plano de DANT do estado do Estado. Na entrevista se buscará refinar o entendimento sobre as ações estratégicas adotadas pelos referidos participantes visando a coleta de informações detalhadas sobre as percepções e práticas adotadas no enfrentamento das DANT. Assim, a dissertação utilizou múltiplos métodos qualitativos, embasados por autores brasileiros contemporâneos, para investigar a implementação de medidas estratégicas no enfrentamento das DANT e sua operacionalização prática, refletindo a complexidade do contexto regional de saúde e a relevância de abordagens metodológicas integradas.

O roteiro das perguntas da entrevista foi elaborado, inicialmente, utilizando o software gratuito *Survey Monkey*, opção em português, com escolha do Modelo CRIAR COM IA (Inteligência Artificial), site: [https://pt.surveymonkey.com/create/build-with-ai?ut\\_source=home\\_zero\\_state](https://pt.surveymonkey.com/create/build-with-ai?ut_source=home_zero_state). O comando ou roteiro para a elaboração das questões foi:

*Precisamos de um roteiro de entrevista de saída de colaboradores. A pesquisa deve avaliar como a pessoa que está saindo se sente sobre a criação e implementação do Plano de Doenças e Agravos não transmissíveis num estado da Amazônia Legal. Preciso saber como essa pessoa consegue verificar a transversalidade dessa política com outras políticas: a) Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da agenda 2030, b) A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual incentiva estilos de vida saudáveis, c) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP), que fortalece a formação continuada dos profissionais de saúde, d) a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que se destaca como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando atenção integral e coordenada às pessoas com doenças crônicas, e) a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) com objeto de revisão pois esta política é fundamental. Inclua perguntas sobre o nível e o departamento da pessoa.*

Posteriormente, o roteiro foi corrigido e organizado em quatro blocos: 1) identificação do respondente e experiência profissional, 2) informações sobre instrumentos de gestão adotados pelo Estado com relação a criação do Plano de Doenças e Agravos Não



Transmissíveis do Estado, 3) conhecimento sobre as políticas que se inter-relacionam: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), 4) principais desafios para a implementação do Plano de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Estado de Maranhão.

Para realizar a análise das entrevistas utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Categorical Temática, que conforme Machado; Pereira (2024) é uma abordagem metodológica amplamente utilizada em pesquisas qualitativas. Segundo Bardin (2020), essa técnica visa classificar o material transcrito em “Categorias Temáticas”, com o intuito de “Identificar Padrões” e inferências que reflitam a realidade investigada. Além disso, foi levantado todo o material disponibilizado no site da Secretaria Estadual de Saúde de Maranhão (<https://www.saude.ma.gov.br/>), como Plano Estadual de Saúde (2022), Relatório anual de Gestão (2023), bem como outros materiais e instrutivos disponibilizados pela Secretaria visando realizar uma análise documental abrangente. Conforme Oliveira et al. (2022), a análise documental é um método eficaz para tratar, organizar e interpretar informações contidas em registros escritos ou visuais, possibilitando a correlação entre diferentes fontes de dados. Essa técnica é essencial para facilitar a compreensão e contextualização do material analisado, integrando-o a outros dados coletados durante a pesquisa. A combinação dessas abordagens possibilitará uma análise detalhada e enriquecedora, contribuindo para a construção de categorias interpretativas que permitiram um olhar ampliado e descritivo sobre o objeto de estudo.

A triangulação de dados entre dados qualitativos e quantitativos, auxiliou na compreensão do cruzamento das categorias que surgiram nas análises.

Ainda, as informações recolhidas da entrevista, foram submetidos à análise de conteúdo temática, segundo Bardin (2020) e Minayo (2012), que envolveu três etapas (Quadro 2)

Quadro 2. Etapas seguidas para a análise de conteúdo temática:

| ETAPA         | PROCESSO                                                                                                                  |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRÉ-ANÁLISE   | Leitura atenta, reiterativa da transcrição. A esse movimento Minayo (2012, p. 624) chama de “impregnação” ou “saturação”. |
| EXPLORAÇÃO DO | Codificação de unidades de registro e contexto, destacando trechos que expressassem significados                          |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MATERIAL                   | relacionados aos objetivos específicos do estudo.                                                                                                                                                                              |
| TRATAMENTO E INTERPRETAÇÃO | Consolidação das categorias temáticas à luz do referencial teórico e das políticas públicas de saúde e das ODS. Nesta etapa busca-se dar sentido à fala para dar maior amplitude de análise ao que foi dito pela entrevistada. |

Fonte: Autoria própria.

A sistematização foi conduzida com base em recomendações metodológicas de pesquisas qualitativas, permitindo uma leitura transversal e comparativa da fala. As categorias emergentes expressaram percepções sobre a integração entre os ODS e o Plano de DANT, bem como reflexões críticas sobre o processo formativo e a atuação profissional. Essa triangulação metodológica reforçou a validade interna e a consistência do estudo, conforme observado em estudos empíricos que adotam estratégias similares de rigor científico (BASSO JUNIOR, et al. 2016; SANTOS et al. 2020a).

### 3.2 Aspectos éticos

Esta pesquisa integra o projeto Fortalecimento e Interiorização dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e Plano de DANT (2021-2030), portanto chamado de Ampliado nesta dissertação, que atende a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Quanto à submissão ao comitê de ética em pesquisa e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Tocantins, pelo parecer consubstanciado nº 70780923.80000.5519/2023. Somente após esta etapa foram iniciadas a coleta dos dados e a pesquisa propriamente dita.

As participantes da pesquisa foram as tutoras (duas) que fizeram parte da formação para os gestores dos municípios envolvidos no projeto Ampliado e trabalharam na elaboração do Plano de DANT 2024-2030 do Maranhão. O convite foi feito no período de janeiro a agosto de 2025, utilizando e-mail e aplicativo de WhatsApp.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram:

- i) ser do quadro efetivo de profissionais do Estado da saúde;
- ii) ter pelo menos 1 (um) ano de atuação profissional;
- iii) aceitar participar da entrevista *on-line*;
- iv) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE;
- v) comparecer no dia da realização da entrevista *online*.

Entre os critérios de exclusão:

- i) estar de férias ou de licença do trabalho no período de coleta,
- ii) não concordar com o TCLE e
- iii) não responder após três tentativas de contato por e-mail e WhatsApp.

A entrevista foi gravada, com autorização da participante, e posteriormente repassada ao computador e transcritas de modo a evitar a perda dos detalhes da fala da entrevistada, assegurando assim uma maior fidedignidade.

Os riscos foram minimizados após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, assegurando a confidencialidade, credibilidade das informações e a privacidade da participante da pesquisa (BRASIL, 2012). A identidade da participante será preservada, e nas falas apresentadas nesta pesquisa será utilizada a letra `E` ou “Entrevistada” ou “Informante”.

### **3.3 Fundamentação Teórica**

A revisão de literatura busca descrever as bases conceituais das principais políticas públicas relacionadas ao enfrentamento das DANT, com foco em suas interfaces com os ODS. Nessa perspectiva, o enfrentamento das DANT está diretamente ligado aos ODS visando garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar em todas as idades. Ainda, a revisão trata também de duas políticas estruturantes: i) a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que incentiva estilos de vida saudáveis, e ii) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP), que fortalece a formação continuada dos profissionais de saúde.

Além dos temas supracitados, também será tratada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que se destaca como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando atenção integral e coordenada às pessoas com doenças crônicas. Finalmente, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) também é objeto de revisão pois esta política é fundamental visto que reforça o papel estratégico da vigilância para monitorar fatores de risco, comportamentos de saúde e determinantes sociais que impactam diretamente a carga de doenças e agravos no país.

Ao resumir os principais aspectos desses marcos normativos brasileiros, esta revisão busca oferecer uma visão abrangente sobre as estratégias brasileiras para o enfrentamento das

DANT, enfatizando a importância da integração das políticas públicas e o alinhamento com os ODS, de modo a fortalecer o impacto das ações no cenário nacional e global.

### 3.3.1 Doenças e agravos não transmissíveis (DANT)

As DANT, compreendem dois grupos, o das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representadas pelas doenças do aparelho cardiovascular, doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasias, cirrose, obesidade, distúrbios neuropsiquiátricos e dos órgãos da percepção, distúrbios orais, digestivos, genitais e da pele; e o de causas externas como os acidentes que englobam lesões provocadas por eventos no transporte, quedas, afogamentos, lesões por deslizamento ou enchente, ocorrências por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação) suicídios, queimaduras, e violências, homicídios, agressões (físicas, psicológicas e sexuais), envenenamentos (OPAS 2024).

De acordo com BRASIL (2019), estudos realizados em diversas partes do mundo apontam que os fatores de risco das DCNT podem ser modificáveis: tabagismo; prática insuficiente de atividade física; alimentação inadequada; consumo de álcool; e excesso de peso e obesidade, e que podem ser reduzidos em função de ações e estratégias integradas para a prevenção e o controle dessas doenças. O monitoramento desses fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados é fundamental para elaboração e monitoramento de políticas de saúde voltadas para prevenção das DCNT, para isso, foi criado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2021-2030 (Plano de DANT 2021- 2030). É um documento elaborado pelo Ministério da Saúde, que orienta ações para prevenir fatores de risco, promover a saúde e reduzir a morbimortalidade associada às DCNT. As DCNT, foram responsáveis por 54,7% dos óbitos no Brasil em 2019, enquanto os agravos, como violências e acidentes, representaram 11,5% (BRASIL, 2021).

O Plano é composto por quatro principais eixos estratégicos:

- i. Prevenção de fatores de risco: Incentivo a hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada e prática de atividade física, além do combate ao tabagismo e ao uso nocivo de álcool;
- ii. Promoção da saúde: Ações intersetoriais para criar ambientes saudáveis e reduzir desigualdades sociais;

- iii. Fortalecimento da atenção à saúde: Organização de redes que garantam o cuidado integral e contínuo;
- iv. Monitoramento e avaliação: Definição de metas e indicadores para avaliar o impacto das ações propostas.

Acrescenta-se que o Plano de DANT, está alinhado à Agenda 2030 e aos ODS, visando melhorar a qualidade de vida da população brasileira por meio de ações sustentáveis e baseadas em evidências científicas.

Dentre os fatores de risco para as DCNT tem-se o sobrepeso e a obesidade. A obesidade é uma doença crônica multifatorial grave que se caracteriza pelo acúmulo exagerado de gordura corporal, responsável por comprometer a saúde do indivíduo. De acordo com Malveira et al. (2021), no mundo e no Brasil, a prevalência de obesidade aumenta vertiginosamente. Esse acúmulo pode ser resultado, por exemplo, de um consumo excessivo de calorias e/ou falta de exercícios físicos (Ferreira, 2020). Entretanto, apesar do estilo de vida ser um fator importante, considera-se a obesidade como uma doença de etiologia multifatorial, ou seja, ela é não causada por apenas um fator.

Pode-se dizer que a obesidade é complexa e envolve fatores biológicos, históricos, socioeconômicos, psicossociais e culturais. De acordo com a Federação Mundial de Obesidade (2024), atualmente, há mais de 1 bilhão de pessoas classificadas com obesidade. De acordo com Valentim et al. (2024) o Brasil segue essa tendência crescente ao apresentar números cada vez mais alarmantes. Atualmente a prevalência de obesidade no país chega a englobar 25,9% da população nacional, sendo que em 2013, por exemplo, essa taxa era de 20,8%. Para além disso, de um total de 59 milhões de mortes anuais no mundo, no Brasil, 2,8 milhões estão diretamente relacionadas a problemas decorrentes da obesidade (BRASIL, 2019).

Dentre os fatores de risco que envolvem as DNT estão o sobrepeso e a obesidade. Em relatório realizado pela Federação Mundial da obesidade “*The Economic Impact of Overweight & Obesity*”, usando dados de 161 países, se as tendências atuais continuarem prevê-se que até 2060 os impactos econômicos do sobrepeso e da obesidade aumentem para mais que 3% do Produto Interno Bruto (PIB) globalmente. O maior aumento será concentrado em países com menos recursos, com impactos econômicos totais aumentando 4 vezes entre 2019 e 2060 em países de alta renda, enquanto aumentam de 12 a 25 vezes em países de baixa e média renda. Reduzir a prevalência projetada de sobrepeso e obesidade em 5% ao ano em relação às tendências atuais ou mantê-la nos níveis de 2019 se traduzirá em economias de

US\$ 430 bilhões ou US\$ 2,2 trilhões em custos, respectivamente, todos os anos entre 2020 e 2060 globalmente. Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde (2019), mais de 80 mil mortes ocorridas no país poderiam ser evitadas se os pacientes não fossem obesos.

A obesidade pode desencadear uma série de complicações importantes na saúde dos indivíduos, como: i) aumento de problemas que afetam o sistema cardiovascular, tais como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, e com quadros de hipertensão (Melo, 2020); ii) desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 (CABRERA et al., 2023); iii) desenvolvimento de osteoartrite, um problema de saúde caracterizado pelo desgaste da cartilagem articular e por problemas ósseos; iv) alguns tipos de câncer, como de reto, próstata e mama, apresentam relação com a obesidade (QUEIROZ et al., 2022); vi) mais frequência apneia do sono, um problema de saúde que causa paradas repetidas e temporárias da respiração durante o sono (SANTOS; ROCHA; DIAS, 2020); vii) fator de risco para o desenvolvimento de refluxo esofagofaríngeo e hernia de hiato (quando porção do estômago desliza-se para o tórax através do hiato do diafragma) (SANTOS; ROCHA; DIAS, 2020) e; viii) desenvolvimento de cálculo biliar (SANTOS et al., 2021).

Ainda, de acordo com Malta; Souza (2020), as violências e os acidentes são responsáveis por mais de 4,8 milhões de mortes no mundo e, no Brasil, por cerca de 150 mil mortes a cada ano, incluídas as vidas perdidas prematuramente, além de incapacidades, perda da qualidade de vida e importantes impactos no Sistema Único de Saúde (SUS) e na economia de uma forma geral (OPAS, 2024). Tanto as violências, como os acidentes ampliam as desigualdades sociais no Brasil e representam imensos desafios, pois acometem populações vulneráveis, de baixa escolaridade e renda, jovens, mulheres e negros. Destaca-se que mais da metade das mortes por homicídios acometem jovens entre 15 e 29 anos, dos quais cerca de três quartos são negros (MALTA; SOUZA, 2020).

### 3.3.2 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável foi adotada por 193 Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU) (Resolução 70/1) em setembro de 2015 (ONU, 2015). Na oportunidade, segundo Kronemberger (2019) era dada continuidade à Agenda de Desenvolvimento do Milênio (2000-2015) e ampliando seu escopo, devido à emergência de novos desafios, ela resultou de um processo participativo de mais de do is anos (2012-2015), sob a coordenação da ONU. Nesse período, governos, sociedade civil, iniciativa

privada e instituições de pesquisa contribuíram com debates e sugestões, através da plataforma *My World*, construindo, portanto, uma agenda global. A Agenda 2030 abrange temas ligados às dimensões ambiental, social, econômica e institucional do desenvolvimento sustentável. De acordo com Muchagata et al. (2023, p.736)

A Agenda 2030 é um marco histórico internacional na medida em que congrega esforços entre Estados e outras instituições - como organizações internacionais, a sociedade civil, a academia e o setor privado - em torno de um mesmo plano de ação, no qual se espera a construção de vias de cooperação entre todas estas partes

No Brasil é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), 169 metas, além da Declaração (visão, princípios e compromissos compartilhados). No quadro 3, podem ser observados os 17 ODS bem como a descrição de cada e seus respectivos indicadores (BRASIL, 2018).

Quadro 3. Objetivos do desenvolvimento sustentável e sua descrição.

| <b>Número do ODS</b> | <b>Título do ODS</b>                | <b>Descrição</b>                                                                                                                  | <b>Indicadores</b>                                              |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1                    | Erradicação da Pobreza              | Acabar com a pobreza em todas as suas formas e em todos os lugares.                                                               | 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.a; 1.b                               |
| 2                    | Fome Zero e Agricultura Sustentável | Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável.                      | 2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.5; 2.a; 2.b; 2.c                          |
| 3                    | Saúde e Bem-Estar                   | Garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.                                                 | 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; 3.6; 3.7; 3.8; 3.9; 3.a; 3.b; 3.c; 3.d |
| 4                    | Educação de Qualidade               | Assegurar a educação 31nclusive, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos. | 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7; 4.a; 4.b; 4.c                |
| 5                    | Igualdade de Gênero                 | Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.                                                           | 5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.a; 5.b; 5.c                     |
| 6                    | Água Potável e Saneamento           | Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos.                                                    | 6.1; 6.2; 6.3; 6.4; 6.5; 6.6; 6.a; 6.b                          |
| 7                    | Energia Acessível e Limpa           | Garantir acesso à energia acessível, confiável,                                                                                   | 7.1; 7.2; 7.3; 7.a; 7.b                                         |

|    |                                          |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                         |
|----|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|    |                                          | sustentável e moderna para todos.                                                                                                                                                                                           |                                                                         |
| 8  | Trabalho Decente e Crescimento Econômico | Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos.                                                                                             | 8.1; 8.2; 8.3; 8.4; 8.5; 8.6; 8.7; 8.8; 8.9; 8.10; 8.a; 8.b             |
| 9  | Indústria, Inovação e Infraestrutura     | Construir infraestrutura resiliente, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação.                                                                                                            | 9.1; 9.2; 9.3; 9.4; 9.5; 9.a; 9.b; 9.c                                  |
| 10 | Redução das Desigualdades                | Reduzir as desigualdades dentro dos países e entre eles.                                                                                                                                                                    | 10.1; 10.2; 10.3; 10.4; 10.5; 10.6; 10.7; 10.a; 10.b; 10.c              |
| 11 | Cidades e Comunidades Sustentáveis       | Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.                                                                                                                               | 11.1; 11.2; 11.3; 11.4; 11.5; 11.6; 11.7; 11.a; 11.b; 11.c              |
| 12 | Consumo e Produção Responsáveis          | Garantir padrões de consumo e de produção sustentáveis.                                                                                                                                                                     | 12.1; 12.2; 12.3; 12.4; 12.5; 12.6; 12.7; 12.8; 12.a; 12.b; 12.c        |
| 13 | Ação Contra a Mudança Global do Clima    | Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos.                                                                                                                                                   | 13.1; 13.2; 13.3; 13.a; 13.b                                            |
| 14 | Vida na Água                             | Conservar e usar de forma sustentável os oceanos, mares e os recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.                                                                                                          | 14.1; 14.2; 14.3; 14.4; 14.5; 14.6; 14.7; 14.a; 14.b; 14.c              |
| 15 | Vida Terrestre                           | Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade. | 15.1; 15.2; 15.3; 15.4; 15.5; 15.6; 15.7; 15.8; 15.9; 15.a; 15.b; 15.c  |
| 16 | Paz, Justiça e Instituições Eficazes     | Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar acesso à justiça para todos e construir                                                                                         | 16.1; 16.2; 16.3; 16.4; 16.5; 16.6; 16.7; 16.8; 16.9; 16.10; 16.a; 16.b |



|    |                                    |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                    | instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 17 | Parcerias e Meios de Implementação | Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável. | Finanças: 17.1; 17.2; 17.3; 17.4; 17.5<br>Tecnologia: 17.6; 17.7; 17.8<br>Capacitação: 17.9<br>Comércio: 17.10; 17.11; 17.12<br><b>Questões sistêmicas</b><br>Coerência de políticas e institucional: 17.13; 17.14; 17.15<br>As parcerias multissetoriais: 17.16; 17.17<br>Dados, monitoramento e prestação de contas: 17.18; 17.19 |

Fonte: BRASIL (2018)

Os objetivos são interconectados e dependem de esforços coletivos entre governos, empresas, organizações da sociedade civil e cidadãos para serem alcançados até 2030. Cada ODS tem metas específicas que abordam diferentes aspectos do desenvolvimento social, econômico e ambiental. De acordo com Kronemberger (2019, p. 42)

A Agenda 2030 cobre um amplo espectro de questões sociais, econômicas, ambientais e institucionais, que são interdisciplinares e interligadas, e cujas informações são obtidas através de diversos métodos e fontes (censos, pesquisas amostrais, registros administrativos, cadastros, imagens de satélite, entre outras fontes). A sua avaliação exige um sistema de informação consolidado, em diferentes recortes territoriais e abrangendo as suas diversas dimensões, para viabilizar a construção dos indicadores de base global, regional, nacional, municipal ou em outros recortes.

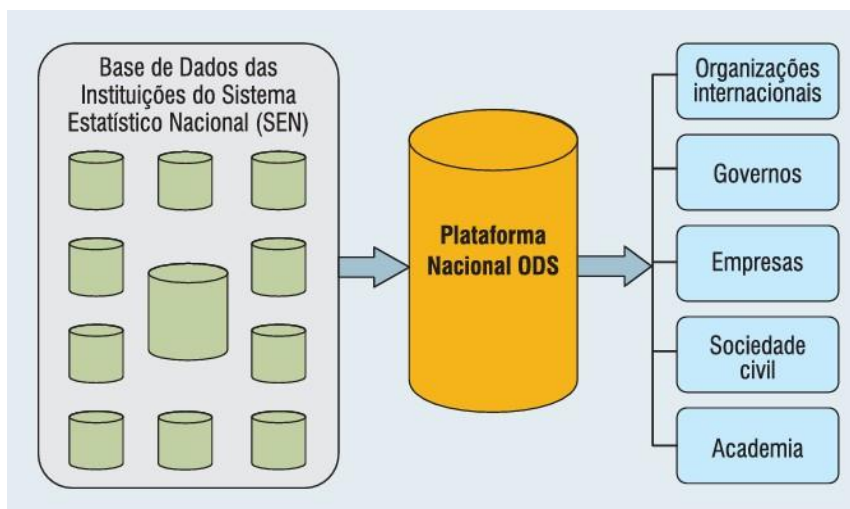
São um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade (MUCHAGATA, 2023).

Os ODS têm diretriz maior “não deixar ninguém para trás”, através do estabelecimento de uma linguagem comum para todos os *stakeholders*. Se estruturam em torno de 5 Princípios interdependentes (BRASIL, 2018): i) Pessoas: prioriza a erradicação da pobreza e da fome em todas as suas formas e dimensões, garantindo que todos os seres humanos possam realizar seu

potencial com dignidade, igualdade e em um ambiente saudável. O foco está no bem-estar, saúde, educação, inclusão social e combate às desigualdades; ii) Planeta: visa proteger o planeta contra a degradação ambiental, promovendo o uso sustentável dos recursos naturais e adotando ações urgentes contra as mudanças climáticas. As ações se focam para preservar a biodiversidade, reduzir a poluição e mitigar os impactos ambientais; iii) Prosperidade: busca assegurar que todos possam desfrutar de uma vida próspera e satisfatória, garantindo que o progresso econômico, social e tecnológico ocorra de forma inclusiva e em harmonia com a natureza. Nesse quesito são incluídos temas como crescimento econômico sustentável, inovação e infraestrutura; iv) Paz: promove sociedades pacíficas, justas e inclusivas, livres de violência, medo e opressão, garantindo o acesso à justiça e instituições eficazes. e v) Parcerias: ressalta a importância de uma parceria global sólida para o desenvolvimento sustentável, com foco em cooperação internacional, mobilização de recursos e compartilhamento de conhecimento. Incentiva a colaboração entre governos, setor privado, sociedade civil e outras partes interessadas.

Na figura 2 pode ser observado um desenho que exemplifica possíveis articulações para a produção de indicadores ODS no âmbito nacional. Diferentes instituições governamentais, sob a coordenação do Instrumento Nacional Estratégico (INE), produzem os indicadores a partir de suas bases de dados e disponibilizam em plataformas, que são consultadas por diferentes entidades, incluindo as organizações internacionais (Ex. agências de custódia) que utilizam os indicadores para a base de dados da ONU.

Figura 2. Desenho esquemático que exemplifica as possíveis articulações para a produção de indicadores ODS



Fonte: Kronemberger (2019).

Assim, cada país dá ênfase na estratégia política para a implementação dos ODS, determinando suas prioridades, metas ideais e globais, criando estratégias de planejamento, financiamento e acompanhamento dos resultados (LIMA, MORAES; BRASIL, 2024).

Finalmente, como aponta Muchagata (2023, p. 737)

Em 2023, o Brasil tem a oportunidade de resgatar esta Agenda 2030 e seus ODS na elaboração do PPA 2024-2028. É necessário não apenas que o planejamento federal seja aderente à agenda, mas que sejam envidados esforços para que a ação federal inspire e estimule ativamente os demais entes federados, demonstrando como ela pode ser uma agenda para o desenvolvimento local, facilitando o acesso a ferramentas de monitoramento. A retomada da coordenação federativa é essencial para a localização dos ODS, ocupando centralidade na governança da agenda, mas com envolvimento da sociedade civil, de todas as áreas de governo, dos demais poderes e dos entes federados

### 3.3.3 Promoção em Saúde

A Política Nacional de Promoção em Saúde (PNPS), aprovada em 2006 e revisada em 2014, enfatiza a importância dos determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença (PEDROSA et al, 2024). Seus pressupostos incluem a intersetorialidade e a criação de redes de corresponsabilidade para melhorar a qualidade de vida da população brasileira. O documento aborda a PNPS, instituída como parte das estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela é fundamentada nos princípios da equidade, participação social,

autonomia e intersetorialidade, buscando promover a saúde individual e coletiva (BRASIL, 2018).

Conforme Malta et al. (2018), muitas ações são realizadas visando cumprir com a PNPS, entre eles: i) combate ao tabagismo: De acordo com Meirelles (2025) a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), consolidada em 2006 e alinhada à Convenção- Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde, foi importante para promover ações como restrições à publicidade, advertências sanitárias, ambientes livres de fumaça, aumento de impostos sobre produtos de tabaco, e oferta de tratamento e prevenção. O papel das secretarias estaduais de saúde na implementação do PNCT foi fundamental pois houve ações de planejamento, monitoramento, parcerias, educação e mobilização social. No entanto, apesar do sucesso na redução da prevalência do tabagismo de 34% em 1989 para 12% em 2019 (IBGE, 2019), desafios permanecem, incluindo o surgimento de novos produtos como cigarros eletrônicos, o lobby da indústria do tabaco, e o contrabando (Meirelles, 2025),

ii) combate ao uso abusivo de álcool e outras drogas. De acordo com Nunes et al. (2021), uma medida importante tomada foi a "Lei Seca", que restringe o consumo de álcool por motoristas, e os Centros de Apoio Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-Ad). Segundo os mesmos autores a Lei Seca exerceu impacto heterogêneo sobre a mortalidade por Acidentes de Trânsito (AT) entre as Unidades da Federação (UF). Sugestões como restrições à publicidade de bebidas alcoólicas e à sua disponibilidade poderão ser implementadas para melhorar nesse quesito, iii) a promoção da mobilidade segura, no Brasil merece destaque o Projeto Vida no Trânsito (PVT), implementado em várias cidades, que se mostrou importante na redução da mortalidade por acidentes de trânsito conforme Figueiredo Filho (2022). O PVT prioriza intervenções em fatores de risco como álcool e direção e velocidade excessiva, por exemplo,

iv) a alimentação adequada: no Brasil foram implementadas ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), como: a) o Programa Bolsa Família, b) o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), c) o Programa Saúde na Escola (PSE), d) o Guia Alimentar para a População Brasileira e e) o Plano de Redução do Consumo de Sal, em parceria com a indústria alimentícia, demonstra resultados positivos. De acordo com Batista Filho (2021, p. 1) que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

é fruto de um processo histórico de conformação das políticas de saúde e de alimentação e nutrição no país, do qual destaco alguns marcos. O primeiro foi o inquérito pioneiro, realizado na década de 1930 por Josué de Castro com 700 famílias da classe operária do Recife, Pernambuco, e publicado em poucas páginas do Diário Oficial do Estado. O material dessa pesquisa resultou no livro *Geografia da Fome*, traduzido em 25 línguas, servindo para a elaboração da primeira cesta básica de alimentos do Brasil, e fundamentou a instituição do salário mínimo no país. De fato, além do consumo familiar alimentar, o inquérito registrou gastos com

moradia, transporte, vestuário, educação e saúde, funcionando como um orçamento familiar que acabou valendo como uma estratégia na política pública.

v) promoção a atividades físicas, em 2005, o Brasil implementou o Programa Academia da Saúde, que tem como principal objetivo o incentivo à prática de atividades físicas em espaços comunitários. Estudos demonstraram a efetividade do programa na promoção da atividade física, conforme Carvalho; Sposito; Vieira (2024), vi) incentivo a uma cultura de paz e de respeito aos direitos humanos, nesse quesito, o Brasil avançou na implementação de marcos legais, como a Lei Maria da Penha (LISBOA; ZUCCO, 2022), a estruturação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde. Ainda, a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) permite visibilizar a violência doméstica e sexual e articular ações de proteção às vítimas (PINTO, 2020) e vii) o desenvolvimento sustentável. O Brasil construiu parcerias intersetoriais para a realização de Planos de Desenvolvimento Sustentável em diversas áreas. A Conferência Rio+20 reconheceu a saúde como pré-condição para o desenvolvimento sustentável, o que contribuiu para a inclusão da saúde nos ODS da ONU.

Conforme citam Malta et al. (2018) há enormes desafios para a Sustentabilidade da PNPS, visto que não se pode desconsiderar a crise política, econômica e institucional que o Brasil enfrenta. Os cortes orçamentários podem prejudicar a oferta de serviços de saúde e comprometer os esforços intersetoriais para a promoção da saúde. Além disso, há dificuldade de avançar no papel regulatório do Estado, o que pode comprometer a efetividade de medidas importantes para a saúde pública, como a regulação de alimentos ultraprocessados e a proibição da propaganda de tabaco e álcool, por exemplo.

A PNPS precisa ser fortalecida e adaptada aos desafios atuais para que o Brasil possa superar o modelo de saúde centrado na doença e avançar na promoção da saúde e na qualidade de vida da população. A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU representam uma oportunidade para fortalecer a PNPS e promover a saúde de forma integrada com o desenvolvimento sustentável. Para garantir a implementação da PNPS, é fundamental o empoderamento da sociedade para que possa se mobilizar e exigir do Estado a implementação de políticas de saúde eficazes e a garantia de direitos sociais consagrados na Constituição Federal.

### 3.3.4 Educação Permanente em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) visa, em última instância, integrar a formação dos trabalhadores de saúde com a prática diária no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). Dessa forma, a PNEPS busca romper com modelos tradicionais de educação, fundamentada no cartesianismo (DESCARTES, 1997) incentivando uma abordagem interprofissional que valoriza a colaboração entre diferentes categorias de profissionais. É importante dizer que a EPS não é apenas um instrumento de cunho pedagógico, mas, pode ser entendido como um "complexo sistema que tem início com o processo de trabalho em saúde, com as equipes nos serviços, integrando diferentes atores nesse processo de discussão" (FIGUEIREDO et al., 2022, p. 1166).

A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007) estabelece as diretrizes para a implementação da PNEPS, no âmbito do SUS. Essa política tem como perspectiva principal articular a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde com as necessidades do SUS, propondo uma abordagem intersetorial, descentralizada e participativa.

Entre as principais diretrizes podem ser destacadas:

- i) Integração Ensino-Serviço: Promover articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde para a formação de trabalhadores alinhados às necessidades do SUS;
- ii) Planejamento Participativo: Garantir a participação de gestores, trabalhadores e usuários na construção e monitoramento dos processos de educação permanente;
- iii) Descentralização e Territorialização: Organizar as ações de educação permanente considerando as especificidades e demandas locais, respeitando as diversidades regionais;
- iv) Foco na Interprofissionalidade: Incentivar a formação integrada e o trabalho em equipe, promovendo a interação entre diferentes categorias profissionais;
- v) Aprimoramento da Gestão: Qualificar gestores para a implementação de práticas educativas que fortaleçam a capacidade de análise e resolução de problemas;
- vi) Sustentabilidade das Ações: Assegurar financiamento e suporte técnico para a execução das atividades de educação permanente.

Em resumo, essa política busca transformar práticas de saúde e promover um cuidado integral, interprofissional e humanizado, reforçando o compromisso com a melhoria contínua dos serviços ofertados pelo SUS.

Em texto escrito por Figueiredo et al. (2022) que tinha como objetivo refletir sobre a interprofissionalidade como uma dimensão crucial da Educação Permanente em Saúde (EPS), os autores argumentam que a EPS é um processo fundamental pois incentiva os profissionais de saúde a aprenderem uns sobre os outros, uns com os outros e uns entre os outros através de encontros e da troca de experiências. Esse estudo busca mostrar de forma clara a complexidade de se trabalhar no campo da saúde e, ao mesmo tempo, os desafios enfrentados pelos profissionais, particularmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). Considerando duas cenas hipotéticas que retratam o cotidiano de uma equipe da ESF, o estudo demonstra a importância de se repensar os processos de formação dos trabalhadores.

Num primeiro momento, uma reunião de EPS conduzida de forma vertical e focada em metas e protocolos pré-definidos, isto resulta em frustração e desmotivação entre os participantes. Essa cena ilustra como a ênfase excessiva em normas e procedimentos padronizados pode sufocar a criatividade e o engajamento dos profissionais, limitando sua capacidade de problematizar e encontrar soluções inovadoras para os desafios do cotidiano. Por outro lado, o momento segundo, apresenta um encontro informal entre membros da equipe durante um café. Nesse ambiente descontraído, surge uma ideia para realizar uma roda de música virtual com o objetivo de combater a depressão em idosos do território. Essa cena destaca como a EPS pode acontecer em espaços informais e não programados, impulsionada pela troca de experiências e pelo afeto entre os membros da equipe (FIGUEIREDO et al., 2022).

Os autores defendem que a potência dos encontros é fundamental para a EPS. Encontros positivos, marcados pela alegria e pelo compartilhamento de saberes, podem aumentar a capacidade de ação dos profissionais e promover a colaboração interprofissional. Por outro lado, encontros negativos, como o retratado no primeiro momento, podem gerar tristeza, desmotivação e um enfraquecimento do trabalho em equipe. Os autores argumentam que a compreensão da dinâmica dos afetos é crucial para a efetividade da EPS. Ao reconhecerem os afetos que circulam nos espaços de trabalho, os profissionais podem promover uma convivência mais produtiva e engajada, potencializando a capacidade da equipe de encontrar soluções criativas para os problemas de saúde da população (FIGUEIREDO et al., 2022).

Finalmente, conforme Freire Filho et al, (2019) pode ser argumentar que a EPS deve ser compreendida como uma política interprofissional e afetiva, capaz de promover a colaboração entre diferentes categorias de profissionais para a construção de um cuidado em saúde mais integral e humanizado.

### 3.3.5 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi instituída pela Portaria nº 2.436 de 2017 (BRASIL, 2017a), nela são estabelecidas diretrizes para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto do SUS. Atualmente, a APS é considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das ações e serviços. Dentre os objetivos centrais propostos na Política tem-se: i) garantir acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde e ii) promover ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com base na integralidade do cuidado (GIOVANELLA; FURTADO; ALMEIDA, 2021).

A PNAB prevê ainda, fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário da APS e ampliar o acesso por meio de equipes de Atenção Básica (AB) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), integrando diferentes níveis de complexidade. Dentre os princípios tem-se: universalidade, integralidade, equidade, e orientação comunitária. De acordo com e Gualhano; Minayo (2024) o Brasil atingiu 50.804 equipes de Saúde da Família (ESF) em dezembro de 2023, que se distribuem por aproximadamente 36.590 Unidades Básicas em 99,17% dos municípios brasileiros, dessa forma universalizando o acesso aos serviços para os cidadãos brasileiros.

Para realizar suas atividades são utilizadas equipes multidisciplinares que envolvem: médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Ainda, existe a possibilidade de atuação de profissionais como dentistas, fisioterapeutas e outros, conforme necessidades locais. Para Giovanella; Furtado; Almeida (2021, p. 2554).

O financiamento ao longo dos 30 anos de implementação do SUS, tem apresentado inovações que se relacionam com o governo que preside o país. Em 2016, por exemplo, foi aprovada uma emenda constitucional (EC no. 95 de 15 de dezembro de 2016) que congelou os gastos federais por 20 anos (BRASIL, 2016), certamente que isso compromete o orçamento de políticas sociais. Para Souza et al. (2019) os potenciais impactos das políticas de austeridade no Brasil sobre a saúde da população e o alcance dos ODS é preocupante, entre 2014 e 2017, houve cortes significativos no orçamento federal em programas destinados a populações vulneráveis, totalizando uma redução de R\$ 60,2 bilhões. Esses cortes afetaram áreas essenciais como segurança alimentar, habitação, igualdade racial, saúde e educação,



comprometendo o progresso em metas específicas dos ODS, como erradicação da pobreza (ODS 1) e saúde e bem-estar (ODS 3).

Em 2019, o governo brasileiro lançou uma nova política para a APS no SUS, chamada de “Previne Brasil”, (BRASIL, 2019) a referida política modificou o financiamento da APS para municípios. No lugar de habitantes e de equipes de ESF, as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores (MASSUDA, 2020).

Importante destacar que o modelo de financiamento do sistema de saúde e o desenho de arranjos organizacionais de serviços de saúde viabilizaram um rápido e consistente crescimento da cobertura de APS, transformando o modelo de atenção à saúde num país continental com 5.570 municípios que apresentam muitas diferenças regionais, econômicas e socioculturais. No entanto, diminuição do orçamento do SUS, pode reduzir a universalidade, e desta forma, ampliando as desigualdades e limitando o acesso a serviços essenciais em regiões vulneráveis.

Ainda, existe o risco de desviar o foco das equipes de saúde para o cumprimento de metas específicas, comprometendo a qualidade e a abrangência dos serviços prestados. É preciso trabalhar para que novas políticas possam reverter avanços históricos da APS no Brasil, comprometendo a equidade e a saúde da população. Conforme apontam Santos; Mszczuk (2023) seguindo o ritmo de crescimento, em 2021, a população brasileira poderá passar de 213 milhões de habitantes. Ainda, cabe informar que expectativa de vida da população vem aumentando, em média 73 anos para homens e 80 anos para mulheres, de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) (2020-2023) (BRASIL, 2020). Tal crescimento deve ser visto como sinal de alerta aos gestores públicos, uma vez que sobrecarregará ainda mais o Sistema Único de Saúde-SUS do Brasil.

A PNAB constitui um marco para a organização e consolidação da APS no Brasil, promovendo saúde em territórios de forma mais próxima e acessível à população, e fortalecendo a lógica de redes integradas de cuidado. Tem como impactos previstos a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de APS bem como a redução de desigualdades regionais e fortalecimento do SUS como um todo (BRASIL, 2017a).

### 3.3.6 Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)

A PNVS foi elaborada com ampla participação social, destacando-se a realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS) em 2018 (BRASIL, 2018), que reuniu diversos atores do setor para debater e aprovar suas diretrizes. A PNVS, foi instituída no Brasil mediante a Resolução nº 588 do Conselho Nacional de Saúde em 12 de julho de 2018. Pode ser considerado mais um marco fundamental na construção do SUS. No referido documento são estabelecidas diretrizes para a vigilância em saúde, integrando áreas como vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador (BRASIL, 2018). Em última instância o que se busca é a promoção e proteção da saúde da população do Brasil. Isto porque o documento destaca a saúde como direito de todos e dever do Estado, com base na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), e a importância da vigilância em saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A PNVS (BRASIL, 2017b) é definida como uma política pública de Estado, essencial para o SUS, com caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção em saúde nos territórios. A gestão da PNVS é de responsabilidade exclusiva do poder público. Nesse sentido, o documento define Vigilância em Saúde como um processo contínuo que envolve: i) coleta, consolidação e análise de dados, ii) disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, iii) planejamento e implementação de medidas de saúde pública, iv) regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, v) proteção e promoção da saúde da população e vi) prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

A PNVS abrange todos os níveis e formas de atenção à saúde, incluindo serviços públicos e privados, e estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens e tecnologias que impactam a saúde. A política articula os saberes e práticas da vigilância epidemiológica, ambiental, do trabalhador e da trabalhadora e sanitária, alinhando-se com outras políticas de saúde no SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância sobre o processo saúde-doença.

O texto define os seguintes objetivos para a PNVS:

- i. Definir princípios, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento da vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS;
- ii. Promover e proteger a saúde;
- iii. Prevenir doenças e agravos;
- iv. Reduzir a morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos;

- v. Contribuir para a integralidade da atenção à saúde e
- vi. Inserir ações de vigilância em saúde em todas as instâncias da Rede de Atenção à Saúde.

A PNVS visa atender toda a população, priorizando grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, buscando superar desigualdades sociais e de saúde. O documento define os princípios da PNVS são: i) conhecimento do território, ii) integralidade, iii) intersetorialidade, iv) equidade, v) universalidade, vi) participação da comunidade, vii) cooperação e articulação intra e intersetorial, viii) direito à informação, ix) eficiência na organização dos serviços.

Dentre as diretrizes da PNVS temos: i) articulação e pactuação de responsabilidades entre as três esferas de governo, ii) abrangência de ações de saúde pública, iii) práticas de gestão e trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, iv) integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias, v) cooperação e intercâmbio técnico-científico nacional e internacional, vi) atuação na gestão de risco, vii) resposta às emergências em saúde pública, viii) produção de evidências a partir da análise da situação de saúde e ix) avaliação do impacto de novas tecnologias.

O documento detalha as estratégias para a organização da Vigilância em Saúde, incluindo: i) articulação entre as vigilâncias, ii) processos de trabalho integrados com a atenção à saúde, iii) regionalização das ações e serviços, iv) inserção da vigilância em saúde na Rede de Atenção à Saúde, v) estímulo à participação da comunidade no controle social, vi) gestão do trabalho, desenvolvimento e educação permanente, vii) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, viii) sistemas de informação integrados, ix) comunicação, x) respostas a emergências em saúde pública, xi) planejamento, programação e execução de ações de vigilância em saúde e xii) monitoramento e avaliação.

Ainda o texto define as responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na gestão da vigilância em saúde (BRASIL, 2018), incluindo: i) assegurar a oferta de ações e serviços, ii) garantir a transparência, integralidade e equidade no acesso, iii) orientar e ordenar os fluxos das ações e serviços, iv) monitorar o acesso, v) estabelecer e garantir a articulação intersetorial, vi) desenvolver estratégias para identificar riscos à saúde, vii) promover a formação e capacitação em vigilância em saúde, viii) elaborar o perfil epidemiológico, ix) fortalecer a atuação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica, x) coordenar a implementação da PNVS, xi) definir prioridades e diretrizes, xii) financiar as ações de vigilância em saúde, xiii) fortalecer a participação da comunidade e controle social, xiv) apoiar tecnicamente a implementação da PNVS, xv) monitorar os indicadores de avaliação, xvi) implementar a gestão dos sistemas de informação, xvii)

elaborar normas e regulamentar procedimentos, xviii) executar ações de vigilância em saúde, xix) promover a cooperação e intercâmbio técnico-científico, xx) realizar estudos, pesquisas e avaliação de tecnologias, xxi) desenvolver ações de educação, comunicação e mobilização social, xxii) revisar a Lista Nacional de Notificação Compulsória e xxiii) prover e gerir insumos estratégicos.

Por outro lado, o texto da resolução ressalta que o Distrito Federal possui responsabilidades tanto de Estado quanto de Município. As metas e indicadores para avaliação e monitoramento da PNVS devem constar nos Planos de Saúde (PS), Programações Anuais de Saúde (PAS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG). O financiamento da PNVS deve ser tripartite, específico, permanente, crescente e suficiente para garantir os recursos e tecnologias para o seu desenvolvimento.

A implementação da PNVS enfrenta desafios, incluindo a necessidade de integração entre diferentes setores e a adaptação às especificidades regionais do país. Garcia; Duarte (2018) destacam a importância de políticas públicas baseadas em evidências e a utilização de métodos como análises espaciais e de séries temporais para aprimorar a vigilância em saúde (GUIMARÃES, et al., 2017; TEIXERIA, 2019).

Importante definir que o sucesso da PNVS está intrinsecamente ligado ao fortalecimento do SUS (OKUMOTO; BRITO; GARCIA, 2018), garantindo financiamento adequado e permanente, além de promover a participação ativa da sociedade nos processos de avaliação e monitoramento das ações de vigilância em saúde.

Nestas bases conceituais das principais políticas públicas relacionadas ao enfrentamento das DANT, com foco em suas interfaces com os ODS. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP), abaixo será apresentado os resultados da pesquisa realizada conforme os objetivos descritos.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados serão apresentados em três eixos:

- a) Análise de indicadores epidemiológicos provenientes de bases oficiais;
- b) Entrevista semiestruturada;
- c) Triangulação metodológica, entrecruzamento entre os dados quantitativos (indicadores epidemiológicos e socioeconômicos) e os qualitativos (análise da fala).

#### **4.1- Análise De Indicadores Epidemiológicos Provenientes de Bases Oficiais**

Os indicadores apresentados foram obtidos em documentos oficiais e nas bases DATASUS, IBGE, SISVI, SISÁGUA, e estão relacionados com os Indicadores de Saúde e o Plano de DANT (2021-2023), entre eles: Saúde materno infantil, Assistência ao parto, Mortalidade por causas prematuras (30 a 69 anos), Mortalidade por intoxicação não intencional, Lesões autoprovocadas, Violências: física, psicológica/moral, sexual, Mortalidade por trânsito, Homicídios e Qualidade da água.

##### **4.1.1 Saúde materno infantil**

A análise dos indicadores de saúde materno-infantil no estado do Maranhão, entre os anos de 2020 e 2023, revelam avanços discretos e persistência de desafios estruturais, principalmente relacionados à mortalidade materna, mortalidade infantil e gravidez na adolescência, como pode ser visto na Tabela 1. A taxa de mortalidade neonatal no Maranhão manteve-se estável em 10 por 1000 nascidos vivos no período, o que reflete um nível elevado visto que, de acordo com a OMS, o ideal seria que essa taxa estivesse abaixo de 5 por 1000 nascidos vivos até 2030, conforme proposto nos ODS. Os óbitos neonatais absolutos também apresentaram uma tendência de queda moderada (de 1055 em 2020 para 949 em 2023), o que pode sugerir algum avanço na atenção pré-natal e ao parto, embora os números pareçam indicar que há falhas estruturais no cuidado obstétrico e neonatal.

Os dados do DATASUS também demonstram uma queda progressiva na fecundidade entre adolescentes de 15 a 19 anos, passando de 69 para 58 nascidos vivos por 1.000 adolescentes. Entre as meninas de 10 a 14 anos, a taxa permaneceu estável em 4 por mil, o que, embora numérica e proporcionalmente menor, representa um grave problema de saúde pública e violação de direitos infanto-juvenis (ALMEIDA, 2024).

Em estudo sobre gravidez na adolescência realizado por Sousa et al. (2023) durante o período de 2018 e 2022, os autores identificaram que a reincidência da gestação em adolescentes é influenciada por um conjunto de fatores: baixa escolaridade, falta de acesso a métodos contraceptivos eficazes, ausência de projetos de vida, vulnerabilidade social, além de contextos familiares disfuncionais. A falta de acompanhamento após o parto da primeira gestação e a fragilidade das políticas públicas voltadas para o público adolescente também são elementos que favorecem a repetição da gravidez nesse grupo etário (Rezende et al., 2024).

Segundo Braga et al. (2021), adolescentes apresentam maior risco de complicações obstétricas, como pré-eclâmpsia, partos prematuros e infecções puerperais. Além disso, a maternidade precoce tende a interromper trajetórias educacionais e agravar vulnerabilidades socioeconômicas, sobretudo em contextos de baixa renda.

Tabela 1. Indicadores de Saúde Materno-Infantil e Fecundidade Adolescente no estado de Maranhão durante o período de 2020 a 2023.

| Categoria                                       | Ano    |        |        |        |
|-------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
|                                                 | 2020   | 2021   | 2022   | 2023   |
| óbitos < 28 dias                                | 1055   | 1036   | 998    | 949    |
| <b>Taxa de Mortalidade Neonatal por 1000</b>    | 10     | 10     | 10     | 10     |
| óbitos < 5 anos                                 | 1717   | 1735   | 1779   | 1724   |
| <b>Taxa de Mortalidade &lt; 5 anos por 1000</b> | 16     | 16     | 18     | 18     |
| Mortalidade Materna                             | 100    | 146    | 76     | 84     |
| Nascidos vivos                                  | 106079 | 108667 | 97964  | 97205  |
| Nascidos de mães 10 a 14 anos                   | 1287   | 1429   | 1134   | 1050   |
| Nascidos de mães 15 a 19 anos                   | 21845  | 22182  | 18607  | 18086  |
| Meninas 10–14 anos                              | 315085 | 305544 | 296842 | 288070 |
| Meninas 15–19 anos                              | 316520 | 315841 | 313591 | 310088 |
| <b>Nascidos meninas 10-14 anos por 1000</b>     | 4      | 5      | 4      | 4      |
| <b>Nascidos meninas 15-19 anos por 1000</b>     | 69     | 70     | 59     | 58     |
| <b>Taxa Mortalidade Materna por 100 mil</b>     | 94     | 134    | 78     | 86     |

Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/SINASC e IBGE (2025).

O número de nascidos vivos de mães entre 15 e 19 anos caiu de 21.845 em 2020 para 18.086 em 2023, uma redução de aproximadamente 17%. Essa queda pode ser atribuída ao fortalecimento de políticas públicas, como a Estratégia Saúde da Família, a disponibilização de métodos contraceptivos e campanhas de educação sexual nas escolas (Braga et al., 2021).

Outro ponto analisado é a mortalidade materna, que apresentou valores elevados em todos os anos observados: 100 casos em 2020, com pico de 146 em 2021, provavelmente em decorrência da pandemia de COVID-19. Em 2023, mesmo com a redução para 84 óbitos, a taxa permaneceu em 86 mortes por 100 mil nascidos vivos, ainda acima do limite aceitável recomendado pela OMS, que é de até 70/100 mil (WHO, 2014). A mortalidade infantil,

especialmente a neonatal (<28 dias), também se manteve alta, indicando fragilidades no pré-natal, parto e atenção ao recém-nascido.

De acordo com a OMS (2014) a mortalidade materna está fortemente relacionada a fatores socioeconômicos, falhas na assistência pré-natal, demora no atendimento emergencial e desigualdades regionais. As principais causas obstétricas diretas identificadas foram hipertensão gestacional, hemorragias e infecções puerperais. Também, Souza et al. (2021) e Oliveira et al. (2024) destacam os determinantes sociais como baixa escolaridade, pobreza e dificuldade de acesso a serviços de saúde, especialmente em áreas rurais e periféricas, como causas importantes.

Considerando esse cenário, segundo Almeida (2024), o combate à mortalidade materno-infantil exige não apenas intervenções clínicas, mas políticas intersetoriais voltadas para educação, proteção social e redução das desigualdades regionais. Além disso, a presença de gravidez precoce impõe maior risco de morte materna e complicações obstétricas, exigindo ações mais incisivas na prevenção da gestação em meninas menores de 19 anos (HOLANDA et al., 2024).

#### 4.1.2 Assistência ao parto

Conforme apresentado na Tabela 2, observa-se a evolução do número de nascidos vivos assistidos por profissionais de saúde no Maranhão entre 2020 e 2023. Houve uma redução de 108.099 (2020) para 99.228 (2023), o que indica possível queda da natalidade no Estado. O menor registro ocorreu em 2022 (99.986), ano ainda impactado pela pandemia de COVID-19.

Quanto aos profissionais que assistem os partos, os médicos constituíram o principal grupo variando entre 79 mil e 85 mil atendimentos por ano, embora com redução nos anos de 2022 e 2023. As -Enfermeiras/Obstetizes tiveram crescimento (11.899 em 2020 para 15.084 em 2023), refletindo maior participação no parto. No entanto, as Parteiras apresentaram declínio (1.606 em 2020 para 778 em 2023), indicando redução de partos domiciliares ou tradicionais. Observa-se também que os registros classificados como "Ignorado", estes diminuíram significativamente (de 7.798 em 2020 para 719 em 2023), sugerindo melhoria no preenchimento de registros.

Dessa forma, o percentual de partos assistidos por profissionais qualificados (excluindo "Outros" e "Ignorado") aumentou de 92,2% (2020) para 98,7% (2023), mostrando maior cobertura de profissionais treinados.

Tabela 2. Nascidos Vivos no Maranhão assistidos por Profissionais Qualificados (2020-2023)

| <b>PROFISSIONAL</b>                        | <b>2020</b>   | <b>2021</b>   | <b>2022</b>  | <b>2023</b>  |
|--------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
| Médico                                     | 84159         | 85298         | 79409        | 80090        |
| Enfermeira/Obstetriz                       | 11899         | 14339         | 15003        | 15084        |
| Parteira                                   | 1606          | 1298          | 887          | 778          |
| Outros                                     | 617           | 763           | 567          | 534          |
| Ignorado                                   | 7798          | 6969          | 2098         | 719          |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>108099</b> | <b>110688</b> | <b>99986</b> | <b>99228</b> |
| <b>% assistido por pessoal qualificado</b> | <b>92,22</b>  | <b>93,01</b>  | <b>97,33</b> | <b>98,74</b> |

Fontes: MS/SVS/Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (IVIS)

De acordo com Bittencourt et al. (2020), no Brasil, observa-se altas coberturas da atenção pré-natal (97,6%). Além disso, a quase totalidade dos partos ocorrem em hospitais (91,5%) e são assistidos por profissionais qualificados (99,1%). No país, a portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 instituiu a “Rede Cegonha”, um programa voltado para garantir o acolhimento das gestantes desde o diagnóstico de gravidez até depois do momento do parto dentro de uma perspectiva de humanização da assistência (BRASIL, 2011).

Considerando os dados obtidos nesta pesquisa, a queda observada em 2021 pode estar relacionada aos efeitos da pandemia de COVID 19, que impactou negativamente os serviços de saúde materno-infantil. Estudos apontam redução em consultas pré-natais e aumento de partos domiciliares não assistidos (ELSADDIG; KHALIL, 2020). Ainda, o crescimento de enfermeiras/obstetrizes segue a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incentiva o parto humanizado (ANGELIM, et al. 2021). Conforme Leal et al. (2020) a atuação dessas profissionais reduz intervenções desnecessárias (atendimento quaternário).

Com relação ao do número de nascimentos assistidos pelas parteiras apresentou um declínio, isto pode ser reflexo da urbanização e políticas de saúde que desencorajam partos sem qualificação. Porém, em regiões remotas, parteiras ainda são essenciais (OLIVEIRA; PERALTA; SOUSA, 2019). Por fim, a redução dos registros “ignorado” pode estar associada ao aprimoramento do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que tem investido na qualificação dos dados coletados (BRASIL, 2025).



#### 4.1.3 Mortalidade por causas prematuras (30 a 69 anos)

Ao analisar os dados de mortalidade no estado do Maranhão entre os anos de 2020 e 2023, categorizados por causas específicas (Tabela 3) verificou-se que no quadriênio, foram registrados 40.979 óbitos, distribuídos entre diferentes causas. As doenças do aparelho circulatório lideraram as estatísticas, com 16.222 mortes (39,6% do total), apresentando maior incidência em 2022 (4.195 casos). Esse resultado está em consonância com dados nacionais que apontam as doenças cardiovasculares como principal causa de morte no Brasil (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

Tabela 3. Mortalidade por causas prematuras (30-69 anos) no estado do Maranhão entre os anos de 2020 e 2023, categorizados por causas específicas.

| <b>Causa do Óbito</b>            | <b>2020</b>  | <b>2021</b>  | <b>2022</b>  | <b>2023</b>  | <b>TOTAL</b> |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Aparelho Circulatório            | 4040         | 3941         | 4195         | 4046         | <b>16222</b> |
| Aparelho Digestivo               | 1034         | 1082         | 1180         | 1079         | 4375         |
| Neoplasias/Tumores               | 2375         | 2496         | 2512         | 2566         | <b>9949</b>  |
| Diabetes mellitus                | 1301         | 1203         | 1138         | 996          | 4638         |
| Doenças do Aparelho Respiratório | 1374         | 1109         | 1091         | 1046         | <b>4620</b>  |
| Colo de útero                    | 267          | 317          | 312          | 279          | 1175         |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>10391</b> | <b>10148</b> | <b>10428</b> | <b>10012</b> | <b>40979</b> |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Em segundo lugar, as neoplasias/tumores totalizaram 9.949 óbitos (24,3%), com aumento progressivo a cada ano, passando de 2.375 casos em 2020 para 2.566 em 2023. Esse crescimento pode estar relacionado à dificuldade de acesso a diagnósticos precoces e tratamentos especializados no estado (BITENCOURT et al., 2018). As doenças do aparelho digestivo foram responsáveis por 4.375 mortes (10,7%), com pico em 2022 (1.180 casos). Conforme Araújo; Duval; Silveira (2012), entre as neoplasias do aparelho digestório mais incidentes no Brasil, destacam-se a de estômago, cólon, reto, cavidade oral e esôfago, em ambos os sexos.

O diabetes mellitus contabilizou 4.638 óbitos (11,3%), mas com queda contínua, reduzindo de 1.301 casos em 2020 para 996 em 2023. Sabe-se que o Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) é uma doença metabólica complexa, multifatorial e de presença global, que impacta a qualidade e o estilo de vida das pessoas afetadas, podendo levar a uma redução pronunciada na expectativa de vida, com a grande maioria dos óbitos decorrendo de complicações

cardiovasculares (LYRA, 2006). Neste estudo, a diminuição pode estar associada a melhorias no manejo da doença ou a possíveis subnotificações como apontam Pedroza et al. (2021)

As doenças do aparelho respiratório registraram 4.620 mortes (11,3%), com declínio após 2020 (1.374 casos), possivelmente influenciado pelas medidas de prevenção adotadas durante a pandemia de COVID-19, como uso de máscaras e distanciamento social (SILVA et al, 2022). Por fim, o câncer de colo do útero totalizou 1.175 óbitos, com pico em 2021 (317 casos) e posterior reduzida. Essa variação pode estar ligada à interrupção de exames preventivos, como o Papanicolau, durante a pandemia (LOPES; RIBEIRO, 2019).

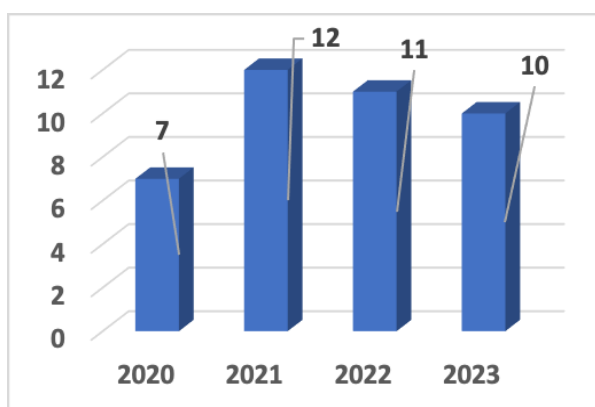
#### 4.1.4 Mortalidade por intoxicação não intencional

A análise dos dados referentes à mortalidade por intoxicação não intencional no Maranhão no período de 2020 a 2023, considerando as categorias (CID-10: Categorias X40 e X44-X49) revela uma variação não significativa entre 2020 e 2023, com 7, 12, 11 e 10 óbitos registrados, respectivamente (Figura 3).

O aumento observado entre 2020 e 2021 pode estar associado ao maior uso de produtos químicos durante a pandemia de COVID-19, incluindo desinfetantes, álcool em gel e medicamentos, conforme destacado pelas pesquisadoras da Fiocruz Salomon; Elias, (2020, p. 17)

os dados dos estudos e das publicações apresentados neste parecer mostram que com o aumento do uso de produtos de limpeza e desinfetantes durante a pandemia da COVID-19, houve também aumento no número de casos de intoxicação. As crianças parecem ser as principais vítimas das intoxicações por desinfetantes para as mãos. Além disso, o isolamento social pode ter contribuído para falhas no armazenamento seguro dessas substâncias em domicílios, aumentando o risco de acidentes.

Figura 3. Óbitos não intencionais no estado de Maranhão durante o período de 2020 a 2023.



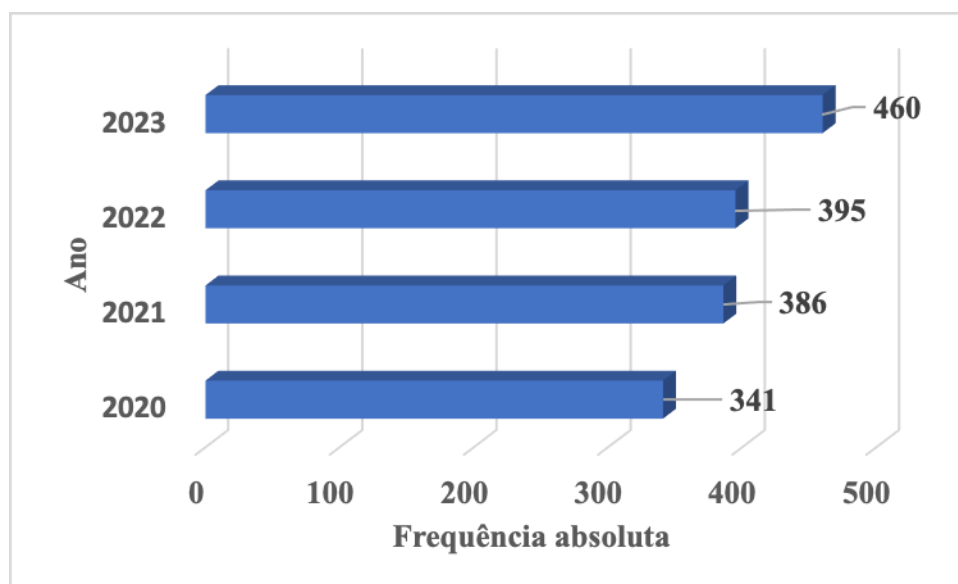
A partir de 2021, observa-se uma redução gradual de óbitos, com quedas de 8,3% em 2022 e 9,1% em 2023. Essa tendência pode refletir a diminuição do uso indiscriminado de substâncias químicas após o período crítico da pandemia, como apontado por Salomon e Elias (2022), bem como o possível impacto de campanhas de prevenção promovidas pelas secretarias de Saúde. Apesar do declínio, os números permanecem acima do patamar de 2020, indicando a necessidade de medidas contínuas para reduzir esses óbitos.

Entre as categorias da CID-10, as intoxicações por medicamentos e drogas (X44) e pesticidas (X48) são frequentemente associadas a casos fatais (SANTOS, 2023), especialmente em regiões rurais, onde o acesso a informações sobre manuseio seguro pode ser limitado (NEVES et al., 2020). Já as intoxicações por gases e vapores (X47), como o monóxido de carbono, representam um risco elevado em ambientes mal ventilados, exigindo maior atenção em políticas de prevenção. Diante desse cenário, reforça-se a importância de políticas públicas que fortaleçam a fiscalização de produtos tóxicos e ampliem campanhas educativas sobre armazenamento e uso seguro, haja vista que a maioria das ocorrências são evitáveis. Ademais, fortalecer os serviços de urgência e emergência para atendimento de casos agudos torna-se oportuno, com vistas a reduzir as complicações e mortalidade bem como aprimorar as notificações compulsórias desse agravo no Brasil (MELO et al. 2022).

#### 4.1.5 Lesões autoprovocadas

Os dados referentes às lesões autoprovocadas no Maranhão, registrados entre 2020 e 2023, mostram um crescimento contínuo desses eventos, com 341 casos em 2020, 386 em 2021, 395 em 2022 e 460 em 2023 (Figura 4). No total, observa-se um aumento de 34,9% no período reflete uma tendência preocupante, que pode estar associada a fatores como crise socioeconômica, agravamento de transtornos mentais e fragilidade das redes de apoio psicossocial (PAIXÃO et al., 2025).

Figura 4. Lesões autoprovocadas no estado de Maranhão durante o período de 2020 a 2023.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

O salto mais significativo ocorreu entre 2022 e 2023, com um incremento de 16,5% (65 casos adicionais). Esse cenário pode estar relacionado aos impactos prolongados da pandemia de COVID-19, que exacerbou desigualdades, isolamento social e dificuldades de acesso a serviços de saúde mental (ARMELINA; MACHADO, 2022). Além disso, estudos apontam que regiões com menor cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tendem a apresentar subnotificação ou agravamento de casos (PINTO et al., 2017).

A predominância de lesões autoprovocadas em jovens e adultos jovens no Maranhão alinha-se com dados nacionais, nos quais suicídios e automutilações são a quarta causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos (SILVA et al., 2021). Fatores como desemprego, violência doméstica e consumo de álcool também são citados como agravantes (PAIXÃO et al., 2021).

#### 4.1.6 Violências: física, psicológica/mora, sexual

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) a violência física ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano, por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que pode causar lesões internas: (hemorragias, fraturas), externas (cortes, hematomas, feridas). Assim, quando considerada a violência física no Maranhão, os dados revelam um crescimento preocupante entre 2020 e 2023, com o número total de registros aumentando de

1.246 para 1.896, representando um acréscimo de 52% no período (Tabela 4), padrão que corrobora estudos sobre a vulnerabilidade das mulheres à violência doméstica e intrafamiliar (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007).

A distribuição etária apresenta características marcantes: para a faixa de 20-29 anos, que registrou o maior volume (636 casos em 2023) e o segundo maior crescimento percentual (61,8%). Adolescentes de 15-19 anos tiveram aumento de 46,8%, enquanto mulheres de 40-49 anos apresentaram a maior alta relativa (67,2%). Todas as faixas etárias mostraram crescimento superior a 35%, indicando uma escalada generalizada da violência. Esses dados estão alinhados com pesquisas que identificam que mulheres jovens são um grupo particularmente vulnerável à violência interpessoal (PALUDO; SCHIRO, 2012). Os dados reforçam a necessidade de políticas específicas de proteção para as mulheres, principalmente no cenário atual onde a tecnologia é uma das principais mediadoras dos relacionamentos afetivos. Os progressos tecnológicos favoreceram o acesso aos equipamentos em diferentes classes sociais e possibilitaram que o uso dos dispositivos online fosse ampliado rapidamente e impactasse o público que interage por essa via, sobretudo adolescentes e jovens adultas (SOUZA; LORDELLO, 2019).

Tabela 4. Violência física contra meninas de 15 anos ou mais no estado de Maranhão no período de 2020 a 2023.

| ANO  | CLASSE DE IDADE (ANOS) |       |       |       |       |           | TOTAL |
|------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------|
|      | 15-19                  | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60 e mais |       |
| 2020 | 201                    | 393   | 370   | 174   | 58    | 50        | 1246  |
| 2021 | 242                    | 492   | 369   | 214   | 84    | 46        | 1447  |
| 2022 | 270                    | 503   | 417   | 228   | 90    | 74        | 1582  |
| 2023 | 295                    | 636   | 502   | 291   | 92    | 80        | 1896  |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

Quando se fala em violência psicológica/moral, entende-se:

É toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui: insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, ridicularização, rechaço, manipulação afetiva, exploração, negligência, ameaças, privação arbitrária da liberdade, confinamento doméstico, críticas pelo desempenho sexual, omissão de carinho e negar atenção e supervisão (BRASIL, 2002, p. 20).

Quando analisados os dados de violência psicológica/moral do estado de Maranhão no período de 2020 a 2023 (Tabela 5), os dados revelam uma tendência crescente de violência psicológica/moral contra meninas de 15+ anos no Maranhão entre 2020 (667 casos) e 2023

(753 casos), com um aumento total de 12,9%. Os anos de 2021 e 2023 apresentaram os volumes mais altos, sugerindo flutuações anuais possivelmente ligadas a subnotificação ou contextos sociais específicos. A faixa etária de 20-29 anos concentrou o maior número de casos em todos os anos (211 em 2020 para 227 em 2023), seguida por 30-39 anos (200 para 180 casos). Destaque para o crescimento expressivo entre idosas (60+ anos), que mais que dobraram os registros (30 para 64 casos, +113,3%), enquanto adolescentes de 15-19 anos tiveram variação modesta (103 para 110 casos, +6,8%).

A violência psicológica persiste como grave problema, afetando especialmente jovens adultas e idosas., padrão consistente com estudos sobre violência emocional contra mulheres (SOUSA; SANTOS; ANTONIETTI, 2021).

Tabela 5. Violência psicológica/moral contra meninas de 15 anos ou mais no estado de Maranhão no período de 2020 a 2023.

| ANO  | CLASSE DE IDADE (ANOS) |       |       |       |       |           | TOTAL |
|------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------|
|      | 15-19                  | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60 e mais |       |
| 2020 | 103                    | 211   | 200   | 84    | 39    | 30        | 667   |
| 2021 | 118                    | 257   | 211   | 126   | 61    | 43        | 816   |
| 2022 | 109                    | 205   | 174   | 97    | 42    | 40        | 667   |
| 2023 | 110                    | 227   | 180   | 119   | 53    | 64        | 753   |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

Entende-se por violência sexual,

toda a ação na qual uma pessoa, em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação. A violência sexual ocorre em uma variedade de situações como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual (BRASIL, 2002, p. 17).

Os dados coletados sobre violência sexual, revelam um cenário de aumento no Maranhão entre 2020 e 2023 (Tabela 6), O período analisado mostra flutuações anuais, com leve alta em 2021 (368 casos), queda em 2022 (365 casos) e novo crescimento em 2023 (387 casos). No geral, houve aumento de 9% no total de casos entre 2020 e 2023. As adolescentes de 15 a 19 anos permanecem como o grupo mais vulnerável, representando 48,3% do total de casos em 2023. Embora os números tenham apresentado uma redução de 22,4% entre 2020 (241 casos) e 2023 (187 casos), a quantidade absoluta continua alta. Essa aparente diminuição pode estar relacionada a subnotificações ou mudanças nos padrões de denúncia, períodos de pandemia e retomada pós-covid, o que exige investigações mais aprofundadas (Sousa; Santos;

Antonietti, 2021). Ainda, os números corroboram estudos que identificam adolescentes como grupo particularmente vulnerável à violência sexual, frequentemente associada a contextos de abuso intrafamiliar e exploração (BRASIL, 2002).

Tabela 6. Violência sexual contra meninas de 15 anos ou mais no estado de Maranhão no período de 2020 a 2023.

| ANO  | CLASSE DE IDADE (ANOS) |       |       |       |       |           | TOTAL |
|------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------|
|      | 15-19                  | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60 e mais |       |
| 2020 | 241                    | 71    | 25    | 13    | 2     | 3         | 355   |
| 2021 | 219                    | 82    | 43    | 15    | 5     | 4         | 368   |
| 2022 | 184                    | 105   | 46    | 16    | 10    | 4         | 365   |
| 2023 | 187                    | 117   | 53    | 19    | 5     | 6         | 387   |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

A violência sexual contra idosos (>60 anos), embora apresente números absolutos menores (variando entre 3 e 6 casos anuais), também merece atenção especial, pois revela uma forma específica de vulnerabilidade que muitas vezes permanece invisível nos sistemas de notificação (MINAYO, NJAINE; SOUZA, 2024). Ainda, a literatura aponta para a existência de significativa subnotificação, especialmente em casos de violência intrafamiliar (Quirino; Costa, 2023).

Em estudo qualitativo publicado por Minayo, Njaine; Souza (2024, p. 9) no qual avaliaram os avanços e desafios da Política Nacional de Redução dos Acidentes e Violências (PNRMAV), a partir do ponto de vista dos implementadores concluíram que

O PNRMAV chegou a todas as regiões do país, embora com adesão e intensidade diferentes e os problemas enunciados pelos técnicos e gestores são enormes. Assim, essa Política não pode ser considerada institucionalizada em nenhuma região, estado ou município, embora com diferenciações importantes de locais onde ela se oficializou.

Dessa forma, a implementação efetiva da PNRMAV deve ser tratada como uma urgência, tanto pelos altos índices de óbitos decorrentes de acidentes e agressões, quanto pelo profundo impacto psicossocial que essa problemática gera, afetando a saúde física, emocional e as relações comunitárias. Após um período de descontinuidade nas ações governamentais, marcado pela fragilização das diretrizes do Ministério da Saúde para esta Política, torna-se imperativo reestabelecer pactos intersetoriais e consolidar mecanismos que garantam sua institucionalização nos sistemas de saúde, assegurando recursos orçamentários e suporte técnico para execução das medidas propostas (MINAYO, NJAINE; SOUZA, 2024).

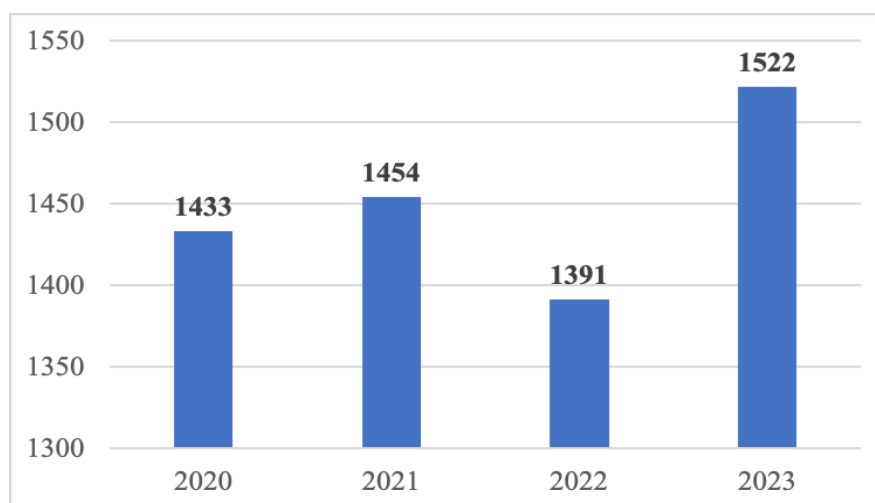
#### 4.1.7 Mortalidade por trânsito

A mortalidade por acidente de Trânsito (Figura 5), totalizou 5.800 mortes no trânsito, com variações anuais que revelam um cenário preocupante. De acordo com WHO (2018) em todo o mundo os Acidentes de Trânsito (AT), são responsáveis por 1,35 milhões de mortes por ano, sendo ainda, uma das principais causas de lesões e fraturas entre as pessoas que fazem uso de todo tipo de transporte, individual e coletivo. No Brasil, em 2010, entre as causas externas, os óbitos por acidentes de trânsito ocuparam a segunda colocação (BRASIL, 2012).

Em 2020, foram 1.433 óbitos, número que subiu para 1.454 em 2021, refletindo um aumento de 1,5% possivelmente ligado à retomada da mobilidade após os *lockdowns* da pandemia. Em 2022, houve uma redução de 4,3%, com 1.391 mortes, talvez influenciada por campanhas educativas ou maior fiscalização. No entanto, em 2023, o estado atingiu o pior índice do período, com 1.522 mortes – um aumento de 9,4% em relação ao ano anterior, indicando uma piora significativa na segurança viária.

Em Pinheiro-MA, acidentes motociclísticos representaram uma ampla predominância de 96,77% das vítimas internadas (GALANTE; COSTA; MARQUES, 2025). Comportamentos de risco, como excesso de velocidade, ultrapassagens perigosas e consumo de álcool antes de dirigir, também agravam a situação (PAIXÃO et al, 2015). Alguns municípios se destacam como os mais críticos. São Luís, por exemplo, lidera com 478 mortes no período, seguida por Imperatriz (225) e Caxias (157), o que pode estar relacionado ao maior fluxo de veículos.

Figura 5. Óbitos por acidentes de trânsito no estado de Maranhão nos anos de 2020 a 2023.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM



Ainda, as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito também demonstraram um aumento significativo em alguns anos. Durante o período de 2000 a 2015, houve uma diferença percentual marcante de 162% de mortes causadas por esses acidentes, destacando-se em comparação com outros estados brasileiros (BRASIL, 2018). Dessa forma, os dados mostram que, apesar de oscilações pontuais, o estado enfrenta um grave problema de segurança no trânsito. São necessárias ações coordenadas entre governo, órgãos de trânsito e sociedade, para reverter esse quadro. Investir em infraestrutura, fiscalização e educação deve ser prioridade para salvar vidas e tornar as estradas maranhenses mais seguras. Certamente que campanhas de conscientização sobre direção defensiva e os perigos da combinação álcool e volante também são essenciais.

#### 4.1.8 Homicídios

Quando considerados os homicídios no estado do Maranhão (Tabela 7), observa-se queda de 5,4% entre 2020 (1.954 casos) e 2023 (1.849), possivelmente relacionada a políticas de segurança pública ou como aponta a Sociedade Maranhense de Direitos Humanos, as oscilações para baixo, por algum tempo traduzem muito mais mudanças conjunturais nos padrões de violência do que propriamente mudanças profundas do contexto das políticas de segurança pública (SMDH, 2017). Os dados revelam uma tendência preocupante de violência letal no Maranhão, com padrões etários específicos que refletem dinâmicas sociais complexas. Entre 2020 e 2023, foram registrados 7.434 homicídios, com concentração marcante na população jovem. As vítimas jovens (14-29 anos) representaram 47,8% do total (3.557 casos), com pico na faixa de 20-29 anos (2.623 casos). Este padrão corrobora estudos nacionais sobre a "epidemia de homicídios de jovens", como apontado por IPEA (2017, p. 5)

No Brasil, considerando proporcionalmente as subpopulações por raça/cor, de cada 7 indivíduos assassinados, 5 são afrodescendentes. Neste trabalho investigamos as razões desse viés de letalidade. Verificamos que, para além da posição econômica, a cor da pele influencia diretamente a probabilidade de um indivíduo sofrer homicídio.

Tabela 7. Número de homicídios por faixa etária no estado do Maranhão entre 2020 e 2023.

| Ano   | Faixa Etária de Idade (anos) |     |     |       |       |       |       |       |        |       |       |     |          | Total |
|-------|------------------------------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-----|----------|-------|
|       | <1                           | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 14-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50--59 | 60-69 | 70-79 | >80 | Ignorada |       |
| 2020  | 2                            | 7   | 5   | 20    | 284   | 687   | 500   | 245   | 113    | 41    | 20    | 12  | 18       | 1954  |
| 2021  | 1                            | 6   | 2   | 15    | 228   | 677   | 500   | 226   | 116    | 54    | 24    | 8   | 8        | 1865  |
| 2022  | 3                            | 2   | 4   | 11    | 209   | 596   | 498   | 250   | 108    | 43    | 28    | 2   | 12       | 1766  |
| 2023  | 1                            | 1   | 2   | 22    | 213   | 663   | 448   | 283   | 120    | 56    | 14    | 7   | 19       | 1849  |
| TOTAL | 7                            | 16  | 13  | 68    | 934   | 2623  | 1946  | 1004  | 457    | 194   | 86    | 29  | 57       | 7434  |

Fonte: SIM. Categoria CID-10: X85 Agressão meio drog medic e subst biológicas, X86 Agressão p/meio de subst corrosivas, X87 Agressão p/pesticidas, X88 Agressão p/meio de gases e vapores, X89 Agressão outr prod quim subst nocivas espec, X90 Agressão prod químicos e subst nocivas NE, X91 Agressão enforc estrangulamento sufocação, X92 Agressão p/meio de afogamento e submersão, X93 Agressão disparo de arma de fogo de mão, X94 Agressão disparo arma fogo de maior calibre, X95 Agressão disparo outr arma de fogo ou NE, X96 Agressão p/meio de material explosivo, X97 Agressão p/meio de fumaça fogo e chamas, X98 Agressão vapor agua gases ou objetos quentes, X99 Agressão objeto cortante ou penetrante.

Ainda, com relação à faixa etária, nos adolescentes (14-19 anos) observou-se uma queda de 25% (284 para 213). Nos adultos jovens (20-29) a redução foi de 3,5%, isto é, menos significativa. Já quando são consideradas as crianças das quatro primeiras categorias (menos de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos e 10 a 14 anos), o total de casos (104 óbitos) foi bem abaixo consideradas outras faixas etárias. No entanto, a concentração em jovens adultos (20- 29 anos) segue o padrão nacional de vitimização masculina negra e periférica. Homens mais jovens, aqueles que vivem em regiões de vulnerabilidade social, com uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, além de autores de violência de gênero, são aqueles mais sujeitos à morte por agressão (SOUZA et al., 2017). A relativa estabilidade nesta faixa etária sugere limitações nas políticas de prevenção à violência urbana. A redução entre adolescentes pode refletir o impacto de políticas públicas ou alterações conjunturais, enquanto os casos persistentes em crianças (<14 anos) demandam investigação sobre violência intrafamiliar. Segundo Azevedo e Guerra (1995, p. 36) a violência doméstica contra crianças e adolescentes é todo ato e/ou omissão praticado(s) por pais, parentes ou responsáveis. Ela causa dor ou dano de natureza física, sexual e/ou psicológica à vítima. Implica de um, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma “coisificação” da infância, ou seja, a efetiva negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

A redução no número absoluto de homicídios entre 2020 (1.954) e 2022 (1.766) pode estar relacionada a políticas públicas de segurança ou a efeitos da pandemia de COVID-19, que restringiram a circulação social Ramos; Miziara; Miziara (2025). No entanto, o aumento em 2023 (1.849 casos) sugere uma possível retomada da violência após o fim das medidas restritivas.

Quando considerado o número de homicídios por sexo, os dados apresentados na Tabela 8, revelam uma disparidade significativa entre os homicídios de homens e mulheres no Maranhão entre 2020 e 2023. No período analisado, 93,5% das vítimas eram do sexo masculino, enquanto apenas 6,3% eram do sexo feminino, com uma pequena parcela não identificada (0,15%). Essa diferença condiz com a literatura científica, visto que é conhecido o fato de as mortes por agressão predominarem no sexo masculino, representando cerca de 90% dos óbitos por violência, com taxas 11,5 vezes maiores que as do sexo feminino (BANDO; LESTER, 2014).

Em relação às mortes do sexo feminino, os números se mantiveram relativamente estáveis, variando entre 107 e 127 casos anuais. Esses dados corroboram estudos que indicam que, embora as mulheres representem uma minoria nas estatísticas de homicídios, a violência de gênero persiste como um grave problema social, mesmo com políticas públicas reconhecidas, pois como aponta Garcia; Freitas; Hofelmann (2013, p. 6) “a Lei Maria da Penha, que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, não apresentou impacto sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil”. A ausência de registros na categoria "ignorado" em 2021 pode indicar melhorias nos sistemas de informação ou subnotificação, um desafio recorrente em análises criminais como aponta o SMDH (2017).

Tabela 8. Número de homicídios por sexo no estado do Maranhão entre 2020 e 2023.

| <b>Ano</b>   | <b>Masculino</b> | <b>Feminino</b> | <b>Ignorado</b> | <b>TOTAL</b> |
|--------------|------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| 2020         | 1825             | 127             | 2               | 1954         |
| 2021         | 1753             | 112             | 0               | 1865         |
| 2022         | 1654             | 107             | 5               | 1766         |
| 2023         | 1722             | 123             | 4               | 1849         |
| <b>TOTAL</b> | <b>6954</b>      | <b>469</b>      | <b>11</b>       | <b>7434</b>  |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Em estudo realizado por Coelho et al. (2022) que visava analisar o perfil e tendência temporal dos homicídios femininos no Maranhão, Brasil, no período de 2000 2019, verificaram tendência das taxas de mortalidade foi crescente no Estado. Houve correlação negativa dos homicídios com renda per capita e correlação positiva com proporção de famílias chefiadas por mulheres e taxa de mortalidade masculina por agressão. Com relação às implicações nos serviços, houve um maior conhecimento do perfil das mulheres, a tendência temporal e a correlação dos óbitos com indicadores socioeconômicos e de saúde pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de proteção às mulheres mais vulneráveis e considerando as perspectivas, há necessidade de aprimoramento contínuo da

qualidade dos registros e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), além de novos estudos epidemiológicos sobre o tema, visando diminuir a invisibilidade e subnotificação ainda típicas dos feminicídios. De uma forma majoritária, o perfil de mulheres que sofrem violência e/ ou homicídio é representado, por negras, jovens, em vulnerabilidade social e econômica, de baixa escolaridade, com profissões não qualificadas e que residem em regiões urbanas com pouca ou nenhuma segurança (MARGARITES; MENEGHEL; CECCON, 2017).

#### 4.1.9 Qualidade da água

No ano de 2023, o percentual da população do Maranhão que utilizava serviços de água potável gerenciados de forma segura era de 93,3% da população (ODS, 2023). No Brasil, ocorreram avanços significativos no saneamento no período de 2000 a 2017; no entanto, a qualidade dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário ainda são deficientes e desiguais (OPAS/BRASIL, 2019).

Os dados coletados para o estado de Maranhão revelam as tendências diferentes na ocorrência de doenças intestinais infecciosas entre 2020 e 2023, conforme classificação CID-10. O total de casos registrados apresentou crescimento de 37,7%, passando de 138 em 2020 para 190 em 2023, com variações significativas entre as diferentes categorias diagnósticas (Quadro 4).

As doenças intestinais infecciosas, categorias A03, A04, A06-A09 demonstraram o aumento mais expressivo, com crescimento de 39,1% no período. Particularmente preocupante foi o incremento de 87% nos casos de shigelose e outras infecções bacterianas intestinais (A03-A04), que saltaram de 46 para 86 ocorrências. Conforme Massa; Filho (2020) o saneamento básico tem sido considerado um importante determinante ambiental de saúde. Este aumento pode estar relacionado a deficiências persistentes no saneamento básico em diversas regiões do país, conforme WHO (2014), a cada R\$ 1,00 investido em saneamento, resulta na economia de R\$ 4,00 (que seriam investidos em saúde corretiva). Importante destacar que o investimento em saneamento vai além da melhora na qualidade de vida da população, é também forma eficaz de prevenção pois existe uma forte relação entre infraestrutura sanitária e incidência de doenças diarreicas (DAMKE; PASINI, 2020).

Quadro 4. Frequência absoluta de óbitos atribuídos a doenças intestinais no estado de Maranhão entre os anos de 2020 a 2023.

| <b>Categoria CID-10</b>                                                                                                                               | <b>2020</b> | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> | <b>TOTAL</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| A03 Shigelose, A04 Outr infecc intestinais bacter                                                                                                     | 46          | 59          | 63          | 86          | 254          |
| A06 Amebíase, A07 Outr doenc intestinais p/protozoários, A08 Infecc intestinais virais outr e as NE, A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum | 87          | 81          | 97          | 100         | 365          |
| A00 Cólera, A01 Febres tifoide e paratifoide                                                                                                          | 1           | 0           | 0           | 1           | 2            |
| B76 Ancilostomíase, B77 Ascaridíase                                                                                                                   | 4           | 0           | 0           | 3           | 7            |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                          | <b>138</b>  | <b>140</b>  | <b>160</b>  | <b>190</b>  | <b>628</b>   |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

As infecções por protozoários, vírus e casos de gastroenterite (A06-A09) também apresentaram tendência ascendente, com crescimento de 14,9% no período. Este dado corrobora as observações da OMS (2014) sobre a importância do acesso à água potável para a prevenção de doenças intestinais infecciosas (PIOLI et al, 2016).

Em contraste, as parasitoses intestinais (B76-B77) mostraram redução significativa, caindo de 4 casos em 2020 para apenas 3 em 2023. Esta queda pode ser atribuída à eficácia da AB com diversos programas conforme observado por Amaral; Oliveira; Ramos (2017) em avaliação de intervenções em saúde pública.

Os dados revelam ainda a manutenção de baixíssima incidência de doenças como cólera e febres tifoide/paratifoide (A00-A01), com apenas 2 casos registrados de febre tifoide/paratifoide, em quatro anos, indicando a eficácia das medidas de vigilância sanitária para estas patologias. Nas últimas décadas, no Brasil, verificou-se uma tendência de declínio nas taxas de morbimortalidade por febre tifoide. Entre 1990 e 1999, foram confirmados por ano uma média de 1620 casos e 24 óbitos, e entre 2000 e 2009, a média anual de casos e de óbitos passou para 491 e 11, respectivamente. Conforme Brito et al. (2020).

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

### 4.2.1. Local de fala e descrição da entrevista

Na pesquisa qualitativa o conceito de *lugar de fala* (RIBEIRO, 2017), é fundamental visando responder algumas questões tais como: quem fala? de onde fala? qual é a com que

legitimidade discursiva? e, quais são os condicionantes sociais e institucionais? De acordo com Borland (2025), esse constructo teórico é essencial para decifrar as interações entre entrevistada e entrevistadora, considerando os marcadores de identidade que atravessam gênero, raça, classe e institucionalidade.

A entrevista realizada foi conduzida a partir da perspectiva de uma profissional de saúde, que atua diretamente nas necessidades locais da gestão pública. Seu local de fala se posiciona em um ponto de interseção entre governo/institucionalidade e a vivência cotidiana dos usuários do SUS. Tendo participado do processo de construção do Plano de DANT do estado do Maranhão, a entrevistada detém autoridade prática e concreta sobre os desafios do sistema de saúde, das dificuldades estruturais e da implementação normativa, o que lhe confere uma posição de fala derivada de sua experiência institucional e de gestão.

Certamente que seu lugar de fala também é atravessado pelos aspectos regionais (Maranhão, Nordeste), possivelmente de desigualdade socioeconômica e de recursos públicos mais escassos.

Todas estas peculiaridades na análise da entrevista exige uma atenção maior no momento da realização das perguntas norteadoras (apêndice A) e da análise dados.

Para a análise dos dados, a pesquisadora principal, elegeu quatro aspectos:

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

Por outro lado, a entrevistadora, enquanto pesquisadora, mestrande, acadêmica e mulher, ocupa um lugar de fala diferente. Ela traz consigo o olhar analítico, teórico, que conecta os discursos da entrevistada com literatura revisitada sobre as políticas públicas de saúde, ODS e Plano de DANT. Durante todo o processo, buscou evitar que sua formação acadêmica se transformasse em uma “autoridade discursiva” capaz de influenciar as respostas,

seja por meio da formulação das perguntas, seja por pressupor determinados conhecimentos da entrevistada.

Considerando que ambas, a entrevistada e a entrevistadora, são mulheres, brasileiras, nasceram e moram na Amazônia legal, reconhece-se que essa proximidade territorial e sociocultural pode ter favorecido maior conexão e compreensão recíproca durante a dinâmica da entrevista.

#### 4.2.2 Entrevista semiestruturada

Foi realizada entrevista *online* com duração de 2 horas e cinco minutos com início às 14:30 horas.

**Entrevistada:** Profissional de saúde do Estado (E)

**Perfil:** 50 anos; sendo duas décadas no serviço público, e menos de 15 anos na saúde; atuação na construção de programas relacionados às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

**Projetos Principais trabalhados:** Programa Vida no Trânsito (PVT, 2012–2021); Projeto Vida em Duas Rodas (desde 2015).

i) Programa Vida no Trânsito (PVT)

O “Programa Vida no Trânsito”, implantado no ano de 2012, focado em reduzir acidentes de trânsito.

Nesse projeto foi identificado que a maioria dos acidentes graves vinha de municípios do interior, com vítimas transferidas para a capital. Porque nós temos 217 municípios. E essas pessoas tinham os acidentes nos municípios e eram transferidos para São Luís. Por quê? Porque aqui tem a alta complexidade, né? Tem os hospitais, mas é como se essas pessoas eram transferidas para cá e a maioria era acidente de moto. Por conta de ser acidente de moto, a gente identificou isso no sistema e aí a gente criou esse projeto e com o destacamento do projeto maior, que vem do Ministério da Saúde, que é o BVT, e a gente fez o BVT em duas rodas. Eu trabalhei nele até 2021. em 23, 24, foi 23. Aí 24 eu saí da DANT e voltei pra comunicação novamente, que é dentro da minha secretaria adjunta, minha secretaria adjunta da política de saúde. Então eu trabalhei nesses projetos, trabalhei muitas outras coisas também, outros eixos dentro da DANT, né? Doenças e agravos não transmissíveis.

(E. 19 julho 2025).

O referido programa está atrelado a uma iniciativa desenvolvida pelo Ministério da Saúde, em parceria com estados e municípios, e se apresenta como a principal resposta do setor saúde aos desafios da ONU para a Década de Ações pela Segurança no Trânsito, cuja

meta é reduzir 50% dos óbitos por lesões de trânsito entre 2011 e 2020 e também para a meta 3.6 dos ODS (MS, 2025).

O PVT consiste em uma estratégia de governança e gestão intersetorial, desenvolvido em parceria com estados e municípios, em conjunto com atores do sistema de trânsito, transporte, segurança, infraestrutura, planejamento urbano, educação, organizações não governamentais, sociedades científicas e controle social. As principais contribuições do setor saúde, no projeto, são: o advocacy, que permite a efetivação de leis e a capacidade de mobilizar, envolver e aglutinar forças; a qualificação da informação para a ação de forma específica e oportuna; e a atenção integral e qualificada às vítimas, desde o atendimento pré-hospitalar até a reabilitação (MS, 2025, p. 1).

Ainda, no estado do Maranhão, o PVT tem como objetivos: Sensibilizar gestores municipais, profissionais de saúde e sociedade civil organizada quanto a importância das ações de enfrentamento aos Acidentes de Transporte Terrestre (ATT); Implantar o Sistema Estadual de Notificação de ATT; estabelecer parcerias intra e intersetoriais, para fortalecer as atividades de vigilância e prevenção aos ATT, entre outros (CONASS, 2021).

## ii) Projeto “Vida em Duas Rodas”,

Segundo a entrevistada *O referido projeto foi implantado em 2015, em São Luís, como um desdobramento do PVT, com foco em acidentes envolvendo motociclistas”.*

Lançado em São Luís, o projeto ganhou importância estadual e gradualmente está sendo implantado em outras cidades do estado como é o caso de Balsas, que se transformou em Lei.

Em 2016 o município de Pedreiras (MA) também lançou o projeto no auditório do Hotel San Pedro (Figura 7). O evento contou com a presença do representante da Vigilância Estadual de Saúde, gestora da Unidade Regional de Saúde; diretor da 7ª CIRETRAN, e representantes de outros municípios, sugerindo que a proposta está ganhando força dentro do Estado (PORTAL SANDRO VAGNER, 2016).



Figura 6. Imagem de notícia veiculada em mídia digital sobre o lançamento do projeto “vida em duas rodas” no município de Pedreiras.



Fonte: <https://sandrovagner.com.br/lancado-em-pedreiras-o-projeto-vida-em-duas-rodas/>

#### 4.2.3 Categorias Temáticas e Implicações Estratégicas para o Fortalecimento da Governabilidade no Plano DANT do Estado do Maranhão.

No Quadro 5, são apresentadas as categorias temáticas definidas nesta dissertação que propiciaram uma verificação das implicações para o Plano de DANT no estado de Maranhão. As falas convergem para consolidar capacidade institucional (pessoas, processos e dados) como base da governabilidade. Educação permanente, governança intersetorial e transformação digital compõem o núcleo das recomendações.

Quadro 5. Categorias temáticas, falas-chave e implicações para o plano de DANT do estado de Maranhão.

| <b>Tema/Categorias</b>     | <b>Fala-chave (resumo)</b>                                                | <b>Implicações para o Plano DANT</b>                                          |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Dados e subnotificação     | "Fichas incompletas geram subnotificação."                                | Qualificar registros e auditorias; decisões baseadas em dados confiáveis.     |
| Integração intersetorial   | "Saúde, trânsito e segurança não conversam o suficiente."                 | Fluxos formais e GTI com metas e monitoramento compartilhados                 |
| Desigualdades territoriais | "Territórios distantes e povos tradicionais exigem respostas diferentes." | Planejamento por vulnerabilidade; logística e arranjos regionais específicos. |
| Rotatividade e engajamento | "Troca de gestores/equipes exige capacitar tudo de                        | Institucionalizar processos e trilhas                                         |

|                           |                                                                    |                                                                             |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                           | novo."                                                             | formativas; memória organizacional.                                         |
| APS e acompanhamento      | "APS/ACS evitam agravamento e reduzem mortalidade."                | Reforçar equipes e linhas de cuidado; integrar vigilância e clínica na APS. |
| Violência e trânsito      | "Profissionais têm receio de notificar; não há sistema unificado." | Proteção ao notificador; integração DETRAN/PRF/saúde; prevenção.            |
| Saúde digital e avaliação | "Criamos equipe de monitoramento e usamos saúde digital."          | Painéis estaduais/regionais; uso ativo de dados para supervisão e apoio.    |
| Participação e governança | "É preciso convencer setores e sociedade a trabalhar junto."       | Governança cooperativa, conselhos e pactuações.                             |

Fonte: Autoria própria.

Na compreensão desta análise, foram identificados diversos temas relacionados com as políticas públicas, os quais estão descritos como uma “tabela resumo” dos resultados.

### **Fragilidade na coleta de dados, dificuldades no preenchimento de fichas e subnotificação**

De acordo com a entrevistada, *“Há Fragilidade na Coleta de Dados, pois há dificuldades no preenchimento adequado de fichas de atendimento, levando a subnotificação.”* Essa percepção encontra respaldo na literatura, um estudo qualitativo com profissionais no Brasil constatou que “a articulação entre níveis de atenção foi caracterizada como precária”, com falta de transferência de informação clínica entre os níveis assistenciais o que aponta para fragilidades nos sistemas de informação e coordenação (OLIVERIA et al, 2022). Certamente, que a subnotificação ou dados contaminados ou parcialmente preenchidos podem prejudicar o planejamento de políticas de saúde.

A fala da entrevistada aponta para um problema estrutural: não apenas a existência de dados, mas a qualidade desses dados (preenchimento, completude, consistência). Isso reflete um *gargalo de sistema*, quando as fichas de atendimento não são preenchidas corretamente, há subnotificação, o que implica que o plano de DANT está operando com uma base de evidência frágil que precisa ser melhorado. Certamente que no contexto da implementação do plano estadual, tal fragilidade compromete a capacidade de definir indicadores precisos, acompanhar metas e ajustar intervenções no território. Além disso, essa falha se alinha à

literatura que mostra que sistemas descentralizados ou fragmentados enfrentam dificuldade em garantir continuidade e qualidade de dados entre níveis de atenção (BOSQUAT et al, 2017). Ainda, o plano cita a criação do projeto piloto DONE pela SUPAST para o registro de acidentes, dada a ausência de notificação compulsória e o alto número de ocorrências no estado (MARANHÃO, 2024).

### **Falta de integração entre sistemas de saúde, trânsito e segurança pública**

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

No estudo de Vargas et al, (2016) sobre coordenação da atenção à saúde no Brasil, os autores apontaram como barreiras: fragmentação organizacional, sistemas de informação que não se comunicam, incentivos econômicos desalinhados. Também, em estudos de acesso à saúde e vigilância, a integração intersetorial (saúde mais trânsito mais segurança) é reconhecida como importante para agravos externos (violência, acidentes) mas pouco explorada. A fala da entrevistada identifica uma lacuna importante: ao tratar de doenças não transmissíveis e agravos externos (como acidentes de trânsito/violência) como previsto no plano de DANT do Maranhão (2024), há necessidade de que diferentes setores (saúde, trânsito, segurança pública) estejam integrados. A falta dessa integração significa que os dados de violência/acidente não fluem para o sistema de vigilância em saúde, fragilizando o monitoramento.

Assim, a percepção da entrevistada se alinha ao que a literatura aponta, uma barreira intersetorial real e reconhecida, fundamental para cumprimento das metas relativas a agravos externos.

### **Desigualdades regionais e populacionais (indígenas, quilombolas, ribeirinhas) e logística nos municípios distantes**

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

A pesquisadora Malta et al. (2016) mostra que no Brasil as DCNT são mais prevalentes em adultos com menor escolaridade e que há desigualdades regionais acentuadas.

Em outro estudo qualitativo sobre atenção primária, foi indicado que equipes de saúde enfrentam dificuldades de acesso, infraestrutura e logística em áreas mais remotas, gerando desigualdades no cuidado (OLIVEIRA et al. 2022).

A fala da entrevistada evidencia que o contexto de equidade/distribuição territorial e populacional: não é apenas “todos os municípios iguais”, mas há realidades diferenciadas, como: indígenas, quilombolas, ribeirinhas, além de localização geográfica de municípios longínquos, que tornam o acesso e a implementação mais complexos quando se consideram os fatores de risco para DANT, como aponta Meller et al. (2022), entre fatores e comportamento de risco para as DANT estão: o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, a prática insuficiente de atividade física, o excesso de peso, o consumo regular de refrigerante o suco artificial e o consumo não regular de frutas, legumes e verduras em homens, em jovens na faixa etária de 18 a 29 anos, entre pretos e pardos, e entre pessoas com baixa escolaridade.

Na implementação de um plano estadual de DANT, essas desigualdades implicam na necessidade de adaptações específicas, como a entrevistada menciona mais adiante, e estratégias logísticas diferenciadas. Certamente que há necessidade que um “Plano Estadual” dificilmente se adequa às realidades locais sem essas adaptações. Esse reconhecimento da entrevistada mostra uma boa consciência da equipe executora do Plano Estadual de DANT do Maranhão, sobre a necessidade de equidade.

### **Alta rotatividade de gestores e profissionais, dificuldade em engajar outros setores, resistência de gestores à saúde coletiva**

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

O estudo sobre práticas de cuidado de DCNT em atenção primária mostrou que “alta rotatividade entre equipes” foi apontada como obstáculo à integralidade e continuidade do cuidado (OLIVEIRA et al, 2016). Ainda, em estudo realizado por Bosquat et al. (2017), sobre coordenação de cuidados, a instabilidade das redes e contratos precários foram identificados como barreiras à implementação de modelos de atenção em rede.

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

Para além disso, a resistência ou falta de sensibilização de gestores de outros setores reitera que a intersectorialidade (já apontada acima) não se dá automaticamente. Requer liderança, conscientização, articulação política. Isso sugere que o plano não só precisa de estratégias técnicas, mas de estratégias de governança, mobilização e liderança.

### **Descrição da participação da entrevistada no processo de elaboração e articulação com múltiplos departamentos**

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

Na literatura sobre elaboração de políticas de saúde, a co-construção com múltiplos atores (vigilância, atenção primária, atenção especializada) é vista como prática promissora para melhorar relevância e implementação. Por exemplo, o estudo de cuidados de DCNT realizado por Oliveira et al. (2022), salienta a importância da “equipa integrada” e da articulação de diferentes níveis de atenção.

A entrevistada está destacando que houve articulação entre diferentes níveis e setores (vigilância em saúde, atenção primária, rede de alta complexidade), o que é um ponto positivo, já que permite visibilidade dos fluxos de pacientes, das necessidades epidemiológicas, das ações de prevenção até tratamento. Essa participação ativa sugere que o processo de construção do plano de DANT do Maranhão teve um caráter participativo técnico, o que eleva as chances de pertinência local. No entanto, a entrevistada também aponta os desafios dessa articulação, portanto, esse envolvimento certamente não elimina os obstáculos, mas sim os reduz.

Nesse sentido, Pintaui (2004, p. 170), ao analisar a participação da população na Democracia, afirma que é uma nova forma de governar

Implica a existência de um Estado que não apenas reconhece os direitos de seus cidadãos, mas divide com eles o poder de estabelecer critérios para as políticas públicas. A participação cidadã subentende, portanto, cidadãos informados e participantes, influenciando na formulação e no encaminhamento dessas políticas. Por sua vez, o poder público deve ser plenamente transparente, seus propósitos e ações deve ser explícito. A clareza de objetivos torna as decisões mais viáveis (2004, p. 170).

Nesse contexto, verifica-se que o processo de construção cidadã está associada à participação social (ALMEIDA; ROCHA; ROCHA, 2018).

### **Utilização de dados oficiais para identificação de necessidades da população (UBS, cadastramento, amostragem)**

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

A PNS mostra que pessoas com DCNT utilizam mais serviços de saúde e que a educação e plano de saúde influenciam esse acesso (Malta et al, 2017). Outro estudo qualitativo destacou que práticas como “busca ativa” e cadastro territorial são fundamentais para o seguimento de DCNT (OLIVEIRA et al, 2022).

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

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

### **Prioridade em indicadores de mortalidade, agravo e acompanhamento próximo por Atenção Primária à Saúde mais Agentes Comunitários de Saúde**

Para a entrevistada, *“A maioria foi a mortalidade e aquelas complicações com a doença ... esse paciente não chega a agravar ... acompanhamento mais de perto da equipe de estratégia de saúde da família juntamente com os agentes de saúde...”*

Conforme mencionado acima, DCNT estão associadas a maior uso de serviços de saúde, maior hospitalização, e a escolaridade/insegurança social agravam os resultados (Malta et al, 2017). A literatura destaca que a equipe de atenção primária (e agentes comunitários) são pilares no cuidado contínuo e prevenção de agravos das DCNT (OLIVEIRA et al, 2022). A centralidade da APS/ESF é um pilar do plano para o cuidado integral. De acordo com Vanzella (2020), considerando o processo de transição demográfica e epidemiológica, torna-se necessário estabelecer serviços e programas de saúde capazes de lidar com as demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do país. Assim, a integração dos serviços de Vigilância em Saúde, da APS e da Rede de Atenção à Saúde é fundamenta para o cuidado integral e longitudinal dos usuários de doenças crônicas.

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

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

### **Reconhecimento de que as DCNT são as principais causas de óbito no estado, similar ao cenário nacional**

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

O estudo de Malta et al. (2016) mostra que 45% dos adultos no Brasil declararam ao menos uma DCNT, e que essas ocorrem com maior prevalência em grupos vulneráveis. A análise da PNS também indica que portadores de DCNT utilizam mais serviços e têm pior prognóstico.

A entrevistada está alinhada à evidência macro: as DCNT ocupam de fato lugar central nas causas de óbito, inclusive no Brasil. Ao reconhecer isso, ela reforça a pertinência de um plano estatal de DANT que priorize essas doenças.

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

### **Violência, mulheres e idosas como principais vítimas, alcoolismo/drogas como fatores ligados**

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

O plano estadual menciona que a violência “acometem principalmente populações vulneráveis, de baixa escolaridade, baixa renda, jovens, negros e mulheres”. (MARANHÃO, 2024). A literatura sobre agravos externos e violência mostra que grupos vulneráveis: mulheres, jovens, comunidades de baixa renda têm maior risco (BARROS, 2016)

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

### **Mapeamento das desigualdades regionais/populacionais via política de equidade**

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

A pesquisa de Barros (2016) destaca que o Brasil continua a ter forte gradiente social nas DCNT, pessoas com menor escolaridade ou em regiões mais vulneráveis têm maior



prevalência. Em um contexto metodológico, o índice GeoSES (VIZEU BARROZO et al. 2019) busca sistematizar contexto socioeconômico para estudos de saúde no Brasil.

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

Também evidencia que em contextos como o Maranhão, com muitos municípios rurais/distantes, populações indígenas/quilombolas, é imprescindível que o plano diferencie estratégias conforme território/população, ao invés de uma abordagem homogênea.

### **Alinhamento ao plano nacional de DANT e aos ODS (Agenda 2030)**

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

O plano nacional de DCNT e diversas estratégias da *Organização Mundial da Saúde* (OMS) reforçam que as DCNT devem ser integradas à agenda de desenvolvimento (ODS) (CRUZ et al, 2024). O alinhamento político é bem documentado. Em termos de literatura sobre política de saúde, a integração entre agendas de saúde e agendas de desenvolvimento é reconhecida como estratégica para potencializar resultados.

A entrevistada demonstra que o plano estadual de DANT de Maranhão, não está isolado, mas sim inserido em uma estrutura mais ampla (plano nacional de DANT e ODS). Isso é positivo porque permite trazer legitimação, financiamento, visibilidade internacional e nacional. Entretanto, a adoção de uma agenda macro exige que as adaptações locais, anteriormente comentadas, sejam feitas para que não se transforme apenas em “copiar-colar” diretrizes nacionais, mas em contextualizar para o estado do Maranhão.

### **Participação da sociedade civil e de outros setores no desenvolvimento do plano**

De acordo com a entrevistada, *“Solicitamos ... o Conselho Estadual de Saúde, ... o conselho dos secretários municipais de saúde, ... a sociedade civil organizada ... para que a gente possa realmente estar entendendo o que está acontecendo no território”*

Na discussão sobre participação cidadã e políticas públicas, Pintaudi (2004) assinala que “a participação cidadã implica que o Estado dívida com os cidadãos o poder de estabelecer critérios para as políticas públicas”. Também, literaturas sobre implementação de políticas de saúde indicam que a governança participativa contribui para maior legitimidade e sustentabilidade dos programas. O relato mostra um esforço real de governança participativa: o envolvimento de conselhos, secretarias municipais, sociedade civil. Isso tende a favorecer o envolvimento no território local do plano, o que pode mitigar barreiras de continuidade e adesão.

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

### **Principais desafios da articulação intersetorial**

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

O estudo de Bosquat et al. (2017) apontou que nos sistemas brasileiros há incentivos econômicos de circulação, fragmentação das redes, e resistência à coordenação entre níveis de atenção. A literatura geral de políticas intersetoriais também reforça que “saúde em todas as políticas” demanda negociação, sensibilização, compromisso político.

A entrevistada está explicitando uma barreira política/institucional: a intersectorialidade não surge automaticamente. A saúde pública, para evitar DCNT ou agravos externos, depende de trânsito, educação, segurança, infraestrutura, etc. Mas os outros setores podem não perceber que têm papel ou podem achar que “isso é problema da saúde”.

Ao ter que acionar gestores “de cima para baixo”, mostra que a articulação se apoiou em comando executivo/gestão para “forçar” ou “incentivar” outros setores a participar, o que pode ser uma estratégia pragmática, mas evidencia que não houve engajamento espontâneo ou autônomo. Esse desafio é consistente com a literatura sobre cooperação interinstitucional.

### **Sobre a menção ao programa estadual Programa Cuidar de Todos**

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

A inserção desse programa novo revela que os atores estaduais percebem uma lacuna no plano oficial de DANT do Maranhão e buscam um mecanismo adicional: “*o Programa Cuidar de Todos ... doará equipamentos para as 2.461 Unidades de Saúde da Família ... e 2.503 equipes ...*” (Maranhão, 2024). Essa informação pode ser vista nesta dissertação como “*dado emergente*”, isto é, algo que não estava previsto no Plano estadual de DANT, mas que os atores organizacionais consideram relevante para a implementação. Isso sugere que a implementação de políticas de DANT não se esgota no documento-plano, mas depende de programas complementares e de articulação federativa. Mais ainda, o fato de a entrevistada citar “*treinamentos ... multiplicadores*” e “*ir aos municípios-sede*” como estratégia prática indica que o plano formal encontra reforços operacionais no programa novo, o que poderá ter impacto tanto nos recursos estruturais (equipamentos) quanto nas capacidades humanas e de gestão.

A literatura sobre APS no Brasil aponta que, embora existam políticas bem definidas, há desigualdades regionais, lacunas de acesso e dificuldades de estrutura que comprometem o funcionamento das equipes. Por exemplo, o estudo da OECD (2016) destaca apesar desse progresso, a atenção primária à saúde no Brasil não está funcionando de forma eficaz. Há desigualdades marcantes no acesso e na qualidade do atendimento.

Assim, a implementação de programas como o “Cuidar de Todos” pode ser interpretada como uma resposta a essas desigualdades e lacunas, procurando reforçar a estrutura e o suporte técnico/gerencial da APS e da vigilância de DANT.

De acordo com Maranhão (2025)

O Programa Cuidar de Todos, lançado em 2023, reforça o fortalecimento do municipalismo no estado, visando apoiar o desenvolvimento da atenção em saúde. É gerenciado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) e regulamentado por lei. Este programa doará equipamentos para as 2.461 Unidades de Saúde da Família (USF) e 2.503 equipes de Saúde da Família (eSF), a fim de melhorar a estrutura destes dispositivos nos seus respectivos municípios e consequentemente apoiar no desempenho dos indicadores prioritários.  
<https://cuidardetodos.saude.ma.gov.br/>

O referido projeto está alinhado aos ODS que como diretriz maior “não deixar ninguém para trás” (BRASIL, 2018).

Além disso, programas que combinam estrutura, equipamentos, capacitação (treinamento) e articulação municipal-estadual encontram eco em abordagens de fortalecimento organizacional em saúde que ressaltam a importância de mecanismos de governança, financiamento e monitoramento contínuo (ALMEIDA et al., 2022). Essa menção abre caminho para explorar como os atores percebem o papel do Estado no suporte aos municípios, especialmente na dimensão de “capacidade de implementação” do plano de DANT.

### **Sobre a estratégia de “treinamentos com multiplicadores” e a implementação por regionais**

A entrevistada afirma que *“Nós temos aqui no estado 18 regionais de saúde ... cada regional ... a equipe da DANT vai para um município-sede, chama esses outros municípios ... num treinamento para aquelas pessoas ... para que eles possam ser multiplicadores”*.

Esse trecho revela uma estrutura de cascata de capacitação: treinamento de representantes em sede regional, esses representantes repassam para outros municípios que serão multiplicadores. A estratégia atende de forma explícita à necessidade de difundir conhecimento, padronizar ações e descentralizar o plano para os municípios, o que é coerente com o princípio da APS de estar próxima ao território.

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

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

A literatura destaca que a capacitação e participação de profissionais de nível local são fatores importantes para a eficácia da APS e da vigilância em saúde. Por exemplo, estudo realizado do estado do Ceará mostrou que o conceito de avaliação é pouco compreendido e

sofre desgaste durante o processo de implementação das atividades no âmbito da APS (OLIVEIRA et al., 2016)

Conforme discutido em Figueiredo et al. (2022), a APS é uma política considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das ações e serviços. Dentre os objetivos centrais propostos na Política tem-se: i) garantir acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde e ii) promover ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com base na integralidade do cuidado (GIOVANELLA; FURTADO; ALMEIDA, 2021). Ainda, de acordo com Sellera et al. (2020, p. 1402) “a APS é capaz de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de uma comunidade, com uso de densidade tecnológica adequada e evitando intervenções desnecessárias, garantindo maior segurança ao paciente”.

### **Sobre o sistema de monitoramento e avaliação com “Saúde Digital”**

A entrevistada relata que *“Nós temos duas equipes ... equipe de treinamentos e equipe de monitorar e avaliar ... visitas técnicas ... agora temos uma gerência ... sobre a saúde digital... dados nossos do Estado ... para monitorar ... a coletar esses dados ... e colocá-los de forma que nós no Estado possamos ter acesso ...”*

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

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

DANT e as desigualdades, é necessário fortalecer a APS, incluindo a transformação digital da atenção primária à saúde (OECD, 2016).

Esses achados sugerem que a implementação de sistemas digitais de monitoramento é uma tendência internacional e nacionalmente apontada como estratégia para melhorar a eficácia da APS, especialmente no contexto de doenças crônicas. Por outro lado, como a pesquisa qualitativa em APS mostra, o simples fato de existir um sistema não garante seu uso efetivo, há desafios em termos de cultura organizacional, formação, recursos humanos, etc (ARAÚJO RIBEIRO; SCATENA, 2019)

De acordo com Sella et al. (2020, p. 1403), considerando experiências no mundo e considerando a complexidade da APS, sugerem que o monitoramento e avaliação deve ser baseada em “um processo (1) contínuo, (2) de aplicação simples, (3) mais transparente, (4) de complexidade gradual e progressiva, (5) alinhado às melhores experiências internacionais e (6) centrado nas necessidades das pessoas”.

### **Sobre os indicadores/ metas desafiadoras: violência interpessoal/auto-provocada e violência no trânsito**

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

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

Esse diagnóstico empírico sugere que, apesar de existir um plano formal com metas para essas áreas (MARANHÃO, 2024), na prática há um grande abismo entre meta e condição operacional. Do ponto de vista da teoria de implementação, esse tipo de desafio

revela tanto questões de estrutura, ausência de sistema integrado, por exemplo, quanto de processo, capacitação, medo de notificar, cultura organizacional, e de contexto com relação à multiplicidade de atores envolvidos.

Em termos de significados, a fala da entrevistada revela uma narrativa de responsabilidade da APS quando diz “*a saúde paga a conta*”, que também mostra frustração com limitações do sistema. Esse tipo de discurso pode revelar tensão entre a expectativa de intervenção e as barreiras práticas. A avaliação da APS no Brasil mostra que a qualidade da APS está associada à redução de hospitalizações por condições sensíveis (CASTRO, 2020), o que implica que o fortalecimento da APS e da vigilância podem contribuir para agravos como as DANT.

Quanto à avaliação e monitoramento, a pesquisa qualitativa realizada no Ceará mostrou que, o conceito de avaliação é pouco compreendido entre os profissionais da saúde e pelos gestores, o que pode explicar parte da dificuldade apontada pela entrevistada (OLIVEIRA et al., 2016). No âmbito intersetorial, a literatura aponta que para enfrentar agravos como violência, incluindo o trânsito, é necessária articulação entre saúde, segurança, trânsito, que muitas vezes encontra dificuldades institucionais e de dados.

Importante destacar que os profissionais que atuam diretamente no atendimento às vítimas da violência precisam compreender o fenômeno de forma holística, somado a uma abordagem que valorize as queixas e anseios, e não apenas as marcas visíveis causadas pelas lesões físicas, dessa forma qualificando o cuidado em suas diversas dimensões (ALCANTARA et al., 2023).

### **Sobre os desafios na construção do plano estadual: parcerias e atores diversos**

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

Essa fala coloca em evidência a dimensão de governança e de articulação intersetorial/institucional na elaboração de políticas de DANT. A colaboração é vista como indispensável, porém difícil. Em termos qualitativos, revela que embora o documento do plano declare que foi “*construída coletivamente, de forma integrada, compartilhada e pactuada*” (MARANHÃO, 2024), na prática essa construção exige esforço, negociação e sensibilização de atores. A entrevistada refere-se à necessidade de fazer com que “*as pessoas*

*compreendam*” o que implica um trabalho de comunicação e mudança de cultura institucional. Essa percepção abre espaço para examinar as dinâmicas de poder, as resistências institucionais, as diferentes prioridades dos atores, gestores municipais, estaduais, equipes técnicas, comunidade, e como elas afetam o processo de planejamento.

A literatura sobre avaliação participativa em saúde ressalta que métodos participativos podem fortalecer o engajamento e a relevância local, mas enfrentam limites quanto à continuidade, ao poder real de decisão dos participantes e à institucionalização (RIBEIRO; SCATENA, 2019). O estudo realizado por Dourado; Tanaka (2016) destaca justamente que, embora a metodologia participativa favoreça a compreensão do sistema, ela enfrenta limites de uso para suporte à gestão municipal. Portanto, a percepção da entrevistada está em consonância com a literatura que aponta que o planejamento integrado e a colaboração interinstitucional são desejáveis, mas complexos de implementar.

De acordo com Silva (2024), quando o poder público elabora Planos de Saúde, diversos fatores podem interferir no seu planejamento, como diferenças geográficas, demográficas, estruturais e de recursos humanos. Por isso, esses aspectos resultam necessariamente em demandas diferentes, exigindo que tais documentos/instrumentos levem em consideração, de maneira sensível às especificidades locais.

A entrevistada reitera que o maior desafio foi estabelecer parcerias e fazer com que todos os "atores" compreendessem a necessidade de trabalhar juntos. O plano, ao descrever seu processo de elaboração como "construída coletivamente, de forma integrada, compartilhada e pactuada" e com a formação de um "Grupo de Trabalho", reflete a aspiração e a estrutura para essa colaboração (MARANHÃO, 2024), que a entrevistada confirma ter sido um desafio prático de implementação.

De acordo com Silva (2024), quando o poder público elabora Planos de Saúde, diversos fatores podem interferir no seu planejamento, como diferenças geográficas, demográficas, estruturais e de recursos humanos. Por isso, esses aspectos resultam necessariamente em demandas diferentes, exigindo que tais documentos/instrumentos levem em consideração, de maneira sensível às especificidades locais.

Dessa forma, o plano de DANT do Maranhão, evidencia a integralidade como princípio norteador do SUS, que busca promover a integração dos serviços por meio de redes assistenciais, mediante o uso de práticas humanizadas, a fim de garantir ao usuário acessibilidade, resolubilidade e/ou encaminhamentos necessários (ALCANTARA et al., 2023)



### **Sobre lições aprendidas: trabalho em equipe, visibilidade dos profissionais**

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

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

Embora na literatura sobre APS no Brasil costuma enfatizar aspectos estruturais e tecnológicos, cada vez mais destaca a importância de recursos humanos, vínculo profissional, formação, equipe multiprofissional e continuidade como aponta Carvalho et al. (2022). No trabalho realizado por Silva et al. (2024), os fatores como formação e vínculo estatutário foram predominantes como correlatos de melhor desempenho da APS. Assim, a ênfase da entrevistada em *“ser visto”* e *“trabalhar em equipe”* acompanha esses achados de que a implementação eficaz de políticas de APS/DANT depende da motivação e do fortalecimento das equipes.

### **Sobre os próximos passos: fortalecimento de vínculos frente à rotatividade de gestões**

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

Como pode ser percebido, essa fala evidencia uma questão frequentemente negligenciada: a rotatividade institucional e política e seu impacto sobre a continuidade de políticas de saúde. A entrevistada reconhece que, embora o plano e a estratégia estejam em curso, a mudança de gestores e equipes municipais pode fragilizar a implementação, exigindo constante re-treinamento e sensibilização. Em termos de significado, ela coloca a

impermanência como um fator de fragilidade, o que coloca em evidência a necessidade de institucionalizar os processos, não depender apenas de indivíduos ou gestões específicas.

A literatura de políticas de saúde enfatiza que a descentralização no Brasil (municipalização) traz benefícios de proximidade, mas também vulnerabilidades, especialmente quando há trocas frequentes de gestão ou falta de institucionalização de processos (BRASIL, 2017). A avaliação da APS no Brasil também aponta que pequenos municípios enfrentam maior ineficiência em ações e resultados de APS, o que pode estar correlacionado com rotatividade de pessoal, recursos humanos limitados e instabilidade (MACHADO; GUIM, 2017)

### **Sobre transversalidade: APS, vigilância, promoção da saúde, política de educação permanente e meio ambiente**

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

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

Em termos qualitativos, tal reconhecimento pode ser codificado como *“consciência de determinantes sociais e territoriais”* ou *“visão integral do cuidado em saúde”*. Também expressa um ideal de acesso e equidade *“saúde pública de qualidade para a população ... estamos levando ... para quem realmente precisa”*. A abordagem de APS como porta de entrada e centro de coordenação da rede de atenção (GIOVANELLA; FURTADO; ALMEIDA, 2021) reforça essa dimensão de integralidade, promoção e prevenção. A revisão sobre integralidade na APS mostra que há ainda baixo grau de orientação à integralidade nos serviços prestados e disponíveis, o que sugere que esse ideal da entrevistada ainda está em construção no terreno (PAHO, 2019) Analogamente, o relatório da OECD salienta que o enfrentamento de DANT no Brasil exige não apenas ação clínica, mas prevenção,

rastreamento, promoção de estilos de vida, integração de dados e atuação sobre determinantes sociais (OECD, 2016).

A entrevistada considera a transversalidade fundamental para uma população diversificada, garantindo o acesso ao SUS e fomentando a colaboração de mais pessoas na saúde pública, especialmente através da promoção da saúde pelas equipes de Saúde da Família no território. Segundo (MARANHÃO, 2024), no plano a "Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)" é tida como base do mesmo e tem a "Promoção em Saúde" como um de seus eixos estratégicos, com ações que envolvem a APS/ESF e diversos outros setores.

No âmbito federal, as ações organizadas visando atender a Política Nacional de Promoção da Saúde, segundo Malta et al. (2018) incluem: i) combate ao tabagismo; ii) combate ao uso abusivo de álcool e outras drogas; iii) a promoção da mobilidade segura, no Brasil merece destaque o Projeto Vida no Trânsito (PVT), já sendo trabalhado no Maranhão conforme a entrevistada iv) a alimentação adequada; v) promoção a atividades físicas; vi) incentivo a uma cultura de paz e de respeito aos direitos humanos e vii) o desenvolvimento sustentável.

Importante assinalar que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) busca romper com modelos lineares de educação de cunho epistemológico cartesiano (DESCARTES, 1997), e dessa forma, incentivando uma abordagem interprofissional que valoriza a colaboração entre diferentes categorias de profissionais. Portanto, a EPS não deve ser apenas um instrumento de cunho pedagógico, mas, pode ser entendido como um "complexo sistema que tem início com o processo de trabalho em saúde, com as equipes nos serviços, integrando diferentes atores nessa discussão" (Figueiredo et al., 2022). Isto é, a política busca incentivar a transformação de práticas de saúde, promovendo o cuidado integral, de forma multiprofissional e seguindo os princípios da humanização, dessa forma focando principalmente no compromisso com a melhoria contínua dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde do Brasil.

A Política Nacional de Atenção Básica PNAB, aos fortalecer a ESF como modelo prioritário da APS e ampliar o acesso por meio de equipes de Atenção Básica (AB) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), busca integrar os diferentes níveis de complexidade da rede de atenção à saúde, segundo os princípios basilares de: universalidade, integralidade, equidade, e orientação comunitária. Para Gualhano; Minayo (2024), em dezembro de 2023, o

país atingiu 50.804, distribuídas em 36.590 Unidades Básicas em 99,17% dos municípios brasileiros, dessa forma universalizando o acesso aos serviços para os cidadãos brasileiros.

Dessa forma, a PNAB é um marco para a organização e consolidação da APS no Brasil, promovendo saúde em territórios de forma mais próxima e acessível à população, e fortalecendo a lógica de redes integradas de cuidado. Tem como impactos previstos a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de APS bem como a redução de desigualdades regionais e fortalecimento do SUS como um todo (BRASIL, 2017a).

A operacionalização da PNVS ainda enfrenta obstáculos, entre eles a necessidade de articulação entre diversos setores e a adaptação às realidades regionais do Brasil. De acordo com Garcia; Duarte (2018), é fundamental que as políticas públicas sejam fundamentadas em evidências científicas. Além disso, recursos metodológicos como análises espaciais e séries temporais são apontados como instrumentos relevantes para o aprimoramento da vigilância em saúde (GUIMARÃES et al., 2017; TEIXEIRA, 2019).

O êxito da PNVS depende diretamente do fortalecimento do SUS (OKUMOTO; BRITO; GARCIA, 2018), o que requer financiamento estável e contínuo. Também é essencial estimular a participação ativa da população nos processos de monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde, fortalecendo o controle social e a transparência na gestão pública.

#### **Síntese da análise da entrevista:**

A entrevistada descreve a implementação das ações de DANT no Maranhão, destacando o PVT e o Vida em Duas Rodas. Aponta a centralidade da APS/ACS, educação permanente e articulação intersetorial para resultados sustentáveis. Aponta como dificuldades e gargalos: subnotificação e baixa qualidade dos dados, integração insuficiente entre saúde, trânsito e segurança, rotatividade de gestores/equipes e desigualdades territoriais. Entende, que tais fatores limitam governabilidade e capacidade institucional.

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

### 4.3 - Triangulação Metodológica

A triangulação metodológica permitiu o entrecruzamento entre os dados quantitativos (indicadores epidemiológicos e socioeconômicos) e os qualitativos (Análise da fala da entrevistada) garantindo uma compreensão ampliada do fenômeno estudado. A implementação das políticas de enfrentamento das DANT no Estado. Essa abordagem foi essencial para capturar tanto as tendências mensuráveis quanto as dimensões subjetivas e organizacionais das políticas públicas em saúde.

#### 4.3.1 - Dimensão Quantitativa: evidências epidemiológicas e estruturais

Os indicadores de saúde analisados entre 2020 e 2023 revelaram avanços pontuais no Maranhão. Acesso à água potável: aumento de 88,5% para 93,3% da população (ODS 6.1). Partos assistidos por profissionais qualificados: elevação de 92,2% para 98,7% (ODS 3.1.2). Redução da fecundidade adolescente: de 69 para 58 nascimentos/1.000 meninas de 15 a 19 anos (ODS 3.7.2).

Contudo, persistem indicadores críticos. Mortalidade materna: 86 óbitos por 100 mil nascidos vivos (meta ODS  $\leq 70$ ). Mortalidade por doenças crônicas (30–69 anos): acima da média nacional. Taxas de homicídios e violências contra mulheres: entre as mais elevadas da região Nordeste (ODS 5.2 e 16.1).

Esses resultados quantitativos demonstram que, embora existam avanços técnicos e setoriais, o estado ainda enfrenta gargalos estruturais de infraestrutura, financiamento e gestão intersetorial. Os dados apontam uma disjunção entre metas globais e capacidade local de execução, refletindo as desigualdades regionais.

#### 4.3.2 -Dimensão Qualitativa: percepções institucionais e experiências de implementação

A análise da entrevista revelou percepções alinhadas com os desafios apontados pelos indicadores.

As falas destacam:

*“Ainda temos uma dificuldade de articular vigilância e atenção básica. Cada setor trabalha com suas próprias metas, o que fragmenta a execução do plano.”* (E1)

*“A gente percebe avanço quando há formação e acompanhamento técnico dos municípios, mas o rodízio de gestores e a descontinuidade política prejudicam muito.”* (E1)

*“O Plano DANT está no papel, mas sua operacionalização depende de recursos humanos e financeiros que nem sempre estão disponíveis.” (E1)*

Essas declarações evidenciam limitações institucionais e organizacionais, especialmente na coordenação federativa e na sustentação dos processos formativos e de monitoramento.

Observa-se a valorização do papel das formações realizadas pelo projeto Ampliado, mas também o reconhecimento de que os avanços são mais simbólicos do que estruturais.

#### 4.3.3 -Integração dos resultados: complementaridade e convergência

A triangulação dos dados revela três eixos de convergência: evidências quantitativas, evidências qualitativas e a síntese integrativa. Os quais estão descritos desenhados no quadro 6:

Quadro 6. Síntese da triangulação dos dados: eixos de convergência entre evidências quantitativas, qualitativas e integrativas

| <b>Eixo de convergência</b>       | <b>Evidência quantitativa</b>                                      | <b>Evidência qualitativa</b>                                                 | <b>Síntese integrada</b>                                                                               |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Articulação intersectorial frágil | Persistência de taxas elevadas de mortalidade por DANT e violência | <i>“Cada setor trabalha com suas próprias metas” (E1)</i>                    | A fragmentação institucional impede respostas integradas às metas do Plano DANT e dos ODS.             |
| Capacitação e educação permanente | Avanço em indicadores específicos após formações técnicas          | <i>“Percebe-se avanço quando há formação e acompanhamento técnico” (E1)</i>  | A educação permanente mostra-se fator de impacto positivo, embora dependente da continuidade política. |
| Desigualdades estruturais         | Indicadores críticos em mortalidade materna e violência de gênero  | <i>“Os recursos humanos e financeiros nem sempre estão disponíveis” (E1)</i> | A insuficiência de recursos e a vulnerabilidade social comprometem a efetividade das                   |

|  |  |  |                     |
|--|--|--|---------------------|
|  |  |  | políticas públicas. |
|--|--|--|---------------------|

Fonte: elaboração própria.

A leitura transversal demonstra convergência entre os dados: os números confirmam empiricamente as percepções institucionais, e as narrativas qualitativas conferem sentido humano e operacional aos indicadores.

Enquanto os dados numéricos indicam “onde” e “quanto” o problema ocorre, os relatos qualitativos explicam “por que” e “como” tais desigualdades persistem. Essa interdependência reforça o potencial da triangulação como estratégia de validação interna e de aprimoramento das políticas públicas.

#### 4.3.4 Síntese interpretativa

A análise integrada evidencia que a efetividade das políticas de DANT no Maranhão depende de condições estruturais, formação continuada e governança cooperativa entre vigilância, atenção primária e setores correlatos (educação, meio ambiente, assistência social). Os dados quantitativos revelam avanços técnicos, mas a sustentação desses resultados é frágil sem um arranjo intersetorial sólido. Por outro lado, as percepções qualitativas apontam que as mudanças institucionais são lentas e desiguais, variando conforme o engajamento das equipes e o apoio técnico-financeiro.

A triangulação confirma que a política pública de enfrentamento das DANT, embora estruturada nacionalmente, encontra barreiras locais de operacionalização, especialmente nos contextos de vulnerabilidade territorial e de rotatividade administrativa. Assim, a conjugação dos métodos reforça a necessidade de abordagens integradas, sistêmicas e sustentáveis, que transcendam o monitoramento de indicadores e se concentrem na gestão participativa e na promoção da saúde com base nos princípios dos ODS.

A complementaridade entre os métodos qualitativo e quantitativo reafirma o princípio da integralidade da avaliação em saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e pela Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). A triangulação, portanto, não apenas confirma os resultados, mas revela os nexos causais entre indicadores e práticas institucionais, tornando-se um instrumento analítico potente para subsidiar o planejamento e o aprimoramento das políticas públicas de saúde no estado.

Importante nesta análise estabelecer a relação entre governabilidade e capacidade institucional.

#### *4.3.4.1 - Governabilidade e Capacidade Institucional.*

A governabilidade e a capacidade institucional são dimensões interdependentes na efetividade das políticas públicas de saúde. A governabilidade traduz as condições políticas e estratégicas necessárias para conduzir o sistema, enquanto a capacidade institucional corresponde aos recursos, processos e competências administrativas que permitem transformar decisões em ações concretas.

O estudo de Santos et al. (2020b), sobre o Programa Saúde na Escola (PSE), reforça que a capacidade institucional está diretamente ligada à existência de mecanismos de monitoramento, apoio técnico e articulação intersetorial, elementos também centrais no Plano DANT. No Maranhão, os achados indicam que, embora haja avanços em alguns indicadores, a baixa integração entre setores e a ausência de mecanismos estáveis de coordenação reduzem a governabilidade e limitam o alcance das políticas.

Tanto no PSE quanto no Plano DANT, observa-se que a formação continuada dos profissionais e o fortalecimento dos Grupos de Trabalho Intersectoriais (GTI) aumentam a governabilidade ao criarem fluxos de comunicação e tomada de decisão mais colaborativos. Entretanto, a fragilidade administrativa e a descontinuidade de gestores comprometem a sustentabilidade institucional.

Assim, a capacidade institucional, entendida como a competência técnica, organizacional e de liderança das instituições públicas, constitui a base para a governabilidade democrática e participativa. Quando os mecanismos institucionais funcionam de forma integrada há, maior coerência entre os objetivos estratégicos e a execução das ações. Por outro lado, a ausência de infraestrutura adequada, a rotatividade de equipes e a falta de incentivos à qualificação reduzem o poder de decisão e de resposta do Estado.

Fortalecer a capacidade institucional implica ampliar a governabilidade, pois cria as condições materiais e humanas para uma gestão eficaz. A governança pública em saúde exige equilíbrio entre liderança política e capacidade técnica, assegurando que a formulação de políticas se traduza em ações efetivas e sustentáveis. Essa relação é vital para o êxito das políticas de enfrentamento das DANT e dos ODS na região da Amazônia Legal, particularmente em contextos de vulnerabilidade social e desigualdade territorial.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

Metodologicamente, o estudo avança ao empregar a triangulação de dados como instrumento de análise avaliativa, demonstrando que a combinação entre indicadores quantitativos e narrativas qualitativas oferece uma leitura mais precisa da realidade institucional e de suas dinâmicas de poder.

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

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

No que diz respeito às estratégias e ações intersetoriais, foi possível verificar a existência de iniciativas de integração entre atenção primária, vigilância em saúde e políticas

correlatas, bem como articulações com os ODS. Mediante a entrevista ficou claro que as ações ainda carecem de maior sistematização, financiamento adequado e articulação territorializada, sobretudo em regiões de maior vulnerabilidade social. Isso é destacado no Plano de DANT do Estado. No que tange ao aprimoramento das estratégias e ações intersetoriais para otimizar a execução das políticas relacionadas ao enfrentamento das DANT identificou-se a necessidade de maior integração entre as políticas, definição de metas claras e factíveis, fortalecimento da regionalização e da vigilância em saúde, bem como o compromisso contínuo com a avaliação e a transparência na gestão.

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

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

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

## **6 CONTRIBUIÇÕES DA DISSERTAÇÃO**

Esta dissertação apresenta contribuições significativas para o campo da saúde pública, tanto no plano teórico quanto no aplicado.

No campo científico, a principal contribuição está na aplicação da triangulação metodológica como estratégia de análise da implementação de políticas públicas. A combinação de dados quantitativos (indicadores de saúde) e qualitativos (percepções de servidora estadual) ampliou a compreensão sobre o grau de efetividade do Plano DANT no Estado e revelou dimensões ocultas do processo de governança pública.

Essa abordagem reforça o potencial das metodologias mistas para avaliações de políticas complexas e propõe um modelo analítico replicável em outros contextos da Amazônia Legal.

Além disso, o estudo traz uma reflexão original sobre a relação entre governabilidade e capacidade institucional, demonstrando que a sustentabilidade das políticas públicas depende tanto de recursos materiais quanto de arranjos cooperativos e formativos. Essa discussão amplia o diálogo entre as áreas de saúde coletiva, gestão pública e planejamento intersetorial, o que confere densidade teórica à dissertação.

Quanto às contribuições institucionais e para a gestão pública, a pesquisa contribui diretamente para o aperfeiçoamento da gestão estadual e municipal de saúde, ao identificar lacunas de coordenação intersetorial e propor caminhos para fortalecer os mecanismos de governança.

Os resultados podem subsidiar:

- ✓ A formulação de planos de ação e indicadores de monitoramento do Plano DANT 2021–2030;
- ✓ O aperfeiçoamento dos processos de educação permanente e da integração entre vigilância, atenção primária e promoção da saúde;
- ✓ A consolidação de estruturas regionais de apoio técnico e de núcleos de gestão compartilhada nos territórios.

Essas evidências são particularmente relevantes para secretarias estaduais e municipais, uma vez que apontam boas práticas de articulação institucional e destacam a necessidade de continuidade administrativa e de mecanismos estáveis de cooperação.

No que se refere às contribuições para a formação profissional e o ensino em saúde, ao integrar o enfoque dos ODS com o Plano DANT, o estudo oferece uma ferramenta pedagógica para a formação de profissionais sensíveis às inter-relações entre saúde, território, educação e sustentabilidade.

E para finalizar, quanto às contribuições sociais e para o desenvolvimento regional, no plano social, a dissertação contribui para a interiorização dos ODS e para o fortalecimento das

redes locais de promoção da saúde, ao oferecer uma leitura territorializada da realidade maranhense.

A abordagem adotada valoriza a diversidade cultural e as desigualdades regionais, destacando a necessidade de políticas sensíveis aos contextos amazônicos.

Essa contribuição extrapola o campo acadêmico, dialogando com os compromissos do Brasil com a Agenda 2030, o Plano DANT 2021–2030 e as políticas do Ministério da Saúde, especialmente no eixo de determinantes sociais da saúde e equidade.

## **7 TRABALHOS FUTUROS**

Este estudo abre possibilidades para novas investigações, especialmente em três direções complementares: Avaliação longitudinal das políticas de DANT, com ênfase no monitoramento de metas estaduais e municipais após 2026, permitindo identificar o impacto das formações e dos mecanismos de governança local.

Estudos comparativos entre estados da Amazônia Legal, a fim de compreender como diferentes arranjos institucionais influenciam a implementação dos ODS na saúde pública.

Análises sobre educação permanente e capacidade institucional, explorando como as estratégias formativas e a inovação em gestão podem ampliar a governabilidade e a sustentabilidade das políticas de promoção da saúde.

Dessa forma, o trabalho contribui não apenas para a compreensão das políticas de saúde no Maranhão, mas também para o debate sobre governança, capacidade institucional e equidade em saúde no Brasil, reafirmando o papel da universidade pública na produção de conhecimento aplicado às necessidades regionais e ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Para os próximos ciclos de planejamento, recomenda-se a incorporação de ferramentas de análise situacional mais aprofundadas, o uso qualificado de dados epidemiológicos e a promoção de mecanismos participativos que incluam a população em geral e os trabalhadores da saúde na construção de políticas públicas mais eficazes, equitativas e sustentáveis.

Com base nessas informações, os trabalhos futuros poderiam focar em: a) aprimoramento da coleta e integração de dados, isto porque na dissertação foi identificado como um desafio persistente identificado é a fragilidade na coleta de dados, com dificuldades no preenchimento de fichas e consequente subnotificação, além da falta de integração entre sistemas de saúde, trânsito e segurança pública; b) efetividade de intervenções para qualificar o preenchimento de dados em diferentes níveis de atenção ou desenvolver e testar modelos de

integração de sistemas de informação para um monitoramento mais robusto de agravos como violências e acidentes de trânsito; c) a criação de um painel de monitoramento e avaliação de indicadores, já previsto no Plano DANT do Maranhão pode auxiliar nesta análise; d) focar no desenvolvimento e avaliação de estratégias de saúde culturalmente sensíveis e logisticamente viáveis para essas comunidades, como as populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas, que apresentam menor acesso a serviços de saúde, tendo as dificuldades logísticas para os municípios distantes; e) avaliar intervenções educacionais e de promoção da saúde direcionadas a grupos com menor escolaridade; e) investigar políticas afirmativas em saúde que visem reduzir as iniquidades raciais e de gênero nos fatores de risco para DANT e, f) identificar os modelos de governança intersetorial que promovam a colaboração efetiva e sustentável que impulsionem a construção de políticas públicas acessíveis à população.

## REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, P. P. T. et al. Cuidado integral às mulheres vítimas de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, p. 1–12, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024299.08992023.
- ALMEIDA, C.R.A. de; ROCHA, S.M. da; ROCHA, R.R.C. de. MROSC: Construção Participativa e aprofundamento da democracia. p. 15-40. In: WORN, N. (Org.). **Parcerias com a sociedade civil na Gestão Pública Brasileira**: Estudos teóricos acerca do marco regulatório das organizações da sociedade civil. Palmas:EdUFT, 2018.
- ALMEIDA, R. L. de. **Assistência em saúde durante a gestação e o parto no município de Augustinópolis, Tocantins**: um estudo observacional e documental. 2024. 86 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2024.
- AMARAL, M. H.; DE OLIVEIRA, L. F.; RAMOS, S. B. Tendência das taxas de internação por Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI): Brasil, 1998 a 2014. **Ciência et Praxis**, v. 9, n. 17, p. 43-48, 2017.
- ANGELIM, S. M. et al. Caracterização do modelo assistencial ao parto e nascimento realizado por residentes de enfermagem obstétrica. **Enferm Foco**, v. 12, n. 4, p. 813-9, 2021.
- ARAÚJO, É. S.; DUVAL, P. A.; SILVEIRA, D. H. Sintomas Relacionados à Diminuição de Ingestão Alimentar em Pacientes com Neoplasia do Aparelho Digestório Atendidos por um Programa de Internação Domiciliar. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 27, n. 3, p. 177-183, 2012.
- ARAÚJO RIBEIRO, L.; SCATENA, J. H. The evaluation of primary health care in Brazil: an analysis of the scientific production between 2007 and 2017. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. spe, e160308, 2019. Disponível em: <https://revistas.usp.br/sausoc/article/view/160308>. Acesso em: 19 out. 2025.
- ARMELINA, L. M.; MACHADO, C. J. Causas múltiplas de óbitos relacionados às lesões autoprovocadas e a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v10.e3.a2022.pp1563-1573>. Acesso em: 16 jul. 2025.
- BANDO, D.H.; LESTER, D. An ecological study on suicide and homicide in Brazil. **Cien Saude Colet**. v. 19, n. 4, p. 1-15, 2014. doi: 10.1590/1413-81232014194.00472013
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2020.
- BARROS, C. et al. Impactos da violência contra a mulher: Saúde, trabalho e relações sociais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 3, p. 301-308, 2016.
- BASSO JÚNIOR, A. F. et al. Triangulação: uma ferramenta de validade e confiabilidade. Sinergia - **Revista do Instituto de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis**, v. 20, n. 1, p. 19-28, 2016. Disponível em:

[https://periodicos.furg.br/sinergia/article/view/5441/0?utm\\_source=chatgpt.com](https://periodicos.furg.br/sinergia/article/view/5441/0?utm_source=chatgpt.com). Acesso em: 09 out. 2025.

BATISTA FILHO, M. Análise da Política de Alimentação e Nutrição no Brasil: 20 anos de história. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, supl. 1, e00038721, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038721>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BITENCOURT, E. L. et al. Incidência de óbitos por neoplasias, segundo localização primária do tumor no estado do Tocantins de 2006 a 2015. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 5, n. 3, p. 5-11, 2018.

BITTENCOURT, S. D. A. de. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p.801-821, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n3/801-821/pt>>. Acesso em: 25 junho 2025.

BORLAND, E. Teoria do Ponto de Vista: Feminismo. **Britannica**. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/standpoint-theory>. Acesso em 16 out. 2025.

BOUSQUAT, A. E. M. et al. Atenção Primária à Saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. e00084216, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n4/1141-1154/em>. Acesso 19 out. 2025.

BRAGA, J. C. et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para pré-eclâmpsia: revisão sistemática da literatura. **Revista Multidisciplinar da Saúde**, v. 3, n. 2, p. 37--49, 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. **Lei no 12.760, de 20 de dezembro de 2012**. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o código de trânsito brasileiro [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012 [acesso em 7 jun 2018]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12760-20-dezembro-2012774812-publicacaooriginal-138431-pl.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1dI4F1e03LKCsLRF7h0OXzx8VCVkrZkc/view>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**: documento base. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2720583>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018**. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 ago. 2018. Seção 1, p. 87. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2018/resolucao-no-588.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília, DF, 2025. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: 2020-2023**. Brasília, DF: Ministério Saúde, 2020. Disponível <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_2020\\_2023.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 Fev 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. 20 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227542187>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 109, 27 jun. 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017a, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Caderno de



Atenção Básica, 8. Série A -- Normas e Manuais Técnicos; nº 13. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf)>. Acesso em 30 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Caderno de Indicadores do Plano de DANT 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017a**, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Agenda 2030**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2018. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>>. Acesso: 12 dez. 2024.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59-62, 13 jun. 2013.

BRITO, G. P. et al. Febre Tifoide no Brasil: Fatores Determinantes. **Brazilian Journal of health Review**. v. 3, n.3, p. 12399-12405, 2020.

CABRERA, L.B. et al. O uso da Semaglutida no tratamento de obesidade e diabetes mellitus tipo 2. Revista Ibero-Americana de Humanidades, **Ciências e Educação**. São Paulo, v.9, n.10. p. 25-38, 2023.

CARVALHO, F. F. B.; SPOSITO, L. A. C.; VIEIRA, L. A. Brasil Participativo: as práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde no Plano Plurianual 2024-2027. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, e230524, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.230524>. Acesso em: 13 jan. 2025.

CARVALHO, F. de, R. et al. Evaluation of primary health care in Brazil: main characteristics, limitations and potential between PMAQ and PCATool. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e24395, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/24395>.

CASTRO, D. M. de. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, e00209819, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00209819

CNM - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Guia para integração dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável nos Municípios Brasileiros** -- Gestão 2017-2020. Brasília, DF: CNM, 2017.

COELHO, S. F. et al. Homicídios femininos no Maranhão, Brasil, 2000-2019: estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-15, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Seminário de Experiências do Projeto de Enfrentamento da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito e-Transitar**. São Luís, 24 de nov. de 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/11/MARANHAO.pdf>. Acesso em 22 de jul. 2025.

CRUZ, D. K. A. et al. (org.) **Fortalecimento e Interiorização da Agenda 2030 e sua Interface com as Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis na Região da Amazônia Legal**: Caderno do Tutor [recurso eletrônico] Palmas/TO: Editora da Universidade Federal do Tocantins (EDUFT) 2024. Disponível em: [https://sites.uft.edu.br/agenda2030ods/media/publicacoes/CADERNO\\_TUTOR\\_2024\\_ODS.pdf](https://sites.uft.edu.br/agenda2030ods/media/publicacoes/CADERNO_TUTOR_2024_ODS.pdf). Acesso em: 25 jan. 2025.

CRUZ, D. K. A. et al. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as fontes de dados para o monitoramento das metas no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, supl. 1, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/X6fCx5KZxNwsx69xttRBpPy/>. Acesso em: 27 jan. 2025.

DAMKE, T; PASINI, F. A importância da potabilidade da água no saneamento básico para a promoção da saúde pública no Brasil. **Revista Teccen**. v. 13, n. 1, p. 08-15, 2020.

DESCARTES, R. **Discurso do Método**. 3. ed. Tradução Revista Noas de Pinharanda Gomes. Lisboa: GUIMARÃES EDITORIAL LTDA., 1997.

DOURADO, L. F.; TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 45-49, 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006251

ELSADDIG, M.; KHALIL, A. Effects of the COVID pandemic on pregnancy outcomes. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. V. 73, p. 125-136, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33832868/>. Acesso em 20 jun. 2025.

FEDERAÇÃO MUNDIAL DE OBESIDADE. **Obesity Atlas 2024**. Disponível em: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>. Acesso: 08 dez. 2024.

FERREIRA, R. G. et al. Frequência dos fatores de risco de obesidade em usuários do Laboratório Distrital Leste, Manaus, Amazonas. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 37374-37385, 2020.

FIGUEIREDO, E. B. L.; et al. Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1164-1173, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>. Acesso em: 13 jan. 2025.

FIGUEIREDO FILHO, D. B. **Avaliação de impacto do Projeto Vida no Trânsito**. Cadernos ENAP, Brasília, n. 95, Coleção Cátedras 2019, 2022. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6962/1/Caderno\\_95\\_sumario\\_executivo\\_.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6962/1/Caderno_95_sumario_executivo_.pdf). Acesso em: 15 jan. 2025.

FREIRE FILHO, Jr.; et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde debate**. v. 43, esp. 1, p. 86-96, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>>. Acesso em: 09 jan. 2025.

GIOVANELLA, L.; FURTADO, J. H. L.de; ALMEIDA, P. F. de. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS no enfrentamento da COVID-19. **Saúde Debate**, v. 45, n. 130, p. 748-762, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2021.v45n130/748-762>. Acesso em: 19 out. 2025.

GALANTE, R. A.; COSTA, S. de S.; MARQUES, C. P. C. Perfil epidemiológico e mortalidade das internações hospitalares por acidentes de trânsito e transporte em Pinheiro -- MA no período de 2013 a 2022. **Cuadernos**, v. 17, n. 1, p. 168, 2025. DOI: 10.55905/cuadv17n1-168.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: marco para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, p. e20180002, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200020>. Acesso em: 15 jan. 2025.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. de; HOFELMANN, D. A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 3, p. 383-394, 2013. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000300003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em: 26 jun. 2025. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300003>.

GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 1, p. 2543-2556, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>. Acesso em: 15 jan. 2025.

GUALHANO, L.; MINAYO, M.C.S. **A função privilegiada da Atenção Primária na universalização do acesso à saúde**. SciELO em Perspectiva | Press Releases, 2024]. Disponível em: [https://pressreleases.scielo.org/blog/2024/08/27/a-funcao-privilegiada-da-atencao-primaria-na-universalizacao-do-acesso-a-saude/\[viewed\]\(https://pressreleases.scielo.org/blog/2024/08/27/a-funcao-privilegiada-da-atencao-primaria-na-universalizacao-do-acesso-a-saude/%5bviewed](https://pressreleases.scielo.org/blog/2024/08/27/a-funcao-privilegiada-da-atencao-primaria-na-universalizacao-do-acesso-a-saude/[viewed](https://pressreleases.scielo.org/blog/2024/08/27/a-funcao-privilegiada-da-atencao-primaria-na-universalizacao-do-acesso-a-saude/%5bviewed). Acesso em: 09 jan. 2025.

GUIMARÃES, R. M. et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1407-

1416, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>. Acesso em: 15 jan. 2025.

HOLANDA, J. R. C. de et al. Fatores associados ao near miss e mortalidade materna no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista de Medicina**, v. 103, n. 1, e226758, 2024. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v103i1e-226758>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**: Maranhão. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma.html>. Acesso em: 24 jan. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2019. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA -- IPEA. 2017. **Democracia racial e homicídios de jovens negros na cidade partida**. Texto para discussão. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 1990. Disponível em: [https://www.econstor.eu/bitstream/10419/177483/1/td\\_2267.pdf](https://www.econstor.eu/bitstream/10419/177483/1/td_2267.pdf). Acesso em: 27 jun. 2025.

KRONEMBERGER, D. M. P. **Os desafios da construção dos indicadores ODS globais**. Indicadores de Sustentabilidade, v. 1, n. 1, p. 3-15, 2019. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v71n1/v71n1a12.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

LEAL, M. C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v.58, n. 8, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2020.v54/08/pt>. Acesso em 20 jun. 2025.

LIMA, E.L.; MORAES, K.L.; BRASIL, V.V. Letramento em saúde e diversidade na América Latina -- reflexão para o desenvolvimento sustentável. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v.17, n.3, p. 01-14, 2024.

LISBOA, T. K.; ZUCCO, L. P. Os 15 anos da Lei Maria da Penha. **Revista Estudos Feministas**, v. 30, n. 2, e86982, 2022. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n286982>. Acesso em: 15 jan. 2025.

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Cien Saude Colet**, v. 24, n. 9, p. 3431-3442, 2019.

LYRA, R. et al. Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 50, n. 2, p. 239-249, 2006.

MACHADO, J. Â.; GUIM, A. L. S. Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 37-64, fev. 2017. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/1582/792>. Acesso em: 19 out. 2025.

MACHADO, B. A.; PEREIRA, P. R. M. R. A análise de conteúdo como técnica para a análise jurídico-institucional de políticas públicas. **Revista Direito e Práxis**, v. 15, n. 4, p. 1-

32, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2024/73281>. Acesso em: 23 jan. 2025.

MALTA, D. C., et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018.

MALTA, D. C. et al. A pandemia de COVID-19 e mudanças nos estilos de vida dos adolescentes brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, e210012, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210012>. Acesso em: 15 jan. 2025.

MALTA, D. C.; SOUZA, E. R. A busca de sociedades pacíficas e inclusivas até 2030. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, supl. 1, p. e200001, 2020.

MALTA, D. C. et al. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, art. 148, 2016. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0427-4>. Acesso em: 19 out. 2025.

MALTA, D. C. et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, p. 4s, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>. Acesso em: 19 out. 2025.

MALVEIRA, A. S. da. et al. Prevalência de obesidade nas regiões Brasileiras. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.2, p. 4164-4173, 2021.

MARANHÃO. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027**. Disponível em: <<https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2024/09/PES-2024-2027.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2025.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis**: Maranhão, 2024 a 2030. São Luís, 2024.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa Cuidar de Todos**. Disponível em: <https://cuidardetodos.saude.ma.gov.br/>. Acesso em: 24 jul. 2025.

MARGARITES AF, MENEGHEL SN, CECCON RF. Feminicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são?. **Rev Bras Epidemiol**. v. 20, n. 2, p. 225-236, 2017.

MARTINS, K. P. S. dos, et al. Transição nutricional no Brasil de 2000 a 2016, com ênfase na desnutrição e obesidade. **Asklepion: Informação em Saúde**, v. 1, n. 2, p. 113-132, 2022. Disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>. Acesso em: 17 jan. 2025.

MASSA, K.H.C.; FILHO, A. D. P.C. Saneamento básico e saúde autoavaliada nas capitais brasileiras: uma análise multinível. **Rev Bras Epidemiol**, v. 23, E200050, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200050/pt>. Acesso em 28 jun. 2025.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 15 jan. 2025.

MEIRELLES, R. H. S. Os avanços do controle do tabagismo no Brasil. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, e33SP100, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333SP100.pt>. Acesso em: 15 jan. 2025.

MELO, M.T.B. et al. Perfil epidemiológico e tendência temporal de intoxicações exógenas em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 40, p. e2021004, 2022. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2021004IN>.

MELO, S. P. S. C. de, et al. Sobrepeso, obesidade e fatores associados aos adultos em uma área urbana carente do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200036, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2020.v23/e200036/>. Acesso em: 21 jan. 2025.

MELLER, F. O. de et al. Desigualdades nos comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis: VIGITEL, 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 1-16, 2022. DOI 10.1590/0102-311XPT273520

MINAYO, M.C.S. de. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p.621-626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 de out. 2025.

MINAYO, M. C. S. de; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. **Revista da Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 190-197, 2005. Disponível em: [scielo.br/j/csp/a/gPCmGQCRbdn8qw4M573PJzG/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/csp/a/gPCmGQCRbdn8qw4M573PJzG/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 25 jan. 2025.

MINAYO, M.C.S. de; NJAINE, K.; SOUZA, E.R. de. Avanços e desafios da Política Nacional de Redução dos Acidentes e Violências: o ponto de vista dos implementadores. **Cien Saúde Colet**, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.16932024>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Programa Vida no Trânsito**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-dos-acidentes-e-violencias/pvt>. Acesso em: 21 jul. 2025.

MUCHAGATA, M. et al. Localizando objetivos do desenvolvimento sustentável: desafios de municípios brasileiros mais populosos e com alta vulnerabilidade socioeconômica para a implementação da Agenda 2030. **Revista do Serviço Público**, v. 74, n. 4, p. 734--757, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v74i4.9995>. Acesso em: 27 jan. 2025.

NEVES, P. D. M. et al. Intoxicação por agrotóxicos agrícolas no estado de Goiás, Brasil, de 2005-2015: análise dos registros nos sistemas oficiais de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2745-2756, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020257.09562018.

OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL -- ODS. **Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2023. Indicador 6.1.1. Disponível em: <<https://odsbrasil.gov.br/>>. Acesso em: 29 jun. 2025.

OECD. **Primary Health Care in Brazil**. Paris: OECD Publishing, 2016. Disponível em: [https://www.oecd.org/en/publications/primary-health-care-in-brazil\\_120e170e-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/primary-health-care-in-brazil_120e170e-en.html)

OKUMOTO, O.; BRITO, S. M. F.; GARCIA, L. P. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 3, e2018318, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000300018>. Acesso em: 15 jan. 2025.

OLIVEIRA, A. L. L. et al. Users' perception about primary care attributes in a Metropolitan Region of Minas Gerais. **APS em Revista**, v. 4, n. 1, p. 189-..., 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v4i1.189>.

OLIVEIRA, L. P. P. et al. Mortalidade materna no Brasil: revisão sistemática de estudos empíricos. **Revista Cuidarte**, v. 13, n. 3, 2016, p. e3139, 2022. DOI: <<https://doi.org/10.15649/cuidarte.3139>>.

OLIVEIRA, C. N. et al. Physicians' and nurses' perspective on chronic disease care practices in Primary Health Care in Brazil: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 22, p. 673, 2022. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08078-z>. Acesso em: 19 out. 2025.

OLIVEIRA, M. S.; PEREIRA, J. P.; SILVA, T. R. **Métodos qualitativos na pesquisa em saúde: análise documental e observação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/analise-documental-e-observacao>. Acesso em: 23 jan. 2025.

OLIVEIRA, R. S. de; PERALTA, N.; SOUSA, M. J. S. de. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. Sexualidad, Salud y Sociedad - **Revista Latinoamericana**, n. 33, p. 79-100, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sess/a/yWpMCwqPXHVkpLVrty5DFsv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 jun. 2025.

OPAS BRASIL - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Uma em cada três pessoas no mundo não tem acesso à água potável, revela novo relatório do UNICEF e da OMS**. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5970:uma-em-cada-tres-pessoas-no-mundo-nao-tem-acesso-a-agua-potavel-revela-novo-relatorio-do-unicef-e-da-oms&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5970:uma-em-cada-tres-pessoas-no-mundo-nao-tem-acesso-a-agua-potavel-revela-novo-relatorio-do-unicef-e-da-oms&Itemid=839)>. Acesso em: 29 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. Resolução 70/1, Nova Iorque, 25 set. 2015. Disponível em: <[http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A\\_RES\\_70\\_1\\_E.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Promoção da Saúde e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis Integradas**. Brasília, D.F.: OPAS, 2024. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/61495>. Acesso em: 21 jan. 2025.

PAIXÃO, B. T. A. et al. Suicídio e lesões autoprovoçadas: análise do perfil epidemiológico e prevalência dos casos no Brasil entre 1996 e 2019. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e8583.2021>. Acesso em: 16 jul. 2025.

PAIXÃO, L.M.M.M. et al. Óbitos no trânsito urbano: qualificação da informação e caracterização de grupos vulneráveis. **Cad. Saúde Pública**, v. 31 Sup:S1-S15, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2015.v31suppl1/92-106/pt>. Acesso em: 15 jul. 2025.

PALUDO, S. S.; SCHIRÒ, E. D. B. Um estudo sobre os fatores de risco e proteção associados à violência sexual cometida contra adolescentes e jovens adultos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 397-404, 2012.

PAHO (Organização Pan-Americana da Saúde). Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da Primary Care Assessment Tool: revisão sistemática. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55740>

PEDROSA, J. I. dos S. et al. Promoção da saúde: um posicionamento na perspectiva da educação popular no contexto brasileiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, e34063, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434063pt>. Acesso em: 09 jan. 2025.

PEDROZA, G.G. O. de. et al. Hábitos de vida de pessoas com diabetes mellitus durante a pandemia de covid-19. **Cogitare enferm.** v. 26, e75769, 2021.

PELLENSE, M. C. S. da, et al. Avaliação da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil: uma série temporal de 2015 a 2019. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 202--219, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25186>. Acesso em: 17 jan. 2025.

PINTAUDI, S.M. A participação cidadã e a gestão urbana. **Cidades**. v. 1, n. 2. 2004, p. 169-180, Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/366525377\\_PARTICIPACAO\\_CIDADA\\_E\\_GESTAO\\_URBANA](https://www.researchgate.net/publication/366525377_PARTICIPACAO_CIDADA_E_GESTAO_URBANA). Acesso em: 17 jul. 2025.

PINTO, I. V. et al. Agressões nos atendimentos de urgência e emergência em capitais do Brasil: perspectivas do VIVA Inquérito 2011, 2014 e 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, supl. 1, e200009. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200009.supl.1>. Acesso em: 15 jan. 2025.

PINTO, L. L. T. et al. Tendência de mortalidade por lesões autoprovoçadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 4, p. 203--210, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000172>. Acesso em: 16 jul. 2025.



PIOLI, M.; et al. Influência de Fatores de Risco na Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 491-498, 2016.

PORTAL SANDO VAGNER. **Lançado em Pedreiras o Projeto Vida em duas Rodas**. 8 de junho de 2016. Disponível em: <https://sandrovagner.com.br/lançado-em-pedreiras-o-projeto-vida-em-duas-rodas/>. Acesso em: 22 julho 2025.

QUEIROZ, E. A. I. F. et l. (2022). Obesidade e câncer: mecanismos envolvidos e intervenções terapêuticas. **Scientific Electronic Archives**, v. 15, n. 3, p. 234-267, 2022.

QUIRINO, S. W. T.; COSTA, L. L. (2023). Violência intrafamiliar infantil psicológica e a relação com a dependência emocional na vida adulta. **Revista Cathedral**, v. 5, n. 4, p. 87-98, 2023. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/741>. Acesso em: 30 jun. 2025.

RAMOS, D.; MIZIARA, C. S. M. G.; MIZIARA, I. D. Influência da pandemia da COVID-19 nos homicídios dolosos na cidade de São Paulo. **Saúde Ética & Justiça**, São Paulo, SP, Brasil, v. 29, n. 2, p. e-231371, 2024. DOI: 10.11606/issn.2317-2770.v29i2e-231371. Disponível em: <https://revistas.usp.br/sej/article/view/231371>. Acesso em: 29 jun. 2025.

REZENDE, M. E. C. et al. Perfil da mortalidade materna: o papel crítico da assistência pré-natal na redução de óbitos maternos no Brasil. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 28, n. 3, p. 951--967, 2024. DOI: <<https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i3.2024-10994>>.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?**. Belo Horizonte: Letramento, 2017. Disponível em: <https://journals.openedition.org/horizontes/3565?utm.com>. Acesso em 16 out. 2025.

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev. SOCERJ**, v. 15, n. 3, p. 195-202, 2002.

SALOMON, F. C. R.; ELIAS, F. T. S. **Intoxicações por desinfetantes e produtos de limpeza usados na higienização geral contra COVID-19**. Parecer Técnico-Científico, Fiocruz Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br>. Acesso em: 16 jul. 2024.

SANTOS, K. S. da, et al. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 655-664, fev. 2020. DOI:10.1590/1413-81232020252.12302018.

SANTOS, A. de L.; MYSZCZUK, A. P. Políticas públicas de saúde e austeridade fiscal no Brasil: desafios para alcançar a efetividade. **Revista Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 21, n. 10, p. 15743-15761, 2023. DOI: 10.55905/oelv21n10-067. Disponível em: <https://www.eumed.net>. Acesso em: 15 jan. 2025.

SANTOS, E.M.; ROCHA, M.M.S.; DIAS, T.D.O. Obesidade infantil: uma revisão bibliográfica sobre fatores que contribuem para a obesidade na infância. **Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física**, v. 9, n. 1, p. 57-62, 2020a.

SANTOS, M.Z. dos. et al. Capacidade institucional e apoio à implementação do programa saúde na escola. **International Journal of Development Research**, v. 10, n. 8, p. 39158-39163.

SANTOS, J. L. dos et al. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras e Distrito Federal: estudo transversal epidemiológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, e2020915, 2021. Disponível em: [https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742021000300309&script=sci\\_arttext](https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742021000300309&script=sci_arttext). Acesso em: 21 jan. 2025.

SANTOS, K. S. et al. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 655-664, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kvr3D7Q3vsYjrFGLNprpttS>. Acesso em: 27 jan. 2025.

SANTOS, L. P.; SILVA, E. C.; SOUZA, M. F. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2697-2706, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kvr3D7Q3vsYjrFGLNprpttS>. Acesso em: 6 abr. 2025.

SANTOS, M. C. P. et al. Análise de intoxicação por medicamentos. Arquivos de **Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 4, p. 1617-1632, 2023. DOI: 10.25110/arqsauade.v27i4.2023-004.

SELLERA, P. E. G. et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401–1411, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.36942019.

SILVA, A. I. et al. Análise histórica de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado do Paraná segundo dados do DATASUS. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.20001>. Acesso em: 16 jul. 2025.

SILVA, I. G. S. **Planejamento em saúde em municípios brasileiros: situação cadastral e a convergência com o Plano Ações Estratégicas (2021–2030)**. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Santa Cruz, 2024.

SILVA, L.L.; COELHO, E.B.S.; S.N.C. de. Violencia silenciosa: violencia psicológica como condición de la violencia física doméstica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ. Interface** v.11, n.21, p. 93-103, 2007.

SILVA, M. E. et al. Attributes of primary health care in the view of health professionals: a scoping review. **PMC**, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11649066/>

SILVA, T. A. R. et al. Perfil epidemiológico dos casos de neoplasias pulmonares durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. **J. Health Biol Sci.**, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2022.

SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS -- SMDH - **Monitoramento da Violência no Maranhão: Mortes Violentas Intencionais (MVI) -- Maranhão e Grande São**

Luiz. 2017. Disponível em: <<https://smdh.org.br/wp-content/uploads/2017/11/Monitoramento-da-Viole%C3%A7%C3%A3o-Maranha-2017-Boletim-SMDH.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2025.

SOUSA, I. N.; SANTOS, F. C. dos; ANTONIETTI, C. C. Fatores desencadeantes da violência contra a mulher na pandemia COVID-19: Revisão integrativa. **REVISA**, v. 10, n. 1, p. 51--60, 2021. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/505>. Acesso em: 28 jun. 2025.

SOUSA, J. M. S. et al. Gravidez na adolescência: fatores associados à reincidência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 4, p. e12221, 2023. Disponível em: <https://acervosaude.com.br/Acervo/article/view/12221>. Acesso em: 17 jul. 2025.

SOUZA, C. A.; LIMA, M. P.; OLIVEIRA, R. C. Triangulação entre métodos na administração: gerando conversações paradigmáticas ou meras validações 'convergentes'? **Revista de Administração Pública**, v. 53, n. 5, p. 922-941, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/JfyxvvrqBwqGDg6Z9jgGBvM>. Acesso em: 6 abr. 2025.

SOUZA, E.R. et al. Homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos: análise do efeito idade-período e coorte de nascimento. **Cien Saúde Colet.** v. 22, n. 9, p. 2949-2968, 2017. doi: 10.1590/1413-81232017229.12392017.

SOUZA, L. E. P. F. et al. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 4, n. 5, e001661, 2019. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/4/5/e001661>. Acesso em: 15 jan. 2025.

SOUZA, L.; LORDELLO, S. R. M. Sexting e violência de gênero entre jovens: uma revisão integrativa de literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 1-10, 2019.

SOUZA, M. H. N. et al. Mortalidade materna: análise crítica de seus fatores determinantes. **Revista Saúde & Ciência**, v. 11, n. 2, p. 78--86, 2021.

SUTO, C. S. S. et al. Análise de dados em pesquisa qualitativa: aspectos relacionados à triangulação. **Revista de Enfermagem da Bahia**, v. 10, n. 2, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3863>. Acesso em: 27 jan. 2025.

TEIXEIRA, C. F. et al. Vigilância em Saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>. Acesso em: 15 jan. 2025.

UNITED NATIONS. Transforming our world: the 2030 **Agenda for Sustainable Development**. New York: UN, 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>. Acesso em: 17 jan. 2025.

VALENTIM, C.G.Q. et al. Obesidade no Brasil: desafios sociais, econômicos e de saúde pública. **Electronic Journal Collection Health**, v. 24, n. 11, p. 1-8, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/18772/9623>. Acesso em: 08 dez. 2024.

VIEIRA, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. 5. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2023.

WHO. **Global status report on road safety 2018**. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>>. Acesso em: 15 jul. 2025.4.

VANZELLA, E. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas interações no âmbito do SUS. **Envelhecimento Humano no Século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais**. Campina Grande: Realize Editora, 677-95, 2020. Disponível em: [https://www.fpb.br/gcet/contents/documentos/repositorio/gcet/artigos/o\\_envelhecimento\\_a\\_transicao\\_epidemiolog.pdf](https://www.fpb.br/gcet/contents/documentos/repositorio/gcet/artigos/o_envelhecimento_a_transicao_epidemiolog.pdf). Acesso em 9 fev. 2024

VARGAS, I. et al. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 31, n. 6, p. 736–748, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26874327/>. Acesso em: 19 out. 2025.

VIZEU BARROZO, L. et al. GeoSES — **um índice socioeconômico para estudos de saúde no Brasil**. arXiv, 2019. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/1910.06155>. Acesso em: 19 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investing in Water and Sanitation**: Increasing Access, Reducing Inequalities. WHO Library Cataloguing in Publication Data UN-water, [S. l.: s. n.], 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/139735/9789241508087\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/139735/9789241508087_eng.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 26 de junho 2018.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

A construção da entrevista semiestruturada para tratar sobre a construção do **Plano Estadual de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)** no estado de Maranhão, seguirá um processo estratégico que envolve dez temas e 25 questões norteadoras, que embora apareçam separados, se interconectam entre si. Dentre cada tema diversas questões serão elaboradas como mostrado a seguir:

### 1. Identificação da entrevistada

Por favor, informe seu nome completo:

Qual é sua Idade?

Qual é seu tempo de atuação no serviço público de saúde?

Você tem experiência em construção de outros Planos ou Políticas Nacionais? Em caso positivo quais foram?

### 2. Envolvimento no processo de construção do Plano de DANT

- ✓ Qual foi o seu papel específico no processo de construção do plano estadual de DANT no Maranhão?
- ✓ Como você avalia a participação da equipe de tutores no desenvolvimento do plano?
- ✓ Você acha que houve espaço para contribuições significativas?

### 3. Diagnóstico situacional

- ✓ Você sabe quais foram as principais fontes de dados utilizadas para identificar as necessidades da população maranhense em relação às DANT?
- ✓ Você sabe se houve desafios específicos durante a coleta e análise dos dados epidemiológicos? como eles foram superados?
- ✓ Você sabe quais indicadores foram mais relevantes para definir as prioridades do plano? (Mortalidade, fator de risco e proteção, cobertura e monitoramento e governança, outros?)
- ✓ Você sabe quais são as principais causas de óbitos no estado de Maranhão nos últimos anos?
- ✓ Você sabe quais são as principais vítimas da violência no estado de Maranhão com relação ao sexo e à idade nos últimos anos?

- ✓ Você sabe se foi realizado um mapeamento das desigualdades regionais dentro do Estado?

#### **4. Alinhamento com diretrizes**

- ✓ Você saber se as diretrizes nacionais do ministério da saúde foram incorporadas ao plano estadual?
- ✓ Quais foram as diretrizes utilizadas?
- ✓ Quais adaptações foram feitas para atender às especificidades locais?
- ✓ Houve influências de outros planos estaduais ou experiências de outras regiões na construção do plano do maranhão?

#### **5. participação social e intersetorialidade**

- ✓ Você saber como foi promovida a participação da sociedade civil e de outros setores no desenvolvimento do plano?
- ✓ Na sua opinião, quais foram os principais desafios na articulação intersetorial durante a elaboração do plano?
- ✓ Você sabe se houve algum método ou estratégia inovadora para incluir diferentes atores sociais nesse processo? Caso positivo, quais?

#### **6. definição de metas e estratégias**

- ✓ Você sabe se foram priorizadas as ações estratégicas para prevenção e controle das DANT no Maranhão?
- ✓ Você sabe quais critérios foram utilizados para definir as metas do plano? alguma delas gerou debate ou necessidade de ajuste?
- ✓ Na sua opinião, as metas estabelecidas refletem de maneira adequada a realidade e as necessidades da população do estado?

#### **7. implementação e monitoramento**

- ✓ Você sabe quais estratégias foram planejadas para garantir a implementação efetiva do plano em todas as regiões do estado?

- ✓ Você sabe como está estruturado o sistema de monitoramento e avaliação das ações previstas no plano?
- ✓ Você sabe se existe algum indicador ou meta que você considere particularmente desafiador de atingir? por quê?

## **8. desafios e aprendizados**

- ✓ De acordo com você, sabe quais foram os maiores desafios enfrentados durante a construção do plano?
- ✓ Você poderia me dizer que lições ou aprendizados você destacaria desse processo?
- ✓ Você acredita que há algo que poderia ter sido feito de forma diferente?
- ✓ Na sua opinião, quais são os próximos passos mais importantes para fortalecer o enfrentamento das DANT no Maranhão?

## **9. Transversalidade com outras políticas públicas de interesse**

- ✓ Como você verifica a transversalidade do Plano de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)?
- ✓ Como você verifica a transversalidade do Plano de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP)?
- ✓ Como você verifica a transversalidade do Plano de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)?
- ✓ Como você verifica a transversalidade do Plano de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)?
- ✓ Você acredita que o plano está alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)? Por favor, explique.

## **10. considerações finais**

- ✓ Há algo mais que você gostaria de destacar sobre o processo de construção do plano estadual de DANT no estado de Maranhão?

## **Observações**

- Quero que saiba que não há respostas "certas" ou "erradas" — queremos sua experiência real pois você é atuante no serviço de saúde.
- Sua identidade será mantida em sigilo.
- Agradecemos sua contribuição para melhorar a saúde no Brasil!

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) Sr (a) a participar da pesquisa: “Avaliação das estratégias de fortalecimento e interiorização da Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável junto a Vigilância de Doenças e agravos não transmissíveis nos municípios da Amazônia Legal”, sob a responsabilidade da pesquisadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marta Azevedo dos Santos, Universidade Federal do Tocantins. A pesquisa objetiva avaliar a implementação dos projetos para o fortalecimento e interiorização da Agenda 2030 dos objetivos do desenvolvimento sustentável nos municípios da Amazônia Legal.

Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou ônus, mas contribuirá para o conhecimento e reflexão dos profissionais de saúde e gestores sobre a elaboração e implementação de planos municipais de saúde que tenham como previsão o desenvolvimento de ações estratégicas sobre os objetivos do desenvolvimento sustentável: 3- Saúde e bem- estar, 5– Igualdade de gênero, 6 – Água potável e Saneamento, 8 – Trabalho decente e Crescimento econômico e 16 – Paz, Justiça e Instituições eficazes. Se depois de consentir sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo.

O (a) Sr (a) não terá despesas ao participar desta pesquisa, como também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados de forma coletiva, sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Sua participação se dará por meio de respostas a questionários com perguntas fechadas, grupos focais, vídeos, fotografias e áudios para posterior análise dos dados pelos pesquisadores. É garantida a privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases. As informações poderão ser divulgadas de forma coletiva e anônimas. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.

O estudo acontecerá através das oficinas de educação permanente em saúde sobre o fortalecimento e interiorização da Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável com a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis.



Os possíveis riscos nesse estudo, durante a coleta de dados são: perda da confidencialidade dos dados, possíveis desconfortos como exposição de seu nome e imagem e de informações pessoais, bem constrangimento em responder alguma questão da pesquisa. Para excluir ou minimizar quaisquer riscos relativos à perda de confidencialidade os formulários serão mantidos em posse exclusiva da equipe de pesquisa e mantidos em arquivo apropriado com chave, localizado na sala dos pesquisadores. Os dados digitalizados serão mantidos em arquivo digital em computador, protegido com software antivírus, de uso exclusivo desse estudo. Existem também riscos de desconforto emocional ao responder o formulário, por receio de julgamento por parte de terceiros

As pesquisadoras responsáveis ficarão à disposição dos participantes da pesquisa para as orientações psicológicas individuais que se fizerem necessárias. Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, o(a)

Sr.(a) poderá entrar em contato com as coordenadoras da pesquisa: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos (Endereço: Universidade Federal do Tocantins Quadra 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO- 14, Plano Diretor Norte, CEP: 77001-090, Palmas/TO, Bloco Bala II, sala 10 A, e-mail: marta@uft.edu.br ou pelo telefone (63) 3229-4700/ (63) 99971-6233).

Para sanar quaisquer dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o(a) Sr.(a) poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins – CEP/UFT, localizado no endereço 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO 14, Plano Diretor Norte, Campus Universitário de Palmas - UFT, Prédio da Reitoria, 2º Andar, sala 16, e-mail: cep\_uft@uft.edu.br.

Eu, fui informado (a) pela pesquisadora em como proceder e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair a qualquer momento, independente da etapa do projeto. Este documento é emitido em duas vias, que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora responsável, ficando uma via com cada um de nós.

Reclamações e/ou insatisfações relacionadas à sua participação na pesquisa poderão ser comunicadas por escrito à Secretaria do CEP/ETSUS Quadra 606 Sul, Alameda Portinari

APM/07 - Plano Diretor Sul, Palmas - TO, CEP: 77022-062, por telefone: (63) 3218-6280 ou por e-mail: etsus.pesquisa@gmail.com. Seu nome será mantido em anonimato.

Palmas, de 2023.

Assinatura do (a) participante do projeto

Assinatura da pesquisadora responsável  
Dra. Marta Azevedo dos Santos  
Matrícula 2569748

**ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA (CE-UFT)**

| DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA                                                                                                                                                                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Título da Pesquisa:</b> Avaliação das estratégias de fortalecimento e interiorização da Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável junto a Vigilância de Doenças e agravos não transmissíveis nos municípios da Amazônia Legal. |  |
| <b>Pesquisador Responsável:</b> Marta Azevedo dos Santos                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>Área Temática:</b>                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Versão:</b> 2                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <b>CAAE:</b> 70780923.8.0000.5519                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Submetido em:</b> 18/07/2023                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>Instituição Proponente:</b> Fundação Universidade Federal do Tocantins                                                                                                                                                                        |  |
| <b>Situação da Versão do Projeto:</b> Aprovado                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>Localização atual da Versão do Projeto:</b> Pesquisador Responsável                                                                                                                                                                           |  |
| <b>Patrocinador Principal:</b> Ministério da Saúde                                                                                                                                                                                               |  |



Comprovante de Recepção:  PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_2063242

<https://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/publico/indexPublico.jsf>