

## **Vigilância em Saúde & planejamento e avaliação em Unidades de Saúde da Família: Estudo qualitativo**

Health Surveillance & planning and evaluation in Family Health Units: A qualitative study

Vigilancia en Salud & planificación y evaluación en Unidades de Salud de la Familia: Estudio  
cualitativo

Recebido: 19/05/2021 | Revisado: 28/05/2021 | Aceito: 31/05/2021 | Publicado: 08/06/2021

### **Ilka Lorena de Oliveira Farias Costa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9816-5510>  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil  
E-mail: [ilka\\_lorena@yahoo.com.br](mailto:ilka_lorena@yahoo.com.br)

### **Creusa Barbosa dos Santos Trindade**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7482-1475>  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil  
E-mail: [cbcreusasantos7@gmail.com](mailto:cbcreusasantos7@gmail.com)

### **Ilma Pastana Ferreira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9152-3872>  
Universidade do Estado do Pará, Brasil  
E-mail: [ilma\\_pastana@hotmail.com](mailto:ilma_pastana@hotmail.com)

### **Silvia Ferreira Nunes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9985-7148>  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil  
E-mail: [silvnunes@yahoo.com.br](mailto:silvnunes@yahoo.com.br)

### **Valéria Regina Cavalcante dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1264-8125>  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil  
E-mail: [valregsantos@hotmail.com](mailto:valregsantos@hotmail.com)

### **Vera Lúcia de Azevedo Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0094-4530>  
Universidade do Estado do Pará, Brasil  
E-mail: [veraazevedolima@gmail.com](mailto:veraazevedolima@gmail.com)

### **Sérgio Beltrão de Andrade Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9531-2482>  
Universidade do Estado do Pará, Brasil  
E-mail: [sergio.lima@outlook.com](mailto:sergio.lima@outlook.com)

### **Elem Cristina Rodrigues Chaves**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6252-6361>  
Centro Universitário Fibra, Brasil  
E-mail: [elemcrc@gmail.com](mailto:elemcrc@gmail.com)

### **Resumo**

Objetivo: Analisar o uso das ferramentas de Vigilância em Saúde, por enfermeiros gerentes, no processo de planejamento e avaliação das equipes da Estratégia Saúde da Família do Nordeste do Pará. Metodologia: Estudo qualitativo com 7 Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família. Realizou-se entrevista e análise pelo método de Bardin e IRAMUTEC utilizando a Classificação Hierárquica Descendente e análise de similitude, produzindo seis classes lexicais representadas em Dendograma, considerando palavras com significância ( $p > 0,05$ ), conforme frequência total ( $f$ ) e qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Resultados foram expressos em Dendograma, árvore de similitude e recortes das entrevistas em quadros matriciais. Resultados: Obteve-se a clivagem de 151 seguimentos de textos, aproveitando 76,16%, 5361 palavras, 633 ativas, 95 suplementares e média de 35,5 por seguimento. A partir da análise de similitude, percebe-se a palavra “Não” como núcleo central, ligado a “Vigilância em Saúde”, “Saúde” e “Ação”, portanto, inferindo a uma negação, falta, ausência e/ou uma problemática no contexto analisado. Conclusão: A descentralização das responsabilidades entre municípios não oportunizou o desempenho às demandas. Ficam evidentes a não adesão, nos modelos de gerências e atenção à saúde, das ferramentas de Vigilância em Saúde nas Unidades de Saúde da Família do Nordeste do Pará, portanto, a não adequação das ações e serviços na Estratégia Saúde da Família considerando as características locais.

**Palavras-chave:** Atenção à Saúde; Planejamento; Saúde da Família; Vigilância em Saúde Pública.

### Abstract

**Objective:** To analyze the use of Health Surveillance tools by managerial nurses in the planning and evaluation process of Family Health Strategy teams in Northeastern Pará. **Methodology:** Qualitative study with 7 Nurses of Family Health Units. An interview and analysis using the Bardin and IRAMUTEc methods was performed using the Descending Hierarchical Classification and similarity analysis, producing six lexical classes represented in Dendrograma, considering words with significance ( $p > 0.05$ ), according to total frequency (f) and chi-square ( $\chi^2$ ). Results were expressed in Dendrograma, tree of similarity and cuts of the interviews in matrix frames. **Results:** We obtained the cleavage of 151 text segments, taking advantage of 76.16%, 5361 words, 633 active, 95 supplementary and average of 35.5 per follow-up. Based on the similarity analysis, the word "No" is perceived as the central nucleus, linked to "Health Surveillance", "Health" and "Action", thus inferring a denial, lack, absence and/or a problematic in the analyzed context. **Conclusion:** The decentralization of responsibilities between municipalities did not allow performance to meet demands. The non-adherence, in the management and health care models, of the Health Surveillance tools in the Family Health Units of Northeastern Pará is evident, therefore, the non-adjustment of actions and services in the Family Health Strategy considering local characteristics.

**Keywords:** Health Care; Planning; Family Health; Public Health Surveillance.

### Resumen

**Objetivo:** Analizar el uso de las herramientas de Vigilancia en Salud, por enfermeros gerentes, en el proceso de planificación y evaluación de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia del Nordeste de Pará. **Metodología:** Estudio cualitativo con 7 Enfermeros de las Unidades de Salud de la Familia. Se realizó entrevista y análisis por el método de Bardin y IRAMUTEc utilizando la Clasificación Jerárquica Descendente y análisis de similitud, produciendo seis clases léxicas representadas en Dendrograma, considerando palabras con significación ( $p > 0,05$ ), conforme frecuencia total (f) y chi-cuadrado ( $\chi^2$ ). Resultados fueron expresados en Dendrograma, árbol de similitud y recortes de las entrevistas en cuadros matriciales. **Resultados:** Se obtuvo la división de 151 seguimientos de textos, aprovechando 76,16%, 5361 palabras, 633 activas, 95 suplementarias y media de 35,5 por seguimiento. A partir del análisis de similitud, se percibe la palabra "No" como núcleo central, ligado a "Vigilancia en Salud", "Salud" y "Acción", por lo tanto, infiriendo a una negación, falta, ausencia y/o una problemática en el contexto analizado. **Conclusión:** La descentralización de las responsabilidades entre municipios no oportunizó el desempeño a las demandas. Quedan evidentes la no adhesión, en los modelos de gerencias y atención a la salud, de las herramientas de Vigilancia en Salud en las Unidades de Salud de la Familia del Nordeste de Pará, por lo tanto, la no adecuación de las acciones y servicios en la Estrategia Salud de la Familia considerando las características locales.

**Palabras-chave:** Atención a la Salud; Planificación; Salud de la Familia; Vigilancia en Salud Pública.

## 1. Introdução

O planejamento e avaliação em saúde são conceitos relativamente novos e que vem se fazendo muito esforço para institucionalização na gestão municipal, onde tiveram de assumir as tarefas gerenciais a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, caracteriza-se a avaliação como uma estratégia de gestão e ferramenta de controle de qualidade da atenção à saúde, devendo ser dispostas na óptica de todos os níveis de atenção e inclusas, sobretudo, seguindo a perspectiva de Vigilância em Saúde (VS) como base para tomada de decisão (Ipea, 2018).

Em vista disso, o Ministério da Saúde (MS), define a Vigilância em Saúde como uma atuação lógica e sistemática da coleta, análise e disseminação de dados alusivos à saúde, sendo realizado de maneira contínua com intuito de planejar e implementar ações de políticas públicas para promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. Nesse contexto, a VS traz contribuições no quesito a possibilitar o diagnóstico situacional de determinado território.

A territorialidade como delimitação geográfica, na atenção primária, fundamenta questões organizacionais dos processos de trabalho indo a consenso com as a logística de VS sendo, portanto, ponto de partida na implementação de ações e serviços de saúde condizentes com as características e reais necessidades de uma população em um território (Araújo et al., 2017; Costa et al., 2020). Dessa forma, corrobora o mérito da VS nas análises e avaliações como base para o planejamento em saúde com vista às Diretrizes da Vigilância em Saúde, expondo sua institucionalização essencial na rotina dos processos de trabalho de equipes de saúde (Carvalho e Shimizu, 2017; Lotta, 2019).

Destarte, com objetivo de garantir a ampliação das responsabilidades aos três entes governamentais para oportunizar o processo de regionalização e o fortalecimento do direito à saúde, foi estabelecida a descentralização da gestão e das políticas

de saúde, todavia, tal estratégia entra em controversas devidas, sobretudo, à autonomia política demandadas aos municípios e estados e a sua questionável capacidade em desenvolver tais ações públicas locais de forma eficaz, podendo agravar situações em há necessidades de apoio técnico da esfera federal (Pinafo et al., 2016).

Nesse contexto, a realidade do município localizado na região Nordeste do Pará trás à tona essa discussão uma vez que as equipes de saúde não têm realizado ações pautadas em sua situação de saúde e, portanto, nas necessidades locais. Há uma dificuldade no retorno das informações geradas a partir dos dados produzidos pelos profissionais da atenção básica e que alimentam os sistemas de informação, não permitindo um feedback oportuno de informações às equipe de saúde para então promover uma rede assistencial mais qualificada (Recktenwaldt e Junges, 2017).

O processo de territorialização das Equipes de Saúde da Família (ESF) ainda é incipiente e, sem o reconhecimento da real condição de saúde da população, o acesso à assistência à saúde e falta de utilização de ferramentas de avaliação, como as da Vigilância em Saúde, colocam em dúvida as ações de planejamento e avaliação (Recktenwaldt e Junges, 2017; Camargos e Oliver, 2019). Dessa forma, olhar às Diretrizes de Vigilância em Saúde e relacionar suas ferramentas na implementação dos processos de planejamento e avaliação na estratégia de saúde da família de um município do Pará poderá potencializar as equipes no sentido de, além de realizar efetivamente a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária à Saúde, contribuir para planejar ações condizentes com a realidade a partir da análise da situação de saúde, seus determinantes e condicionantes, e então avalia-las.

O estudo tem como objetivo Analisar o uso das ferramentas de Vigilância em Saúde, por enfermeiros gerentes, no processo de planejamento e avaliação das equipes da Estratégia Saúde da Família do Nordeste do Pará.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo qualitativo realizado no período novembro de 2020 a fevereiro de 2021, no município de pequeno porte (18.000habitantes), localizado no Nordeste do Pará.

Considerando a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado, deve está envolvida nos processos de gestão do território, atuando de modo ao reconhecimento amplo, continuado e sistemático do que chamado “território vivo”, que se movimenta e possui suas singularidades. Destarte, a Vigilância em Saúde trás subsídios à gestão na APS com as ações de planejamento e avaliação pautadas na análise da situação de saúde. Com isso, a pesquisa trás os desafios de planejar e avaliar face à análise da situação de saúde de um território adscrito, no caso das ESF's, e trata das ferramentas e/ou instrumentos utilizados para realizá-la, que é possível através do saber relacionado aos dados e informações encontradas na Vigilância em Saúde.

Para constituição dos grupos de interesses, foram consideradas as posições institucionais de ocupação, sendo os enfermeiros gerentes com contrato temporário nas Unidades de Saúde da Família do município. No referente município, o pesquisador atuava como assessor técnico do município há três e no período da pesquisa.

Como critério de elegibilidade, foram considerados enfermeiros contratados que fazer parte da Equipe de Saúde em Unidades de Saúde da Família com atividade de gerência há mais de 01 ano nas referidas unidades. A coleta de dados seguiu um roteiro de entrevista semiestruturada composto por sete (07) perguntas que englobam a percepção sobre Vigilância em Saúde e seus documentos de gestão; como avaliam o processo de planejamento e avaliação das ações em saúde da Equipe Saúde da Família; quais ferramentas de VS utilizam para planejar e monitorar as ações e serviços e como as utilizam à rotina do processo de trabalho; quais ações são executadas; qual a principal importância e os desafios do planejamento e avaliação das ações em Vigilância em Saúde pelas equipes.

Os participantes foram informados do estudo através de agendamento por contato telefônico e, posteriormente, foi definido o processo de coleta dos dados, seja por visita a Unidade de Saúde da Família ou através de serviços de comunicação

via conexões de vídeo e voz (Skype ou Google Meet), conforme conveniente ao participante. No ato da coleta, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as entrevistas foram registradas através de gravador bem como anotações simultâneas, conforme o consentimento prévio do entrevistado.

Os dados foram tratados por análise de conteúdo de Bardin (2016), capaz de categorizar e reduzindo suas características a elementos-chave. Para isso, utilizou-se o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ®). Logo, se seguiu de acordo com as fases: **pré-análise** onde se estabelece um esquema de trabalho, **exploração do material**, procederá as etapas de codificação, classificação e categorização, e **tratamento dos resultados**.

Na etapa de pré-análise, a atividade individual com os enfermeiros foi gravada em áudio, após consentimento livre e esclarecido assinado, seguido para transcrição do conteúdo e elaboração do *corpus textual*. Nessa fase, buscou-se obedecer à regra de exaustividade: esgotar a totalidade da comunicação; representatividade: universo da amostra; homogeneidade: alusão ao tema obtido a partir da mesma técnica; pertinência: adaptação dos documentos ao objetivo do estudo; exclusividade: inclusão do elemento em apenas uma categoria.

A exploração do material iniciou-se com a leitura fluente do corpus, seguido da codificação das unidades de registros; classificação semântica e léxica: temas a partir da frequência no texto e sentido das palavras e; categorização das questões norteadora para expor as características do conteúdo. Nesse processo, os dados foram tratados com IRAMUTEQ utilizando a metodologia de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e análise de similitude que classifica as palavras ativas de acordo com sua frequência e sua posição no *corpus textual*. Os dados são considerados a partir do aproveitamento mínimo de 70% dos segmentos de texto e baseia-se na realização do teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para medir a associação entre as palavras e sua respectiva classe. A associação é confirmada quando o valor do  $\chi^2$  for superior a 3,84 e o p, que identifica o nível de significância, for superior a 5% ( $p > 0,05$ ).

Seguindo essa determinação, para o tratamento dos resultados foi realizada síntese, seguido da classificação de acordo com as categorias, sendo expressa em dendrograma, árvore de coocorrências e recortes das falas nas entrevistas organizados em quadros matriciais, sendo utilizado o *software Microsoft Excel 2016* para tabulação.

A partir da análise lexicográfica do *corpus textual* pelo IRAMUTEQ, foi produzida uma clivagem de 151 Seguintos de Textos (ST), sendo aproveitados 115 ST (76,16%) com 5361 ocorrências (palavras e formas), sendo 633 palavras ativas e 95 suplementares, com média de 35,5 palavras por seguimento. No método de CHD das palavras ativas, foram produzidas seis classes lexicais distribuídas em duas sub-corpora: classes 6, 5, 2 e 1 próximas entre si e; classes 4 e 3, diferentes das demais classes. Com isso, possibilitando a consideração de três categorias: classes 3 e 4, a Vigilância em Saúde: conceitos e utilização; 5 e 6, o processo de planejamento e avaliação nas Unidades Saúde da Família (USF); 1 e 2, processo de trabalho e o uso da Vigilância em Saúde para o planejamento e avaliação.

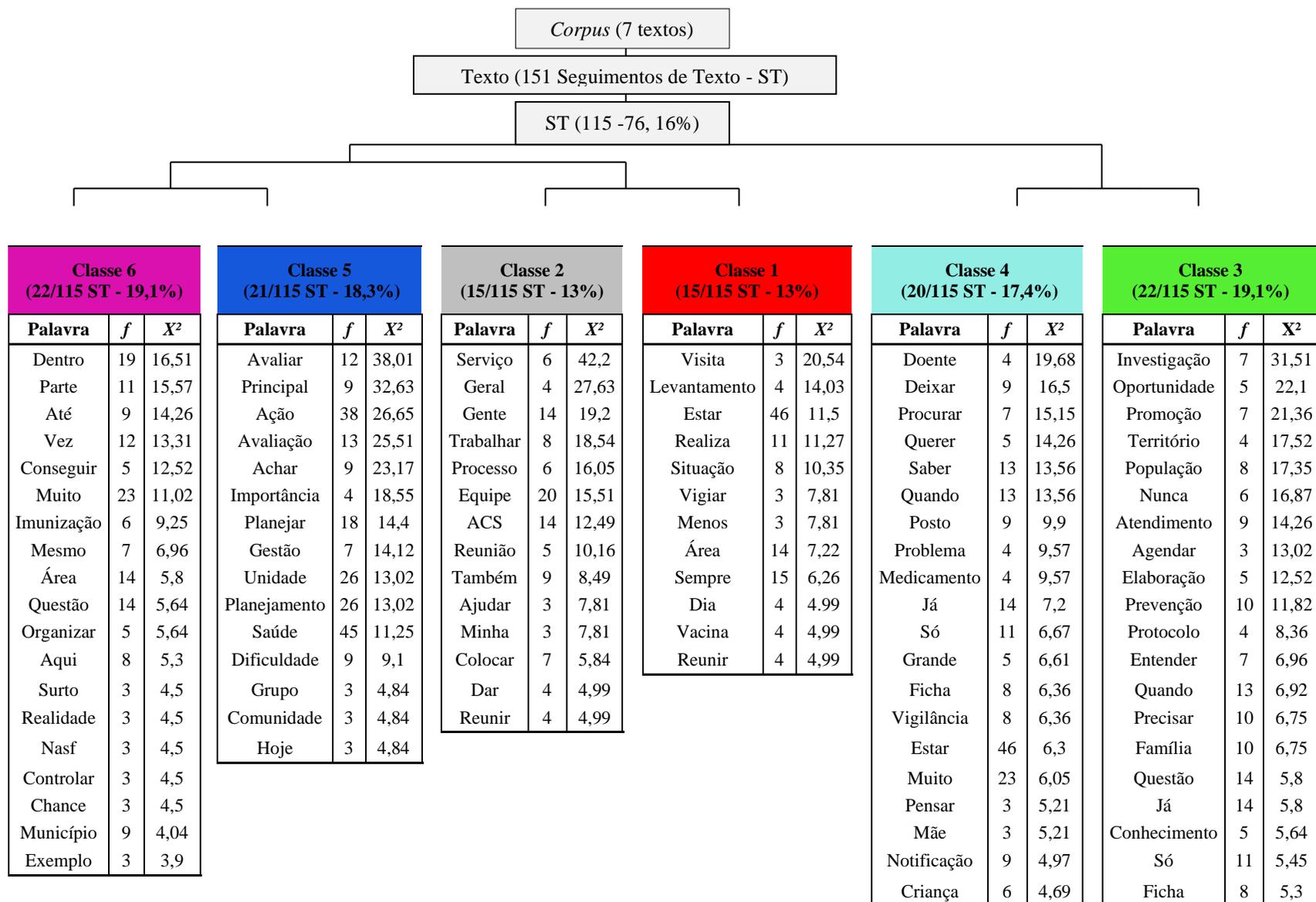
Ademais, na similitude, a árvore de coocorrências é representada os níveis de associações das palavras são expressos pela largada da linha, portanto, quanto maior a associação, maior a largura.

O estudo atendeu os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196/96 e recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 28851720.0.0000.5171; Parecer nº: 3.983.742).

### 3. Resultados

X A partir do aproveitamento de 115 ST, da frequência e o valor do  $\chi^2$ , a classe 6 e 5 foram mais representativas, totalizaram 37,4% dos ST sendo, 22 (19,1%) ST para classe 6, e 21 (18,3%) para classe 5. Considerando a proximidade, as classes 2 e 1, totalizaram 26% dos ST expondo similaridade em 13% de seguimentos e, referente as 3 e 4, totalizam 36,5% dos seguimentos, sendo 20 (17,5%) ST e 22 (19,1%), respectivamente, conforme exposto na Figura 1.

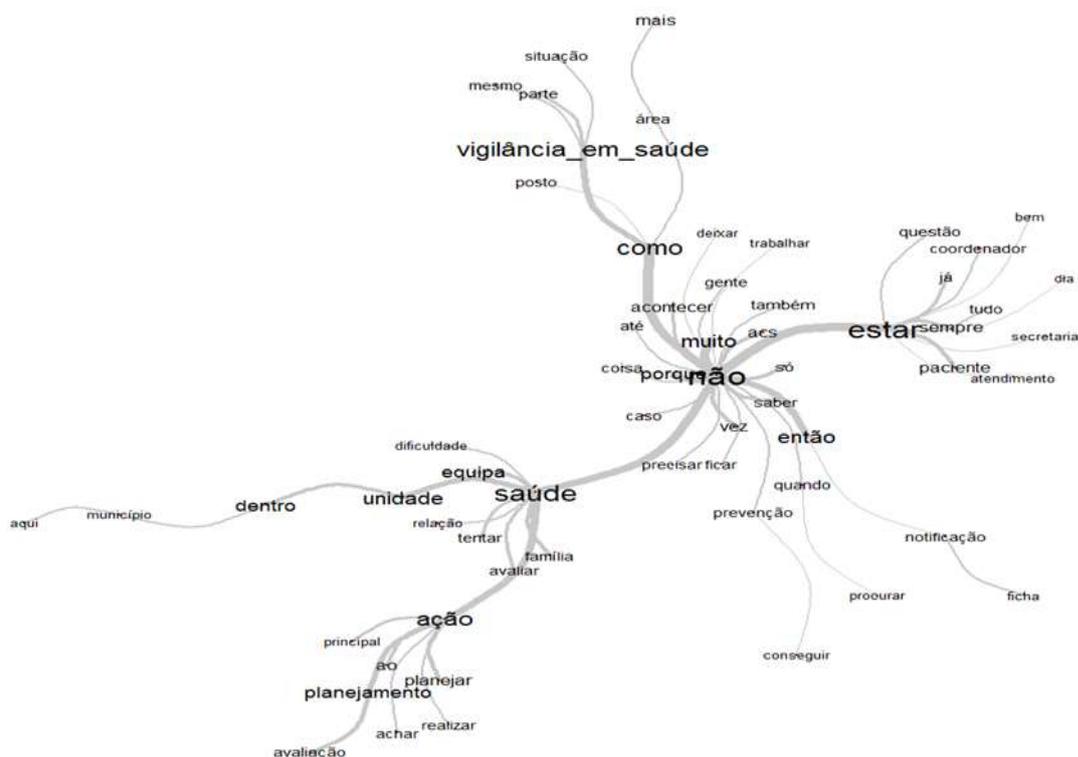
**Figura 1** – Análise lexicográfica, de acordo com a frequência total e posições das palavras nas entrevistas dos enfermeiros gerentes, pelo método CHD.



Fonte: Autores (2021).

A partir da análise de similitude, a árvore originada apresenta a identificação das palavras e suas conexões, exibindo os diferentes níveis de associação diretamente relacionada à quantidade de vezes em aparecem no contexto. Desta forma, mediante a frequência, percebem-se seis núcleos de palavras com ramificações e, como núcleo central, o termo “Não”, o qual está ligado aos demais núcleos como “Vigilância em Saúde”, “Saúde” e “Ação”, portanto, infere-se em negação, ausência e/ou uma problemática (Figura 2).

**Figura 2** – Árvore da análise de similitude de acordo com os níveis de associação entre as palavras nas entrevistas dos enfermeiros gerentes.



Fonte: Autores (2021).

#### 4. Discussão

Considerando a frequência nas classes lexicais e suas aproximações e associações, foram consideradas três categorias: classes 3 e 4, a Vigilância em Saúde: conceitos e utilização; classes 5 e 6, o processo de planejamento e avaliação nas Unidades Saúde da Família (USF); 1 e 2, processo de trabalho e o uso da Vigilância em Saúde para o planejamento e avaliação.

##### A Vigilância em Saúde: conceitos e utilização

A VS surge com propósito de ampliar as ações em nível de vigilância epidemiológica com estratégias voltadas ao controle de agentes etiológico, importantes, todavia, focalizadas e de baixa resolubilidade (Brasil, 2019). Assim, a vigilância relaciona-se às investigações, ações de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos para prevenção de doenças, além de integrar diversas áreas de conhecimento e abordar diferentes temas, tais como: política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e

saúde e processo de trabalho.

Logo, institui sua essencialidade, sobretudo, como modelo de atenção fundamentada em um conjunto de ações voltadas à observação e análise constantes da situação saúde da população, de forma individual e coletiva, distribuindo-se entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador (Brasil, 2019).

Ao percorrer a relevância da VS como modelo de atenção, desdobrando as questões iniciais e corroborando as palavras representadas no dendograma, surgiram construções simples que, de forma geral, dirigem a VS como o processo oportuno de cuidar da saúde, investigar, promover e avaliar dentro da área da unidade. Além disso, destaca o cidadão como peça-chave nesse processo, no entanto, impossibilitam o planejamento das ações de prevenção quando procura os serviços de saúde somente quando há doença estabelecida, interferindo no diagnóstico/perfil da população. No mais, quanto as documentações de gestão, há certo desconhecimento pela maioria dos participantes (Quadro 1).

**Quadro 1** – Matricial referente à percepção dos enfermeiros gerentes sobre Vigilância em Saúde.

Temas	Questões iniciais
	1. O que você entende por Vigilância em Saúde?
Investigar, promover e avaliar.	<p><b>E1:</b> A Vigilância em Saúde entra em contato conosco para fazer levantamento, mas nunca tem um retorno. Às vezes quando, é muito vago;</p> <p><b>E2:</b> É pra vigiar. Vigiar as unidades que tem dentro do município, eu entendo isso;</p> <p><b>E3:</b> Está relacionada a uma questão bem ampla que é uma base da investigação, atuação, combate e promoção da saúde da população do território;</p> <p><b>E3:</b> A população vê a saúde da família como uma forma de tratamento e usam somente quando adoecem, não têm uma visão de prevenção e promoção da saúde, então isso influencia diretamente no planejamento.</p> <p><b>E4:</b> As mães só nos procuram quando as crianças estão doentes, então não temos a chance de fazer essa manutenção para evitar que os problemas aconteçam;</p> <p><b>E7:</b> É planejar. Também faz parte o autocuidado dos usuários, é você vigiar e planejar uma ação;</p>
Você conhece os documentos de gestão em Vigilância em Saúde? De alguma forma participou da sua elaboração?	<p><b>E2:</b> Nunca participei de elaboração;</p> <p><b>E3:</b> Quanto à participação e elaboração, nunca tive oportunidade. Eu tenho o conhecimento e os utilizo sempre que possível;</p> <p><b>E5:</b> Não participei da elaboração de nenhum documento de gestão;</p> <p><b>E6; E7:</b> Não conheço os documentos de gestão em vigilância em saúde.</p>

Fonte: Autores (2021).

De fato, segundo a Resolução nº 588/2018 8 do Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) deve centrar-se no direito a proteção e ao cuidado à saúde, contribuindo de forma integral mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, incidindo em todos os níveis de atenção e serviços à saúde. Todavia, ainda se nota que os profissionais das equipes Saúde da Família (eSF) não se aproximaram dos conceitos de Vigilância em Saúde, bem como estiveram engajados na utilização dessas ferramentas para que pudessem contribuir para planejar e avaliar.

Logo, a PNVS coloca a VS como importante setor no desenvolvimento nos processos de planejamento e avaliação, e a inserção destes profissionais na construção/avaliação de instrumentos de gestão como Plano Municipal de Saúde, SISPACTO que traça as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores Municipais, o PQA VS (Programa de Qualificação as Ações de Vigilância em Saúde) que é específico da VS, deveria ser parte do processo de trabalho das equipes a fim de melhorar a percepção desses profissionais nos processos de gestão de seus territórios.

Para Fernandes e Cordeiro (2018), o processo gerencial em USF toma sua base nos atos administrativos a uma determinada ação ou serviço, nesse caso, os enfermeiros gerentes detém competências com o processo de trabalho da eSF que englobam funções como: coordenador, planejador, avaliador, interlocutor, precursor nos processos de trabalho e

desenvolvimento da equipe. Logo, Netto et al (2017) destaca a percepção e as práticas da VS como aspecto importante, sobretudo, a capacidade de fornecer respaldo à gerencia/gestão quanto aos desfechos e fatores de risco de acordo com a realidade da população, fornecendo assim subsídio para planejar e tomar decisões no processo de intervenção. Além da breve percepção da VS, a desinformação quanto ao documento de gestão é um fator recorrente e preocupante.

Reconhecendo a influência do documento de gestão municipal ao planejamento e monitoramento das ações em saúde, os achados são similares ao de Recktenwaldt e Junges (2017), onde não há participação na sua elaboração, sendo explicados pela falta de espaço para realizar reuniões com intuito de discutir sua elaboração e/ou os documentos não são discutidos em reunião de equipe, portanto, apenas atribuídos à execução.

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento base para definir e implementar atividades no âmbito municipal e devem-se tomar como princípios as diretrizes, portarias, decretos e outros documentos ministeriais que norteiam a formulação da saúde, então definir objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação (Albert e Magalhães, 2020). Embora os municípios sejam protagonistas na elaboração e cumprimento das políticas públicas locais, os mesmos sofrem influência direta das dificuldades na transferência de recursos, estruturas inadequadas e recurso humano qualificado sendo, portanto, questões que prejudicam a gestão municipal do SUS (Lotta, 2019; Albert e Magalhães, 2020).

Com a descentralização política, fundamentou-se a problemática fiscal-financeiro onde permanece centrada na União e, como consequência, promove a fragilização da capacidade de formulação e de implementação de políticas públicas no âmbito local, agravando-se ainda mais em municípios pequenos. Nessas circunstâncias, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) expõe a cooperação federativa como forma de auxiliar a gestão territorial na qualificação e educação, voltada às ações de planejamento cooperativo, assistência técnica e interlocuções intermunicipais.

Assim, propõe o consórcio público entre as cidades como opção de integração e consolidação das administrações locais, proporcionando assim o êxito no desenvolvimento, competências e transparência dos serviços e políticas públicas. Destarte, podendo relacionar à análise de similitude, os resultados acabam inferindo em uma falta de planejamento nas ações de Vigilância em Saúde que, para Fonseca et al (2019), tem um papel essencial para conter problemáticas atreladas à construção de um sistema de saúde universal, através de processo articulados considerando o território, para além do espaço das instituições de saúde. Nesse contexto, é essencial o olhar dos gestores municipais às soluções que possibilitem o amparo e a qualificação da gestão local como uma ferramenta apta ao alcance das metas e objetivos.

### **O processo de planejamento e avaliação nas Unidades Saúde da Família (USF)**

Os problemas da população não ocorrem de forma isolada, se estabelecem obedecendo a uma contextualização geográfica, epidemiológica e/ou social, portanto, as USF devem fornecer serviços com finalidade de conter tais complexidades. Como exposto, o município apresenta dificuldades em estabelecer a real situação de saúde, implicando no direcionamento das ações. Com isso, foram lançadas questões de como os entrevistados analisam o processo de planejamento e avaliação das ações, quais as dificuldades e a importância de planejar e avaliar na Unidade de Saúde.

Ao finalizar esse ciclo de perguntas, emergiram discussões divergentes quanto ao processo de planejamento e avaliação das ações em saúde. Apesar do relato “*o planejamento daqui é nota 10*” (E4), considerando sua totalidade, pode-se classificar esse processo em diversas problemáticas: falta de planejamento, avaliação e apoio dentro da unidade de saúde, dificuldade em reunir a equipe, inatividade da equipe, falta de tempo do enfermeiro para conseguir planejar e dificuldades na comunicação entre membros e na adequação das ações no contexto real da comunidade (Quadro 2).

**Quadro 2** – Matricial referente ao planejamento e avaliação, suas dificuldades e importância nas equipes da Unidade de Saúde da Família.

Temas	<b>Questões iniciais</b> 1 e 2. Como você analisa o processo de planejamento e avaliação? Qual a principal dificuldade em planejar e avaliar as ações de saúde na sua Unidade de Saúde?
<b>Problemática: planejamento e dificuldades em organizar ações</b>	<p><b>E2:</b> <i>O planejamento às vezes é feito, mas outras não.</i>  <b>E3:</b> <i>Hoje o planejamento em enfermagem precisa de uma sistematização da assistência de enfermagem que está relacionado ao diagnóstico na comunidade;</i>  <b>E3:</b> <i>A principal dificuldade em planejar e avaliar as ações de saúde na unidade de saúde está relacionado à capacitação e uma pró-atividade da equipe;</i>  <b>E4:</b> <i>Apesar de termos apoio, algumas vezes há falhas da secretaria [...] Às vezes falta de condições de executar algum tipo de planejamento dentro da unidade;</i>  <b>E5:</b> <i>A principal dificuldade é na união da equipe;</i>  <b>E6:</b> <i>Eu não sei como a vigilância em saúde existe na rotina do nosso trabalho;</i>  <b>E6:</b> <i>Não é boa, pois o enfermeiro não tem muito tempo pra planejar essas estratégias.</i>  <b>E7:</b> <i>Um planejamento voltado pra unidade de saúde não tem;</i>  <b>E7:</b> <i>A dificuldade está na comunicação.</i></p>
<b>Qual a principal importância que você atribui ao planejamento e avaliação das ações em Vigilância em Saúde?</b>	<p><b>E1:</b> <i>É importante, pois às vezes a pessoa nem procura a unidade, então a gente tem que fazer essa busca ativa deles;</i>  <b>E2:</b> <i>É de passar conhecimento para os novos profissionais, pois tem muitos que não entendem como é que funciona a Vigilância em Saúde;</i>  <b>E4:</b> <i>É ter um controle das situações ao nosso redor;</i>  <b>E5:</b> <i>Tem toda importância. Com planejamento poderemos fazer qualquer coisa;</i>  <b>E6:</b> <i>São muito importantes, porque cada unidade de saúde tem um perfil, tem um grupo mais específico que vai se direcionar mais prioritariamente.</i></p>

Fonte: Autores (2021).

A visão cotidiana do município em questão exibe que as ações de planejar e avaliar ainda são desafiadores às eSF. Das dificuldades, ainda aparece evidente a indisponibilidade de tempo para que as equipes reflitam mais sobre sua realidade e necessidades, além de expor uma desarticulação entre vigilância em saúde e membros das equipes de saúde da família, demonstrando um desafio ainda maior na integração entre essas duas áreas extremamente importante e fundamentalmente necessárias à integralidade do cuidado.

Segundo Denicoli (2016), a instabilidade dos serviços em detrimento as função políticas estabelecidas, revela a necessidade de alterações com perspectiva no distanciamento da percepção de planejamento e gestão como uma mera questão burocrática, para uma aproximação as noções de um importante processo de comunicação participativa, de integração e interação social, coordenados com as metas para alcance de objetivos. Assim, partindo do entendimento de ações e os serviços municipais atrelados às regras regional e nacional da política de saúde, o processo local de planejamento representa a possibilidade de abertura de espaços políticos e diagnóstico de necessidades (Cnm, 2017).

O processo de cuidar nas USF e gerenciar em VS atribui, respectivamente, a uma concepção de cuidado direto e indireto necessitando, sobretudo, das interações e relações que possibilitem potencializar as competências e habilidades próprias e/ou inerentes às atividades para melhor dispor aos cidadãos um sistema de saúde de qualidade. No entanto, para muitos profissionais tais processos são realizados de forma dicotômicas e incompatíveis, gerando um distanciando na percepção de correlação e, portanto, atribuem o cuidado apenas àquilo que depende de ação direta junto ao paciente. Nesse contexto, embora o cuidado indireto seja atribuído às formas organizacionais e políticas, o mesmo fornece base para o cuidado direto, porém, é pouco compreendido entre profissionais da saúde (Treviso, 2017).

No contexto das USF do município, em sua maioria, percebe-se que o enfermeiro gerente não recebeu algum tipo de capacitação em vigilância em saúde na tentativa de incorporar seus processos de trabalhos e ações mais planejadas e tomadas de decisões a partir da realidade do seu território. O que reforça o fato de que os conhecimentos dos processos de vigilância contribuem para uma atuação da equipe de saúde da família mais delineada e, assim, permite ao gestor capacitado as políticas

de saúde, estabelecer uma visão ampla das políticas públicas e repensar, constantemente, os métodos organizacionais e administrativos para busca de alternativas e resultados frente às necessidades locais.

De forma geral, o profissional gestor/gerente não deve limitar-se as problemáticas rotineiras, logo, necessita moldar-se adjunto aos membros da equipe e entidades locais para compreender a complexidade da Política de Saúde, com vista no planejamento, organização e gestão como um instrumento de apoio à política universal e garantia do acesso de qualidade à população à Atenção Básica. A política de saúde, considerando os Sistemas de Saúde Nacionais, é organizada a partir de um conjunto de ações e serviços voltados às necessidades da população, sendo envolvida por 4 elementos: alocação de recursos; prestação de serviços de saúde; gestão/gerencia; e regulação (Kroth e Guimarães, 2019).

Nesse contexto, ao analisar as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde, observa-se a organização em territórios fundamental para contemplação de tais elementos, devido seu domínio para identificar características econômicas, culturais, ambientais e políticas dentro de um limite geográfico, e então servir de base para equipes de atenção promover saúde (Brasil, 2010). Assim, o processo de planejamento em saúde somente assumirá sua essencialidade a partir da configuração como mecanismo ativa de gestão e, portanto, deve estar inserido cotidianamente em todos os níveis de atenção e respaldar-se em ferramentas específicas para organizar e desenvolver serviços programados na atenção à saúde das pessoas, aumentando assim o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde (Brasil, 2010).

Nota-se uma necessidade de aproximar conceitos e ações da Vigilância em Saúde para os profissionais das equipes de saúde da família de modo que isto desenvolva uma reflexão sobre as ações de saúde nos seus territórios e assim contribuam para que haja um planejamento e avaliação de suas ações, de modo que estes “fujam do automático” e possam estar cada vez mais voltados para suas necessidades. As instituições de saúde do município, assim como de outros municípios, demandam de tarefas e processos complexos que envolvem vidas de pessoas e recursos, logo, não pode haver riscos do imprevisto quanto às práticas de planejamento.

Destarte, corrobora a integralidade da VS com Atenção Primária a Saúde (APS) na construção das redes de saúde com ações condizente com a realidade local e, nesse contexto, remete às atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica, a destacar: participação no processo de mapeamento da área de atuação; atualizações constantes do cadastro das famílias no sistema de informação para ser utilizado, sistematicamente, na análise da situação de saúde; identificação das necessidades de intervenções de cuidado; realização da busca ativa e notificar doenças e agravos; efetivação de reuniões com equipes e; acompanhamento e avaliação sistematicamente das ações nas comunidades (Brasil, 2010).

Para fomentar tal integração, David (2017) e Fonseca et al (2019) expõe o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro importante devido ao contato permanente com as famílias em uma microárea, com isso, estabelecer uma cooperação horizontal baseado no diálogo e discussões das situações entre as equipes promove, com eficácia, a remoção das ambiguidades e a reorientação dos processo de trabalho considerando o princípios e diretrizes atenção básica. Se o exercício do planejamento for socializado, haverá um maior número de servidores públicos que possam ter o conhecimento sobre a definição do seu trabalho, portanto, o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação e eleva a consciência sanitária a partir das identificações dos problemas e os meios para supri-los (Souza et al., 2010).

Assim, para Voltolini (2019), estabelecer esse compartilhamento de conhecimentos das características e determinantes de saúde-doença, sobressai como um dispositivo eficaz para o delineamento das ações e readequação dos processos de trabalho. Contudo, sendo as reuniões uma prática pertinente às equipes da USF e a dificuldade em reunir uma problemática, o autor expõe uma estruturação anual e semanal pautada nas discussões pertinentes sendo fundamentada na identificação do problema, tomada de decisões e avaliação das atividades, com todos os membros da equipe participando de forma ativa. Tais achados impõe claramente a premência de modificações no molde de serviços prestados à saúde no município, solicitando dos profissionais uma maior coordenação dos cuidados para estabelecer o estreitamento entre concepção e execução do trabalho.

Quanto à importância do planejamento e avaliação das ações em VS, foi consenso o fator de importância para investigar e controlar diferentes situações. Destarte, sobre as discussões levantadas pelos entrevistados, pode-se inferir a contribuição do planejamento e avaliação para alcance metas e serviços de saúde, além de possibilitar o compartilhamento de conhecimento no ambiente de trabalho com reflexo sobre as rotinas vivenciadas. Nesse contexto, para Furtado (2018), a essência de inquietações das correntes de planejamento e avaliação remete a maneira de como estabelecer os termos entre autonomia de investigação e controle no pensamento estratégico em saúde, sendo esse aspecto importância na (re) organização da atenção.

A avaliação consiste em investigar e julgar determinada intervenção no interior da saúde coletiva, a partir de instrumentos, para então fornecer informações socialmente autênticas e traduzi-las ao planejamento. Para isso, os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) são ferramentas de dados e informações capazes de fornecer a base para tomadas de decisões (Melo et al, 2018). No Brasil, dentre os diversos SIS, o mais conhecido é o DATASUS - Departamento de Informática do SUS, todavia, para que seja eficaz, há necessidade de profissionais dispostos a utilizá-las como registro de informações.

Logo, apesar de bem definido, estabelece a problematização da teoria à prática a partir das questões levantadas pelos entrevistados sendo, portanto, de extrema importância referir-se à desatualização dos sistemas de informações que fundamentam o processo de vigilância em saúde, logo, interferindo no processo de investigação e controle: *“Eu sei que o DATASUS nem sempre está atualizado [...] Não sei como que está sendo o repasse das informações, também não meto muito nisso, pois não é muito da minha área [...]. Mas essa situação das fichas de notificação ia subsidiar a realização das ações. Teria um apoio para intensificar as ações de vigilância em saúde, de prevenção e promoção. Mas como as fichas de notificação não estavam sendo avaliadas, fica do mesmo jeito”* (E3). Diante destes argumentos, configuram-se questões da subnotificação, oferecendo uma fragilidade ao sistema nacional de forma a omitir as problemáticas e os desafios da saúde. A realidade dessa cidade é fruto de tal problemática, dessa forma, as questões levantadas pelos entrevistados requerem maiores desdobramento para estabelecer as causalidades das subnotificações, e então refletir sobre as cabíveis formas de alteração no modelo de trabalho.

### **Processo de trabalho e o uso da Vigilância em Saúde para o planejamento e avaliação**

No setor da saúde, as avaliações municipais podem ser elaboradas de acordo com os objetivos, seguindo uma visão macro: sistema de serviços partindo, para o micro: serviços, ferramentas e ações em saúde. Assim, esse processo é essencial devido aos grandes desafios sobrepostos aos municípios, a exemplo, a própria materialização dos princípios e diretrizes da VS tem sido um processo que necessita ser construído a cada dia, e que demanda de avaliação para o acompanhamento evolutivo (Souza et al., 2010).

Nesse contexto, estabelece aqui uma análise de como é utilizado a VS na rotina do processo de trabalho da equipe de saúde da família e quais ferramentas utilizam. A análise demonstrou que os indicadores e ferramentas utilizados pelas equipes Saúde da Família não contemplam com eficiência a área trabalhada, podendo inferir a isso os serviços e ações desfocados da real necessidade da população (Quadro 3).

e monitorar.

Tema	Questões iniciais
Ações desfocadas	<b>E1:</b> Utilizamos a Vigilância em Saúde nos levantamentos dos dados; <b>E1:</b> Tem a parte da observação da situação das vacinas se estão vencidas ou não [...] tem a parte do descarte dos materiais, a parte de medicação também; <b>E2:</b> Fazemos treinamentos de como montar os descartes; <b>E4:</b> As ações de controle de surto de outras doenças ficam mais voltadas para equipe da secretaria;
Indicadores/ ferramentas ineficazes	<b>E1:</b> Planejo através das reuniões com toda equipe; <b>E2:</b> O planejamento em toda unidade é um pouco difícil fazer. Te uns ACS que ajudam bastante, mas tem uns que não ajudam, então fica um pouco difícil de trabalhar com eles; <b>E2:</b> Esse planejamento é feito em cima do ACS; <b>E3:</b> É preciso fazer uma investigação e, em cima disso, tentar realizar uma categorização pra então fazer um planejamento e gerar as ações que precisamos; <b>E4:</b> As ferramentas para planejar e monitorar as ações e serviços de saúde vai de acordo com cada ação que a gente vai realizar [...] As ações são planejadas juntamente com a equipe, usamos formulários pra ter noção de como vamos trabalhar; <b>E5:</b> Não vejo muita atitude da equipe; <b>E5:</b> A coordenadora passa como é que faz, então reunimos com a equipe e cada um dá uma sugestão. Tem os ACS que conhecem bem a área deles e nos repassam; <b>E6:</b> As sextas-feiras marcam sempre a reunião da equipe e buscamos perguntar para os ACS sobre o retorno do serviço; <b>E7:</b> As ferramentas para planejar e monitorar era através de um questionário aos ACS.

Fonte: Autores (2021).

Foi possível observar o processo de planejamento e monitoramento nas equipes ainda não atingiram os objetivos básicos da VS, pois não há um planejamento estratégico fundamentado em conceitos, metodologias e instrumentos norteadores da gestão e, embora descrito a importância das reuniões, do ACS e da comunicação, planejar e monitorar vai além dos desfechos descritos. Nesse contexto, remete que a falta de integralidade entre VS e APS resume na falha de processo gerencial e organizacional da atividade que, apesar de relatos quanto ao levantamento de dados, não há uma utilização precisa dos fatos levantados, portanto, interferindo na tomada de decisões quanto à saúde da população, sendo essa não focalizada na problemática em si. Assim, emergem indagações referentes à representatividade da vigilância na estruturação da saúde nos municípios e a necessidade de padronizar critérios ao uso de dados e como aperfeiçoar a publicação dos resultados, subsidiando com qualidade ações de planejamento.

O Plano Municipal de Saúde deve significar ao gestor/gerente a possibilidade no cumprimento das atribuições e responsabilidades quanto ao planejamento a partir das avaliações dos indicadores de saúde, sendo esse uma ferramenta para medir e avaliar uma realidade e servir como parâmetro para fornecer um aperfeiçoamento e direcionamento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Marques, 2015). Atualmente, os recursos tecnológicos permitem rapidamente localizar os indicadores e aplicá-los, no entanto, cabe ao profissional responsável escolher o que melhor se aplicar de acordo com os objetivos e metas, portanto, reconhecer seu papel como parte fundamental desse processo. Fernandes e Cordeiro (2018) destacam a percepção dos profissionais quanto sua importância no processo de planejamento e avaliação, entretanto, como anteriormente relatado no estudo, há falta tempo para reunir e planejar, o que colabora ausência de membros da equipe nos processos decisórios, limitando assim na tomada de decisão frente às dificuldades.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as Esf são primordiais no fortalecimento da atenção básica, atuando como porta de entrada e centro organizativo entre os demais níveis de atenção (Brasil, 2017). Logo, quando estabelecido sua complexidade e se discute a reorganização das práticas de saúde considerando a área de atuação, a coordenação dos fluxos e

contra fluxos de pessoas, produtos, informações e processos de trabalho, o planejamento é reconhecido como método e processo social que possibilita realizar mudanças na Gestão Pública Municipal, sendo uma importante peça guia no desenvolvimento e propósito das políticas locais, no entanto, somente o Diagnóstico da Situação de Saúde (DSS) permite definir as questões de planejamento (Wolfart et al., 2020).

Em uma visão conceitual, Guedes e Andrade (2018), expõem o DSS como um instrumento que possibilita conhecer a problemática e as necessidades sociais em uma comunidade e, com isso, permite administrar as ações a partir de uma base sólida e estratégica. Portanto, corroborando sua enorme relevância às políticas e programas de saúde, Contandriopoulos (2006), expõem tais avaliações como fontes de informação que fundamentam o planejamento, estabelecem as intervenções e o conhecimento dos profissionais envolvidos nesse processo, entretanto, é necessário que os profissionais envolvidos no campo da gestão e dos cuidados entendam que a avaliação ganha relevância quando os resultados possam ser utilizados para influenciar mudanças no processo de trabalho.

Destarte, corrobora o DSS como marco zero do planejamento permitindo relacioná-lo às ferramentas da VS para propor uma análise de situação de saúde, todavia, se estabelece aqui um grande desafio aos profissionais das USF do município em equacionar os serviços baseando-se em uma análise técnica dos problemas existentes, deduzindo em uma fragilidade de ordem metodológica que contribui para um ambiente desfavorável tanto para os usuários quanto para profissionais. Esse perfil de instabilidade da real situação de saúde e as dificuldades em planejar é constante na literatura, Queiroz e Valente (2019) apresentam que, devido a esses fatores, há uma escassez no processo gerencial e organizacional das atividades e, com isso, as prioridades não se definem e, tampouco, é realizada uma avaliação. Logo, destaca o diagnóstico situacional como instrumento eficaz de gestão à saúde coletiva, ademais, proporciona a comunicação eficiente entre os profissionais da equipe ESF, a partir de uma linguagem padronizada que facilita a troca de informações entre os membros e adequa a continuidade da assistência à saúde (Queiroz e Valente, 2019; Wolfart et al., 2020).

Outro fato recorrente entre as discussões levantadas diz respeito à falta de iniciativa entre a equipe e as ações de planejamento e avaliação aparecem como algo ainda restrito às coordenações de saúde e trabalho interno das secretarias municipais de saúde, enquanto que as pessoas que operacionalizam as ações desconhecem as ferramentas que poderiam auxiliar na construção de metas que culminassem em mudança de realidade e melhoria da situação de saúde das pessoas de suas áreas de abrangência. Uma prática de planejar e avaliar distante dos processos de trabalho das equipes de saúde da família impede a operacionalização de ações de saúde voltadas à realidade dos seus territórios. Esse contexto permite afirmar que, apesar dos avanços, a prática de gerenciar em saúde ainda é um grande desafio.

Ferreira et al (2018) expõem relatos de duas vertentes dispostas ao cargo exercido à secretaria municipal: papel como responsável por coordenar e articular ações e serviços de saúde integralmente, e a função exclusiva à planejar ações preventivas. Contudo, o planejamento nas USF deve ser pautado no princípio da integralidade, sendo realizado a partir de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, assim, depreende-se que a organização da instituição é o princípio para o cumprimento da gestão na atenção primária, que é: produzir saúde.

Aos trabalhadores da saúde, a participação na gestão dos serviços é respaldada pela Lei n.º 8.142/90 (Brasil, 1990) e, é oportuno destacar que, pelo envolvimento direto na representação social da população, precisam estar instrumentalizados e empoderados tecnicamente na prática de planejar e avaliar, todavia, tal ação ainda apresenta-se, incipiente, uma vez que há sobrecarga no trabalho e por ser estabelecida gestão centralizadora e pouco participativa desfocada do planejamento compartilhado, favorecendo o descontrole social e a aplicação dos recursos de maneira incoerente (Ferreira et al., 2018).

Portanto, foi observado que a unidade não possui um modelo de Saúde da Família focado no sistema e atendimento a saúde integral e modelo gerencial pautado na lógica do cuidado assistencial que gera oportunidade à continuidade do cuidado à população. Incorporar conceitos e instrumentos de vigilância na rotina de profissionais da APS revela então, grande desafio as

gestões de saúde, visto que para além da falta de capacitação relacionada à área de VS, o que faz com que os profissionais não reconheçam na sua rotina processos de VS e, conseqüentemente, desmotivam estes a desenvolver um olhar vigilante na oportunidade de suas ações em saúde, a falta de um *feedback* transformado em informação em saúde para essas equipes a partir dos dados que eles mesmos geram também corroboram tal problemática

## 5. Conclusão

A partir dos resultados, ficam evidentes a não adesão, nos modelos de gerencias, das ferramentas de VS nas Unidades de Saúde do município, portanto, a não adequação das ações e serviços da Estratégia Saúde da Família considerando as características locais. Logo, permitindo inferir a isso, a breve percepção quanto às definições e atribuições da VS no âmbito da atenção básica implicando em sua aplicação. Ademais, os resultados expõem o processo de trabalho das equipes desfocado da saúde local e suas particularidades no contexto social e cultural, sendo a territorialização o centro da VS. Nesse contexto, sendo reflexo da não utilização das ferramentas de VS, se estabelece o desconhecimento do perfil de saúde no município em questão diante as particularidades e desafios na gerencia em saúde. A partir disso, uma serie de estratégias baseadas em experiências e evidências literárias, como as descritas nas Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde, podem ser implantadas para melhorar e ampliar os serviços à população e fortalecer as equipes de Saúde da Família.

## Referências

- Albert, C. E., Magalhães, D. F. (2020). Saúde: planejamento e gestão pública municipal. Brasília: CNM.
- Araújo, G. B., Filho, W. P. A., Santos, R. S. & Lira, R. C. M. (2017). Territorialização em saúde com instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. *SANARE*, 16(1): 124-129.
- Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. São Paulo, 1:12.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde (2013). Portaria Nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funcionam.
- Brasil (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde.
- Brasil (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília.
- Camargos, M. A., Oliver, F. C. (2019). Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, 43(123): 1259-1269.
- Carvalho, L. B., Shimizu, H. E. (2017) A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*, 21(60): 23-33.
- Confederação nacional de municípios – CNM. (2017). Prestação de contas e transparência nos consórcios públicos.
- Contandriopoulos, A. P. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. saúde coletiva*, 11(3): 705-711.
- Costa, I. L. F., Trindade, C. B. S., Chaves, E. C. R., Ferreira, I. P., Lima, S. B. A., Costa, F. B., Mendonça, M. H. R. & Neto, R. L. S. (2020). Vigilância em saúde e o planejamento nas equipes de atenção primária em saúde: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 53: 3622.
- David, H. M. S. (2017). O papel do agente comunitário de saúde no fortalecimento da educação popular em saúde. *Revista de Pesquisa Cuidada é Fundamental Online*, 9(2): 371–378.
- Denicoli, E. S. (2016). Gestão participativa: um estudo sobre a participação dos técnicos administrativos nos processos de gestão da Universidade Federal Do Tocantins. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em

Gestão de Políticas Públicas, Palmas, 2016.

Ferreira, J., Celuppi, I. C., Baseggio, L., Geremia, D. S., Madureira, V. S. F. & Souza, J. B. (2018). Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde de Soc*, 27(1): 69-79.

Fernandes, J. C., Cordeiro, B. C. (2018). O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. *Rev enferm UFPE*, 12(1).

Fonseca, B. M. C., Bragab, A. M. C. B. & Dias, E. C. (2019). Planejamento de intervenções em Saúde do Trabalhador no território: uma experiência participativa. *Rev Bras Saude Ocup*, 44(36).

Furtado, J. P. (2018). Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad. Saúde Pública*, 34(7).

Guedes, E. V. B., Andrade, S. M. P. (2018). Diagnóstico situacional: ferramenta importante para o planejamento das ações de saúde bucal no programa saúde na escola. Aracaju. Monografia (Bacharel em Odontologia) - Universidade Tiradentes

Instituto de pesquisa econômica aplicada-IPEA. (2018). Federalismo, Integralidade e Autonomia no SUS: Desvinculação da Aplicação de Recursos Federais e os Desafios da Coordenação.

Kroth, D. C., Guimarães, R. M. (2019). Pacto pela Saúde: efeito do tempo na eficácia da gestão municipal. *Revista De Administração Pública*, 53(6): 1138-1160.

Lotta, G. (2019). Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil. Brasília: Enap: 324.

Marques, L. D. (2015). Situação de saúde do município de Panambi: Avanços e desafios para gestão. Panambi. Dissertação (Especialização em Gestão em saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Melo, M. A. S., Coleta, M. F. D., Coleta, J. A. D., Bezerra, J. C. B., Castro, A. M. & Melo, A. L. S. (2018). Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. *Rev. Adm. Saúde*, 18(71).

Netto, G. F., Villardi, J. W. R., Machado, J. M. H., Souza, M. S., Brito, I. F., Santorum, J. A., Reis, C. O. O. & Fenner, A. L. D. (2017) Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10): 3137-3148.

Pinafo, E., Carvalho, B. G. & Nunes, E. F. P. (2016). Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciênc. Saúde coletiva*, 21(5):1511-15

Queiroz, R. S., Valente, G. S. C. (2019). Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde: contribuições para o campo da saúde coletiva. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 88(26).

Recktenwaldt, M., Junges, J. R. (2017). A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. *Saúde Soc. São Paulo*, 26(2): 367-381.

Souza, P. C., Scatena, J. & Henrique G. (2010). Avaliação normativa: utilizando indicadores de produção para analisar um hospital no contexto do sistema local e regional de saúde. *Rev. adm. Saúde*, 11(43): 63-74.

Treviso, P. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Rev. Adm. Saúde*, 17(69).

Voltolini, B. C. (2019). Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. *Texto Contexto Enfermagem (online)*, 28:e20170477.

Wolfart, J. M., Amthauer, C., Silva, A. M. F., Lebens, D. E. & Moura, G. S. (2020). A construção do diagnóstico situacional de saúde de uma estratégia saúde da família de São Miguel do oeste, Santa Catarina. *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste*, 5: e24613.