



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DAVI RIOS DO NASCIMENTO

**DOENÇAS DETERMINADAS SOCIALMENTE: UMA ANÁLISE DOS
PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS
DO PROGRAMA BRASIL SAUDÁVEL E OFERTA NACIONAL DE
CURSO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM NÍVEL DE PÓS-
GRADUAÇÃO *LATO SENSU***

PETROLINA, PE

2026

DAVI RIOS DO NASCIMENTO

**DOENÇAS DETERMINADAS SOCIALMENTE: UMA ANÁLISE DOS
PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS
DO PROGRAMA BRASIL SAUDÁVEL E OFERTA NACIONAL DE
CURSO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM NÍVEL DE PÓS-
GRADUAÇÃO *LATO SENSU***

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Federal do Vale do São
Francisco – UNIVASF, Campus Petrolina,
como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Dornels Freire de
Souza

Coorientadora: Dra. Thaís Silva Matos

PETROLINA, PE

2026

Nascimento, Davi Rios do
N Doenças determinadas socialmente: uma análise dos planos
244d municipais de saúde dos municípios prioritários do Programa Brasil
Saudável e oferta nacional de curso de qualificação profissional em nível de
pós-graduação *lato sensu* / Davi Rios do Nascimento. – Petrolina, PE, 2026.

231 f. : il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) –
Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, 2026.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Dornels Freire de Souza.
Coorientadora: Dr^a. Thaís Silva Matos.
Inclui referências.

1. Saúde - Planejamento. 2. Doenças - Aspectos sociais. 3.
Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Política de saúde. 5. Vigilância em
saúde. 6. Saúde Pública - Educação. I. Título. II. Souza, Carlos Dornels
Freire de. III. Matos, Thaís Silva. IV. Universidade Federal do Vale do São
Francisco.

362.1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Folha de Aprovação

DAVI RIOS DO NASCIMENTO

Doenças Determinadas Socialmente: uma análise dos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável e oferta nacional de curso de qualificação profissional em nível de pós-graduação *lato sensu*

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Vale do São Francisco

Aprovada em 05/02/2026

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente



CARLOS DORNELS FREIRE DE SOUZA

Data: 28/03/2026 11:51:01-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Carlos Dornels Freire de Souza

Orientador - Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)

Documento assinado digitalmente



BRUNA DEL VECHIO KOIKE

Data: 28/03/2026 11:07:09-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Bruna Del Vechio Koike

Membro interno - Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)

Documento assinado digitalmente



RODRIGO FELICIANO DO CARMO

Data: 27/03/2026 16:12:02-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Rodrigo Feliciano do Carmo

Membro externo ao programa - Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)

Documento assinado digitalmente



ADEILTON GONCALVES DA SILVA JUNIOR

Data: 28/03/2026 09:41:08-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Me. Adailton Gonçalves da Silva Júnior

Membro convidado* - Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro/BA

***Profissional de serviço convidado para participação no processo avaliativo de Mestrado Profissional**

Dedico este trabalho à memória do meu avô, Seu Edson. Com as mãos calejadas pela roça, transformou o suor em oportunidade e nos ensinou que o estudo é o caminho mais fértil que se pode cultivar. Sua vida foi semente; esta conquista, fruto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a cada um que fez parte da minha trajetória até aqui. Aos meus avós, Edson (*in memoriam*) e Maria, por terem semeado o meu caminho; à minha tia Edna, por ter regado essa semente em mim; aos meus pais, Tecla e Vieira, por nunca terem me podado e sempre me incentivarem a crescer; e ao meu irmão, Edson, por ter sido inspiração e me dado, por meio de João Felipe, mais um impulso para o meu crescimento.

Agradeço à minha futura esposa, Sarah, por ser companhia ao longo desse tempo, muitas vezes em climas tempestuosos.

Agradeço também a todos aqueles que fertilizaram esse processo ao cruzarem o meu caminho: minha cunhada, Maresa; meus familiares e meus amigos – Pedro, Eledy, Yasmin, Izabela, Júnior, Jayane, Istéfane, Silmara, Victória e Manny – que se fizeram presentes e me permitiram não desistir de quem eu sou e de quem eu gostaria de ser; meus professores, preceptores e mestres na Medicina de Família e Comunidade – Ari, Allana, Padilha, Rebeca e Ana – que me mostraram que a saúde vai além do que a medicina nos dá, e contribuíram para que eu olhasse todos os dias para o que faço com outros olhos; a todos os profissionais com quem trabalhei e que, para além de colegas, se tornaram suporte nessa luta por uma saúde justa; a todos os meus pacientes, que me fazem lembrar o motivo de eu ter escolhido estar aqui; e, por fim, ao meu orientador, Carlos, que há dez anos me inspirou com sua capacidade de ensinar e de ser professor, e que agora me acolhe como orientando e se tornou um amigo.

“Saúde é o resultado do desenvolvimento
econômico-social justo.”

Sérgio Arouca

RESUMO

Introdução: As Doenças Determinadas Socialmente (DDSs) expressam iniquidades históricas, sociais e ambientais que estruturam o processo saúde-doença. No Brasil, o Programa Brasil Saudável atribuiu centralidade ao Plano Municipal de Saúde como instrumento estratégico do planejamento local para o enfrentamento dessas doenças. **Objetivo:** Analisar como os Planos Municipais de Saúde (2022–2025) dos 175 municípios prioritários incorporam as DDSs e as diretrizes do Programa Brasil Saudável, bem como desenvolver produtos técnico-tecnológicos voltados à qualificação do planejamento em saúde nesses territórios. **Métodos:** Estudo em duas etapas. A primeira consistiu em análise documental dos Planos Municipais de Saúde, por meio de instrumentos estruturados organizados em eixos temáticos, avaliando a incorporação das DDSs prioritárias, das diretrizes nacionais, o uso de dados epidemiológicos, a definição de metas, ações, orçamento e mecanismos de monitoramento, com construção de um score de qualidade técnico-operacional. A segunda etapa envolveu o desenvolvimento, validação institucional e tramitação administrativa de um curso de pós-graduação lato sensu, fundamentado nas lacunas identificadas na análise documental, bem como a elaboração de relatório técnico-institucional contendo síntese analítica dos resultados e recomendações estratégicas encaminhadas ao Ministério da Saúde. **Resultados:** Os planos apresentaram adequação normativa global satisfatória, porém com fragilidades estruturais relevantes. Apenas 29,7% dos municípios apresentaram metas plenamente definidas para todas as DDSs prioritárias e 25,7% dispuseram de dados epidemiológicos completos para subsidiar o planejamento. Observou-se elevada heterogeneidade entre os municípios, com melhor desempenho em diretrizes gerais e desempenho inferior em eixos que exigem maior densidade técnico-operacional, como orçamento, monitoramento e articulação intersetorial. Como resposta a essas lacunas, foi estruturado um curso de especialização em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária e no enfrentamento das DDSs, destinado à qualificação de gestores e profissionais de saúde dos municípios prioritários. Adicionalmente, foi elaborado relatório técnico-institucional encaminhado ao Ministério da Saúde, sintetizando os principais achados da pesquisa e apresentando recomendações para o fortalecimento do planejamento municipal em saúde no âmbito do Programa Brasil Saudável. **Conclusão:** Persistem limites importantes na incorporação das DDSs como eixo estruturante do planejamento municipal, especialmente na operacionalização das ações e na integração entre diagnóstico, planejamento e orçamento. O desenvolvimento dos produtos técnico-tecnológicos contribui para o fortalecimento das capacidades institucionais e locais, reafirmando o planejamento em saúde como instrumento técnico e político central para o enfrentamento das desigualdades e para a promoção da equidade, da justiça social e do direito à saúde. Este Trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde).

Palavras-chave: Doenças Determinadas Socialmente; Planejamento em Saúde; Programa Brasil Saudável; Plano Municipal de Saúde; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Socially Determined Diseases (SDDs) reflect historical, social, and environmental inequities that structure the health-disease process. In Brazil, the Brasil Saudável Program established the Municipal Health Plan as a central strategic instrument for local health planning aimed at addressing these diseases. **Objective:** To analyze how the Municipal Health Plans (2022–2025) of the 175 priority municipalities incorporate Socially Determined Diseases and the guidelines of the *Brasil Saudável* Program, as well as to develop technical-technological products aimed at strengthening health planning in these territories. **Methods:** This study was conducted in two stages. The first stage consisted of a documentary analysis of Municipal Health Plans using structured instruments organized into thematic axes, evaluating the incorporation of priority SDDs, national guidelines, the use of epidemiological data, the definition of goals, actions, budget allocation, and monitoring mechanisms, with the construction of a technical-operational quality score. The second stage involved the development, institutional validation, and administrative processing of a lato sensu postgraduate specialization course based on the gaps identified in the documentary analysis, as well as the preparation of a technical-institutional report summarizing the main findings and strategic recommendations submitted to the Brazilian Ministry of Health. **Results:** The plans showed satisfactory overall normative adequacy but presented significant structural weaknesses. Only 29.7% of municipalities had fully defined targets for all priority SDDs, and 25.7% had complete epidemiological data to support planning. High heterogeneity among municipalities was observed, with better performance in general guidelines and lower performance in axes requiring greater technical-operational capacity, such as budgeting, monitoring, and intersectoral coordination. In response to these gaps, a specialization course in Public Health was developed, emphasizing Epidemiology Applied to Primary Health Care and the management of Socially Determined Diseases, aimed at qualifying health managers and professionals from priority municipalities. Additionally, a technical-institutional report was prepared and submitted to the Ministry of Health, synthesizing the main findings of the research and presenting recommendations to strengthen municipal health planning within the Brasil Saudável Program. **Conclusion:** Important limitations persist in incorporating Socially Determined Diseases as a structuring axis of municipal health planning, particularly regarding the operationalization of actions and the integration between diagnosis, planning, and budgeting. The development of the technical-technological products contributes to strengthening local and institutional capacities, reaffirming health planning as a central technical and political instrument for addressing inequalities and promoting equity, social justice, and the right to health. This Master's thesis was developed within the Professional Master's Degree Program in Family Health (ProfSaúde).

Keywords: Socially Determined Diseases; Health Planning; Brasil Saudável Program; Municipal Health Plan; Health Education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde.....	10
Figura 2 - Doenças Determinadas Socialmente prioritárias.....	11
Figura 3 - Ministérios que integram o CIEDDS.....	25
Figura 4 - Triângulo de Governo de Carlos Matus.	30
Figura 5 - Postulado da Coerência de Mario Testa.	31
Figura 6 - Municípios prioritários do Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar por regiões.	36
Figura 7 - Etapas de implantação do Curso de Especialização.	55

PRODUTO CIENTÍFICO 1

Figura 1 - Municípios prioritários do Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar por regiões.	62
Figura 2 - Score de qualidade dos Planos Municipais de Saúde. Brasil e regiões, 2022-2025.	67

PRODUTO CIENTÍFICO 2

Figura 1 - Municípios prioritários do Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar por regiões.	88
--	----

PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO 2

Figura 1 - Divulgação de resultados do Diagnóstico dos Municípios Prioritários do Programa Brasil Saudável.	129
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais estratégias mundiais para eliminação das DDSs.....	23
Quadro 2 - Principais estratégias brasileiras para eliminação das DDSs.....	24
Quadro 3 - Diretrizes nacionais do Programa Brasil Saudável e seus objetivos.....	26
Quadro 4 - Metas para eliminação das Doenças Determinadas Socialmente estabelecidas pelo Ministério da Saúde.	28
Quadro 5 - Questionário para análise geral dos Planos Municipais de Saúde.	39
Quadro 6 - Questionário para análise dos Planos Municipais de Saúde quanto às Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar.	42
Quadro 7 - Questionário para análise dos Planos Municipais de Saúde quanto às Doenças/Infecções Determinadas Socialmente.	43
Quadro 8 - Sistematização de eixos de avaliação e pontuações atribuídas na avaliação de qualidade dos Planos Municipais de Saúde.	47
Quadro 9 - Pontuação por questão do Questionário de avaliação dos Planos Municipais de Saúde.	47
Quadro 10 - Síntese das produções desenvolvidas ao longo do mestrado.....	204

PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO 2

Quadro 1 - Síntese Executiva – Capacidade de Planejamento dos Municípios Prioritários (2022–2025).	117
--	-----

LISTA DE TABELAS

PRODUTO CIENTÍFICO 1

Tabela 1- Sistematização de eixos de avaliação e pontuações atribuídas na avaliação de qualidade dos Planos Municipais de Saúde..... 64

Tabela 2 – Classificação dos PMS segundo Score de Qualidade, Região e Brasil. 67

Tabela 3 - Índice de Conformidade Médio por eixo, Brasil e Regiões. 68

PRODUTO CIENTÍFICO 2

Tabela 1 - Diretrizes do Programa Brasil Saudável contempladas nos Planos Municipais de Saúde, Brasil 2022-2025.....91

Tabela 2 - Capacidade geral do planejamento municipal para o enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente segundo os Planos Municipais de Saúde, Brasil 2022-2025.....92

Tabela 3 - Tradução programática das doenças definidas como prioritárias pelo Programa Brasil Saudável nos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários, Brasil 2022-2025.....92

Tabela 4 - DDSs prioritárias por número de municípios, Brasil e Regiões.....93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASIS	Análise de Situação de Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIEDDS	Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente
CONUNI	Conselho Universitário
DALY	Ano de Vida Ajustado por Incapacidade
DDS	Doença Determinada Socialmente
DGMP	DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento
DSS	Determinante Social da Saúde
DTN	Doença Tropical Negligenciada
ESF	Estratégia Saúde da Família
GIF2	Grau de Incapacidade Física 2
HBsAg	Antígeno de Superfície da Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus-T Linfotrópico Humano
ILTB	Infecção Latente da Tuberculose
Iramuteq	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
JASP	Jeffrey's Amazing Statistics Program
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBTQIAPN+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais/transgêneros/travestis, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, não-binários e outras identidades
LOA	Lei Orçamentária Anual
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PBS	Programa Brasil Saudável
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
ProfSaúde	Mestrado Profissional em Saúde da Família
PRPPGI	Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatórios Detalhado do Quadrimestre Anterior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIPAC	Sistema Integrado de Patrimônio, Administração e Contratos
SRCA	Secretaria de Registro e Controle Acadêmico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. JUSTIFICATIVA.....	4
2.1. Política.....	4
2.2. Social.....	5
2.3. Científica.....	5
2.4. Técnica.....	6
3. REFERENCIAL TEÓRICO / REVISÃO DE LITERATURA.....	7
3.1. Doenças Determinadas Socialmente: Contexto, impactos e estratégias.....	7
3.1.1. Transição conceitual: de Doenças Tropicais Negligenciadas para Doenças Determinadas Socialmente.....	7
3.1.2. Aspectos epidemiológicos e sociais das DDSs: do global ao local.....	11
3.1.3. Estratégias de enfrentamento às DDSs: do global ao local.....	21
3.1.4. Programa Brasil Saudável.....	25
3.2. Planejamento em Saúde.....	29
3.2.1. O Triângulo de Governo.....	29
3.2.2. O Postulado da Coerência.....	30
3.2.3. O papel dos Planos Municipais de Saúde (PMS).....	31
4. OBJETIVOS.....	33
4.1. Objetivo geral.....	33
4.2. Objetivos específicos.....	33
5. MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
5.1. Etapa 1 – Análise Documental.....	35
5.1.1. Desenho do Estudo.....	35
5.1.2. Área e População do Estudo.....	35
5.1.3. Coleta e Análise de Dados.....	36
5.1.4. Aspectos Éticos.....	51
5.1.5. Limitações da Pesquisa.....	51

5.2. Etapa 2 – Criação e Implantação do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária com ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente	52
5.2.1. Construção do Projeto Pedagógico do Curso (PPC)	52
5.2.2. Elaboração do Regimento Interno do Curso	54
5.2.3. Tramitação Institucional.....	54
5.2.4. Implantação do Curso.....	55
5.3. Elaboração de relatório técnico-institucional.....	55
6. RESULTADOS	57
6.1. Produto Científico 1: Planejamento em Saúde nos municípios prioritários por Doenças Determinadas Socialmente no Brasil: uma análise documental	58
6.2. Produto Científico 2: Enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente no Brasil: uma análise dos Planos Municipais de Saúde, 2022-2025	84
6.3. Produto Técnico-Tecnológico 1: Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária com ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente	111
6.3.1. Sistematização do Produto Técnico-Tecnológico	111
6.4. Produto Técnico-Tecnológico 2: Relatório Técnico-Institucional: Avaliação dos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável (2022–2025)	114
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICE A – Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária com ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente	147
APÊNDICE B – Estrutura de funcionamento do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária com ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente	189
APÊNDICE C – Regimento Interno do Curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária e enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente	196
APÊNDICE D – Produções técnico-científicas desenvolvidas ao longo do mestrado	204
ANEXO A – Municípios prioritários por regiões do Brasil e as respectivas doenças e infecções	208
ANEXO B – Termo de outorga de recursos financeiros	214

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) correspondem a um conjunto de enfermidades causadas por agentes infecciosos, parasitários ou toxinas, que afetam predominantemente populações em situação de pobreza, especialmente na Ásia, África e América Latina. Apesar de seu elevado impacto em termos de morbidade global, essas doenças historicamente recebem investimentos limitados em pesquisa, desenvolvimento e ações de controle, refletindo um cenário de negligência científica e política (World Health Organization, 2025d).

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece como DTNs um conjunto heterogêneo de agravos que inclui, entre outros, a úlcera de Buruli, a doença de Chagas, a dengue e a chikungunya, a dracunculíase, a equinococose, as trematodíases transmitidas por alimentos, a tripanossomíase africana humana, a leishmaniose, a hanseníase, a filariose linfática, o micetoma, a cromoblastomicose e outras micoses profundas, o noma, a oncocercose, a raiva, a escabiose e outras ectoparasitoses, a esquistossomose, as helmintíases transmitidas pelo solo, o envenenamento por picada de serpentes, a teníase e a cisticercose, o tracoma e o *yaws* (bouba), as quais compartilham forte associação com contextos de pobreza, exclusão social e precariedade sanitária (World Health Organization, 2025d).

Embora o termo “Doenças Tropicais Negligenciadas” ainda prevaleça na literatura internacional (World Health Organization, 2025d), cresce o reconhecimento de que essas enfermidades refletem mais do que uma questão geográfica ou de negligência institucional (Hotez, 2017). Nesse contexto, emergem denominações alternativas, como “Doenças de Populações Negligenciadas” e, especialmente no Brasil, “Doenças Determinadas Socialmente” (Brasil, 2025b). Essa reclassificação representa mais do que uma alteração terminológica: expressa o reconhecimento de que a distribuição dessas doenças está enraizada em desigualdades sociais históricas e estruturais (Sevalho, 2024). Por isso, neste trabalho, adotamos o termo Doenças Determinadas Socialmente (DDSs), por seu potencial analítico e transformador no campo da saúde coletiva.

Segundo estimativas, as DDSs afetam mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo (World Health Organization, 2025d) e respondem, anualmente, por mais de 22 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) – um indicador que se destina a contabilizar a quantidade de anos perdidos por morte prematura e de anos vividos com incapacidade (Fitzpatrick *et al.*, 2017). No Brasil, estima-se que as DDSs causem mais de 8 mil

mortes por ano (Brasil, 2024e) e que, somente em 2016, tenham sido responsáveis por mais de 475 mil DALYs no país (Martins-Melo *et al.*, 2018).

Frente a esse impacto, a OMS, na 73^a Assembleia Mundial da Saúde, no ano de 2020, lançou o documento “Acabar com a negligência para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Um roteiro para as doenças tropicais negligenciadas 2021-2030” (*Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030*), no qual detalha estratégias de combate às DTNs, com destaque às metas de controle, prevenção e eliminação dessas doenças, focando no fortalecimento dos sistemas de saúde, no aumento da colaboração internacional com esse propósito, na melhoria do acesso a tratamentos e enfatizando a importância do financiamento adequado e na inovação para sua erradicação até 2030 (World Health Organization, 2020).

No Brasil, com o objetivo de promover ações intersetoriais para a eliminação da tuberculose e de outras doenças determinadas socialmente como problemas de saúde pública no país até 2030, o governo brasileiro instituiu, em 2023, o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS) (Brasil, 2023). Já em 2024, com a finalidade de combater problemas socioambientais que impactam na saúde de pessoas em maior vulnerabilidade social, foi criado o Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar (Brasil, 2024g).

Em suas diretrizes, o Programa Brasil Saudável (PBS) definiu 11 doenças (Doença de Chagas; Esquistossomose; Filariose linfática; Geo-helmintíases; Malária; Oncocercose; Tracoma; Tuberculose; Aids; Hepatites; Hanseníase) e cinco infecções de transmissão vertical (Doença de Chagas; Hepatite B; HIV; HTLV; Sífilis) que possuem relação com condições sociais, nomeou-as como Doenças Determinadas Socialmente e propôs metas a serem alcançadas para sua eliminação. Além disso, 175 municípios brasileiros com alta carga de duas ou mais dessas doenças foram elencados como prioritários para o planejamento de estratégias focadas no alcance dessas metas (Brasil, 2025b).

A epidemiologia das Doenças Determinadas Socialmente está intimamente ligada às condições socioambientais, exigindo políticas públicas voltadas à educação, à promoção da saúde e à prevenção de doenças (Ochola; Karanja; Elliott, 2021). Muitas dessas doenças possuem transmissão vetorial, envolvem reservatórios animais e apresentam ciclos de vida complexos (World Health Organization, 2025d), o que torna seu controle um grande desafio para a saúde pública. Essas características reforçam a necessidade de políticas ambientais específicas e de um planejamento estratégico por parte dos governos, voltado à sua eliminação (Sarabi Asiabar *et al.*, 2024).

Nesse contexto, o planejamento em saúde assume papel estratégico ao permitir tanto a antecipação de problemas quanto a intervenção sobre aqueles já instalados, contribuindo para uma gestão mais proativa e responsiva às necessidades da população (Matus, 1996). Ao articular diagnóstico, definição de prioridades, metas e estratégias, o planejamento orienta decisões com base na realidade local, promovendo o uso racional dos recursos e a coordenação das ações em saúde (Vieira, F. S., 2009).

É nesse sentido que se insere o Plano Municipal de Saúde (PMS), principal instrumento de planejamento estratégico da gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS). Elaborado a cada quadriênio, organiza e pactua ações e serviços no território, funcionando como guia estruturante da gestão. Mais do que um documento formal, é uma ferramenta analítica que permite uma leitura crítica da realidade local, integrando determinantes sociais, desigualdades e capacidades instaladas. Ao definir diretrizes, metas e recursos, contribui para identificar fragilidades, articular planejamento e orçamento, e reafirmar o compromisso com a melhoria das condições de vida da população (Brasil, 2016).

Diante desse cenário, torna-se necessário compreender como os instrumentos de planejamento municipal têm incorporado as Doenças Determinadas Socialmente e de que maneira os resultados dessa análise podem subsidiar estratégias de qualificação profissional e de fortalecimento da gestão pública em saúde.

Frente ao exposto, este trabalho tem como base as seguintes questões de pesquisa:

1. em que medida os Planos Municipais de Saúde (2022-2025) dos 175 municípios prioritários do Programa Brasil Saudável contemplam as Doenças Determinadas Socialmente e ações de enfrentamento?

2. considerando as possíveis lacunas identificadas nos PMS, de que forma estratégias de qualificação profissional e de tradução do conhecimento, como a proposição de um curso de especialização e a elaboração de um relatório técnico-institucional destinado à gestão federal, podem contribuir para o fortalecimento do planejamento em saúde nesses municípios?

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica por razões de natureza política, social, científica e técnica. A análise dos Planos Municipais de Saúde dos 175 municípios prioritários do Programa Brasil Saudável e a proposição de um curso de especialização voltado às Doenças Determinadas Socialmente representam um esforço articulado entre diagnóstico e ação, permitindo compreender lacunas estruturais e, ao mesmo tempo, fortalecer capacidades locais para enfrentamento das desigualdades em saúde. O estudo insere-se no âmbito da linha de pesquisa Vigilância em Saúde do Programa de Pós-Graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde), ao articular análise epidemiológica, planejamento, monitoramento e qualificação das práticas institucionais no Sistema Único de Saúde.

2.1. Política

É crucial que as políticas governamentais assegurem o acesso equânime aos serviços e programas de saúde, sobretudo para populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica. A análise dos Planos Municipais de Saúde permite avaliar a situação socioambiental e de saúde municipal (Brasil, 2016), considerando a perspectiva local e o compromisso dos gestores com iniciativas voltadas ao enfrentamento das desigualdades. Esse processo revela como as diretrizes nacionais são apropriadas pelas gestões municipais e de que forma se articulam com a capacidade local de planejamento, execução e monitoramento das ações de saúde, incluindo aquelas relacionadas às Doenças Determinadas Socialmente. Ao identificar avanços, lacunas e prioridades mal definidas, o estudo contribui para aprimorar a gestão pública e fortalecer políticas alinhadas às metas do Programa Brasil Saudável, promovendo maior coerência entre diagnóstico, planejamento e execução.

2.2. Social

Essa análise pode embasar a formulação de políticas públicas mais eficazes, além de consolidar o planejamento estratégico dos municípios e alinhar as necessidades e objetivos locais com as políticas de saúde em nível nacional e global. Ao compreender como as desigualdades sociais moldam o processo saúde-doença e afetam o bem-estar das populações, o estudo reforça a importância de respostas que integrem ações de cuidado, proteção social e promoção de melhores condições de vida. Desse modo, a execução deste trabalho auxilia na promoção da justiça social porque evidencia a função do Estado na defesa da saúde em seu sentido ampliado, entendido como condição essencial para viver com dignidade e autonomia. Ao mesmo tempo, o estudo se articula à Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) (Organização das Nações Unidas, 2015), e contribui para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que propõem acabar com a pobreza, proteger o planeta e garantir que todas as pessoas tenham paz, prosperidade e oportunidades que favoreçam vidas mais saudáveis e plenas.

2.3. Científica

As doenças tropicais negligenciadas historicamente recebem menor investimento em pesquisa quando comparadas a outras condições de grande impacto epidemiológico, o que reforça a necessidade de ampliar o conhecimento sobre as Doenças Determinadas Socialmente e seus determinantes (World Health Organization, 2025d). A recente implementação do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (Brasil, 2025b) intensifica essa demanda, porque ainda são escassos os estudos que analisam como suas diretrizes vêm sendo incorporadas pelos municípios prioritários. Investigações que contemplem esses territórios tornam-se essenciais diante da ausência de dados sistemáticos que permitam compreender plenamente a distribuição das DDSs e a capacidade local de resposta. Ao analisar os Planos Municipais de Saúde em âmbito nacional, este estudo preenche uma lacuna relevante e contribui para o fortalecimento da saúde coletiva, ao produzir evidências que qualificam o planejamento, orientam políticas públicas e estimulam novos investimentos em pesquisa sobre o tema.

2.4. Técnica

Entendendo que “*os homens são seres do que fazer [...] exatamente porque seu fazer é ação e reflexão. É práxis. É transformação do mundo*” (Freire, 1987), que a prática é complementar à teoria em todos os aspectos sociais, e que a formação é parte primordial para a construção de indivíduos com capacidade de planejamento em saúde (Teixeira *et al.*, 2010), os resultados desta pesquisa evidenciam a necessidade de qualificar o olhar dos municípios prioritários para as Doenças Determinadas Socialmente. Fragilidades no planejamento podem comprometer o alcance das metas do Programa Brasil Saudável, o que torna ainda mais urgente transformar o conhecimento produzido em ação educativa estruturada. Essa ação deve apoiar gestores, profissionais e equipes na elaboração e implementação de estratégias coerentes com as diretrizes nacionais. O curso de especialização proposto cumpre esse papel porque amplia a capacidade técnica dos atores locais e favorece a transformação da realidade observada, aumentando as possibilidades de que as metas de eliminação das DDSs sejam atingidas de forma sustentável.

3. REFERENCIAL TEÓRICO / REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Doenças Determinadas Socialmente: Contexto, impactos e estratégias

3.1.1. Transição conceitual: de Doenças Tropicais Negligenciadas para Doenças Determinadas Socialmente

As Doenças Tropicais Negligenciadas são um grupo de doenças que afetam principalmente populações empobrecidas em áreas tropicais e subtropicais. Essas doenças são causadas por diversos agentes patogênicos, incluindo vírus, bactérias, parasitas, fungos e toxinas, e estão associadas a consequências devastadoras para a saúde, além de impactos sociais e econômicos significativos (World Health Organization, 2025d).

Em seu último relatório, a Organização Mundial da Saúde enumerou as seguintes DTNs: úlcera de Buruli; doença de Chagas; dengue e chikungunya; dracunculíase (verme da Guiné); equinococose; trematodíases transmitidas por alimento; tripanossomíase africana humana (doença do sono); leishmaniose; hanseníase; filariose linfática; micetoma; micose cromoblástica e outras micoses profundas; noma (estomatite gangrenosa); oncocercose (cegueira dos rios); raiva; escabiose e outras ectoparasitoses; esquistossomose; envenenamento por picada de cobra; geo-helminthíases; teníase e cisticercose; tracoma; e yaws (bouba) (World Health Organization, 2024c).

Devido à sua maior prevalência em populações empobrecidas, com capacidade de mobilização política reduzida, as DTNs recebem pouca atenção da indústria farmacêutica e também da academia. Dessa forma, são doenças que possuem investimentos em pesquisa limitados e apresentam um menor desenvolvimento de novos medicamentos, vacinas e testes diagnósticos, quando comparando-se a outras doenças de grande impacto (Luna; Campos, 2020).

A mudança de terminologia de *Doenças Tropicais Negligenciadas* para *Doenças Determinadas Socialmente* representa uma evolução conceitual importante. O termo DTNs enfatiza a geografia tropical e a negligência política ou científica (Hotez, 2017), enquanto a denominação DDSs coloca em primeiro plano as causas sociais profundas do adoecimento –

como pobreza, racismo, desigualdade urbana e degradação ambiental – e promove uma compreensão desses determinantes como princípio da reformulação da ética no cuidado em saúde (Breilh, 2013).

Essa reclassificação, impulsionada por movimentos acadêmicos e sanitários no Brasil (Luna; Campos, 2020), reflete em uma mudança que vai além da nomenclatura: ao reconhecimento de que o padrão de distribuição dessas doenças é resultado de injustiças sociais históricas (Sevalho, 2024), exigindo assim respostas que combinem políticas públicas intersetoriais com uma abordagem ética da saúde que supere o modelo puramente biomédico (Breilh, 2023).

3.1.1.1. Determinantes Sociais da Saúde e Determinação Social da Saúde: uma abordagem conceitual

A compreensão das condições que produzem o processo saúde-doença exige a distinção entre os conceitos de determinantes sociais da saúde e determinação social da saúde. Embora ambos estejam relacionados ao papel das condições sociais na produção da saúde, tratam-se de perspectivas teóricas e políticas distintas.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) referem-se às condições nas quais os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como aos sistemas e serviços destinados à prevenção de doenças e à promoção da saúde (World Health Organization, 2013). Essas condições são moldadas por fatores econômicos, sociais, ambientais, legais e políticos, que influenciam tanto a exposição a riscos quanto as oportunidades de proteção e cuidado em saúde (Machado *et al.*, 2023).

No âmbito dessa abordagem, destacam-se determinantes como renda, escolaridade, condições de moradia, inserção no mercado de trabalho, acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, segurança alimentar e condições ambientais, os quais operam de forma inter-relacionada ao longo do curso de vida. Nesse conjunto de determinantes, marcadores sociais como classe social, raça/cor, gênero e território assumem papel central na produção das desigualdades em saúde, ao condicionarem de forma diferenciada o acesso a recursos, oportunidades e políticas públicas (World Health Organization, 2008).

A classe social condiciona de maneira decisiva o acesso a recursos materiais e simbólicos, influenciando trajetórias de vida, oportunidades de inserção social e padrões de

adoecimento (Marmot, 2004). No contexto brasileiro, populações pertencentes às classes trabalhadoras empobrecidas, especialmente aquelas inseridas em vínculos laborais precários ou informais, apresentam maior exposição a riscos sociais e ambientais, menor acesso à proteção social e maiores barreiras no acesso oportuno aos serviços de saúde, o que se reflete em piores desfechos ao longo do curso de vida (Barata, 2009).

A raça, compreendida como construção social e não como categoria biológica, atua como marcador central das desigualdades em saúde por meio do racismo estrutural, entendido como um sistema histórico de hierarquização social. No contexto brasileiro, esse processo incide de forma particularmente intensa sobre a população negra, condicionando de maneira sistemática o acesso à educação, ao trabalho, à renda, à moradia e aos serviços de saúde. Essas desigualdades decorrem de relações sociais historicamente construídas, que organizam oportunidades e exposições de forma desigual ao longo do curso de vida, resultando em maiores vulnerabilidades e piores desfechos de saúde, que não podem ser compreendidos como neutros ou naturais, mas como expressão direta de processos sociais e políticos (Werneck, 2016).

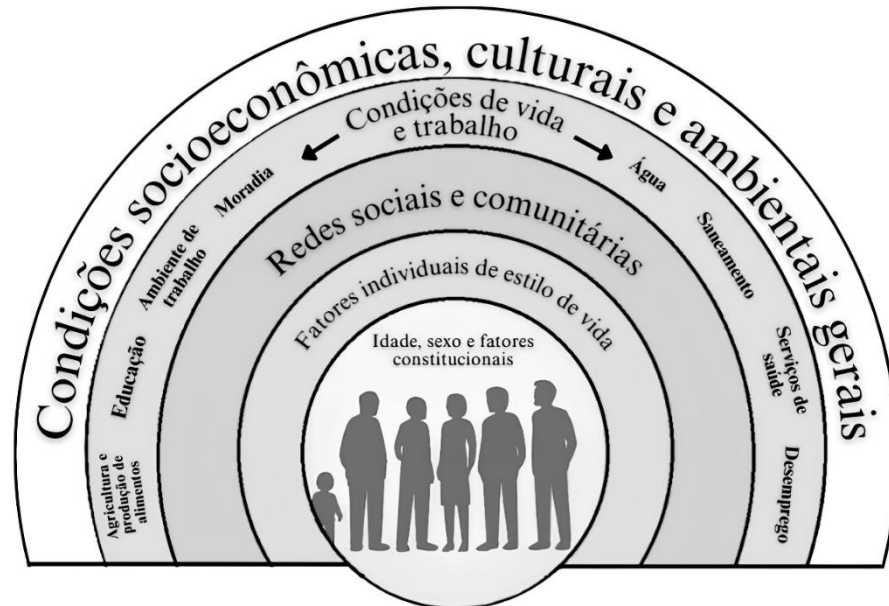
O gênero organiza relações sociais que afetam diferencialmente homens, mulheres e pessoas de identidades diversas, influenciando tanto a exposição a riscos quanto o acesso ao cuidado em saúde. Mulheres, especialmente negras e em situação de pobreza, acumulam desigualdades relacionadas à sobrecarga do trabalho reprodutivo e de cuidado, à inserção desigual no mercado de trabalho e à violência de gênero, enquanto homens tendem a apresentar maior exposição a agravos relacionados a padrões de masculinidade que dificultam o acesso preventivo aos serviços de saúde (Connell; Pearse, 2015). Pessoas trans e de gênero diverso enfrentam, adicionalmente, discriminação institucional e barreiras significativas no acesso aos serviços, ampliando sua vulnerabilidade em saúde (Brasil, 2012b).

O território, entendido como espaço socialmente produzido, expressa a concentração e a sobreposição de desigualdades sociais. No Brasil, populações residentes em periferias urbanas, áreas rurais remotas, territórios indígenas, comunidades quilombolas e assentamentos precários vivenciam condições mais desfavoráveis de infraestrutura, maior exposição a riscos ambientais e menor disponibilidade e resolutividade dos serviços de saúde. Essas desigualdades territoriais condicionam padrões diferenciados de adoecimento e acesso ao cuidado, reforçando iniquidades já produzidas por classe, raça e gênero (Barata, 2009).

O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) contribui para a compreensão dos DSS ao organizá-los em camadas que variam conforme sua proximidade causal em relação aos problemas de saúde. Esse modelo abrange desde fatores individuais, como idade, sexo e hereditariedade, até determinantes intermediários relacionados às condições de vida e trabalho,

alcançando os macrodeterminantes, como políticas públicas, distribuição de poder e organização econômica da sociedade (Egli-Gany *et al.*, 2021) (**Figura 1**).

Figura 1 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: Adaptado de Dahlgren e Whitehead (1991). Tradução própria.

No contexto brasileiro, autores como Buss e Pellegrini Filho (2007), cujas análises influenciaram políticas públicas de saúde no Brasil e na América Latina, adotam uma perspectiva estrutural-funcionalista, promovendo a ideia de que a saúde é influenciada por uma variedade de fatores sociais, econômicos, ambientais e culturais que podem ser abordados por meio de políticas intersetoriais. Eles reforçam que as desigualdades em saúde decorrem de iniquidades sociais historicamente produzidas, as quais se refletem na distribuição desigual de doenças e agravos, especialmente entre populações vulnerabilizadas.

Em contraposição ao conceito de determinantes sociais da saúde, a perspectiva da determinação social da saúde, desenvolvida por autores latino-americanos como Breilh (2013), propõe uma leitura mais crítica e totalizante do processo saúde-doença. Nessa abordagem, a saúde é compreendida como expressão das relações sociais historicamente construídas, sendo determinada pelas formas de organização do trabalho, da produção, da distribuição de riquezas e do poder. Essa visão rompe com o reducionismo e enfatiza a análise dos processos sociais que geram desigualdades, colocando em evidência os conflitos estruturais que atravessam a sociedade.

No Brasil, Almeida-Filho (2009) contribuiu para o conceito de determinação social da saúde ao propor uma abordagem mais complexa e crítica do que a simples noção de

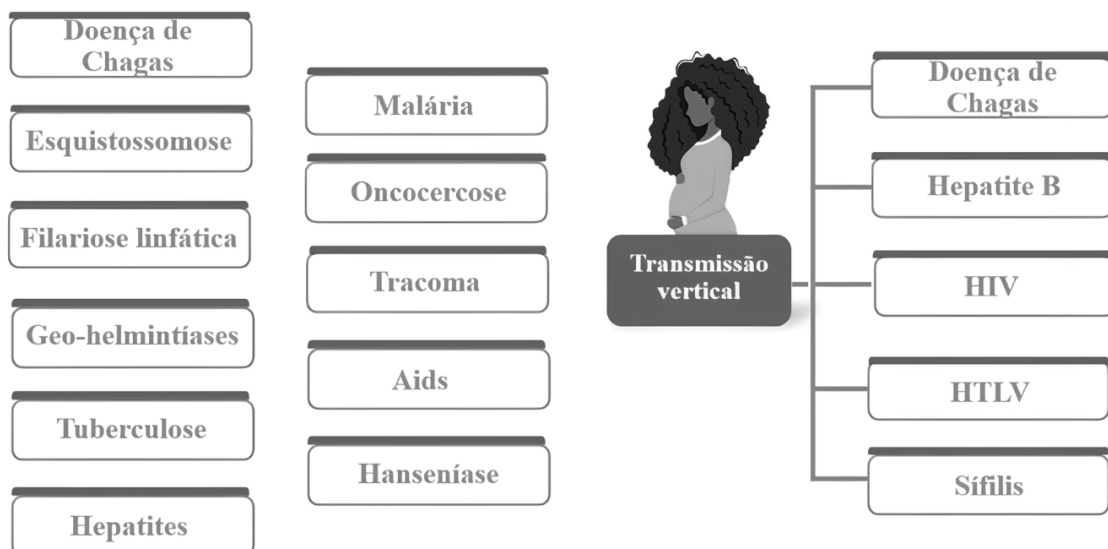
“determinantes sociais”. Para ele, a saúde é resultado de múltiplas dimensões – sociais, econômicas, culturais, políticas e simbólicas – que se articulam de forma dinâmica. Em vez de tratar os fatores sociais como variáveis isoladas, o autor propõe uma matriz analítica que considera os modos de vida, as condições históricas e o acesso a políticas públicas como elementos centrais para compreender as desigualdades em saúde.

Sob essa perspectiva, classe, raça, gênero e território não são compreendidos como determinantes independentes, mas como dimensões constitutivas das relações sociais que organizam o viver, o adoecer e o morrer (Barata, 2009). O racismo estrutural, o patriarcado, a exploração do trabalho e a segregação territorial operam de forma articulada, condicionando trajetórias de vida desiguais e limitando o acesso efetivo às políticas públicas, inclusive à saúde. Assim, as iniquidades em saúde são interpretadas como expressão de processos históricos de exclusão e dominação, e não apenas como resultado da distribuição desigual de fatores de risco (Almeida-Filho, 2009; Breilh, 2013).

3.1.2. Aspectos epidemiológicos e sociais das DDSs: do global ao local

Neste estudo, utilizaremos a lista das Doenças Determinadas Socialmente definidas como prioritárias pelas *Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar* (Brasil, 2025b) (**Figura 2**).

Figura 2 - Doenças Determinadas Socialmente prioritárias.



Fonte: Adaptado de Brasil (2025).

3.1.2.1. Doença de Chagas

A doença de Chagas é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, transmitido principalmente por triatomíneos hematófagos, e permanece como um relevante problema de saúde pública em âmbito global, afetando aproximadamente 8 a 10 milhões de pessoas, com maior concentração na América Latina (Mills, 2020). Estima-se que cerca de 75 milhões de indivíduos estejam sob risco de infecção, com aproximadamente 30 mil novos casos e mais de 10 mil óbitos registrados anualmente (Sousa *et al.*, 2024). A carga global da doença é expressiva, alcançando custos anuais de US\$ 627,46 milhões em saúde e aproximadamente 806.170 anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (Lee *et al.*, 2013). Em função dos intensos fluxos migratórios nas últimas décadas, a Doença de Chagas deixou de ser restrita a áreas tradicionalmente endêmicas, passando a ser registrada também em diversos países não endêmicos (Sousa *et al.*, 2024).

O *T. cruzi* pode ser transmitido por diferentes vias, incluindo a transmissão vertical durante a gestação. Embora as mulheres em idade fértil representem mais de 1 milhão dos indivíduos infectados globalmente, estima-se que apenas cerca de 10% tenham conhecimento de sua condição sorológica. Essa baixa identificação favorece a persistência da transmissão congênita, resultando em uma estimativa de até 8.664 nascimentos com Doença de Chagas a cada ano no mundo (Bagcchi, 2022).

No contexto brasileiro, apesar da tendência de redução da incidência observada nos últimos anos, a Doença de Chagas ainda apresenta impacto significativo na morbimortalidade. A taxa de mortalidade anual no país é estimada em 3,15 óbitos por 100.000 habitantes, sendo a maioria desses óbitos atribuída às formas crônicas da enfermidade, que concentram grande parte das complicações clínicas e da carga de doença associada (Martins-Melo; Castro; Werneck, 2021).

3.1.2.2. Esquistossomose

A esquistossomose é causada pelo helminto *Schistosoma mansoni*, com transmissão associada ao contato com águas contaminadas, e permanece como uma das principais

parasitoses de importância em saúde pública em escala global, acometendo cerca de 151 milhões de pessoas e expondo aproximadamente 800 milhões ao risco de infecção. A doença distribui-se por 78 países, incidindo de forma predominante em regiões rurais e em áreas urbanas caracterizadas por infraestrutura sanitária precária. Em 2021, a carga global da esquistossomose foi estimada em 1.746.333 anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), com 12.857 óbitos atribuídos diretamente à infecção (Li *et al.*, 2025).

No Brasil, apesar dos avanços observados nas estratégias de controle da transmissão, a esquistossomose segue configurando-se como um relevante problema de saúde pública. Entre os anos de 1999 e 2018, a doença foi responsável por 4.168 óbitos, correspondendo a uma taxa de mortalidade ajustada de 0,62 óbitos por 100.000 habitantes. A maior parte dessas mortes concentrou-se nas regiões Nordeste e Sudeste do país e esteve predominantemente associada à forma crônica hepatoesplênica da enfermidade, que concentra as manifestações clínicas mais graves e a maior carga de morbimortalidade (Pinheiro *et al.*, 2020).

3.1.2.3. Filariose linfática

A filariose linfática é causada por nematódeos do gênero *Wuchereria*, especialmente *Wuchereria bancrofti*, transmitidos por mosquitos, e permanece como um relevante problema de saúde pública em países endêmicos, afetando milhões de pessoas em diferentes regiões do mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, cerca de 25 milhões de homens vivem com hidrocele e mais de 15 milhões de indivíduos apresentam linfedema, manifestações clínicas crônicas e incapacitantes que acarretam impactos expressivos na qualidade de vida, na produtividade e na inclusão social das populações acometidas (World Health Organization, 2024e).

Embora a doença ainda esteja presente em diversas regiões da Ásia, da África e do Pacífico, o Brasil destaca-se como exemplo de êxito nas estratégias de eliminação da filariose linfática como problema de saúde pública. Em 2017, o país interrompeu a transmissão autóctone da enfermidade, após décadas de ações contínuas de vigilância epidemiológica, tratamento em massa com antiparasitários e controle vetorial, consolidando avanços significativos no enfrentamento da doença (World Health Organization, 2024a).

3.1.2.4. Geo-helminthiases

As geo-helminthiases são causadas por helmintos intestinais transmitidos pelo solo, como *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e ancilostomídeos, e figuram entre as parasitoses mais prevalentes em escala global. Em 2021, estimava-se que mais de 700 milhões de pessoas estivessem infectadas por *Ascaris*, entre 600 e 800 milhões por *Trichuris*, cerca de 500 milhões por ancilostomídeos e mais de 600 milhões por *Strongyloides*, evidenciando a elevada magnitude dessas infecções (Servián; Garimano; Santini, 2024). Além disso, aproximadamente 914 milhões de crianças, 108 milhões de meninas adolescentes e 138,8 milhões de gestantes e lactantes vivem em áreas de transmissão intensa, necessitando de tratamento regular e de intervenções preventivas para o controle dessas parasitoses (World Health Organization, 2023).

No Brasil, as geo-helminthiases apresentam a maior prevalência da América Latina, com estimativas indicando que cerca de um terço da população esteja infectada por pelo menos um helminto de transmissão relacionada ao solo. Os agentes mais frequentemente identificados incluem *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e os ancilostomídeos *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus* (Trindade et al., 2024). Dados nacionais apontam que a prevalência de *A. lumbricoides* varia entre 5,7% e 22,3%, a de *Ancylostoma* spp. entre 2,7% e 6,1% e a de *T. trichiura* entre 1,2% e 5,3%, com maior concentração nas regiões Norte e Nordeste do país, onde persistem condições sanitárias mais precárias (Santos, M. C. S.; Heller, 2023).

3.1.2.5. Tuberculose

A tuberculose é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, transmitido principalmente por via aérea, e permanece como uma das principais causas de morbimortalidade por doenças infecciosas em escala global. Estima-se que cerca de um quarto da população mundial esteja infectada pelo *M. tuberculosis* em uma condição denominada Infecção Latente da Tuberculose (ILTb). Anualmente, aproximadamente 10 milhões de pessoas adoecem, resultando em cerca de 1,3 milhão de óbitos atribuídos à enfermidade (World Health Organization, 2024d). A carga global da doença alcançou aproximadamente 38,9 milhões de anos de vida ajustados por

incapacidade (DALYs), refletindo sua elevada magnitude epidemiológica. Apesar da redução de 33,9% na taxa de incidência global entre 1990 e 2019, a tuberculose ainda se concentra de forma desproporcional em países de baixa e média renda, onde persistem condições sociais e estruturais favoráveis à transmissão (Yang *et al.*, 2024).

No contexto brasileiro, a tuberculose mantém-se como importante problema de saúde pública, e o país é classificado pela Organização Mundial da Saúde entre aqueles com alta carga da doença e de coinfeção tuberculose-HIV (World Health Organization, 2024d). Em 2023, foram notificados 81.414 novos casos, correspondendo a uma taxa de incidência de 38,0 por 100 mil habitantes. No mesmo período, registraram-se 4.801 óbitos, com taxa de mortalidade de 2,3 por 100 mil habitantes. A coinfeção pelo HIV permanece como agravante relevante do quadro epidemiológico, estando presente em aproximadamente 9,1% dos novos casos notificados, o que reforça a complexidade do enfrentamento da doença no país (Brasil, 2025a).

3.1.2.6. Hepatites

As hepatites virais são causadas pelos vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV), apresentam transmissão predominantemente sexual e vertical no caso do HBV e principalmente sanguínea no caso do HCV, e constituem um importante problema de saúde pública em escala global. Responsáveis por quadros crônicos em milhões de pessoas, esses dois sorotipos configuram-se como as principais causas de cirrose hepática, hepatocarcinoma e óbitos associados às infecções virais do fígado (GBD 2019 Europe Hepatitis B & C Collaborators, 2023). Estima-se que, conjuntamente, estejam associados a aproximadamente 1,3 milhão de mortes anuais, figurando entre as doenças infecciosas mais letais no mundo. Apesar de afetarem cerca de 304 milhões de pessoas globalmente, o acesso ao diagnóstico e ao tratamento permanece limitado para a maioria dos indivíduos infectados (World Health Organization, 2025b).

A infecção pelo vírus da hepatite B adquirida ao nascimento representa um dos principais fatores de risco para a cronificação da doença. Estimativas indicam que até 90% dos recém-nascidos infectados evoluem para formas crônicas, percentual significativamente superior ao observado em infecções adquiridas por transmissão horizontal ao longo da vida. Nessas situações, as taxas de cronificação variam entre 20% e 60% em crianças de 1 a 5 anos e entre 5% e 10% em faixas etárias mais avançadas. Em contextos endêmicos, a transmissão

vertical desempenha papel central na manutenção da cadeia de infecção, sendo responsável por aproximadamente 40% a 50% dos casos crônicos de hepatite B (Liu; Chen; Zhao, 2021).

No Brasil, entre os anos de 2000 e 2023, foram confirmados 785.571 casos de hepatites virais, dos quais 289.029 corresponderam à hepatite B e 318.916 à hepatite C. Em 2023, as taxas de detecção dessas infecções foram de 4,7 casos por 100 mil habitantes para hepatite B e de 7,6 para hepatite C, evidenciando a persistência dessas doenças como relevantes problemas de saúde pública no país. No mesmo período, entre 2000 e 2022, registraram-se 89.875 óbitos relacionados às hepatites virais, sendo 19.499 atribuídos à hepatite B e 68.213 à hepatite C, o que consolida o protagonismo dessas variantes na carga de mortalidade associada às infecções crônicas no Brasil (Brasil, 2024a).

3.1.2.7. Malária

A malária é causada por protozoários do gênero *Plasmodium*, especialmente *P. vivax* e *P. falciparum*, transmitidos por mosquitos do gênero *Anopheles*, e permanece como uma das principais endemias parasitárias em escala global, colocando quase metade da população mundial sob risco de infecção em 83 países tropicais e subtropicais. Em 2023, foram registrados aproximadamente 263 milhões de casos e 597 mil óbitos, dos quais cerca de 95% ocorreram no continente africano. Crianças menores de cinco anos concentram o maior ônus da doença grave, respondendo por aproximadamente 76% das mortes atribuídas à malária (World Health Organization, 2024f). Entre os anos de 2000 e 2015, observou-se uma redução expressiva, da ordem de 60%, na mortalidade global pela doença, o que impulsionou iniciativas voltadas à sua erradicação. Contudo, a partir de 2015, esse progresso passou a apresentar estagnação, com heterogeneidade entre países e recrudescimento da incidência em alguns contextos (Varo; Chaccour; Bassat, 2020).

No continente americano, Brasil, Venezuela e Bolívia concentram aproximadamente 73% dos casos de malária registrados. No Brasil, a transmissão da doença é fortemente influenciada por fatores climáticos, antrópicos e pela organização dos serviços de saúde, resultando em um padrão endêmico concentrado na região amazônica. Em 2023, essa região foi responsável por 99,98% dos casos notificados no país, totalizando 139.884 registros (Brasil, 2024d). No ano de 2022, foram notificados 131.224 casos, representando uma redução de 6,6% em relação a 2021. Do total de casos registrados, 2.256 (1,7%) corresponderam a infecções

importadas de outros países, evidenciando a influência da mobilidade populacional na dinâmica da transmissão (Brasil, 2024f).

3.1.2.8. *Oncocercose*

A oncocercose, também conhecida como Cegueira dos Rios, é causada pelo nematódeo *Onchocerca volvulus*, transmitido por moscas do gênero *Simulium*, e permanece como um relevante problema de saúde pública em escala global. Em 2023, estimou-se que aproximadamente 249,5 milhões de pessoas necessitaram de tratamento preventivo contra a doença. Entre os indivíduos infectados, cerca de 14,6 milhões já apresentavam manifestações cutâneas associadas à infecção, enquanto aproximadamente 1,15 milhão evoluíram com comprometimento visual, incluindo perda parcial ou total da visão (World Health Organization, 2025e). A doença afeta diferentes faixas etárias, desde crianças menores de dez anos até adultos com mais de cinquenta, apresentando soroprevalência variável ao longo da vida, conforme observado em distintos contextos epidemiológicos (Mshana *et al.*, 2023).

Mais de 99% dos casos de oncocercose concentram-se em países do continente africano e no Iêmen, enquanto menos de 1% dos casos restantes ocorrem nas Américas (World Health Organization, 2025e). No Brasil, o único foco endêmico identificado localiza-se na fronteira com a Venezuela, abrangendo uma população estimada de 18.815 habitantes distribuídos em 272 comunidades situadas no interior de uma reserva nacional protegida. Esse padrão evidencia a focalidade da transmissão no território brasileiro e a associação da doença a contextos específicos de vulnerabilidade socioambiental (Araujo *et al.*, 2024).

3.1.2.9. *Tracoma*

O tracoma é causado pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, sendo transmitido principalmente por contato direto e condições inadequadas de higiene, e permanece como um relevante problema de saúde pública em âmbito global, estando presente em 32 países e sendo responsável por cegueira ou deficiência visual em aproximadamente 1,9 milhão de pessoas. Em

abril de 2025, estimava-se que cerca de 103 milhões de indivíduos viviam em áreas endêmicas e permaneciam sob risco de desenvolver cegueira em decorrência da doença. Como parte das estratégias de controle, em 2024 mais de 87 mil pessoas foram submetidas a tratamento cirúrgico para os estágios avançados da infecção, enquanto aproximadamente 44,4 milhões receberam antibióticos. Apesar desses esforços, a cobertura antibiótica global permaneceu limitada, alcançando apenas 39% da população-alvo (World Health Organization, 2025f).

No Brasil, embora o tracoma apresente baixa incidência, a doença mantém relevância epidemiológica. Entre os anos de 2000 e 2022, foram registradas 141 internações hospitalares relacionadas ao tracoma, sendo que, em 83,0% dos casos, a enfermidade foi identificada como causa principal da internação, dos quais 12,1% evoluíram para óbito. No mesmo período, contabilizaram-se 126 óbitos associados ao tracoma, dos quais 8,7% tiveram a doença como causa básica (Maciel *et al.*, 2024). Atualmente, o Ministério da Saúde conduz estudos em áreas endêmicas indígenas com vistas à elaboração do dossiê de validação da eliminação do tracoma como problema de saúde pública no país (Brasil, 2024h).

3.1.2.10. HIV/Aids

A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), transmitido por via sexual, sanguínea e vertical e permanece como um dos principais desafios globais em saúde pública. Estima-se que, em 2024, aproximadamente 40,8 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo, das quais cerca de 1,3 milhão foram recém-infectadas e 630 mil evoluíram para óbito por causas relacionadas à Aids. Embora avanços importantes tenham sido alcançados, com 87% das pessoas vivendo com HIV cientes de seu diagnóstico, persistem lacunas relevantes no cuidado, uma vez que apenas 77% têm acesso ao tratamento antirretroviral e 73% alcançam supressão viral, evidenciando desafios contínuos para o controle da epidemia em escala global (United Nations Programme on HIV/AIDS, 2025; World Health Organization, 2025c).

No Brasil, o HIV/Aids mantém-se como um importante problema de saúde pública. Entre os anos de 2007 e junho de 2024, foram notificados 541.759 casos de infecção pelo HIV, com 46.495 registros apenas em 2023. No mesmo ano, registraram-se 6.732 casos de crianças expostas ao HIV, evidenciando a persistência do risco de transmissão vertical. Desde o início da epidemia, em 1980, o país acumula 1.165.599 casos de Aids, com média aproximada de 36

mil novos casos anuais nos últimos cinco anos, além de subnotificação ainda relevante nos sistemas de informação. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecer estratégias de prevenção, em especial da transmissão vertical, e de qualificar a vigilância epidemiológica como componentes centrais da resposta à infecção no país (Brasil, 2024b).

3.1.2.11. Hanseníase

A hanseníase é causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, com transmissão associada ao contato prolongado com pessoas infectadas, e apresentou redução expressiva de sua incidência global entre 1990 e 2019, com queda estimada em 27,86%, associada principalmente à ampla implementação da poliquimioterapia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (Shen *et al.*, 2024). Apesar desse avanço, a doença permanece como um desafio relevante de saúde pública em escala global, com mais de 200 mil novos casos notificados anualmente em cerca de 120 países (World Health Organization, 2024b). Em 2021, a hanseníase foi responsável por aproximadamente 19.750 anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) no mundo, correspondendo a uma taxa padronizada de 0,25 por 100.000 habitantes, majoritariamente relacionada à perda de função neural e ao desenvolvimento de deformidades físicas permanentes, sobretudo nos casos diagnosticados tardiamente (Chen *et al.*, 2024).

No contexto brasileiro, a hanseníase mantém elevada relevância epidemiológica, posicionando o país entre os três com maior número de casos novos no mundo, ao lado da Índia e da Indonésia. Em 2023, esses três países notificaram mais de 10.000 casos cada, concentrando conjuntamente 79,3% dos novos diagnósticos globais da doença (World Health Organization, 2024b). Em 2019, a taxa de incidência da hanseníase no Brasil foi estimada em 3,48 casos por 100 mil habitantes, com carga aproximada de 2.200 DALYs e taxa padronizada por idade de 1,04 DALYs por 100 mil habitantes, evidenciando a persistência da doença como problema de saúde pública no país (Shalini *et al.*, 2024).

3.1.2.12. HTLV

A infecção pelo HTLV é causada pelo Vírus T-linfotrópico Humano, com transmissão sexual, sanguínea e vertical, e permanece como um relevante problema de saúde pública em escala global. Estima-se que entre 10 e 20 milhões de pessoas estejam infectadas no mundo; contudo, apenas cerca de 10% desenvolvem manifestações clínicas associadas ao vírus ao longo da vida (Valcarcel et al., 2023; Vieira et al., 2021).

No Brasil, estima-se que se concentre o maior número absoluto de pessoas vivendo com HTLV-1 no mundo, com aproximadamente 800 mil indivíduos infectados. A transmissão vertical, especialmente por meio da amamentação, configura-se como uma das principais vias de manutenção da cadeia de transmissão no país. Entre gestantes, a prevalência de infecção por HTLV-1/2 varia entre 0% e 1,05%, evidenciando uma importante porta de entrada para a perpetuação intergeracional da infecção e reforçando a relevância da vigilância e das estratégias de prevenção voltadas à saúde materno-infantil (Brasil, 2020).

3.1.2.13. Sífilis

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sendo transmitida principalmente por via sexual e vertical, e apresentou crescimento expressivo da carga global entre os anos de 1990 e 2021, consolidando-se como um relevante problema de saúde pública em escala mundial. Nesse período, a prevalência aumentou de 45,5 milhões para 70,5 milhões de pessoas, com elevação das taxas padronizadas por idade de 846,3 para 881,6 por 100 mil habitantes. A incidência anual também cresceu, passando de 12 milhões para 18,7 milhões de casos, com taxas que variaram de 216,9 para 235,5 por 100 mil habitantes. Em contrapartida, observou-se redução no número absoluto de óbitos, de 89,4 mil para 74,7 mil, bem como diminuição das taxas de mortalidade, de 1,42 para 1,19 por 100 mil habitantes, e dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), de 126,2 para 107,1 por 100 mil, indicando queda da letalidade, embora com manutenção da transmissão em larga escala (Yu; You; Luo, 2024).

A sífilis congênita permanece como importante causa de natimortalidade e morbimortalidade infantil em âmbito global, estando associada a desfechos adversos em até

80% dos casos. Estima-se que, anualmente, cerca de 7 em cada 1.000 gestantes no mundo sejam diagnosticadas com sífilis. Em 2022, foram registrados aproximadamente 661 mil casos de sífilis congênita, correspondendo a uma taxa global de 473 por 100 mil nascidos vivos. Desses casos, 355 mil resultaram em desfechos graves, incluindo 143 mil mortes fetais ou natimortos, 61 mil óbitos neonatais, 41 mil partos prematuros ou recém-nascidos com baixo peso e 109 mil casos de sífilis clínica. Destaca-se que apenas 6% desses desfechos ocorreram em gestantes previamente diagnosticadas e tratadas, evidenciando falhas persistentes na prevenção e no cuidado pré-natal (Salomè *et al.*, 2024).

No Brasil, a sífilis segue em expansão e configura-se como um relevante problema de saúde pública. Entre 2010 e 2024, foram registrados 1.538.525 casos de sífilis adquirida, com taxa de detecção de 113,8 casos por 100 mil habitantes em 2023. No mesmo período, notificaram-se 713.167 casos de sífilis em gestantes, correspondendo a uma taxa de 34,0 por 1.000 nascidos vivos. A sífilis congênita acumulou 344.978 casos entre 1999 e 2024, alcançando incidência de 9,9 por 1.000 nascidos vivos em 2023. Desde 1998, foram registrados 3.554 óbitos em menores de um ano, com coeficiente de mortalidade de 7,7 por 100 mil nascidos vivos em 2023, reforçando a magnitude do problema e a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno no país (Brasil, 2024c).

3.1.3. Estratégias de enfrentamento às DDSs: do global ao local

3.1.3.1. Estratégias globais

Visando a erradicação da pobreza, proteção do planeta e garantia da paz e prosperidade até 2030, os Estados-membros da ONU adotaram, em 2015, a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Essa estabelece 17 objetivos para o desenvolvimento sustentável (ODS) e 169 metas interconectadas que abrangem áreas como saúde, educação, igualdade de gênero, energia limpa, trabalho adequado, redução das desigualdades e questões climáticas, promovendo um desenvolvimento equilibrado nas dimensões social, econômica e ambiental (Organização das Nações Unidas, 2015).

Em consonância com os ODS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou, em 2017, a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018–2030, elaborada com o objetivo de orientar os países da região no fortalecimento de seus sistemas de saúde. A Agenda propõe uma abordagem centrada nas pessoas e no direito à saúde através de quatro metas principais: eliminar as barreiras de acesso; melhorar a governança e a liderança nos sistemas de saúde; aumentar a resiliência dos serviços frente a emergências; e promover a saúde ao longo do ciclo de vida. Além disso, enfatiza a importância da ação intersetorial para enfrentar os determinantes sociais da saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017).

Nesse contexto, durante a 73ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 2020, a Organização Mundial da Saúde lançou o documento *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030*, no qual delinea um plano estratégico para o enfrentamento das doenças tropicais negligenciadas. O texto estabelece metas de controle, prevenção e eliminação dessas enfermidades até 2030, com ênfase na necessidade de fortalecer os sistemas de saúde, ampliar a cooperação internacional, garantir acesso equitativo a diagnóstico e tratamento, além de ressaltar o papel central da inovação e do financiamento adequado como pilares para a superação desse desafio global (World Health Organization, 2020).

O **Quadro 1** apresenta um resumo das principais estratégias globais para eliminação das Doenças Determinadas Socialmente nos últimos anos.

Quadro 1 - Principais estratégias mundiais para eliminação das DDSs.

Doença	Estratégia	Período	Metas
Doença de Chagas	Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030 (World Health Organization, 2020)	2021 - 2030	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar para 15, até 2030, o número de países que alcançaram a interrupção da transmissão pelas quatro vias de transmissão (vetorial, transfusional, transplantada e congênita), com cobertura de tratamento antiparasitário de 75% da população elegível.
Esquistossomose	Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030 (World Health Organization, 2020)	2021 - 2030	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar para 78, até 2030, o número de países validados para eliminação como um problema de saúde pública (atualmente definido como proporção <1% de infecções de esquistossomose de alta intensidade).
Filariose linfática	Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (World Health Organization, 2025a)	2000 - Atual	<ul style="list-style-type: none"> Interromper a transmissão através da administração de medicamentos em massa; Gerenciamento de morbidade e prevenção de incapacidade.
Geo-helmintíases	Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030 (World Health Organization, 2020)	2021 - 2030	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar para 96, até 2030, o número de países validados para eliminação das geo-helmintíases como problema de saúde pública (definido como proporção <2% de infecções por helmintos transmitidos pelo solo de intensidade moderada e grave devido a <i>Ascaris lumbricoides</i>, <i>Trichuris trichuria</i>, <i>Necator americanus</i> e <i>Ancylostoma duodenale</i>).
Tuberculose	End TB Strategy (World Health Organization, 2015)	2015 - 2035	<ul style="list-style-type: none"> Acabar com as mortes, doenças e sofrimento causados pela tuberculose até 2035.
HIV/Aids Hepatites Virais HTLV Sífilis	Global Health Sector Strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030 (World Health Organization, 2022)	2022 - 2030	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir os novos casos anuais de HIV e hepatites virais de 4,5 milhões para menos de 500 mil até 2030; Diminuir os novos casos anuais das quatro infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) curáveis mais comuns em adultos (clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase) de 374 milhões para menos de 150 milhões; Ampliar o número de países que alcançaram a eliminação da transmissão vertical (de mãe para filho) de HIV, hepatite B ou sífilis, passando de 15 para 100 países; Reduzir as mortes anuais causadas por HIV, hepatites virais e ISTs de 2,3 milhões para menos de 1 milhão; Diminuir os novos casos de câncer relacionados ao HIV, hepatites virais e ISTs de 1,2 milhão por ano para menos de 700 mil;
Malária	Global technical strategy for malaria 2016–2030 (World Health Organization, 2021a)	2016 - 2030	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir a incidência de casos de malária em pelo menos 90% até 2030. Reduzir as taxas de mortalidade por malária em pelo menos 90% até 2030; Eliminar a malária em pelo menos 35 países até 2030; Prevenir o ressurgimento da malária em todos os países livres da doença.
Oncocercose	Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030 (World Health Organization, 2020)	2021 - 2030	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar para 12 o número de países verificados para interrupção da transmissão até 2030.
Tracoma	Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030 (World Health Organization, 2020)	2021 - 2030	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar para 66, até 2030, o número de países validados para eliminação como um problema de saúde pública (definido como (I) uma prevalência de triquíase tracomatosa “desconhecida pelo sistema de saúde” de <0,2% em crianças ≥15 anos em cada distrito anteriormente endêmico; (II) uma prevalência de inflamação tracomatosa folicular em crianças de 1 a 9 anos de <5% em cada distrito anteriormente endêmico; e (III) evidências escritas de que o sistema de saúde é capaz de identificar e gerenciar casos incidentes de triquíase tracomatosa, usando estratégias definidas, com evidências de recursos financeiros apropriados para implementar essas estratégias).
Hanseníase	Towards zero leprosy: global leprosy (Hansen’s disease) strategy 2021–2030 (World Health Organization, 2021b)	2021 - 2030	<ul style="list-style-type: none"> Implementar roteiros integrados e de propriedade nacional para erradicação da hanseníase em todos os países endêmicos; Ampliar a prevenção da hanseníase juntamente com a detecção ativa integrada de casos; Gerenciar a hanseníase e suas complicações e prevenir novas incapacidades; Combater o estigma e garantir o respeito aos direitos humanos.

Fonte: Própria autoria (2026).

3.1.3.2. Estratégias brasileiras

O enfrentamento das Doenças Tropicais Negligenciadas no Brasil tem sido pautado por uma série de estratégias integradas que dialogam diretamente com os compromissos assumidos pelo país no contexto dos ODSs. Com forte ancoragem na vigilância em saúde e na abordagem intersetorial, as ações brasileiras buscam romper com o ciclo de invisibilidade e exclusão social que historicamente acompanha esse grupo de agravos (Brasil, 2024h).

O **Quadro 2** apresenta um resumo das principais estratégias brasileiras para a eliminação das Doenças Determinadas Socialmente nos últimos anos.

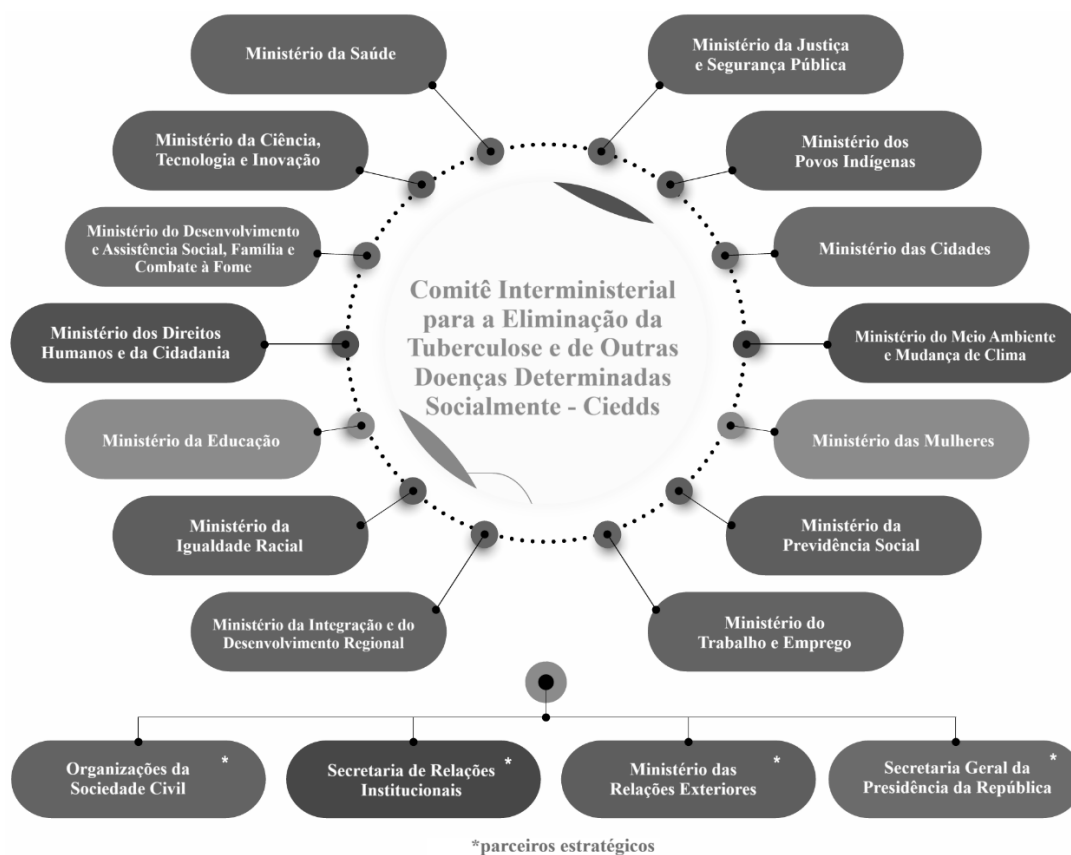
Quadro 2- Principais estratégias brasileiras para eliminação das DDSs.

Doença	Estratégia	Período	Metas
Tuberculose	Brasil Livre da Tuberculose (Brasil, 2017)	2017 - 2035	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes até o ano de 2035. Reduzir o coeficiente de mortalidade por tuberculose para menos de 1 óbito por 100 mil habitantes até o ano de 2035.
HIV/Aids Hepatite B Sífilis Doença de Chagas	Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública (Brasil, 2022b)	2022 - 2030	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV para $\leq 2\%$ até 2025; Reduzir a incidência de sífilis congênita (incluindo natimortos) para $\leq 0,5$ casos por 1.000 nascidos vivos até 2030; Reduzir a prevalência de HBsAg em crianças de 4 a 6 anos para $\leq 0,1\%$ até 2030; Obter a cura comprovada por exame sorológico negativo após o tratamento em 90% ou mais das crianças diagnosticadas com infecção por <i>T. cruzi</i> até 2030.
Malária	Elimina Malária Brasil: Plano Nacional de Eliminação da Malária (Brasil, 2022a)	2022-2035	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir a incidência para menos de 68 mil casos até 2025; Reduzir a incidência para menos de 14 mil casos de malária até 2030; Reduzir o número de óbitos para zero até 2030; Eliminar a transmissão de malária por <i>P. falciparum</i> até 2030.
Hanseníase	Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase (Brasil, 2024i)	2024 - 2030	<ul style="list-style-type: none"> Interrupção da transmissão em 99% dos municípios; Eliminação da doença em 75% dos municípios; Reduzir em 20% o número absoluto de casos novos com GIF2 no momento do diagnóstico; Dar providência a 100% das manifestações sobre práticas discriminatórias em hanseníase registradas nas Ouvidorias do SUS.

Fonte: Própria autoria (2026).

Através do Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023 (Brasil, 2023), o governo brasileiro instituiu o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente, vinculado ao Ministério da Saúde (**Figura 3**). O comitê, composto por diversos ministérios, tem como objetivo promover ações intersetoriais para eliminar a tuberculose e outras doenças determinadas socialmente como problemas de saúde pública no Brasil até 2030. Entre suas competências estão discutir e propor critérios e ações conjuntas, elaborar e executar planos de trabalho, analisar resultados e divulgar informações sobre as ações realizadas.

Figura 3 - Ministérios que integram o CIEDDS.



Fonte: Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (Brasil, 2025b).

3.1.4. Programa Brasil Saudável

Em consonância com a Agenda 2030 e os ODS, o governo brasileiro lançou, em 2024, o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar. Com o objetivo de eliminar as doenças e infecções sociais até 2030, o programa busca integrar políticas públicas e fortalecer o SUS, com foco na redução das desigualdades sociais, especialmente em municípios com alta carga de doenças relacionadas a condições sociais, econômicas e ambientais. A iniciativa tem participação de diversos ministérios, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, promovendo um modelo colaborativo e intersetorial (Brasil, 2024g). A partir das demandas avaliadas, foram definidos 21 objetivos a serem alcançados através do programa, sendo esses orientados por cinco diretrizes centrais (**Quadro 3**) (Brasil, 2025b).

Quadro 3 - Diretrizes nacionais do Programa Brasil Saudável e seus objetivos.

Diretrizes e Objetivos		Órgãos envolvidos
DIRETRIZ 1 – Enfrentamento da fome e da pobreza para mitigar vulnerabilidades condicionantes e/ou decorrentes das doenças e infecções determinadas socialmente e/ou a elas associadas		<ul style="list-style-type: none"> • Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome • Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania • Ministério dos Povos Indígenas • Ministério da Igualdade Racial • Ministério da Educação • Ministério da Saúde • Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação • Ministério das Mulheres • Ministério da Previdência Social • Ministério do Trabalho e Emprego • Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima
O 1.1	Disponibilizar informações estratégicas e ferramentas de vigilância sobre vulnerabilidades socioeconômicas e dificuldades de acesso a benefícios, programas e serviços da assistência social.	
O 1.2	Promover o acesso de pessoas com doenças e infecções determinadas socialmente e de mulheres vulnerabilizadas e/ou em risco social a serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, assim como estabelecer articulações com políticas públicas como habitação, segurança alimentar, geração de renda etc.	
O 1.3	Desenvolver estratégias para mitigação das vulnerabilidades socioculturais que dificultam o acesso a educação, moradia, trabalho, entre outros.	
DIRETRIZ 2 – Redução das iniquidades e ampliação dos direitos humanos e proteção social, com ênfase em ações de atenção a grupos populacionais específicos em territórios prioritários		<ul style="list-style-type: none"> • Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome • Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania • Ministério da Igualdade Racial • Ministério dos Povos Indígenas • Ministério da Justiça e Segurança Pública • Ministério da Educação • Ministério da Saúde • Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação • Ministério das Mulheres • Ministério da Previdência Social • Ministério do Trabalho e Emprego • Ministério das Cidades • Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima
O 2.1	Intensificar a atenção a povos e territórios indígenas.	
O 2.2	Intensificar a atenção às pessoas privadas de liberdade e à comunidade carcerária.	
O 2.3	Intensificar a atenção às pessoas em situação de rua.	
O 2.4	Intensificar a atenção às pessoas imigrantes.	
O 2.5	Intensificar a atenção a crianças, adolescentes, jovens, mulheres e pessoas idosas.	
O 2.6	Intensificar a atenção às pessoas LGBTQIAPN+, com especial atenção às travestis e transexuais.	
O 2.7	Intensificar a atenção aos povos ciganos.	
O 2.8	Intensificar a atenção às pessoas negras.	
O 2.9	Intensificar a atenção às pessoas usuárias de álcool e/ou outras drogas e outros públicos específicos para determinadas doenças e infecções.	
O 2.10	Intensificar a atenção às pessoas profissionais do sexo.	
O 2.11	Intensificar a atenção às pessoas que vivem em áreas de fronteira, áreas de difícil acesso e outros territórios com alta vulnerabilidade social e aos povos tradicionais, quilombolas, do campo, da floresta e das águas.	
DIRETRIZ 3 – Fortalecimento da comunicação de trabalhadores(as), movimentos sociais e organizações da sociedade civil sobre os condicionantes das doenças e infecções determinadas socialmente		<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Educação • Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania • Ministério da Saúde • Ministério da Justiça e Segurança Pública • Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome • Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
O 3.1	Desenvolver estratégias de comunicação sobre os condicionantes das doenças e infecções determinadas socialmente para trabalhadores de todos os setores estratégicos envolvidos.	
O 3.2	Desenvolver estratégias de qualificação para o letramento em saúde sobre os condicionantes das doenças e infecções determinadas socialmente para trabalhadores de todos os setores estratégicos envolvidos.	
O 3.3	Desenvolver estratégias de comunicação (de base comunitária e/ou de mobilização social) sobre os condicionantes das doenças e infecções determinadas socialmente para os diferentes perfis dos movimentos sociais e de organizações da sociedade civil.	
O 3.4	Desenvolver estratégias de qualificação para o letramento em saúde (de base comunitária e/ou de mobilização social) sobre condicionantes das doenças e infecções determinadas socialmente para os diferentes perfis de movimentos sociais e organizações da sociedade civil.	
DIRETRIZ 4 – Incentivo à ciência, tecnologia e inovação		<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação • Ministério da Saúde • Ministério da Educação • Ministério das Mulheres • Ministério dos Povos Indígenas • Ministério da Igualdade Racial • Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome • Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
O 4.1	Fomentar a realização de pesquisa e desenvolvimento tecnológico que respondam aos principais desafios enfrentados no campo da prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças e infecções abordadas.	
O 4.2	Desenvolver estratégias inovadoras para o enfrentamento aos determinantes sociais e ambientais e a mitigação das barreiras de acesso ao cuidado em saúde.	
DIRETRIZ 5 – Ampliação de ações de infraestrutura e saneamento básico e ambiental		<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Integração e Desenvolvimento Regional • Ministério da Saúde • Ministério das Cidades • Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima • Ministério dos Povos Indígenas
O 5.1	Impulsionar as ações de acesso e monitoramento da água de qualidade, saneamento básico e ambiental e infraestrutura em territórios prioritários, conforme a realidade local.	

Fonte: Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (Brasil, 2025b).

3.1.4.1. Metas para eliminação das DDSs

Destaca-se que a proposta central do Programa Brasil Saudável é a eliminação das doenças enquanto problema de saúde pública, e não a erradicação dessas condições. Embora ambos os conceitos envolvam doenças e infecções passíveis de prevenção, tratamento ou cura, trata-se de abordagens distintas. A eliminação como problema de saúde pública e a eliminação da transmissão são categorias diferentes, situadas em graus progressivos de controle anteriores à erradicação, conforme definido nas Diretrizes Nacionais do PBS (Brasil, 2025b):

- **Eliminação como problema de saúde pública:** redução da transmissão, da morbimortalidade e das incapacidades a níveis que deixem de representar impacto populacional significativo.
- **Eliminação da transmissão:** redução da incidência a zero, em área geográfica delimitada, por meio de esforços programáticos deliberados, com risco mínimo de reintrodução.
- **Erradicação:** redução permanente da incidência a zero, resultante de ações intencionais, sem possibilidade de reintrodução do agente infeccioso.
- **Extinção:** desaparecimento completo do agente infeccioso, tanto na natureza quanto em ambientes laboratoriais.

Quadro 4 - Metas para eliminação das Doenças Determinadas Socialmente estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Doença/Infecção	Objetivo	Metas do Ministério da Saúde
Doença de Chagas	Eliminação como problema de saúde pública	Diminuição de 10% no coeficiente médio de incidência anual de doença de Chagas aguda em 2021-2024, de 15% em 2022-2025, de 20% em 2023-2026 e de 25% em 2024-2027, em municípios com recorrência de incidência anual acima de 5 casos/100 mil hab.; proporção acima de 75% de pessoas com doença de Chagas crônica com indicação de tratamento e prescrição atual ou pregressa de tratamento antiparasitário.
Esquistossomose	Eliminação como problema de saúde pública	Proporção inferior a 1% de infecções severas (≥ 400 ovos por grama de fezes) por <i>S. mansoni</i> ; proporção inferior a 5% de positividade para <i>S. mansoni</i> .
Filariose linfática	Eliminação como problema de saúde pública	Avaliação nas áreas onde se estabeleceu o tratamento em massa por um período igual ou superior a cinco anos, e onde, ao mesmo tempo, os inquéritos hemoscópicos do grupo sentinela evidenciem uma prevalência de microfilarêmicos inferior a 1%; disponibilidade do pacote essencial de cuidados em todas as áreas para pessoas que apresentem morbidade filarial.
Geo-helminthíases	Eliminação como problema de saúde pública	Redução da proporção de infecções de intensidades moderada e grave para valores abaixo de 2%, considerando os limites inferiores de intensidades moderadas: ≥ 5.000 (ascariase), ≥ 1.000 (tricuríase); e ≥ 2.000 (ancilostomíase) ovos por grama de fezes.
Tuberculose	Eliminação como problema de saúde pública	Incidência inferior a 10 casos/100 mil hab.; número de mortes inferior a 230; zero pessoas sujeitas a custos catastróficos da doença.
Hepatites Virais (B e C)	Eliminação como problema de saúde pública	Diagnóstico de 90% das pessoas com hepatites virais B e C; tratamento de 80% das pessoas diagnosticadas com hepatites virais; redução de 90% nas novas infecções por hepatites virais; redução de 65% na mortalidade por hepatites virais.
Malária	Eliminação como problema de saúde pública	- Reduzir a incidência de casos de malária em pelo menos 90% até 2030. Menos de 68 mil casos até 2025; ausência de transmissão por <i>Plasmodium falciparum</i> e menos de 14 mil casos autóctones (total) até 2030.
Oncocercose	Eliminação da transmissão	Zero novos casos até 2025.
Tracoma	Eliminação como problema de saúde pública	Prevalência inferior a 5% de tracoma inflamatório folicular em crianças de 1 a 9 anos de idade em distritos endêmicos; prevalência inferior a 0,2% de triquíase tracomatosa, não conhecida pelo sistema de saúde na população acima de 15 anos em distritos endêmicos; sistema de saúde capacitado, provido de recursos e com estratégia definida para identificar e atender os casos incidentes de triquíase tracomatosa.
Aids	Eliminação como problema de saúde pública	95% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas; 95% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas em uso de terapia antirretroviral; 95% das pessoas vivendo com HIV diagnosticadas e em uso de terapia antirretroviral apresentando carga viral do HIV suprimida (indetectável); menos de 10% das pessoas das pessoas vivendo com, em risco ou afetadas pelo HIV, enfrentando estigmas e discriminação.
Hanseníase	Eliminação como problema de saúde pública	Interrupção da transmissão em 99% dos municípios; eliminação da doença em 75% dos municípios; redução de 20% do número absoluto de casos novos com grau de incapacidade física.
Transmissão Vertical	Objetivo	Metas do Ministério da Saúde
Doença de Chagas	Eliminação como problema de saúde pública	Cobertura $\geq 90\%$ do tratamento etiológico de crianças de 0 a 3 anos diagnosticadas; taxa de incidência de doença de Chagas aguda $\leq 0,5$ caso/100 mil mulheres em idade fértil; cobertura $\geq 90\%$ de gestantes com triagem no pré-natal; cobertura $\geq 90\%$ de testagem para diagnóstico em crianças ≤ 1 ano expostas a <i>T. cruzi</i> por transmissão vertical; cobertura $\geq 90\%$ de tratamento etiológico em mulheres em idade fértil.
Hepatite B	Eliminação como problema de saúde pública	Taxa de prevalência de HBsAg+ $\leq 1,0$ caso/mil crianças de 0 a 5 anos; cobertura $\geq 90\%$ de gestantes com pelo menos um teste no pré-natal; cobertura $\geq 95\%$ de vacina de hepatite B em crianças até 30 dias após o nascimento; cobertura $\geq 95\%$ da 3ª dose de vacina pentavalente em menores de 1 ano.
HIV	Eliminação como problema de saúde pública	Taxa de incidência de transmissão vertical $\leq 0,5$ caso/mil nascidos vivos; taxa de transmissão vertical (rede pública e privada) $\leq 2\%$; cobertura $\geq 95\%$ de gestantes com pelo menos um teste no pré-natal; cobertura $\geq 95\%$ de gestantes vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral.
HTLV	Eliminação como problema de saúde pública	Taxa de transmissão vertical (rede pública e privada) $\leq 5\%$; taxa de transmissão vertical (rede pública e privada) $\leq 5\%$; cobertura $\geq 95\%$ de gestantes com pelo menos um teste no pré-natal.
Sífilis	Eliminação como problema de saúde pública	Taxa de incidência de sífilis congênita $\leq 0,5$ caso/mil nascidos vivos; cobertura $\geq 95\%$ de gestantes com pelo menos um teste no pré-natal; cobertura $\geq 95\%$ de gestantes tratadas adequadamente.

Fonte: Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (Brasil, 2025b).

3.2. Planejamento em Saúde

O planejamento em saúde constitui uma prática estratégica fundamental para a formulação e a gestão de políticas públicas voltadas à promoção da equidade, da integralidade e da eficácia nas ações de saúde. Mais do que um instrumento técnico-administrativo, o planejamento é compreendido como um processo político e social, situado historicamente, que envolve disputa de interesses, negociação entre atores e análise crítica da realidade (Tancredi; Barrios; Ferreira, 1998).

Nesse sentido, o planejamento em saúde se apresenta como uma ferramenta indispensável à transformação das condições de vida e saúde das populações, sobretudo em contextos marcados por desigualdades estruturais. Ele deve ser entendido como um processo contínuo de construção coletiva, orientado pela compreensão das determinações sociais do processo saúde-doença e comprometido com a democratização da gestão e a efetivação do direito à saúde (Teixeira *et al.*, 2010).

3.2.1. O Triângulo de Governo

Carlos Matus (1996) apresenta o Triângulo de Governo como uma ferramenta fundamental para a análise da ação governamental e do planejamento estratégico em contextos reais (**Figura 4**). Essa formulação parte da compreensão de que governar se trata de articular, de forma coerente, três dimensões centrais: o projeto político, a capacidade governativa e a governabilidade. O projeto político representa os objetivos de transformação social e as intenções que orientam a ação do governo; a capacidade governativa refere-se aos recursos disponíveis - técnicos, institucionais, financeiros e humanos - para implementar esse projeto; e a governabilidade diz respeito ao grau de viabilidade e sustentação política da ação, considerando a correlação de forças sociais e o apoio (ou resistência) dos diversos atores.

Figura 4 - Triângulo de Governo de Carlos Matus.



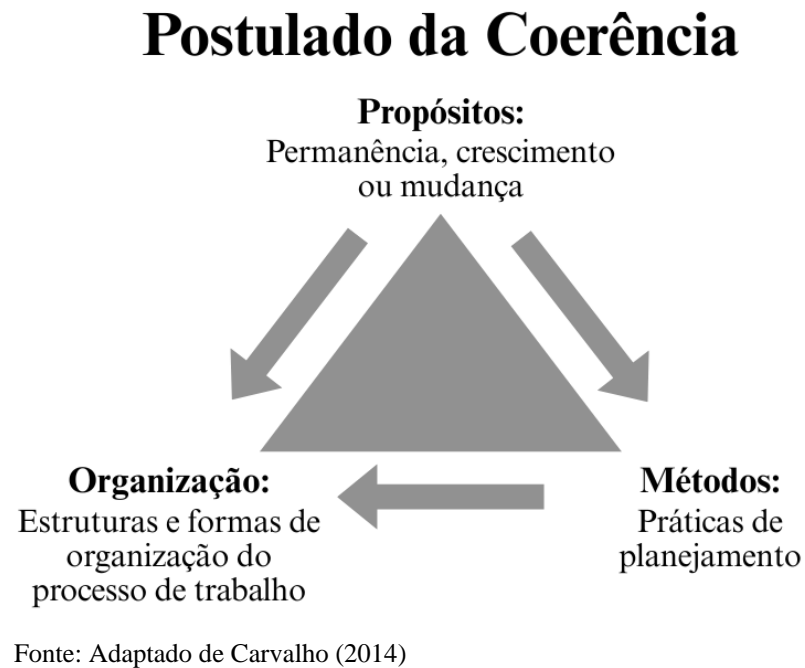
Fonte: Adaptado de Carvalho (2014)

O Triângulo de Governo constitui não apenas uma ferramenta de diagnóstico, mas também um instrumento estratégico de planejamento situacional, ao permitir que gestores públicos compreendam os limites e as possibilidades reais de sua atuação. Em contextos marcados por desigualdades sociais e vulnerabilidades históricas, como o brasileiro, essa abordagem contribui para a construção de intervenções mais realistas, eficazes e politicamente sustentáveis (Matus, 1996).

3.2.2. O Postulado da Coerência

No campo da análise crítica do planejamento em saúde na América Latina, Mario Testa contribui significativamente ao formular o Postulado da Coerência, representado por um diagrama que articula três elementos fundamentais: os propósitos políticos, os métodos de trabalho e a organização institucional (**Figura 5**). Esse é um modelo analítico para avaliar a formulação e a implementação de políticas públicas em saúde. Segundo o autor, é necessário que haja alinhamento entre os objetivos declarados por um governo, os métodos de gestão adotados (incluindo planejamento, programação e avaliação) e o modelo organizacional das instituições envolvidas. A incoerência entre esses elementos compromete a efetividade da política, especialmente quando se tenta implementar propósitos transformadores por meio de métodos e estruturas conservadoras (Teixeira *et al.*, 2010).

Figura 5 - Postulado da Coerência de Mario Testa.



Para Testa, o setor saúde deve ser compreendido como parte da totalidade social, e tanto os problemas sanitários quanto a organização setorial são socialmente determinados. Seu pensamento estratégico valoriza a análise das relações de poder e o papel dos atores sociais, destacando que o planejamento deve formar sujeitos políticos capazes de promover transformações. Assim, o Postulado da Coerência fornece uma base crítica e metodológica para analisar políticas de saúde em contextos marcados por desigualdades (Giovanella, 1990).

3.2.3. O papel dos Planos Municipais de Saúde (PMS)

O Plano Municipal de Saúde é o principal instrumento de planejamento estratégico da gestão municipal no Sistema Único de Saúde, assumindo papel estruturante na organização das ações e serviços de saúde no território. De acordo com o Manual de Planejamento no SUS (Brasil, 2016), o plano deve refletir uma análise situacional crítica da realidade sanitária local, a partir de um diagnóstico que contemple os determinantes sociais da saúde, as necessidades da população, as capacidades instaladas e as desigualdades em saúde. Essa etapa diagnóstica é essencial para subsidiar decisões fundamentadas e orientar prioridades, promovendo a coerência entre os problemas identificados e as intervenções propostas (Brasil, 2025d).

Além disso, o PMS tem como função central o estabelecimento de metas e objetivos de médio prazo, que devem ser construídos de forma participativa, compatíveis com os princípios do SUS e alinhados às diretrizes nacionais e estaduais. Essas metas devem expressar compromissos da gestão municipal com a melhoria das condições de saúde e com a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços, devendo ser monitoradas ao longo do quadriênio por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) e da Programação Anual de Saúde (PAS) (Brasil, 2009). Por fim, o plano também orienta a alocação de recursos financeiros, humanos e estruturais, garantindo racionalidade e transparência na aplicação dos recursos públicos, conforme as prioridades pactuadas. Dessa forma, o PMS é um instrumento essencial para a integração entre planejamento, programação e orçamento, assegurando efetividade, controle social e corresponsabilidade na gestão do SUS (Brasil, 2016).

Os municípios brasileiros enfrentam múltiplas dificuldades para elaborar e executar seus PMSs, comprometendo a efetividade do planejamento local no SUS. Entre os principais entraves, destaca-se a baixa institucionalização do planejamento como prática contínua e estratégica, sendo muitas vezes tratado apenas como obrigação legal e desvinculado da gestão cotidiana. Além disso, observa-se uma limitada articulação entre o PMS e o orçamento público, o que prejudica a execução e o monitoramento das ações planejadas. Por fim, a participação social ainda é incipiente em muitos contextos, restringindo a legitimidade e a aderência do plano às reais necessidades da população (Vieira, F. S., 2009).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é elaborado a partir das diretrizes definidas na conferência municipal de saúde, que reúne representantes da sociedade para avaliar a situação local e propor prioridades para a gestão (Brasil, 2025c, 1990). Seu desenvolvimento ocorre em três eixos: (1) a Análise de Situação de Saúde (ASIS), que identifica os principais problemas e necessidades da população; (2) a definição das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, que orientam a gestão e a alocação de recursos; e (3) o Monitoramento e Avaliação, que acompanha a execução e subsidia ajustes no planejamento (Brasil, 2025c).

Após a sua elaboração, o plano deve ser submetido ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação, registrado no sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP) e amplamente divulgado, garantindo transparência, controle social e alinhamento com o Plano Plurianual (PPA) e os demais instrumentos orçamentários municipais. A compatibilidade entre as diretrizes da conferência, os problemas da ASIS e os compromissos do governo municipal é condição essencial para um plano efetivo, exequível e centrado nas reais necessidades da população (Brasil, 2025c).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Analisar os Planos Municipais de Saúde, referentes ao quadriênio 2022 a 2025, dos 175 municípios prioritários para as Doenças Determinadas Socialmente e propor a criação de um curso de especialização para qualificação dos profissionais na formulação e implementação de ações de enfrentamento a essas doenças.

4.2. Objetivos específicos

- Descrever a estrutura e as características principais dos Planos Municipais de Saúde sob a ótica do planejamento;
- Identificar as principais diretrizes e estratégias presentes nos Planos Municipais de Saúde relacionadas às doenças determinadas socialmente e a implementação dessas ações nos municípios;
- Identificar os desafios e avanços na incorporação das estratégias do programa nos planos municipais, comparando-os em cada município;
- Desenvolver uma proposta de pós-graduação para qualificação dos profissionais na elaboração e implementação de estratégias de combate às Doenças Determinadas Socialmente.
- Elaborar relatório técnico-institucional destinado ao Ministério da Saúde contendo síntese analítica dos achados da pesquisa e recomendações estratégicas para o fortalecimento do planejamento municipal em saúde no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um projeto misto, sendo a primeira etapa caracterizada por análise documental dos planos municipais de saúde dos 175 municípios definidos como prioritários pelo decreto nº 11.908, de 06 de fevereiro de 2024, do governo do Brasil, que instituiu o Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar (Brasil, 2024g), e a segunda caracterizada por uma intervenção nesses municípios através da implantação de um Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária com ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente.

5.1. Etapa 1 – Análise Documental

5.1.1. Desenho do Estudo

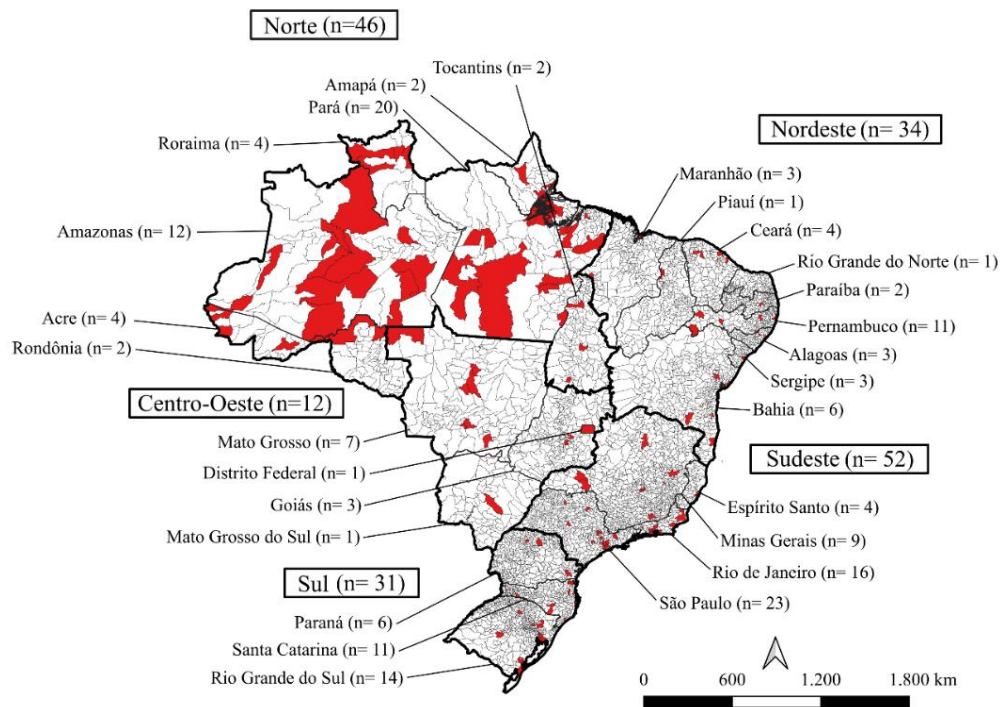
Estudo descritivo de base documental dos planos municipais de saúde, referentes ao quadriênio 2022 a 2025, dos 175 municípios brasileiros definidos como prioritários pelo Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar. A lista completa desses municípios, organizada por regiões e acompanhada das respectivas doenças e infecções consideradas prioritárias, encontra-se no **Anexo I**.

5.1.2. Área e População do Estudo

A unidade de análise deste estudo são os Planos Municipais de Saúde (PMS) dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar. Quanto à distribuição geográfica dos 175 municípios analisados, a maioria deles encontra-se nas regiões Sudeste (29.71%; n = 52) e Norte (26.29%; n = 46), seguidas pelo Nordeste (19.43%; n = 34), Sul (17.71%; n = 31) e Centro-Oeste (6.86%; n = 12) (**Figura 6**). Esses municípios representam

um contingente populacional de 93,7 milhões de pessoas, sendo 49,6 milhões no Sudeste, 19,6 milhões no Nordeste, 9 milhões no Norte, 8 milhões no Centro-Oeste e 7,6 milhões no Sul (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023).

Figura 6 - Municípios prioritários do Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar por regiões.



Fonte: Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (Brasil, 2025b) / Própria autoria (2026).

5.1.3. Coleta e Análise de Dados

A coleta e a análise dos dados foram realizadas conforme as seguintes etapas:

5.1.2.1. Etapa 1 - Obtenção dos documentos por meio de acesso à plataforma digital DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP)

O DGMP (<https://digisusgmp.saude.gov.br/>) é um sistema de informação do Ministério da Saúde, onde estão disponíveis para consulta pública os dados dos Planos de Saúde (PS) e da Programação Anual de Saúde e do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão, sendo um dos seus objetivos a transparência das políticas e do uso dos recursos públicos (Brasil, 2021). A busca foi realizada entre os dias 20 e 24 de janeiro de 2025, a partir da qual os documentos acessados e selecionados foram armazenados para posterior análise. Nos casos de ausência do documento ou indisponibilidade técnica do sistema federal, foram realizadas buscas ativas nos portais de transparência e sites oficiais das prefeituras. Para assegurar a padronização da busca, utilizaram-se descritores fixos, combinando os termos: “Plano Municipal de Saúde”, “PMS 2022-2025” e “Instrumentos de Planejamento”.

Os municípios de Maringá (PR) e Paulínia (SP) não apresentavam seus Planos Municipais de Saúde disponíveis para consulta pública. Nos casos em que múltiplas versões do documento foram identificadas, adotou-se como critério de priorização a versão mais recente.

A fidedignidade dos dados foi garantida pelo uso de fontes oficiais, cujos documentos são obrigatoriamente submetidos à aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). No caso de documentos parcialmente disponíveis ou fragmentados, a análise foi realizada até o limite das informações acessíveis. Eixos temáticos completamente ausentes no documento disponível foram pontuados com zero, conforme os critérios do *score*, preservando a comparabilidade entre os municípios avaliados.

5.1.2.2. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de análise documental dos Planos Municipais de Saúde utilizando três questionários:

- **Questionário para análise geral (Quadro 5):** adaptado do Plano de Análise dos PMS de Carvalho (2014) (Carvalho, 2014), que foi elaborado à luz dos Momentos do Planejamento Estratégico Situacional e do Triângulo de Governo de Carlos Matus (Matus, 1996) e do Postulado da Coerência de Mario Testa (Giovanella, 1990), mantendo seus nove eixos de análise: ator que planeja; análise de situação de saúde; definição de objetivos/propostas de ação; programação operativa; indicador de acompanhamento e avaliação; propósito; método; e governabilidade. Para a construção do questionário, também foi utilizado o método de análise de Cruz *et al.* (2017), o qual sintetiza os pontos principais das diretrizes do Manual de Planejamento do Ministério da Saúde (Brasil, 2016) e da Portaria nº 2.135 de 2013 (Brasil, 2013).
- **Questionário para análise quanto às Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (Quadro 6):** elaborado com base no documento “Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar”, do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Brasil, 2025b), baseia-se na análise da presença e abordagem das diretrizes que norteiam o programa, além dos dados e metas relacionados às DDSs definidas como de alta carga para cada município, sendo elas: Doença de Chagas; Esquistossomose; Filariose linfática; Geo-helminthiases; Hanseníase; Hepatites virais (B e C); HIV/Aids; Malária; Tracoma; Oncocercose; Tuberculose; HTLV; Sífilis congênita.
- **Questionário para análise quanto às Doenças/Infecções Determinadas Socialmente (Quadro 7):** elaborado com base nas metas de eliminação das DDSs do Ministério da Saúde, contidas no documento “Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar”, do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS) (ref). Para cada doença/infecção foram desenvolvidas

questões específicas e cada PMS foi analisado segundo as doenças definidas como de alta carga para aquele município.

Quadro 5 - Questionário para análise geral dos Planos Municipais de Saúde.

Eixo	Questão	Resposta	Análise
1. Ator que planeja	No Plano Municipal de Saúde estão descritos atores envolvidos em sua elaboração?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta uma lista com os nomes dos profissionais e os setores/secretarias envolvidos na construção do plano.
	Há envolvimento de movimentos sociais e organizações civis na formulação e monitoramento do PMS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta a lista de movimentos e organizações (ex. ONGs e coletivos), garantindo transparência e alinhamento com as necessidades da população.
	Existe profissional/equipe específica para a área de planejamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta o nome do profissional ou da equipe de planejamento, assegurando gestão eficiente e contínua.
2. Análise de situação de saúde	Foi realizada Análise de Situação de Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta uma avaliação de dados e indicadores para compreensão do perfil epidemiológico e dos fatores determinantes da saúde da população.
	Considerou-se para a avaliação a capacidade instalada pública (própria e privada complementar) e privada, com destaque para estabelecimentos de saúde, equipamentos e profissionais, além da oferta de serviços prestados?	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não	Apresenta a infraestrutura existente, incluindo tanto estabelecimentos públicos quanto privados (como hospitais, clínicas, postos de saúde), os equipamentos disponíveis e os profissionais de saúde, além de avaliar a oferta de serviços e recursos adequados para atender a população.
	Identificou o número de trabalhadores, condições de trabalho, formação e qualificação?	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não	Descreve quantitativa e qualitativamente a força de trabalho disponível no município, incluindo número de profissionais, suas condições de trabalho, nível de formação e qualificação profissional, aspectos fundamentais para a eficácia do sistema de saúde.
	Apresentou a atenção primária como ordenadora da rede de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta a Atenção Primária à Saúde como base central da organização da rede de serviços, o que é um princípio fundamental para garantir o acesso universal e contínuo à saúde, coordenando as demais ações de saúde do município.
	Apresentou os indicadores de outras redes: materno infantil, atenção às urgências, atenção psicossocial e outras que foram identificadas?	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não	Apresenta dados específicos de diversas áreas de saúde (como materno-infantil, urgências e emergências, atenção psicossocial, etc.), permitindo um acompanhamento integral e detalhado da saúde da população.
	Apresentou a distribuição de instituições e suas capacidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa,	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não	Descreve a distribuição de instituições, tanto públicas quanto privadas, que possuem capacidades de pesquisa, inovação e produção em saúde, garantindo que o município aproveite os

Eixo	Questão	Resposta	Análise
	produção e inovação em saúde?		avanços tecnológicos e científicos para melhorar o atendimento.
	Foi realizada caracterização da população, através dos indicadores socioeconômicos e demográficos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta uma caracterização detalhada da população local, incluindo indicadores socioeconômicos e demográficos (ex. faixa etária, renda, educação, etnia, etc.), para melhor entender os determinantes sociais da saúde e personalizar as estratégias de atendimento.
	Apresentou as distâncias percorridas pelos usuários até os pontos da rede de atenção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Considera a localização dos serviços de saúde e as distâncias percorridas pelos usuários, para avaliar a acessibilidade e identificar possíveis lacunas no acesso a determinados serviços em áreas mais distantes ou carentes.
	Identificou os problemas de saúde através dos indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, determinantes sociais da saúde, bem como grupos populacionais de maior vulnerabilidade?	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não	Apresenta, objetivamente, os problemas de saúde usando indicadores epidemiológicos, como nascimento, mortalidade, morbidade, e leva em conta os determinantes sociais da saúde, além de identificar grupos vulneráveis que necessitam de atenção prioritária.
	Foi realizada priorização dos problemas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta ordem de prioridade dos problemas elencados.
	Construiu-se rede explicativa dos problemas priorizados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Organiza e relaciona as causas e consequências (rede explicativa/mapa conceitual) dos problemas priorizados.
	Há registro da apresentação da Análise de Situação de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde no Plano?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreve se a Análise de Situação de Saúde foi formalmente apresentada ao Conselho Municipal de Saúde, garantindo a participação desse órgão no planejamento e fiscalização das políticas de saúde.
3. Definição de objetivos/propostas de ação	Estão descritas as políticas/objetivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta as políticas públicas e os objetivos a serem alcançados, garantindo diretrizes para a gestão da saúde no município.
	Há coerência entre os problemas priorizados no município e os objetivos e propósitos apresentados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta objetivos e metas direcionados para resolver os principais problemas de saúde identificados, assegurando alinhamento entre diagnóstico e planejamento.
	Foram definidas ações/atividades para o alcance de cada objetivo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta um plano de ação estruturado, ou seja, se foram determinadas atividades específicas para atingir os objetivos estabelecidos, garantindo a efetividade das estratégias propostas.
4. Programação operativa	Há desenho de estratégias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta ações e diretrizes claras (objetivos, metas, ações e recursos necessários) para enfrentar os problemas de saúde identificados.

Eixo	Questão	Resposta	Análise
	Estão definidos os responsáveis de cada módulo operacional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta quem (órgãos, equipes ou profissionais) será responsável pela execução e monitoramento de cada parte do plano, garantindo a divisão de tarefas e a prestação de contas.
	Estão definidos os prazos de cada módulo operacional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta prazos específicos para a realização de cada etapa do plano, permitindo o acompanhamento do progresso e a correção de possíveis atrasos.
5. Indicador de acompanhamento e avaliação	Foram definidos os indicadores de acompanhamento e avaliação do alcance dos objetivos e cumprimento das atividades propostas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta indicadores claros para medir o progresso e o impacto das ações e objetivos estabelecidos, permitindo uma avaliação contínua da implementação do plano.
6. Estimativa orçamentária	O orçamento está descrito no Plano Municipal de Saúde?	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não	Apresenta o orçamento necessário para implementar as ações, de forma detalhada, com informações sobre custos e fontes de financiamento, garantindo a viabilidade financeira do plano.
	Está realizada estimativa de recursos a serem disponibilizados ao longo dos 4 anos?	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não	Apresenta projeção de recursos financeiros necessários para a execução do plano durante o período de vigência, garantindo um planejamento orçamentário a longo prazo.
	Estima-se o gasto em cada módulo operacional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta uma estimativa detalhada de gastos para cada área, facilitando o controle financeiro e a alocação de recursos.
	Cita-se no Plano que as ações descritas também estavam no PPA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreve alinhamento das ações com o Plano Plurianual, que é o planejamento estratégico do governo municipal para o período de 4 anos, garantindo coerência e continuidade entre o plano de saúde e as políticas municipais.
	Cita-se no Plano a existência de correlação com a LDO e/ou LOA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Menciona a correlação com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que definem as metas e prioridades orçamentárias do município, garantindo que o plano de saúde esteja integrado ao orçamento municipal.
	O Plano ao final foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde ou outras entidades/representações?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreve se o plano foi formalmente apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde ou outras entidades de representação social, garantindo a transparência e participação social no processo de elaboração e monitoramento do plano.

Eixo	Questão	Resposta	Análise
7. Propósito	Está definido como propósito a ampliação de cobertura da Saúde da Família?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresenta como objetivo a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando aumentar a cobertura e o acesso à saúde nas áreas mais vulneráveis.
	Está alinhado com a Agenda 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)?	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não	Está em consonância com a Agenda 2030 da ONU e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visam garantir saúde, educação, igualdade de gênero, redução da desigualdade e mais, alinhando o plano municipal a metas globais de desenvolvimento sustentável.
8. Método	No Plano Municipal de Saúde estão descritas as etapas da construção do mesmo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreve de forma clara as etapas e o processo de elaboração, incluindo as conferências municipais de saúde, consultas públicas, envolvimento de especialistas e participação da sociedade, garantindo que o plano tenha sido construído de forma transparente e participativa.
9. Governabilidade	O plano de saúde está disponível no digiSUS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	PMS registrado e disponibilizado na plataforma digiSUS, que é o sistema nacional de informações de saúde, garantindo o acesso e transparência nas políticas de saúde municipais.
	Caso não esteja disponível no digiSUS, o plano está disponível no site do município?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	PMS acessível no site oficial do município, promovendo a transparência e o acesso público às informações sobre a saúde pública e o planejamento de ações de saúde na cidade.

Fonte: Adaptado de Carvalho (2014) e Cruz *et al.* (2017). Própria autoria (2026).

Quadro 6 - Questionário para análise dos Planos Municipais de Saúde quanto às Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar.

Questão	Resposta
1. Qual/quais das seguintes diretrizes estão contempladas no Plano Municipal de Saúde?	(1) Enfrentamento da fome e da pobreza para mitigar vulnerabilidades condicionantes e/ou decorrentes das doenças e infecções determinadas socialmente e/ou a elas associadas. (2) Redução das iniquidades e ampliação dos direitos humanos e proteção social, com ênfase em ações de atenção a grupos populacionais específicos em territórios prioritários. (3) Fortalecimento da comunicação de trabalhadores(as), movimentos sociais e organizações da sociedade civil sobre os condicionantes das doenças e infecções determinadas socialmente. (4) Incentivo à ciência, tecnologia e inovação. (5) Ampliação de ações de infraestrutura e saneamento básico e ambiental. (0) Nenhuma das diretrizes.
2. O município conta com parcerias intersetoriais para implementar as diretrizes acima?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. O PMS inclui metas específicas para a redução/eliminação de Doenças Determinadas Socialmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

4. O PMS prevê financiamento específico para ações de eliminação dessas doenças?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Qual/quais das seguintes doenças são consideradas prioritárias no município, de acordo com as Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável?	(1) Doença de Chagas (2) Esquistossomose (3) Filariose linfática (4) Geo-helmintíases (5) Hanseníase (6) Hepatites virais (B e C) (7) HIV/Aids (8) Malária (9) Tracoma (10) Oncocercose (11) Tuberculose (12) HTLV (13) Sífilis congênita
6. Há metas específicas no PMS para a redução/eliminação das doenças prioritárias do município?	<input type="checkbox"/> Sim, para todas <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não
7. O PMS possui dados atualizados sobre a incidência das doenças prioritárias do município?	<input type="checkbox"/> Sim, para todas <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não
8. O PMS descreve se há programas específicos de prevenção e controle das doenças prioritárias do município?	<input type="checkbox"/> Sim, para todas <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não
9. O PMS descreve se há campanhas de conscientização sobre as doenças prioritárias do município?	<input type="checkbox"/> Sim, para todas <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não
10. Apresenta, descritas no PMS, dificuldades para a implementação de ações relacionadas às doenças prioritárias do município?	<input type="checkbox"/> Sim, para todas <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não
11. Há, no PMS, previsão de capacitação de profissionais de saúde para implementação das metas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Fonte: Própria autoria (2026).

Quadro 7 - Questionário para análise dos Planos Municipais de Saúde quanto às Doenças/Infecções Determinadas Socialmente.

Doença/Infecção	Questão	Resposta
1. Tuberculose	O plano descreve ações para reduzir o número de óbitos por tuberculose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve estratégias para garantir acesso universal ao tratamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve estratégias para detecção precoce da tuberculose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve a oferta de exames laboratoriais para confirmação da tuberculose (baciloscopia, cultura, teste molecular)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
2. Hanseníase	O plano estabelece metas para interrupção da transmissão da hanseníase?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Doença/Infecção	Questão	Resposta
	O plano descreve estratégias para reduzir os novos casos com incapacidade física?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano menciona a ampliação da busca ativa de casos novos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve a investigação de contatos domiciliares de pessoas diagnosticadas com hanseníase?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve o oferecimento de reabilitação e acompanhamento para pessoas com sequelas da hanseníase?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
3. Doença de Chagas	O plano apresenta dados sobre regiões em situações de vulnerabilidade à infestação pelo barbeiro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano inclui ações de melhoria habitacional (ex.: substituição de casas de pau-a-pique, controle do vetor "barbeiro") em áreas rurais ou periféricas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano prevê a redução da transmissão vetorial e vertical?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve ações para garantir tratamento das crianças diagnosticadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano inclui estratégias de vigilância ativa para novos casos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano inclui ações específicas para populações rurais e indígenas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
4. Hepatites virais (B e C)	O plano define ações de testagem para garantia de diagnóstico das pessoas infectadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve ações para ampliar a cobertura vacinal da hepatite B?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve estratégias para garantir o tratamento dos casos diagnosticados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve o fornecimento regular de medicamentos para tratamento das hepatites virais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve a disponibilidade de fluxos definidos para encaminhamento de casos positivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano estabelece a meta de reduzir a taxa de prevalência em crianças de 0 a 5 anos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Há metas no plano para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste para hepatites virais durante o pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano estabelece a meta de ampliar a cobertura da 3ª dose da vacina pentavalente em menores de 1 ano?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome das doenças aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
5. Esquistossomose	O plano estabelece meta de redução da infecção?	<input type="checkbox"/> Sim

Doença/Infecção	Questão	Resposta
		<input type="checkbox"/> Não
	O plano define estratégias de educação em saúde sobre higiene pessoal e ambiental?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano propõe ações para controlar focos de caramujos em rios/lagos usados pela população?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano propõe parcerias com órgãos ambientais para evitar desmatamento ou degradação de ecossistemas que favorecem a proliferação do vetor?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome das doenças aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
6. Filariose Linfática	O plano prevê avaliação de áreas endêmicas e tratamento coletivo quando necessário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve ações para reduzir a prevalência da infecção nos grupos de risco?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
7. Tracoma	O plano estabelece a meta de reduzir a prevalência do tracoma inflamatório folicular em crianças de 1 a 9 anos nos distritos endêmicos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano prevê estratégias para reduzir a prevalência de triquífase tracomatosa não diagnosticada pelo sistema de saúde na população?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano inclui ações para capacitar profissionais de saúde na identificação, diagnóstico e tratamento do tracoma e da triquífase tracomatosa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
8. Geo-Helminthiases	O plano apresenta dados sobre esgotamento sanitário e distribuição de água tratada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano aborda a expansão do saneamento básico (esgoto, água tratada)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano define estratégias para reduzir infecções graves?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve a realização de tratamento em massa ou ações de educação sanitária?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
9. Malária	O plano prevê redução dos casos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano inclui ações de controle de vetores (mosquitos) em áreas endêmicas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve outras ações para eliminar a transmissão do Plasmodium falciparum?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
10. Oncocercose	A meta de alcançar zero novos casos de oncocercose até 2025 está prevista no plano?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano inclui ações de controle de vetores?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Há campanhas de tratamento em massa em áreas endêmicas?	<input type="checkbox"/> Sim

Doença/Infecção	Questão	Resposta
		<input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
11. HIV/AIDS	O plano estabelece metas para que as pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas e acompanhadas adequadamente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve implementação de ações para garantir que as pessoas diagnosticadas com HIV estejam em uso de terapia antirretroviral e apresentem carga viral do HIV suprimida (indetectável)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve se o município está trabalhando para reduzir a taxa de incidência de transmissão vertical de HIV e de transmissão vertical total (rede pública e privada)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve estratégias do município para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste no pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve estratégias do município para garantir que as gestantes vivendo com HIV estejam em uso de terapia antirretroviral?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
12. Sífilis Congênita	Há metas para reduzir a taxa de incidência de sífilis congênita?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve estratégias para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste para sífilis no pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve estratégias para garantir que as gestantes diagnosticadas com sífilis sejam tratadas adequadamente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	<input type="checkbox"/>
13. HTLV	Há metas para reduzir a taxa de transmissão vertical de HTLV?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O plano descreve estratégias para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste para HTLV no pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	<input type="checkbox"/>

Fonte: Própria autoria (2026).

5.1.2.3. Análise de dados

Para o Questionário para análise geral dos Planos Municipais de Saúde, foi desenvolvido um sistema de pontuação, tendo sido essa pontuação distribuída conforme a relevância técnica de cada eixo, com maior peso atribuído à Análise de Situação de Saúde (30 pontos) e à Estimativa Orçamentária (18 pontos). Os scores totais foram posteriormente categorizados em quatro níveis de qualidade ('Insuficiente', 'Básico', 'Satisfatório' e 'Excelente'), segundo os

pontos de corte ali definidos (**Quadros 8 e 9**). Nos casos em que o PMS não estava publicamente disponível, o município foi mantido recebeu pontuação zero em todos os eixos do score, resultando em score total igual a zero. Essa decisão fundamentou-se no entendimento de que a indisponibilidade pública do instrumento inviabiliza a avaliação de sua qualidade técnica e compromete dimensões centrais da governabilidade, da transparência e do controle social do planejamento em saúde.

Quadro 8 - Sistematização de eixos de avaliação e pontuações atribuídas na avaliação de qualidade dos Planos Municipais de Saúde.

Eixo (Critério)	Peso (Pontos)	Justificativa dos Pesos
1. Ator que planeja	5	Garante a continuidade e a capacidade técnica do processo (3 questões).
2. Análise de Situação de Saúde (ASIS)	30	Muito Alto Peso: O alicerce técnico do PMS. Sem um diagnóstico sólido (12 questões), o plano carece de relevância e eficácia.
3. Definição de Objetivos/Propostas de Ação	15	O segundo pilar técnico. Transforma o diagnóstico em intenções estratégicas (3 questões).
4. Programação Operativa	15	Essencial para a aplicabilidade. Transforma objetivos em ações concretas, responsáveis e prazos (3 questões).
5. Indicador de Acompanhamento e Avaliação	10	Garante o monitoramento e a gestão contínua do plano (1 questão).
6. Estimativa Orçamentária	18	Alto Peso: O critério de exequibilidade. Um plano sem previsão orçamentária (6 questões) é inviável.
7. Propósito	3	Clareza da missão e alinhamento com agendas globais (2 questões).
8. Método	2	Descrição da metodologia de elaboração. Importante para a transparência (1 questão).
9. Governabilidade	2	Disponibilidade do PMS à população (2 questões).
<i>Total</i>	<i>100</i>	
Pontuação (0-100)	Nível de Qualidade (Classificação)	Implicações
0 - 30	Insuficiente	O PMS carece dos pilares técnicos e de execução (ASIS, Objetivos, Orçamento).
31 - 60	Básico	O PMS possui a estrutura formal, mas falha nos critérios de maior peso, comprometendo sua eficácia.
61 - 85	Satisfatório	O PMS é robusto, com bom embasamento técnico e capacidade de execução, mas pode ter lacunas em governabilidade ou detalhamento metodológico.
86 - 100	Excelente	O PMS é completo, com forte base técnica, clareza de objetivos, programação detalhada, orçamento e alta governabilidade.

Fonte: Própria autoria (2026).

Quadro 9 - Pontuação por questão do Questionário de avaliação dos Planos Municipais de Saúde.

Eixo	Questão	Resposta	Pontuação
1. Ator que planeja (5 pontos)	No Plano Municipal de Saúde estão descritos atores envolvidos em sua elaboração?	() Sim () Não	Sim: 1,67
	Há envolvimento de movimentos sociais e organizações civis na formulação e monitoramento do PMS?	() Sim () Não	Sim: 1,67
	Existe profissional/equipe específica para a área de planejamento?	() Sim () Não	Sim: 1,66
2. Análise de Situação de Saúde (30 pontos)	Foi realizada Análise de Situação de Saúde?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Considerou-se para a avaliação a capacidade instalada pública (própria e privada complementar) e privada, com destaque para estabelecimentos de saúde, equipamentos e profissionais, além da oferta de serviços prestados?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 2,5 Parcialmente: 1,25

Eixo	Questão	Resposta	Pontuação
	Identificou o número de trabalhadores, condições de trabalho, formação e qualificação?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 2,5 Parcialmente: 1,25
	Apresentou a atenção primária como ordenadora da rede de saúde?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Apresentou os indicadores de outras redes: materno infantil, atenção às urgências, atenção psicossocial e outras que foram identificadas?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 2,5 Parcialmente: 1,25
	Apresentou a distribuição de instituições e suas capacidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 2,5 Parcialmente: 1,25
	Foi realizada caracterização da população, através dos indicadores socioeconômicos e demográficos?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Apresentou as distâncias percorridas pelos usuários até os pontos da rede de atenção?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Identificou os problemas de saúde através dos indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, determinantes sociais da saúde, bem como grupos populacionais de maior vulnerabilidade?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 2,5 Parcialmente: 1,25
	Foi realizada priorização dos problemas?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Construiu-se rede explicativa dos problemas priorizados?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Há registro da apresentação da Análise de Situação de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde no Plano?	() Sim () Não	Sim: 2,5
3. Definição de objetivos/propostas de ação (15 pontos)	Estão descritas as políticas/objetivos?	() Sim () Não	Sim: 5,0
	Há coerência entre os problemas priorizados no município e os objetivos e propósitos apresentados?	() Sim () Não	Sim: 5,0
	Foram definidas ações/atividades para o alcance de cada objetivo?	() Sim () Não	Sim: 5,0
4. Programação operativa (15 pontos)	Há desenho de estratégias?	() Sim () Não	Sim: 5,0
	Estão definidos os responsáveis de cada módulo operacional?	() Sim () Não	Sim: 5,0
	Estão definidos os prazos de cada módulo operacional?	() Sim () Não	Sim: 5,0
5. Indicador de acompanhamento e avaliação (10 pontos)	Foram definidos os indicadores de acompanhamento e avaliação do alcance dos objetivos e cumprimento das atividades propostas?	() Sim () Não	Sim: 10,0
6. Estimativa Orçamentária (18 pontos)	O orçamento está descrito no Plano Municipal de Saúde?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 3,0 Parcialmente: 1,5
	Está realizada estimativa de recursos a serem disponibilizados ao longo dos 4 anos?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 3,0 Parcialmente: 1,5
	Estima-se o gasto em cada módulo operacional?	() Sim () Não	Sim: 3,0
	Cita-se no Plano que as ações descritas também estavam no PPA?	() Sim () Não	Sim: 3,0
	Cita-se no Plano a existência de correlação com a LDO e/ou LOA?	() Sim () Não	Sim: 3,0
	O Plano ao final foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde ou outras entidades/representações?	() Sim () Não	Sim: 3,0
7. Propósito (3 pontos)	Está definido como propósito a ampliação de cobertura da Saúde da Família?	() Sim () Não	Sim: 1,5

Eixo	Questão	Resposta	Pontuação
	Está alinhado com a Agenda 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 1,5 Parcialmente: 0,75
8. Método (2 pontos)	No Plano Municipal de Saúde estão descritas as etapas da construção do mesmo?	() Sim () Não	Sim: 2,0
9. Governabilidade (2 pontos)	O plano de saúde está disponível no digiSUS?	() Sim () Não	Sim: 1,0
	Caso não esteja disponível no digiSUS, o plano está disponível no site do município?	() Sim () Não	Sim: 1,0

Fonte: Própria autoria (2026).

As respostas foram categorizadas em ‘Sim/Completamente’, ‘Não’ ou ‘Parcialmente’. A atribuição do critério ‘Parcialmente’ seguiu uma regra formal de julgamento, aplicada quando o item era explicitamente mencionado no documento, porém apresentava insuficiência de detalhamento técnico ou ausência de conteúdo mínimo requerido para sua operacionalização. Exemplos incluem a citação de metas sem o respectivo cronograma anual, ou a menção a recursos financeiros sem a devida discriminação por bloco de financiamento ou ação estratégica. Essa diferenciação permitiu uma mensuração objetiva do alinhamento dos municípios com as diretrizes de eliminação de Doenças Determinadas Socialmente (DDS).

Para fins analíticos, duas métricas distintas foram utilizadas neste estudo. O score corresponde à pontuação ponderada total do Plano Municipal de Saúde, variando de 0 a 100 pontos, obtida pela soma dos scores atribuídos aos nove eixos temáticos. Essa pontuação foi utilizada para a classificação do nível de qualidade dos PMS, conforme critérios apresentados anteriormente (**Quadro 8**). Média e desvio-padrão foram utilizados para descrever esses parâmetros. Já o Índice de Conformidade Médio (ICM) refere-se à proporção de respostas favoráveis (‘Sim’ ou ‘Completamente’) em cada eixo temático, expressa em percentual.

Para o Questionário para análise dos Planos Municipais de Saúde quanto às Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, as respostas foram classificadas nas categorias ‘Sim’, ‘Sim, para todas’, ‘Não’ e ‘Parcialmente’. A categoria ‘Parcialmente’ foi atribuída com base em um critério formal de julgamento, aplicado nos casos em que o item constava de forma explícita no documento, porém apresentava detalhamento técnico insuficiente ou não contemplava o conteúdo mínimo necessário para sua operacionalização. Essa distinção possibilitou a mensuração objetiva do grau de alinhamento dos municípios às diretrizes nacionais para a eliminação das Doenças Determinadas Socialmente.

No questionário para análise dos Planos Municipais de Saúde quanto às Doenças/Infecções Determinadas Socialmente, os municípios definidos como prioritários para determinada doença em questionário anterior, foram analisados quanto a questões específicas para a presença de metas relacionadas àquela doença em seu Plano Municipal de Saúde, com

respostas classificadas em ‘Sim’ e ‘Não’ e o número de vezes que aquela doença foi mencionada no PMS.

5.1.2.4. Tratamento dos Dados

Inicialmente, foi realizada análise descritiva das respostas. Esta etapa foi fundamental para identificar o comportamento das variáveis em cada uma das cinco regiões brasileiras, permitindo caracterizar os níveis de qualidade. Para os itens classificados como "Parcialmente", foi realizada uma análise qualitativa complementar para identificar os problemas comuns e as lacunas de planejamento recorrentes em cada região. Esta etapa permitiu identificar o comportamento das variáveis em cada uma das cinco regiões brasileiras, permitindo caracterizar os níveis de qualidade.

5.1.2.5. Controle de Qualidade da Extração de Dados

Para garantir a fidedignidade e o rigor da análise, a extração dos dados seguiu um protocolo de controle de qualidade estruturado em duas etapas. (a) Dupla extração e consenso: foi realizada a extração independente de uma amostra aleatória correspondente a 10% do total de Planos Municipais de Saúde analisados ($n = 18$). Eventuais divergências entre os avaliadores foram resolvidas por meio de conferência técnica e consenso. (b) Validação das respostas qualitativas: para os itens classificados com a pontuação “Parcialmente”, foi conduzida uma segunda leitura sistemática de todas as justificativas extraídas, com o objetivo de assegurar a padronização dos critérios de julgamento e a adequada categorização das lacunas identificadas.

Não foi calculada uma métrica estatística formal de concordância interavaliadores, uma vez que o processo avaliativo envolveu itens de natureza ordinal, julgamento técnico contextual e ponderação diferenciada entre eixos, o que limita a aplicação direta de coeficientes tradicionais, como o *kappa* ou o coeficiente de correlação intraclass. Ainda assim, os procedimentos adotados buscaram minimizar vieses de classificação e garantir a consistência e a padronização das decisões analíticas.

5.1.4. Aspectos Éticos

Este estudo basear-se-á na análise de documentos de acesso público, legitimamente disponibilizados de forma a permitir a responsabilização institucional. Por essa razão, não se faz necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que os dados utilizados já se encontram disponíveis à sociedade, sem infringir princípios éticos (Spink, P. K., 1999).

5.1.5. Limitações da Pesquisa

Este estudo apresenta limitações inerentes à sua natureza documental e transversal, uma vez que se baseia exclusivamente nos Planos Municipais de Saúde disponibilizados em bases públicas oficiais, refletindo a qualidade do planejamento formalizado, e não necessariamente sua execução, implementação ou impacto sobre os indicadores de saúde. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados como uma análise da capacidade técnico-institucional expressa nos documentos, e não como uma avaliação direta do desempenho dos sistemas locais de saúde.

Adicionalmente, o instrumento avaliativo e o sistema de pontuação utilizados foram desenvolvidos com base em referenciais teóricos consolidados, diretrizes normativas do Sistema Único de Saúde e estudos prévios sobre planejamento em saúde. Entretanto, não foi realizado um processo formal de validação externa, avaliação por especialistas ou análise psicométrica do score antes de sua aplicação, o que pode introduzir certo grau de subjetividade na mensuração da qualidade dos planos e limitar sua reprodutibilidade em outros contextos.

A atribuição de pontuação zero aos municípios com Planos Municipais de Saúde indisponíveis, embora metodologicamente justificada sob a perspectiva da transparência, da governabilidade e do controle social, pode superestimar fragilidades em contextos onde o planejamento exista, mas não esteja adequadamente publicizado nos sistemas oficiais. Ainda assim, essa decisão foi adotada de forma sistemática e criteriosa, considerando a centralidade da publicidade dos instrumentos para a gestão democrática do SUS.

Buscando minimizar possíveis vieses de classificação, foram adotados procedimentos de controle de qualidade, incluindo dupla extração de dados, análise por consenso e

padronização dos critérios de julgamento, especialmente para os itens classificados como “parcialmente”. Essas estratégias contribuíram para aumentar a consistência interna da avaliação e a robustez analítica dos resultados.

Apesar dessas limitações, os achados oferecem uma análise abrangente e sistematizada da qualidade técnico-operacional do planejamento em saúde nos municípios prioritários analisados, constituindo uma base relevante para o aprimoramento das políticas públicas e para o desenvolvimento de pesquisas futuras.

5.2. Etapa 2 – Criação e Implantação do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária com ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente

A segunda etapa deste estudo correspondeu ao desenvolvimento e implantação de um produto técnico tecnológico classificado como curso de formação profissional (ProfSaúde, 2024), materializado na criação do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária com ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente. O curso foi concebido como uma estratégia de formação para profissionais atuantes no enfrentamento dessas doenças, a partir das lacunas identificadas na análise dos Planos Municipais de Saúde, realizada na primeira etapa desta pesquisa. Esta etapa conta com financiamento institucional, e tanto o orçamento necessário para sua execução quanto o termo de outorga dos recursos encontram-se detalhados nos **Anexos III e IV**.

5.2.1. Construção do Projeto Pedagógico do Curso (PPC)

Inicialmente, foi elaborado o Projeto Pedagógico do Curso, com os seguintes elementos estruturantes:

- **Nome do Curso:** Curso de especialização em saúde coletiva, com área de concentração em epidemiologia aplicada à atenção primária com ênfase no enfrentamento das doenças determinadas socialmente.
- **Formato:** Ensino à distância, a ser ofertado pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).
- **Objetivos:**
 - ✓ Desenvolver um projeto de formação e qualificação de profissionais de saúde para atuação no enfrentamento às doenças de determinação social no Brasil;
 - ✓ Estimular o desenvolvimento de habilidades e competências nos eixos da atenção, gestão e educação em saúde, voltadas para doenças determinadas socialmente;
 - ✓ Fomentar projetos e estratégias inovadoras para o controle e/ou eliminação dessas doenças.
- **Instituições parceiras:** 1- Ministério da Saúde do Brasil, Chamada CNPq/DECIT/MS Nº31/2024; Processo: 442199/2024-4. Valor R\$ 299.360,00; 2- Fiocruz (Através do Programa de pós-graduação em Saúde da Família- ProfSaúde).
- **Público-alvo:** Profissionais graduados que atuam em setores relacionados ao enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente nas diferentes esferas de governo.
- **Carga horária:** Total de 420 horas, sendo 375 horas distribuídas em 13 trilhas de aprendizagem e 45 horas destinadas ao desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).
- **Vagas:** Serão ofertadas 210 vagas para profissionais de saúde, distribuídas entre as esferas da seguinte maneira:
 - ✓ Uma vaga para servidores de cada Secretaria Municipal de Saúde dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável: 175 vagas;
 - ✓ Uma vaga para servidores de cada Secretaria Estadual de Saúde: 27 vagas;
 - ✓ Oito vagas para servidores federais das secretarias e ministérios que integram o CIEDDS.

A construção do PPC foi embasada em revisão bibliográfica, diretrizes nacionais de educação à distância, referenciais da educação permanente em saúde e consulta a documentos estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

5.2.2. Elaboração do Regimento Interno do Curso

Posteriormente, foi elaborado o Regimento Interno, documento que regulamenta aspectos administrativos, acadêmicos e operacionais do curso, contemplando normas de avaliação, critérios de aprovação, direitos e deveres dos discentes e docentes, além de regras para o desenvolvimento das atividades curriculares, nos termos da Resolução 01/2019 do Conselho Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco, que trata da alteração e atualização das Normas Gerais das Atividades de Pós-Graduação da UNIVASF.

5.2.3. Tramitação Institucional

Com o Projeto Pedagógico e o Regimento Interno concluídos, iniciou-se o processo de tramitação institucional junto à Universidade Federal do Vale do São Francisco. As etapas envolveram:

- Protocolo do projeto no Sistema Integrado de Patrimônio, Administração e Contratos (SIPAC) para análise da Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação (PRPPGI).
- Emissão de parecer pela Câmara de Pós-Graduação e deliberação sobre a proposta.
- Encaminhamento do processo ao Conselho Universitário (CONUNI) para homologação.
- Após homologação, envio do projeto à Secretaria de Registro e Controle Acadêmico (SRCA) para cadastro dos componentes curriculares.
- Autorização da publicação do edital de seleção pela PRPPGI.

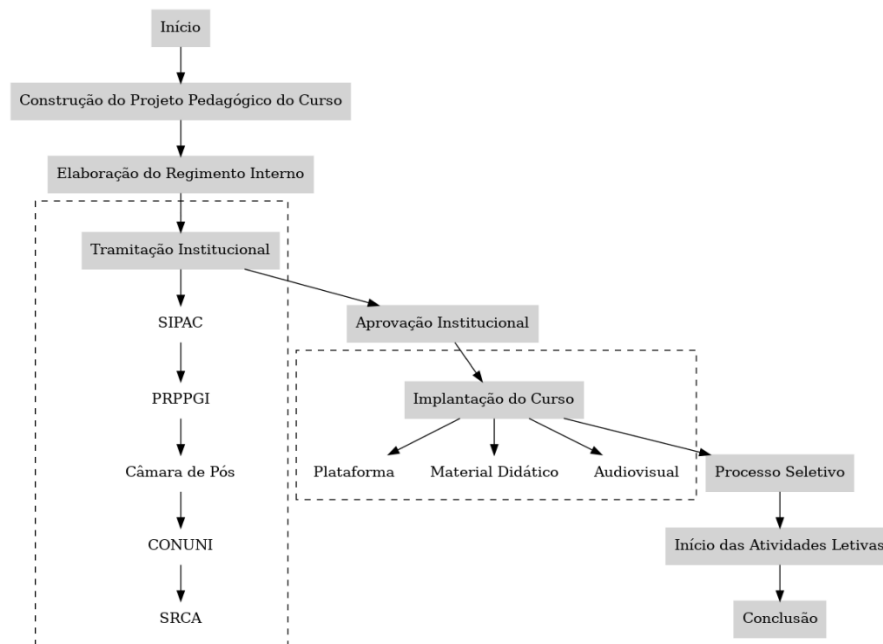
A viabilidade institucional e financeira do produto técnico-tecnológico foi assegurada por meio de termo de outorga de recursos financeiros, formalizado no âmbito da Universidade Federal do Vale do São Francisco, no contexto da tramitação do curso junto às instâncias competentes. O referido documento estabelece as condições de apoio à execução da proposta e encontra-se apresentado no **Anexo II**.

5.2.4. Implantação do Curso

A fase de implantação envolve as seguintes ações operacionais (**Figura 7**):

- Desenvolvimento e disponibilização da plataforma virtual de aprendizagem para viabilizar as atividades à distância.
- Produção e organização dos materiais didáticos e audiovisuais para suporte pedagógico.
- Realização do processo seletivo dos discentes, conforme critérios definidos no edital.
- Início das atividades letivas com acompanhamento contínuo da execução do curso.

Figura 7 - Etapas de implantação do Curso de Especialização.



Fonte: Gerado por IA (2025).

5.3. Elaboração de relatório técnico-institucional

Como estratégia de tradução do conhecimento e devolutiva institucional da pesquisa, foi elaborado relatório técnico-institucional destinado ao Ministério da Saúde, especificamente às áreas responsáveis pela coordenação do Programa Brasil Saudável. O documento sistematiza

os principais achados da análise dos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários do programa, apresentando síntese executiva, análise dos principais desafios identificados no planejamento municipal e recomendações estratégicas voltadas ao fortalecimento da governança, da capacidade de planejamento e da implementação de ações programáticas relacionadas às Doenças Determinadas Socialmente. O relatório foi estruturado a partir dos resultados obtidos por meio da análise documental realizada nesta pesquisa.

6. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa materializam-se na produção de dois artigos científicos e de dois produtos técnico-tecnológicos.

O primeiro artigo, intitulado “*Planejamento em saúde nos municípios prioritários por Doenças Determinadas Socialmente no Brasil: uma análise documental*”, sistematiza os achados relacionados à avaliação da qualidade técnico-operacional dos Planos Municipais de Saúde. O segundo artigo, apresentado sob o título “*Avaliação dos Planos Municipais de Saúde quanto às diretrizes do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar e às Doenças Determinadas Socialmente*”, aprofunda a análise da incorporação das diretrizes nacionais e das doenças prioritárias no planejamento municipal. Os dois textos passaram por validação por profissionais do Programa Brasil Saudável.

Os produtos técnico-tecnológicos compreendem, de um lado, o Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária e ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente, concebido a partir das lacunas identificadas na análise documental e orientado à qualificação de profissionais e gestores atuantes nos territórios analisados; e, de outro, um relatório técnico-institucional encaminhado ao Ministério da Saúde, contendo síntese analítica dos principais achados da pesquisa e recomendações voltadas ao fortalecimento do planejamento municipal em saúde no âmbito do Programa Brasil Saudável. Este produto técnico foi entregue durante a Reunião alusiva aos dois anos do Programa Brasil Saudável, realizada em Brasília em 10 de março de 2026. Importante salientar que estes dois produtos contaram com a participação de profissionais do Brasil Saudável.

Esses quatro produtos são apresentados e detalhados nos itens 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4, compondo de forma integrada os resultados desta dissertação.

6.1. Produto Científico 1: Planejamento em Saúde nos municípios prioritários por Doenças Determinadas Socialmente no Brasil: uma análise documental

Versão em língua inglesa submetido ao periódico Social Science and Medicine (JCR 5.0)

RESUMO

Os Planos Municipais de Saúde constituem o principal instrumento de planejamento e governança do Sistema Único de Saúde brasileiro no nível local, sendo centrais para a operacionalização de políticas voltadas à redução de iniquidades. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade e a robustez técnico-operacional dos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável, voltado à eliminação das Doenças Determinadas Socialmente no Brasil. Trata-se de uma análise documental e descritiva dos planos vigentes no ciclo 2022-2025, abrangendo 175 municípios prioritários. Foi aplicado um instrumento avaliativo estruturado em nove eixos temáticos, com pontuação total variando de 0 a 100 pontos, permitindo a classificação dos planos em quatro níveis de qualidade, além de análise qualitativa dos itens parcialmente conformes. Os resultados indicaram qualidade global satisfatória dos planos, com score médio nacional de 66,4 pontos (DP = 13,3). O eixo Definição de Objetivos apresentou elevada conformidade, com Índice de Conformidade Médio superior a 90%, enquanto a Estimativa Orçamentária registrou o pior desempenho, com menos de 45% de respostas favoráveis. Observou-se heterogeneidade regional, com a região Centro-Oeste alcançando o maior score médio (75,6 pontos) e o menor desvio padrão, indicando maior homogeneidade técnica, ao passo que as regiões Sul e Sudeste apresentaram médias inferiores a 67 pontos e elevada variabilidade interna. A análise qualitativa dos itens parcialmente conformes evidenciou lacunas recorrentes na Análise de Situação de Saúde, incluindo ausência de estratificação territorial e identificação limitada de grupos vulneráveis, além de planejamento orçamentário pouco detalhado e alinhamento incipiente com a Agenda 2030. Os achados sugerem que, embora os planos cumpram requisitos formais, persistem limitações estruturais que comprometem sua efetividade como instrumentos de governança e de enfrentamento das doenças determinadas socialmente, indicando a necessidade de maior integração entre diagnóstico territorial, programação, orçamento e monitoramento para o alcance das metas nacionais até 2030.

Palavras-chave: planejamento; governança; descentralização; desigualdade; municipal; Brasil; SUS

ABSTRACT

Municipal Health Plans constitute the main planning and governance instrument of the Brazilian Unified Health System at the local level and are central to the operationalization of policies aimed at reducing health inequities. This study aimed to evaluate the quality and technical-operational robustness of the Municipal Health Plans of priority municipalities under the Brasil Saudável Program, which focuses on the elimination of socially determined diseases in Brazil. This was a descriptive documentary analysis of plans in force during the 2022 to 2025 cycle, covering 175 priority municipalities. A structured assessment instrument organized into nine thematic axes was applied, with a total score ranging from 0 to 100 points, allowing plans

to be classified into four quality levels, in addition to a qualitative analysis of partially compliant items. The results indicated overall satisfactory plan quality, with a national mean score of 66.4 points (SD = 13.3). The Objective Definition axis showed high conformity, with a Mean Conformity Index above 90%, whereas Budget Estimation demonstrated the weakest performance, with fewer than 45% of favorable responses. Regional heterogeneity was observed, with the Central-West region achieving the highest mean score (75.6 points) and the lowest standard deviation, indicating greater technical homogeneity, while the South and Southeast regions presented mean scores below 67 points and high internal variability. Qualitative analysis of partially compliant items revealed recurring gaps in the Health Situation Analysis, including the absence of territorial stratification and limited identification of vulnerable groups, as well as insufficiently detailed budget planning and incipient alignment with the 2030 Agenda. These findings suggest that, although the plans meet formal requirements, structural limitations persist that compromise their effectiveness as governance instruments and as tools to address socially determined diseases, highlighting the need for greater integration between territorial diagnosis, programming, budgeting, and monitoring to achieve national targets by 2030.

Keywords: planning; governance; decentralization; inequity; municipal; Brazil; SUS

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) constitui o principal instrumento de governança e operacionalização das políticas de saúde no âmbito local no Brasil. Elaborado a cada quatro anos, o PMS orienta a gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), ao apresentar o diagnóstico da situação de saúde, bem como diretrizes, objetivos, metas e a programação orçamentária para o período, permitindo a identificação de potencialidades e fragilidades da gestão municipal (Brasil, 2016).

A relevância do PMS transcende o planejamento técnico, uma vez que se trata de uma obrigatoriedade legal estabelecida pela Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990) e reforçada pela Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012a). Essas normativas condicionam o repasse de recursos federais à existência de planos aprovados pelos respectivos conselhos de saúde, assegurando que o processo de planejamento seja ascendente, transparente e dotado de participação social, conforme regulamentado pelo Decreto nº 7.508/2011 (Brasil, 2011). Dessa forma, o PMS consolida-se como instrumento central de articulação entre financiamento, gestão e controle social.

Sob essa lógica de planejamento integrado e em consonância com os compromissos internacionais assumidos no âmbito da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, o Brasil vem estruturando respostas intersetoriais voltadas à eliminação de doenças determinadas pelas condições sociais. Em 2023, foi instituído o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), com o objetivo de

articular políticas públicas orientadas ao enfrentamento dos determinantes sociais e à ampliação da efetividade das ações de saúde no país (Brasil, 2023).

Nesse contexto, em 2024, foi instituído o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, com o objetivo de enfrentar problemas socioambientais que afetam de forma desproporcional populações em situação de vulnerabilidade social. O programa definiu como prioritárias 11 doenças e cinco infecções de transmissão vertical associadas a condições sociais, denominadas Doenças Determinadas Socialmente (DDS), e estabeleceu metas nacionais para sua eliminação. Como estratégia central, identificou 175 municípios prioritários, caracterizados pela elevada carga simultânea dessas condições, nos quais o planejamento em saúde assume papel estratégico para a operacionalização das diretrizes nacionais (Brasil, 2025b).

Entretanto, o alcance dessas metas depende não apenas da existência formal dos Planos Municipais de Saúde, mas, sobretudo, de sua qualidade técnica, consistência interna e transparência. Avaliar a robustez desses instrumentos nos municípios prioritários é, portanto, fundamental para identificar fragilidades programáticas, reduzir iniquidades na capacidade de resposta local e fortalecer a governança das políticas orientadas à equidade. Nesse contexto, evidencia-se uma lacuna persistente entre as expectativas normativas do planejamento em sistemas universais descentralizados e as condições efetivas de implementação nos territórios (Hill; Hupe, 2010).

Embora os PMS possam funcionar como tecnologias de governança, ao traduzirem prioridades nacionais em metas, indicadores e orçamento, sua efetividade depende da articulação entre diagnóstico, financiamento e arranjos institucionais de responsabilização (Araral, 2013). No contexto brasileiro, esses instrumentos apresentam elevada heterogeneidade e fragilidades recorrentes em sua formulação e uso, o que limita sua capacidade de orientar a ação pública (Soder; Machado; De Carli, 2022). Essa dissociação compromete sua função como instrumento de implementação e responsabilização.

Apesar da centralidade do planejamento na governança dos sistemas de saúde, ainda são escassas abordagens empíricas sistemáticas e replicáveis para avaliar como os planos locais operacionalizam agendas nacionais orientadas à equidade. Este estudo busca preencher essa lacuna ao analisar 175 Planos Municipais de Saúde referentes ao período de 2022 a 2025, elaborados por municípios priorizados pelo Programa Brasil Saudável, propondo um referencial analítico estruturado em nove dimensões e um escore composto para avaliar a qualidade e a coerência interna do planejamento. Com isso, oferece-se uma ferramenta comparativa para sistemas descentralizados, evidências empíricas sobre o papel do diagnóstico situacional e do

financiamento na implementação e uma reflexão fundamentada sobre os limites das diretrizes normativas diante de capacidades locais restritas.

MÉTODOS

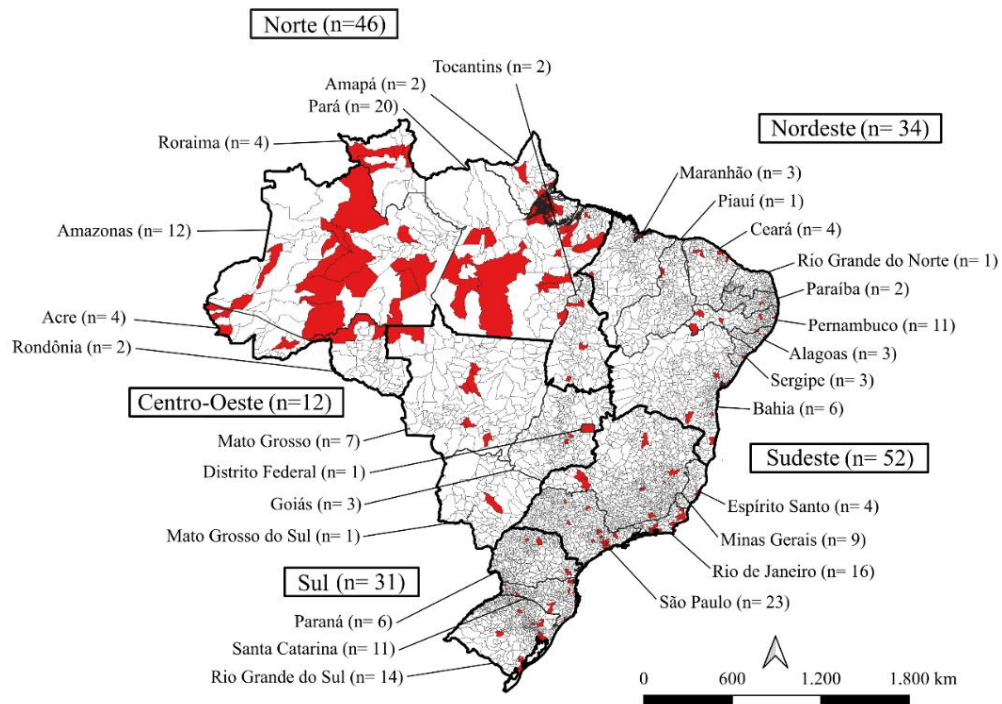
Desenho de Estudo, objeto e período

Trata-se de um estudo de natureza documental e descritiva. O escopo da pesquisa abrangeu a análise integral dos Planos Municipais de Saúde (PMS) de todos os municípios elencados como prioritários pelo Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar. A unidade de análise foi definida como a versão final e consolidada do PMS referente ao ciclo 2022–2025, devidamente aprovada pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e disponibilizada em canais públicos de transparência. O período de coleta e avaliação dos dados compreendeu o intervalo entre fevereiro e novembro de 2025.

Área de Estudo

A unidade de análise deste estudo compreende os Planos Municipais de Saúde (PMS) de municípios prioritários do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar. Quanto à distribuição geográfica dos 175 municípios analisados, a maioria deles está situada nas regiões Sudeste (29,71%; n = 52) e Norte (26,29%; n = 46), seguidas pelo Nordeste (19,43%; n = 34), Sul (17,71%; n = 31) e Centro-Oeste (6,86%; n = 12) (**Figura 1**). Em termos de população, esses municípios representam um contingente de 93,7 milhões de pessoas, sendo 49,6 milhões no Sudeste, 19,6 milhões no Nordeste, 9,0 milhões no Norte, 8,0 milhões no Centro-Oeste e 7,6 milhões no Sul (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023).

Figura 1 - Municípios prioritários do Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar por regiões.



Fonte: Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (Brasil, 2025b) / Própria autoria (2026).

Fonte de Dados

Os dados foram coletados por meio de pesquisa documental em fontes secundárias de domínio público. A fonte principal de extração foi o DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), repositório oficial do Ministério da Saúde (<https://digisusgmp.saude.gov.br/>). Nos casos de ausência do documento ou indisponibilidade técnica do sistema federal, foram realizadas buscas ativas nos portais de transparência e sites oficiais das prefeituras. Para assegurar a padronização da busca, utilizaram-se descritores fixos, combinando os termos: “Plano Municipal de Saúde”, “PMS 2022-2025” e “Instrumentos de Planejamento”.

Nos casos em que o Plano Municipal de Saúde (PMS) vigente para o ciclo 2022–2025 não estava publicamente disponível, seja no sistema DGMP, seja nos portais oficiais de transparência municipal, o município foi mantido na amostra analítica e recebeu pontuação zero em todos os eixos do score, resultando em score total igual a zero. Essa decisão fundamentou-se no entendimento de que a indisponibilidade pública do instrumento inviabiliza a avaliação de sua qualidade técnica e compromete dimensões centrais da governabilidade, da transparência e do controle social do planejamento em saúde. Os municípios de Maringá (PR) e Paulínia (SP) não apresentavam seus Planos Municipais de Saúde disponíveis para consulta pública. Nos

casos em que múltiplas versões do documento foram identificadas, adotou-se como critério de priorização a versão mais recente.

A fidedignidade dos dados foi garantida pelo uso de fontes oficiais, cujos documentos são obrigatoriamente submetidos à aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). No caso de documentos parcialmente disponíveis ou fragmentados, a análise foi realizada até o limite das informações acessíveis. Eixos temáticos completamente ausentes no documento disponível foram pontuados com zero, conforme os critérios do score, preservando a comparabilidade entre os municípios avaliados.

Procedimentos e Etapas do Estudo

O estudo foi estruturado em duas fases principais, utilizando uma abordagem mista para transformar dados documentais em indicadores de qualidade:

Fase 1 – Avaliação Documental e Escalonamento

A etapa inicial consistiu na análise sistemática de cada Plano Municipal de Saúde (PMS), por meio de um formulário estruturado em nove eixos temáticos: (1) ator que planeja; (2) Análise de Situação de Saúde; (3) definição de objetivos; (4) programação operativa; (5) indicadores de acompanhamento; (6) Estimativa Orçamentária; (7) propósito; (8) método; e (9) governabilidade. O modelo analítico foi elaborado pelo pesquisador, a partir de adaptação do Plano de Análise dos PMS proposto por Carvalho (Carvalho, 2014), desenvolvido à luz dos Momentos do Planejamento Estratégico Situacional e do Triângulo de Governo de Carlos Matus (Matus, 1996), bem como do Postulado da Coerência de Mario Testa (Giovannella, 1990). Para a construção do questionário, também foi utilizado o método de análise proposto por Cruz *et al.* (Cruz *et al.*, 2017), que sistematiza os principais elementos das diretrizes do Manual de Planejamento do Ministério da Saúde (Brasil, 2016) e da Portaria nº 2.135 de 2013 (Brasil, 2013).

A pontuação foi distribuída conforme a relevância técnica de cada eixo, com maior peso atribuído à Análise de Situação de Saúde (30 pontos) e à Estimativa Orçamentária (18 pontos), conforme apresentado na **Tabela 1** e no **Material Suplementar 1**. Os scores totais foram posteriormente categorizados em quatro níveis de qualidade (Insuficiente, Básico, Satisfatório e Excelente), segundo os pontos de corte definidos.

Tabela 1- Sistematização de eixos de avaliação e pontuações atribuídas na avaliação de qualidade dos Planos Municipais de Saúde.

Eixo (Critério)	Peso (Pontos)	Justificativa dos Pesos
1. Ator que planeja	5	Garante a continuidade e a capacidade técnica do processo (3 questões).
2. Análise de Situação de Saúde (ASIS)	30	Muito Alto Peso: O alicerce técnico do PMS. Sem um diagnóstico sólido (12 questões), o plano carece de relevância e eficácia.
3. Definição de Objetivos/Propostas de Ação	15	O segundo pilar técnico. Transforma o diagnóstico em intenções estratégicas (3 questões).
4. Programação Operativa	15	Essencial para a aplicabilidade. Transforma objetivos em ações concretas, responsáveis e prazos (3 questões).
5. Indicador de Acompanhamento e Avaliação	10	Garante o monitoramento e a gestão contínua do plano (1 questão).
6. Estimativa Orçamentária	18	Alto Peso: O critério de exequibilidade. Um plano sem previsão orçamentária (6 questões) é inviável.
7. Propósito	3	Clareza da missão e alinhamento com agendas globais (2 questões).
8. Método	2	Descrição da metodologia de elaboração. Importante para a transparência (1 questão).
9. Governabilidade	2	Disponibilidade do PMS à população (2 questões).
<i>Total</i>	<i>100</i>	

Pontuação (0-100)	Nível de Qualidade (Classificação)	Implicações
0 - 30	Insuficiente	O PMS carece dos pilares técnicos e de execução (ASIS, Objetivos, Orçamento).
31 - 60	Básico	O PMS possui a estrutura formal, mas falha nos critérios de maior peso, comprometendo sua eficácia.
61 - 85	Satisfatório	O PMS é robusto, com bom embasamento técnico e capacidade de execução, mas pode ter lacunas em governabilidade ou detalhamento metodológico.
86 - 100	Excelente	O PMS é completo, com forte base técnica, clareza de objetivos, programação detalhada, orçamento e alta governabilidade.

Fonte: Própria autoria (2026).

Ressalta-se que o instrumento avaliativo e o sistema de pontuação foram desenvolvidos pelos pesquisadores com base em referenciais teóricos, normativos e em estudos prévios sobre planejamento em saúde. Entretanto, não foi realizado um processo formal de validação externa, avaliação por painel de especialistas ou análise psicométrica do score antes de sua aplicação. Dessa forma, embora os critérios, pesos e pontos de corte tenham sido fundamentados

conceitualmente, o instrumento reflete escolhas analíticas, podendo estar sujeito a limitações quanto à sua reprodutibilidade e generalização.

As respostas foram categorizadas em ‘Sim/Completamente’, ‘Não’ ou ‘Parcialmente’. A atribuição do critério ‘Parcialmente’ seguiu uma regra formal de julgamento, aplicada quando o item era explicitamente mencionado no documento, porém apresentava insuficiência de detalhamento técnico ou ausência de conteúdo mínimo requerido para sua operacionalização. Exemplos incluem a citação de metas sem o respectivo cronograma anual, ou a menção a recursos financeiros sem a devida discriminação por bloco de financiamento ou ação estratégica. Essa diferenciação permitiu uma mensuração objetiva do alinhamento dos municípios com as diretrizes de eliminação de doenças determinadas socialmente (DDS).

Para fins analíticos, duas métricas distintas foram utilizadas neste estudo. O score corresponde à pontuação ponderada total do Plano Municipal de Saúde, variando de 0 a 100 pontos, obtida pela soma dos scores atribuídos aos nove eixos temáticos. Essa pontuação foi utilizada para a classificação do nível de qualidade dos PMS, conforme critérios apresentados anteriormente (**Tabela 1**). Média e desvio-padrão foram utilizados para descrever esses parâmetros. Já o Índice de Conformidade Médio (ICM) refere-se à proporção de respostas favoráveis (‘Sim’ ou ‘Completamente’) em cada eixo temático, expressa em percentual.

Fase 2 – Tratamento dos Dados

Inicialmente, foi realizada análise descritiva das respostas. Esta etapa foi fundamental para identificar o comportamento das variáveis em cada uma das cinco regiões brasileiras, permitindo caracterizar os níveis de qualidade. Para os itens classificados como ‘Parcialmente’, foi realizada uma análise qualitativa complementar para identificar os problemas comuns e as lacunas de planejamento recorrentes em cada região. Este procedimento permitiu mapear se as fragilidades nos PMS - como a falta de detalhamento em metas de transmissão vertical ou a ausência de correlação com o PPA/LOA - seguiam padrões regionais específicos, subsidiando uma visão crítica sobre a governabilidade local.

Controle de Qualidade da Extração de Dados

Para garantir a fidedignidade e o rigor da análise, a extração dos dados seguiu um protocolo de controle de qualidade estruturado em duas etapas. (a) Dupla extração e consenso: foi realizada a extração independente de uma amostra aleatória correspondente a 10% do total

de Planos Municipais de Saúde analisados ($n = 18$). Eventuais divergências entre os avaliadores foram resolvidas por meio de conferência técnica e consenso. (b) Validação das respostas qualitativas: para os itens classificados com a pontuação “Parcialmente”, foi conduzida uma segunda leitura sistemática de todas as justificativas extraídas, com o objetivo de assegurar a padronização dos critérios de julgamento e a adequada categorização das lacunas identificadas.

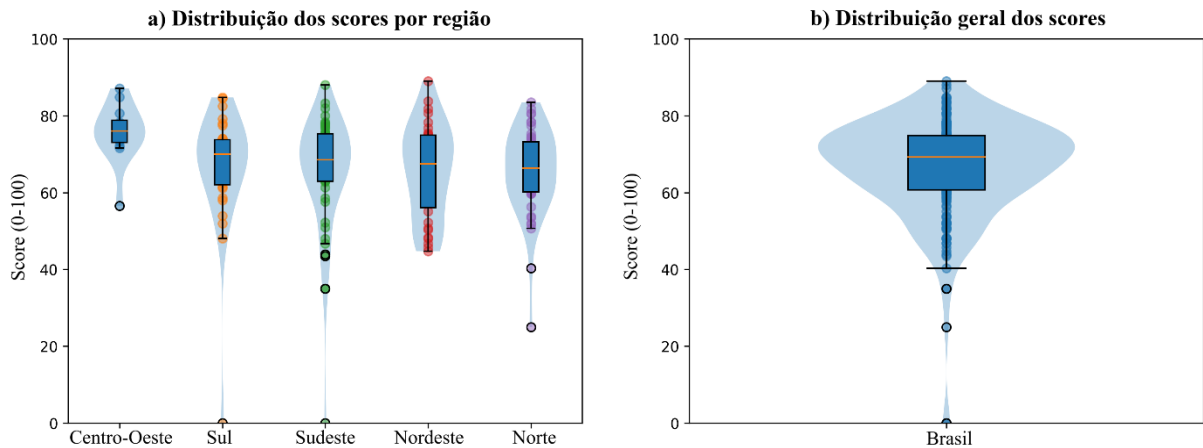
Não foi calculada uma métrica estatística formal de concordância interavaliadores, uma vez que o processo avaliativo envolveu itens de natureza ordinal, julgamento técnico contextual e ponderação diferenciada entre eixos, o que justificou a não aplicação direta de coeficientes tradicionais, como o *kappa* ou o coeficiente de correlação intraclasse. Ainda assim, os procedimentos adotados buscaram minimizar vieses de classificação e garantir a consistência e a padronização das decisões analíticas.

Aspectos Éticos

O estudo utilizou apenas dados secundários de sistemas de informação de domínio público, nos quais os indivíduos não podem ser identificados. Portanto, a aprovação do comitê de ética em pesquisa não foi necessária.

RESULTADOS

Dos 175 municípios incluídos no estudo, dois (Maringá/PR e Paulínia/SP) não apresentavam seus PMS disponíveis para consulta pública. Nacionalmente, os instrumentos de planejamento apresentaram um score de $66,4 \pm 13,3$, o que classificou o conjunto de municípios como ‘Satisfatório’. A região Centro-Oeste (12 municípios) apresentou o maior score médio (75,6). Além de deter a melhor pontuação, essa região apresentou o menor desvio padrão da amostra ($DP = 7,7$), indicando maior homogeneidade na qualidade dos instrumentos de planejamento (**Figura 2**).

Figura 2 - Score de qualidade dos Planos Municipais de Saúde. Brasil e regiões, 2022-2025

Fonte: Própria autoria (2026).

As demais regiões apresentaram médias de desempenho situadas em um intervalo numérico estreito, embora com padrões distintos de dispersão interna, variando entre 65,4 e 66,9 pontos. A região Sul obteve a segunda maior média ($66,9 \pm 15,3$), enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram médias aritméticas idênticas (65,5 pontos), com desvios padrão de 12,1 e 11,2, respectivamente. Por fim, a região Sudeste registrou a menor média geral (65,4 pontos), acompanhada de elevada variabilidade entre os municípios ($DP = 14,9$) (**Figura 2**).

Quanto à classificação da qualidade, a maioria dos planos foi classificada como ‘Satisfatório’ (72,6%; $n=127$). Ao comparar as regiões, 83,3% dos municípios do Centro-Oeste apresentaram desempenho ‘Satisfatório’, enquanto que somente 63,8% dos municípios prioritários da região Norte apresentaram esse desempenho. Apenas 1,71% ($n = 3$) dos PMS foram classificados como ‘Excelente’: Salvador (89,0), Montes Claros (88,0) e Goiânia (87,0) (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Classificação dos PMS segundo Score de Qualidade, Região e Brasil.

	Insuficiente n (%)	Básico n (%)	Satisfatório n (%)	Excelente n (%)	Total
Norte	1 (2,1%)	15 (31,9%)	30 (63,8%)	0 (0,0%)	46 (100%)
Nordeste	0 (0,0%)	11 (33,3%)	22 (66,7%)	1 (2,1%)	34 (100%)
Centro-Oeste	0 (0,0%)	1 (8,3%)	10 (83,3%)	1 (8,3%)	12 (100%)
Sudeste	1 (1,9%)	10 (19,2%)	40 (76,9%)	1 (1,9%)	52 (100%)
Sul	1 (3,2%)	5 (16,1%)	25 (80,6%)	0 (0,0%)	31 (100%)

	Insuficiente n (%)	Básico n (%)	Satisfatório n (%)	Excelente n (%)	Total
Brasil	3 (1,7%)	42 (24,0%)	127 (72,6%)	3 (1,7%)	175 (100%)

Fonte: Própria autoria (2026).

O ICM, caracterizado pela proporção de respostas favoráveis na avaliação da qualidade, mostrou disparidades entre os eixos e as regiões. Considerando o conjunto de municípios, o melhor ICM foi observado no eixo ‘Definição de objetivos/Propostas de ação’, com 92,4% de respostas favoráveis (Sim ou Completamente). Por outro lado, o eixo ‘Estimativa Orçamentária’ apresentou pior avaliação, com somente 44,6% de respostas favoráveis (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Índice de Conformidade Médio por eixo, Brasil e Regiões.

Eixo	Norte (%)	Nordeste (%)	Centro-Oeste (%)	Sudeste (%)	Sul (%)	Brasil (%)
1. Ator que planeja	80,4	91,2	100,0	82,7	90,3	86,3
2. Análise de Situação de Saúde	48,6	44,9	51,4	46,7	49,5	47,7
3. Definição de objetivos/Propostas de ação	93,5	87,2	97,2	92,3	94,6	92,4
4. Programação operativa	56,5	61,8	83,3	54,5	51,6	57,9
5. Indicador de acompanhamento	91,3	85,3	100,0	88,5	93,5	90,3
6. Estimativa Orçamentária	47,5	41,7	53,1	44,2	41,4	44,6
7. Propósito	46,7	51,1	62,5	57,7	54,8	53,5
8. Método	76,1	88,2	91,7	78,8	83,9	81,7
9. Governabilidade	70,7	76,5	66,7	74,1	80,6	74,3

Fonte: Própria autoria (2026).

Estratificando por região geográfica, observaram-se padrões distintos. Na região Norte, o destaque foi para o eixo ‘Definição de Objetivos/Propostas de Ação’ (93,5% de respostas favoráveis), enquanto o eixo ‘Propósito’ obteve o menor desempenho (46,7% de respostas favoráveis). A região Nordeste apresentou maior conformidade no eixo ‘Método’ (88,2%), contrastando com a baixa estruturação em ‘Estimativa Orçamentária’ (41,6%). Já a região Centro-Oeste demonstrou excelência no eixo ‘Indicador de Acompanhamento e Avaliação’, atingindo 100% de conformidade; entretanto, a ‘Análise de Situação de Saúde’ apresentou níveis de conformidade apenas moderados (51,3%), padrão semelhante ao observado nas demais macrorregiões (**Tabela 3**).

A região Sudeste seguiu a tendência nacional com melhor desempenho no eixo ‘Definição de Objetivos’ (92,3%) e fragilidade no eixo ‘Estimativa Orçamentária’ (44,2%). Por fim, a região Sul obteve o maior índice de conformidade em ‘Definição de Objetivos’ (94,6%),

mas registrou o menor desempenho em ‘Estimativa Orçamentária’ (41,3%) (**Tabela 3**). A lista completa dos municípios, suas respectivas posições no *ranking* e pontuações finais está detalhada no **Material Suplementar 2** permitindo a visualização da performance individualizada dentro de cada nível de qualidade.

Para além da mensuração quantitativa, realizou-se uma análise qualitativa dos itens classificados como ‘Parcialmente’. Identificaram-se fragilidades estruturais recorrentes, sobretudo na Análise de Situação de Saúde, frequentemente restrita à descrição agregada de indicadores, sem estratificação territorial, identificação de grupos vulneráveis ou consideração explícita dos determinantes sociais. No eixo de ‘Estimativa Orçamentária’, predominaram valores globais sem discriminação por ação ou módulo operacional, além da ausência de projeções para o quadriênio. De forma semelhante, os itens relativos à ‘capacidade instalada’ e ‘força de trabalho’ apresentaram descrições genéricas, sem detalhamento de quantitativos, vínculos ou necessidades de qualificação (**Material Suplementar 3**).

Além disso, observou-se alinhamento incipiente entre os PMS e agendas estratégicas globais, como a ‘Agenda 2030’ e os ‘Objetivos de Desenvolvimento Sustentável’, bem como fragilidades na definição de responsabilidades institucionais e na articulação entre planejamento e instrumentos orçamentários. Em conjunto, esses achados apontam para um padrão de planejamento predominantemente declaratório, com avanços na formulação de objetivos, mas com lacunas relevantes quanto à exequibilidade, ao monitoramento e à sustentabilidade das ações previstas (**Material Suplementar 3**).

DISCUSSÃO

Este estudo analisou a qualidade técnico-operacional dos instrumentos de planejamento governamental nos municípios prioritários para a eliminação das DDS no Brasil. Os resultados revelaram que, embora a maioria dos municípios apresente planos com nível de qualidade Satisfatório, persiste uma fragilidade crítica na Estimativa Orçamentária. Esse padrão foi consistente entre as macrorregiões. O Centro-Oeste apresentou a maior média de score e maior homogeneidade técnica. Em contrapartida, as regiões Sul e Sudeste demonstraram as maiores disparidades internas de desempenho.

O eixo ‘Definição de Objetivos’ apresentou elevada conformidade, enquanto a ‘Estimativa Orçamentária’ registrou o menor Índice de Conformidade Médio entre os municípios analisados. Essa assimetria evidencia uma lacuna entre formulação e viabilidade financeira, em consonância com evidências amplamente descritas na literatura sobre os desafios

estruturais do financiamento da saúde no nível municipal (Piola *et al.*, 2013). Essa dissociação sugere que os instrumentos de gestão, embora cumpram ritos burocráticos para a manutenção dos repasses federais, muitas vezes falham na instrumentalização de uma governança econômica real.

Um planejamento que negligencia o detalhamento orçamentário e a profundidade da análise de situação de saúde compromete a consolidação das Redes de Atenção à Saúde. Evidências empíricas e organizacionais do sistema de saúde brasileiro demonstram que diagnósticos territoriais frágeis, associados à fragmentação do financiamento e à baixa capacidade de programação, limitam o papel coordenador da Atenção Primária e dificultam a integração entre os pontos de atenção, especialmente em contextos marcados pelo predomínio de condições crônicas (de Albuquerque *et al.*, 2018; Mendes, 2018). Esse cenário torna-se um entrave direto para o alcance das metas do Programa Brasil Saudável, que exige intervenções intersetoriais sustentáveis para a eliminação das DDS até 2030.

Esse padrão se expressa de forma mais evidente no eixo ‘Estimativa Orçamentária’, que apresentou o menor Índice de Conformidade Médio entre os municípios analisados, com menos da metade das respostas classificadas como favoráveis. Conforme estabelecido pela legislação brasileira que rege o planejamento e o financiamento do SUS (Brasil, 2011, 2012a), o planejamento deve atuar como balizador do financiamento; no entanto, a ausência de detalhamento de recursos por ação e a falta de projeções para o quadriênio sugerem que os Planos Municipais de Saúde funcionam, em muitos casos, predominantemente como instrumentos de uso simbólico, evidenciado pela ausência de discriminação orçamentária por ação e pela inexistência de projeções financeiras para o quadriênio, o que compromete sua efetividade como guias de gestão financeira.

Esse descompasso dialoga com análises consolidadas sobre o subfinanciamento estrutural do Sistema Único de Saúde e a instabilidade no fluxo de recursos federais, que tendem a induzir os gestores locais a um planejamento de caráter ritualista, orientado pelo cumprimento de condicionalidades burocráticas em detrimento da viabilidade operacional das ações (Piola *et al.*, 2013). Para municípios que enfrentam elevada carga de doenças determinadas socialmente, como tuberculose e hanseníase, essa lacuna orçamentária compromete a sustentabilidade das estratégias intersetoriais e territoriais necessárias à eliminação desses agravos até 2030.

Os achados deste estudo dialogam com discussões internacionais que apontam desafios recorrentes na articulação entre planejamento, financiamento e capacidade institucional em sistemas de saúde descentralizados (World Health Organization, 2007, 2014). Evidências comparativas indicam que, em média, entre 40% e 50% do gasto público em saúde é executado

por governos subnacionais, com variações superiores a 60 pontos percentuais entre países, sem que maiores níveis de descentralização se traduzam automaticamente em melhor coordenação ou desempenho dos sistemas de saúde (Biase; Dougherty, 2021). Sob essas condições institucionais, a ausência de mecanismos robustos de alinhamento entre planos estratégicos e instrumentos orçamentários tende a resultar em documentos de planejamento com limitado poder operativo, frequentemente dissociados da execução e do monitoramento das ações propostas (Saltman; Bankauskaite; Vrangbæk, 2007).

Essa dinâmica tem sido descrita em diferentes arranjos de sistemas de saúde, nos quais a ampliação da autonomia local nem sempre é acompanhada, de forma equitativa, por capacidade técnica e estabilidade financeira suficientes para sustentar políticas intersetoriais de longo prazo. Evidências comparativas da Região Europeia da Organização Mundial da Saúde indicam que países com menores níveis de investimento social apresentam diferenças superiores a 15 anos na expectativa de vida em relação àqueles com maior proteção social, além de taxas mais elevadas de mortalidade por todas as causas, mesmo em contextos de crescimento econômico e descentralização administrativa (OECD, 2019).

Nessas circunstâncias, a descentralização tende a aprofundar desigualdades na capacidade de planejamento e de implementação entre entes subnacionais, de modo que a autonomia formal não se converte necessariamente em maior efetividade das ações. Como resultado, políticas que demandam coordenação intersetorial contínua e investimentos sustentados ao longo do tempo tornam-se particularmente vulneráveis a descontinuidades e a variações na capacidade institucional local.

A literatura internacional sobre governança em saúde destaca que a efetividade do planejamento territorial está fortemente associada à incorporação sistemática dos determinantes sociais da saúde e à utilização de diagnósticos sensíveis às iniquidades sociais e territoriais (Marmot *et al.*, 2012; World Health Organization, 2010). Além disso, evidências apontam que a limitada capacidade de monitoramento e o uso insuficiente de informações para orientar decisões reduzem o potencial dos planos de direcionar intervenções focalizadas em populações vulneráveis, especialmente em contextos marcados por restrições institucionais e orçamentárias (World Bank, 2009).

As fragilidades identificadas na Análise de Situação de Saúde nos municípios avaliados aproximam-se de desafios mais amplos de governança e implementação de políticas em saúde, nos quais a tradução de diretrizes normativas em ações territorialmente adaptadas permanece um obstáculo recorrente (Frenk; Moon, 2013). Em tais contextos, a produção de diagnósticos pouco sensíveis às dinâmicas sociais e territoriais limita a capacidade do planejamento de

orientar decisões estratégicas e de responder de forma equitativa às necessidades específicas das populações, especialmente aquelas em maior situação de vulnerabilidade.

No campo da saúde, análises críticas destacam que a incorporação efetiva dos ODS nos instrumentos de planejamento requer governança intersetorial fortalecida, sistemas de dados robustos e coordenação entre níveis de governo, aspectos que nem sempre estão plenamente estabelecidos em contextos descentralizados (Buse; Hawkes, 2015). A própria Agenda 2030 estabelece mecanismos de monitoramento e revisão baseados em indicadores comparáveis, que devem orientar a implementação das metas de saúde e outros ODS em níveis nacional e local (United Nations, 2015).

Nesse sentido, as fragilidades observadas no alinhamento dos Planos Municipais de Saúde com agendas globais refletem desafios mais amplos já reconhecidos no debate internacional, reforçando a necessidade de estratégias institucionais que aproximem o planejamento municipal dos compromissos globais assumidos pelos Estados nacionais, particularmente nos municípios prioritários para a eliminação das DDS.

A região Centro-Oeste apresentou o maior score médio e a maior homogeneidade técnica entre as macrorregiões analisadas. O alcance de 100% de conformidade no eixo de indicadores de acompanhamento sugere uma cultura de monitoramento mais consolidada. Em contraste, regiões como o Sul e o Sudeste, apesar de possuírem maior densidade de recursos, apresentaram alta variabilidade interna. Essa disparidade indica que o desenvolvimento econômico regional não se traduz automaticamente em qualidade de planejamento institucional, evidenciando iniquidades na capacidade de gestão local mesmo dentro de áreas consideradas desenvolvidas.

Apesar de ser o eixo com maior peso na pontuação total, a Análise de Situação de Saúde apresentou conformidade apenas moderada em todas as regiões analisadas. As justificativas para as notas parciais indicaram uma falta de análise estratificada de Determinantes Sociais da Saúde e uma descrição genérica de grupos vulneráveis. Para o sucesso do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente, a precisão no diagnóstico territorial é inegociável. Sem identificar onde e quem são as populações sob maior risco, as ações de busca ativa e tratamento perdem eficácia, perpetuando os ciclos de exclusão citados na introdução deste trabalho.

A análise qualitativa dos itens classificados como parcialmente indicou que o alinhamento dos Planos Municipais de Saúde com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável ocorre de forma majoritariamente indireta ou implícita. É importante ressaltar que a ausência de menção formal à Agenda 2030 não invalida tecnicamente os Planos Municipais

de Saúde, uma vez que estes podem cumprir as exigências normativas do setor sem utilizar essa nomenclatura específica.

No entanto, essa lacuna terminológica dificulta a integração intersetorial e o reporte de resultados em relatórios globais de progresso, criando uma desconexão entre o compromisso internacional assumido pelo país sob a égide do Programa Brasil Saudável e a prática administrativa local. Nessa dimensão, a fragilidade identificada reside na dificuldade de monitoramento e na visibilidade da contribuição municipal para metas globais, e não necessariamente em uma insuficiência estrutural do planejamento em si.

Dois municípios incluídos na amostra não apresentavam seus Planos Municipais de Saúde disponíveis em bases públicas oficiais, o que resultou na atribuição de pontuação zero nesses casos. Isso levanta um alerta importante sobre a governabilidade e o controle social. Embora a legislação brasileira condicione o repasse de recursos à transparência e à aprovação dos conselhos (Brasil, 1990), é fundamental considerar que a invisibilidade desses documentos pode refletir falhas sistêmicas nos fluxos de informação ou dificuldades na alimentação dos bancos de dados oficiais, não significando, necessariamente, a inexistência de um planejamento local.

No entanto, do ponto de vista da gestão democrática, a opacidade desses instrumentos fere o princípio da participação comunitária e dificulta o exercício do controle social sobre o uso dos recursos públicos destinados ao combate de doenças negligenciadas. Assim, independentemente da causa, a ausência de acesso público ao PMS constitui uma barreira à transparência ativa e ao monitoramento das metas pactuadas para a eliminação das Doenças Determinadas Socialmente.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, o instrumento avaliativo e o score de qualidade foram desenvolvidos pelos próprios pesquisadores, com base em referenciais teóricos consolidados e em diretrizes normativas do planejamento em saúde, porém sem submissão prévia a um processo formal de validação externa ou avaliação por pares especializados. Embora os eixos, os pesos e os critérios de pontuação tenham sido fundamentados na literatura e em marcos institucionais, a ausência de validação psicométrica ou consensual pode introduzir certo grau de subjetividade na mensuração da qualidade dos planos. Além disso, a atribuição diferenciada de pesos entre os eixos reflete escolhas analíticas que, apesar de justificadas teoricamente, podem influenciar a classificação final dos municípios.

Adicionalmente, por se tratar de um estudo documental, a análise restringe-se ao conteúdo formalmente registrado nos Planos Municipais de Saúde, não permitindo avaliar a

efetiva implementação, execução orçamentária ou impacto das ações previstas. A indisponibilidade pública de alguns documentos, que resultou na atribuição de pontuação zero, também pode ter contribuído para a superestimação de fragilidades em contextos onde o planejamento exista, mas não esteja adequadamente publicizado. Por fim, a ausência de uma métrica estatística formal de concordância interavaliadores limita a mensuração objetiva da reprodutibilidade do processo avaliativo, embora tenham sido adotados procedimentos de dupla extração e consenso para minimizar vieses.

Os achados evidenciam a necessidade de qualificar os Planos Municipais de Saúde como instrumentos efetivos de governança, especialmente nos municípios prioritários para a eliminação das Doenças Determinadas Socialmente. O fortalecimento da integração entre planejamento, orçamento e monitoramento, aliado ao aprimoramento da Análise de Situação de Saúde com enfoque territorial e nos determinantes sociais, é condição central para reduzir desigualdades na capacidade de gestão local. No contexto do Programa Brasil Saudável e dos compromissos assumidos pelo Brasil até 2030, o aprimoramento do planejamento municipal emerge como requisito indispensável para a sustentabilidade das ações intersetoriais e para o alcance de resultados concretos na redução das iniquidades em saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que, embora os Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários apresentem qualidade global satisfatória, persistem fragilidades estruturais que comprometem sua efetividade como instrumentos de governança. Lacunas na estimativa orçamentária, no alinhamento entre planejamento e financiamento, na qualificação da Análise de Situação de Saúde e na articulação com agendas globais indicam um padrão de planejamento ainda parcialmente normativo e fragmentado. Nesse contexto, a qualidade dos planos depende, em grande medida, da capacidade institucional local de integrar diagnóstico, programação, orçamento e monitoramento para viabilizar a eliminação das Doenças Determinadas Socialmente até 2030.

Pesquisas futuras devem articular a análise documental à avaliação da execução orçamentária, dos processos decisórios e dos resultados em saúde, de modo a examinar de forma mais precisa a correspondência entre o planejamento formalizado e a prática da gestão local. Estudos longitudinais e investigações empíricas sobre a incorporação dos determinantes sociais, a articulação intersetorial e a implementação subnacional da Agenda 2030 podem contribuir

para o aprimoramento do planejamento e para o fortalecimento da governança do Sistema Único de Saúde em contextos marcados por desigualdades territoriais persistentes.

REFERÊNCIAS

ARARAL, Eduardo. **Routledge handbook of public policy**. [N.p.]: Routledge, 2013.

BIASE, P. de; DOUGHERTY, S. Federalism and public health decentralisation in the time of COVID-19. **OECD Working Papers on Fiscal Federalism**, [N.p.], vol. 33, 31 jan. 2021. DOI: 10.1787/B78EC8BB-EN. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/federalism-and-public-health-decentralisation-in-the-time-of-covid-19_b78ec8bb-en.html. Acessado: 23 jan. 2026.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras p... 28 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acessado: 10 jan. 2026.

BRASIL. Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023. Institui o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), e dá outras providências. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11494.htm. Acessado: 14 abr. 2025.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar**. Brasília: [S.n.], [S.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/ciedds/publicacoes/diretrizes-nacionais-do-programa-brasil-saudavel-unir-para-cuidar.pdf>. Acessado: 24 mar. 2025.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. 13 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acessado: 10 jan. 2026.

BRASIL. 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. 28 dez.

1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acessado: 1 ago. 2025.

BRASIL. **Manual de Planejamento no SUS**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acessado: 24 mar. 2025.

BRASIL. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 25 set. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acessado: 26 jul. 2025.

BUSE, K.; HAWKES, S. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? **Globalization and Health**, [N.p.], vol. 11, nº 1, p. 13, 21 dez. 2015. DOI: 10.1186/s12992-015-0098-8. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4389312/>. Acessado: 20 jan. 2026.

CARVALHO, E. M. R. **Usos e “desusos” do planejamento: uma análise sobre Planos Municipais de Saúde**. 2014. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/17904/1/Diss%20MP%20Elisa%20Carvalho.%202014.pdf>. Acessado: 21 jul. 2025.

CRUZ, C. da S. S.; DUPIM, S. L. M.; NASCIMENTO, A. L. D.; RIBEIRO, L. da C. C.; ROQUE, R. da S. Análise dos Planos Municipais de Saúde dos 33 municípios sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina no período de 2014 a 2017. **Revista Vozes dos Vales**, [N.p.], nº 12, 2017. Disponível em: <https://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2017/08/Cleya0208.pdf>. Acessado: 26 jul. 2025.

DE ALBUQUERQUE, M. V.; DE LIMA, L. D.; DE OLIVEIRA, R. A. D.; SCATENA, J. H. G.; MARTINELLI, N. L.; PEREIRA, A. M. M. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [N.p.], vol. 23, nº 10, p. 3151–3161, 1 out. 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182310.13032018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yH7nBfShn6BVnJKWQBtbQMp/?lang=pt>. Acessado: 2 fev. 2026.

FRENK, J.; MOON, S. Governance Challenges in Global Health. **New England Journal of Medicine**, [N.p.], vol. 368, nº 10, p. 936–942, 7 mar. 2013. DOI: 10.1056/NEJMra1109339.

Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1109339>. Acessado: 20 jan. 2026.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, [N.p.], vol. 6, nº 2, p. 129–153, jun. 1990. DOI: 10.1590/S0102-311X1990000200003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/y9Jxy9qpphd6YGnMyJRYTyq/>. Acessado: 21 jul. 2025.

HILL, Michael.; HUPE, Peter. **Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice**. [N.p.]: SAGE, 2010. 232 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/apps/pgi/>. Acessado: 13 jul. 2025.

MARMOT, M.; ALLEN, J.; BELL, R.; BLOOMER, E.; GOLDBLATT, P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. **The Lancet**, [N.p.], vol. 380, nº 9846, p. 1011–1029, set. 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22964159/>. Acessado: 20 jan. 2026.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo: tomo I**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), [[S.d.]]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/16296>. Acessado: 14 abr. 2025.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [N.p.], vol. 31, nº 2, 21 jun. 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.7839. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/7839>. Acessado: 20 jan. 2026.

OECD. **Health in the 21st Century**. Paris: OECD Publishing, 21 nov. 2019. DOI: 10.1787/e3b23f8e-en. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/health-in-the-21st-century_e3b23f8e-en.html. Acessado: 20 jan. 2026.

PIOLA, S. F.; PAIVA, A. B. de; SÁ, E. B. de; SERVO, L. M. S. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. [N.p.]: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1580>. Acessado: 20 jan. 2026.

SALTMAN, R. B. .; BANKAUSKAITE, Vaida.; VRANGBÆK, Karsten. **Decentralization in health care : strategies and outcomes**. [N.p.]: McGraw Hill : Open University Press, 2007. 298 p. Disponível em: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/decentralization-in-health-care-strategies-and-outcomes>. Acessado: 20 jan. 2026.

SODER, R. M.; MACHADO, G. F.; DE CARLI, P. Os planos municipais de saúde como ferramenta de gestão e planejamento: um levantamento bibliométrico a respeito da produção acadêmica / Municipal health plans as a management and planning tool: a bibliometric survey about academic production. **Brazilian Journal of Health Review**, [N.p.], vol. 5, nº 4, p. 12340–12352, 6 jul. 2022. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-032>.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1654217?v=pdf>. Acessado: 20 jan. 2026.

WORLD BANK. **Improving Health Service Delivery in Developing Countries**. Washington: The World Bank, 19 maio 2009. DOI: 10.1596/978-0-8213-7888-5. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/dc906a38-ba3d-5a8a-834c-89ad949389fd>. Acessado: 20 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health : debates, policy & practice, case studies**. Geneva: World Health Organization, 2010. 75 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>. Acessado: 20 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody's business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action**. [N.p.]: World Health Organization, 2007. 44 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business---strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>. Acessado: 20 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health systems governance for universal health coverage action plan: department of health systems governance and financing**. Geneva: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSS-HSF-2014.01>. Acessado: 20 jan. 2026.

MATERIAL SUPLEMENTAR

Material Suplementar 1 - Questionário de avaliação dos Planos Municipais de Saúde.

Eixo	Questão	Resposta	Pontuação
1. Ator que planeja (5 pontos)	No Plano Municipal de Saúde estão descritos atores envolvidos em sua elaboração?	() Sim () Não	Sim: 1,67
	Há envolvimento de movimentos sociais e organizações civis na formulação e monitoramento do PMS?	() Sim () Não	Sim: 1,67
	Existe profissional/equipe específica para a área de planejamento?	() Sim () Não	Sim: 1,66
2. Análise de Situação de Saúde (30 pontos)	Foi realizada Análise de Situação de Saúde?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Considerou-se para a avaliação a capacidade instalada pública (própria e privada complementar) e privada, com destaque para estabelecimentos de saúde, equipamentos e profissionais, além da oferta de serviços prestados?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 2,5 Parcialmente: 1,25
	Identificou o número de trabalhadores, condições de trabalho, formação e qualificação?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 2,5 Parcialmente: 1,25
	Apresentou a atenção primária como ordenadora da rede de saúde?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Apresentou os indicadores de outras redes: materno infantil, atenção às urgências, atenção psicossocial e outras que foram identificadas?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 2,5 Parcialmente: 1,25
	Apresentou a distribuição de instituições e suas capacidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 2,5 Parcialmente: 1,25
	Foi realizada caracterização da população, através dos indicadores socioeconômicos e demográficos?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Apresentou as distâncias percorridas pelos usuários até os pontos da rede de atenção?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Identificou os problemas de saúde através dos indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, determinantes sociais da saúde, bem como grupos populacionais de maior vulnerabilidade?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 2,5 Parcialmente: 1,25
	Foi realizada priorização dos problemas?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Construiu-se rede explicativa dos problemas priorizados?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	Há registro da apresentação da Análise de Situação de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde no Plano?	() Sim () Não	Sim: 2,5
	3. Definição de objetivos/propostas de ação (15 pontos)	Estão descritas as políticas/objetivos?	() Sim () Não
Há coerência entre os problemas priorizados no município e os objetivos e propósitos apresentados?		() Sim () Não	Sim: 5,0
Foram definidas ações/atividades para o alcance de cada objetivo?		() Sim () Não	Sim: 5,0
4. Programação operativa (15 pontos)	Há desenho de estratégias?	() Sim () Não	Sim: 5,0
	Estão definidos os responsáveis de cada módulo operacional?	() Sim () Não	Sim: 5,0
	Estão definidos os prazos de cada módulo operacional?	() Sim () Não	Sim: 5,0
5. Indicador de acompanhamento e avaliação (10 pontos)	Foram definidos os indicadores de acompanhamento e avaliação do alcance dos objetivos e cumprimento das atividades propostas?	() Sim () Não	Sim: 10,0

Eixo	Questão	Resposta	Pontuação
6. Estimativa Orçamentária (18 pontos)	O orçamento está descrito no Plano Municipal de Saúde?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 3,0 Parcialmente: 1,5
	Está realizada estimativa de recursos a serem disponibilizados ao longo dos 4 anos?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 3,0 Parcialmente: 1,5
	Estima-se o gasto em cada módulo operacional?	() Sim () Não	Sim: 3,0
	Cita-se no Plano que as ações descritas também estavam no PPA?	() Sim () Não	Sim: 3,0
	Cita-se no Plano a existência de correlação com a LDO e/ou LOA?	() Sim () Não	Sim: 3,0
	O Plano ao final foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde ou outras entidades/representações?	() Sim () Não	Sim: 3,0
7. Propósito (3 pontos)	Está definido como propósito a ampliação de cobertura da Saúde da Família?	() Sim () Não	Sim: 1,5
	Está alinhado com a Agenda 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)?	() Completamente () Parcialmente () Não	Completamente: 1,5 Parcialmente: 0,75
8. Método (2 pontos)	No Plano Municipal de Saúde estão descritas as etapas da construção do mesmo?	() Sim () Não	Sim: 2,0
9. Governabilidade (2 pontos)	O plano de saúde está disponível no digiSUS?	() Sim () Não	Sim: 1,0
	Caso não esteja disponível no digiSUS, o plano está disponível no site do município?	() Sim () Não	Sim: 1,0

Material Suplementar 2 - Ranqueamento dos municípios avaliados, de acordo com a pontuação do score de qualidade dos PMS.

Classificação	Cidade	Posição	Score	Classificação	Cidade	Posição	Score
Excelente	Salvador	1º	89,0	Satisfatório	Afuá	89º	68,84
	Montes Claros	2º	88,0		Palhoça	90º	68,75
	Goiânia	3º	87,09		Uberlândia	91º	68,59
Campo Grande	4º	84,83	Foz do Iguaçu		92º	68,58	
	Itajaí	5º	84,75		Cariacica	93º	68,5
	Novo Hamburgo	6º	84,5		Juiz de Fora	93º	68,5
	Vitória da Conquista	7º	83,75		Ipatinga	95º	68,09
	Marituba	8º	83,5		Londrina	96º	68,0
	Ribeirão Preto	9º	83,25		São Luís	96º	68,0
	Balneário Camboriú	10º	82,5		Blumenau	98º	67,33
	Nova Iguaçu	11º	82,0		Tapauá	99º	67,17
	Maceió	12º	81,75		Campos dos Goytacazes	100º	67,0
	Porto Velho	12º	81,75		Viamão	100º	67,0
	Feira de Santana	14º	80,75		Camaragibe	102º	66,83
	Sinop	15º	80,59		Castanhal	103º	66,34
	Bonfim	16º	80,58		Itaituba	103º	66,34
	Araguaína	17º	80,5		Volta Redonda	105º	66,08
	Uberaba	18º	80,0		Boa Vista	106º	66,0
	Gravatá	19º	79,16		Belo Horizonte	107º	65,75
	Santos	20º	78,34		Cabo Frio	108º	65,5
	Palmas	21º	78,33		Rio de Janeiro	108º	65,5
	Santarém	21º	78,33		Duque de Caxias	110º	65,0
	Cuiabá	23º	78,25		Camaçari	111º	64,08
	Teresina	23º	78,25		Guarulhos	112º	64,0
	Belford Roxo	25º	78,0		Japeri	112º	64,0
	Porto Alegre	25º	78,0		São José dos Campos	114º	63,83
	Sorriso	25º	78,0		Itabuna	115º	63,5
	Itapevi	28º	77,84		Anajás	116º	63,25
	Curitiba	29º	77,5		Campinas	117º	63,09
	Cruzeiro do Sul	30º	77,42		Carapicuíba	118º	63,0
	São Bernardo do Campo	31º	77,34		Rio Branco	118º	63,0
	Macaé	32º	77,0		Vila Velha	120º	62,75
	Recife	33º	76,75		Bento Gonçalves	121º	62,5
	São Gonçalo	33º	76,75		Fortaleza	122º	62,25
	Aparecida de Goiânia	35º	76,25		Olinda	122º	62,25
	Rondonópolis	36º	75,83		Parauapebas	122º	62,25
	São João de Meriti	37º	75,75		Maraá	125º	61,92
	Imperatriz	38º	75,5		Aracaju	126º	61,58
	Osasco	39º	75,42		Cametá	127º	61,5
	Petrópolis	39º	75,42		Chapecó	127º	61,5
	Paragominas	41º	75,34		Itaboraí	129º	61,33
	Santana do Mandaú	42º	75,25		São José dos Pinhais	130º	61,17
	Vitória	42º	75,25		Ananindeua	131º	60,75
	Natal	44º	75,0		Mâncio Lima	132º	60,59
	São Cristóvão	45º	74,75		Macapá	133º	60,5
	São Paulo	45º	74,75		Marechal Thaumaturgo	134º	60,17
	Tucuruí	47º	74,58		Tefé	134º	60,17
	São Vicente	48º	74,5	Breves	136º	59,84	
	Taboão da Serra	49º	74,42	Lábrea	137º	59,67	
	Ipixuna	50º	74,34	Melgaço	137º	59,67	
	Cascavel	51º	74,0	Cabo de Santo Agostinho	139º	59,25	
Florianópolis	51º	74,0	Petrolina	140º	59,0		
Altamira	53º	73,84	Alvorada	141º	58,59		
Colniza	54º	73,67	Niterói	142º	58,5		
Joinville	55º	73,5	Canoas	143º	58,0		
Várzea Grande	56º	73,33	Betim	144º	57,58		
Novo Aripuanã	57º	73,25	Anápolis	145º	56,58		
Coari	58º	73,08	Gurupá	146º	56,25		
Sobral	59º	73,0	Caucaia	147º	55,08		
São Leopoldo	60º	72,83	São José do Cedro	148º	53,92		
Passo Fundo	61º	72,75	Serra do Navio	149º	53,75		
Lages	62º	72,59	Machadinho D'Oeste	150º	53,5		
Criciúma	63º	72,25	Queimados	151º	52,25		
Lucas do Rio Verde	63º	72,25	Campina Grande	152º	52,17		
Bauru	65º	72,0	Lajeado	153º	51,92		
João Pessoa	65º	72,0	Moju	153º	51,92		
Santo André	65º	72,0	Borba	155º	51,75		
Alto Alegre	68º	71,84	Mauá	156º	50,92		
Caxias do Sul	69º	71,75	Capela	157º	50,67		
Porto Seguro	69º	71,75	Iracema	157º	50,67		
Brasília	71º	71,58	Jaboatão dos Guararapes	159º	50,33		
Igarapé-Miri	72º	71,5	Correntes	160º	48,25		
Manaus	72º	71,5	Rio Grande	161º	48,09		
				Básico			

Classificação	Cidade	Posição	Score	Classificação	Cidade	Posição	Score
	Praia Grande	72°	71,5		Ouricuri	162°	48,08
	São Paulo de Olivença	75°	71,34		Guarujá	163°	48,0
	Belém	76°	71,08		Maracanaú	164°	46,75
	Caruaru	77°	71,0		Mesquita	164°	46,75
	Marabá	78°	70,58		Nossa Senhora do Socorro	166°	45,75
	Serra	79°	70,5		Carnaubeira da Penha	167°	44,75
	Diadema	80°	70,42		Contagem	168°	43,92
	Paulista	81°	70,33		Barueri	169°	43,5
	Pelotas	82°	70,25		Barcelos	170°	40,33
	São José de Ribamar	83°	70,08		São José do Rio Preto	171°	35,0
	Governador Valadares	84°	70,0		Sorocaba	171°	35,0
	São José	84°	70,0		Uarini	173°	25,0
	Conceição do Araguaia	86°	69,75		Maringá	174°	0
	Jundiá	86°	69,75		Paulínia	174°	0
	Santa Maria	88°	69,25				

Material Suplementar 3 - Fragilidades e Inconformidades no Planejamento Municipal de Saúde

Questão avaliada	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Considerou-se para a avaliação a capacidade instalada pública (própria e privada complementar) e privada, com destaque para estabelecimentos de saúde, equipamentos e profissionais, além da oferta de serviços prestados?	1º Ausência ou insuficiência de dados sobre a rede privada/complementar - 15/30 (50,0%). 2º Ausência de detalhamento da capacidade instalada (equipamentos, profissionais, leitos) - 14/30 (46,7%). 3º Avaliação superficial e histórica da oferta de serviços - 6/30 (20,0%). 4º Incompletude estrutural do documento - 2/30 (6,7%).	1º Ausência de dados sobre equipamentos - 16/27 (59,3%). 2º Ausência de dados sobre profissionais - 15/27 (55,6%). 3º Ausência de detalhamento da rede privada (geral) - 13/27 (48,1%). 4º Ausência de detalhamento da oferta de serviços - 6/27 (22,2%).	1º Ausência de dados sobre equipamentos - 5/9 (55,6%). 2º Ausência de detalhamento da rede privada (geral) - 4/9 (44,4%). 3º Ausência de dados sobre profissionais - 3/9 (33,3%). 4º Ausência de análise integrada/sistemizada - 2/9 (22,2%).	1º Ausência de detalhamento da rede privada (geral) - 16/35 (45,7%). 2º Ausência de dados sobre profissionais - 14/35 (40,0%). 3º Ausência de dados sobre equipamentos - 14/35 (40,0%). 4º Ausência de detalhamento da oferta de serviços/capacidade - 4/35 (11,4%).	1º Ausência de dados sobre equipamentos - 13/24 (54,2%). 2º Ausência de detalhamento da rede privada (geral) - 10/24 (41,7%). 3º Ausência de dados sobre profissionais - 8/24 (33,3%). 4º Ausência de detalhamento da oferta de serviços/capacidade - 3/24 (12,5%).
Identificou o número de trabalhadores, condições de trabalho, formação e qualificação?	1º Ausência de detalhamento das condições de trabalho - 23/26 (88,5%). 2º Ausência de detalhamento da qualificação e formação profissional - 20/26 (76,9%). 3º Foco no quantitativo (apresenta números, mas não a análise qualitativa) - 12/26 (46,2%). 4º Ausência de informações sobre profissionais em outras redes - 2/26 (7,7%).	1º Ausência de dados sobre condições de trabalho - 15/18 (83,3%). 2º Ausência de dados sobre formação/qualificação - 14/18 (77,7%). 3º Ausência de detalhamento do número total/distribuição de trabalhadores - 4/18 (22,2%). 4º Ausência de análise de suficiência/distribuição - 2/18 (11,1%).	1º Ausência de dados sobre formação/qualificação - 7/9 (77,7%). 2º Ausência de dados sobre condições de trabalho - 6/9 (66,6%). 3º Ausência de dados numéricos/sistemizados sobre trabalhadores - 3/9 (33,3%). 4º Admite deficiência na gestão de pessoas - 1/9 (11,1%).	1º Ausência de dados sobre condições de trabalho - 22/29 (75,8%). 2º Ausência de dados sobre formação/qualificação - 17/29 (58,6%). 3º Ausência de dados numéricos/sistemizados sobre trabalhadores - 5/29 (17,2%). 4º Ausência de análise consistente/aprofundada - 2/29 (6,9%).	1º Ausência de dados sobre condições de trabalho - 20/25 (80,0%). 2º Ausência de dados sobre formação/qualificação - 15/25 (60,0%). 3º Ausência de dados numéricos/sistemizados sobre trabalhadores - 3/25 (12,0%). 4º Ausência de análise consistente/aprofundada - 3/25 (12,0%).
Apresentou os indicadores de outras redes: materno infantil, atenção às urgências, atenção psicossocial e outras que foram identificadas?	1º Ausência ou insuficiência de indicadores para redes específicas (principalmente urgência e psicossocial) - 15/19 (78,9%). 2º Ausência de detalhamento, integração e sistematização dos indicadores - 10/19 (52,6%). 3º Foco excessivo ou exclusivo na rede materno-infantil - 7/19 (36,8%). 4º Indicadores apenas quantitativos/processo, sem foco em desempenho - 3/19 (15,8%).	1º Ausência ou insuficiência de indicadores/dados (geral) - 7/15 (46,6%). 2º Divergência na apresentação dos dados - 6/15 (40,0%). 3º Ausência de dados específicos sobre recursos/estrutura - 4/15 (26,6%). 4º Ausência de indicadores para a rede de atenção psicossocial (raps) - 3/15 (20,0%).	1º Ausência de dados robustos em redes específicas - 2/6 (33,3%). 2º Ausência de detalhamento de serviços/profissionais - 2/6 (33,3%). 3º Ausência de indicadores/dados sistematizados (geral) - 2/6 (33,3%).	1º Ausência de sistematização/estrutura/p adronização - 5/18 (27,7%). 2º Ausência de detalhamento/abrangência completa - 4/18 (22,2%). 3º Ausência ou insuficiência de dados - 4/18 (22,2%). 4º Foco em resultados/dados históricos/lacunas - 3/18 (16,6%).	1º Ausência de indicadores para redes específicas (psicossocial/urgência) - 5/9 (55,5%). 2º Ausência de indicadores/dados sistematizados (geral) - 4/9 (44,4%). 3º Ausência de abrangência/outras redes - 2/9 (22,2%). 4º Ausência de detalhamento de serviços/profissionais - 1/9 (11,1%).
Apresentou a distribuição de instituições e suas capacidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde?	1º Ausência de detalhamento da capacidade de pesquisa, produção e inovação - 6/8 (75,0%). 2º Ausência ou superficialidade quanto à totalidade das instituições (foco excessivo no público ou em poucas instituições) - 4/8 (50,0%).	1º Ausência de informações sobre pesquisa/produção/ inovação - 13/13 (100,0%). 2º Ausência de informações sobre capacidades técnicas - 5/13 (38,4%). 3º Foco na prestação assistencial - 1/13 (7,6%).	1º Ausência de análise de capacidades técnicas/ inovação - 3/3 (100,0%). 2º Ausência de mapeamento/distribuição das instituições - 2/3 (66,6%).	1º Ausência de análise de capacidades técnicas/ inovação - 16/24 (66,6%). 2º Ausência de mapeamento/detalhamento das instituições - 3/24 (12,5%). 3º Foco na prestação assistencial - 1/24	1º Ausência de informações sobre pesquisa/produção/ inovação - 8/10 (80,0%). 2º Foco em instituições públicas/ensino - 4/10 (40,0%). 3º Ausência de mapeamento/detalhamento das instituições - 3/10

Questão avaliada	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
	3º Ausência de informações sobre produção em saúde - 2/8 (25,0%).	4º Ausência de detalhamento da rede privada - 1/13 (7,6%).		(4,1%). 4º Ausência de detalhamento da rede privada - 1/24 (4,1%).	(30,0%). 4º Ausência de análise de capacidades técnicas - 1/10 (10,0%).
Identificou os problemas de saúde através dos indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, determinantes sociais da saúde, bem como grupos populacionais de maior vulnerabilidade?	1º Ausência de análise detalhada de grupos populacionais de maior vulnerabilidade - 5/6 (83,3%). 2º Ausência de análise detalhada de determinantes sociais da saúde - 2/6 (33,3%). 3º Superficialidade na análise geral e detalhamento dos indicadores - 2/6 (33,3%).	1º Ausência de análise/dados sobre determinantes sociais da saúde - 6/11 (54,5%). 2º Limitação nos indicadores (geral) - 2/11 (18,1%). 3º Ausência de identificação de grupos populacionais vulneráveis - 2/11 (18,1%). 4º não tem indicadores de nascimento, - 1/11 (9,0%).	1º Ausência de sistematização/correlação dos problemas - 3/5 (60,0%). 2º Ausência de identificação/análise de grupos vulneráveis - 3/5 (60,0%). 3º Ausência de análise de determinantes sociais da saúde - 2/5 (40,0%).	1º Ausência de análise de determinantes sociais da saúde - 6/13 (46,1%). 2º Ausência de identificação/análise de grupos vulneráveis - 4/13 (30,7%). 3º Ausência de sistematização/análise estratificada - 3/13 (23,0%). 4º Ausência de indicadores específicos (nascimento/outros) - 1/13 (7,6%).	1º Ausência de análise de determinantes sociais da saúde - 4/10 (40,0%). 2º Ausência de identificação/análise de grupos vulneráveis - 3/10 (30,0%). 3º Ausência de sistematização/análise crítica - 3/10 (30,0%). 4º Ausência de vinculação direta - 2/10 (20,0%).
O orçamento está descrito no Plano Municipal de Saúde?	1º Ausência de detalhamento por ação/programa/objetivo - 6/10 (60,0%). 2º Ausência de valores/previsão orçamentária para o quadriênio atual (ou foco em dados históricos) - 4/10 (40,0%). 3º Apenas previsão orçamentária total/geral (sem detalhamento) - 2/10 (20,0%).	1º Ausência de detalhamento por ação/meta/programa - 6/15 (40,0%). 2º Apresentação agregada/em blocos - 4/15 (26,6%). 3º Ausência de previsão orçamentária futura/quadrênio - 3/15 (20,0%). 4º Ausência de detalhamento de fontes de recurso - 2/15 (13,3%).	1º Ausência de detalhamento por ação/meta/módulo - 5/8 (62,5%). 2º Apresentação agregada/por diretriz - 3/8 (37,5%). 3º Ausência de detalhamento/planilha completa - 1/8 (12,5%).	1º Ausência de detalhamento por ação/meta/programa - 7/15 (46,6%). 2º Foco em dados históricos/passados ou período incompleto - 7/15 (46,6%). 3º Ausência de especificação de valores/quantitativos - 4/15 (26,6%). 4º Ausência de detalhamento da fonte/distribuição de recursos - 3/15 (20,0%).	1º Ausência de detalhamento por ação/meta/programa - 5/10 (50,0%). 2º Apresentação agregada/histórico - 3/10 (30,0%). 3º Ausência de previsão orçamentária futura/quadrênio - 2/10 (20,0%). 4º Ausência de detalhamento de fontes/distribuição - 1/10 (10,0%).
Está realizada estimativa de recursos a serem disponibilizados ao longo dos 4 anos?	1º Ausência de fontes de financiamento - 1/3 (33,3%). 2º Limitação de detalhamento e precariedade de registro - 1/3 (33,3%). 3º Ausência de projeções para o quadriênio - 1/3 (33,3%).	1º Ausência de discriminação anual - 3/7 (42,8%). 2º Ausência de discriminação por fonte/categoria - 2/7 (28,6%). 3º Ausência de detalhamento por meta/ação/módulo - 2/7 (28,6%). 4º Informações parciais (recursos apenas de 2021) - 1/7 (14,2%).	1º Ausência de detalhamento por ação/meta/atividade - 3/7 (42,8%). 2º Apresentação agregada/por diretriz - 2/7 (28,6%). 3º Ausência de discriminação por fonte/categoria - 2/7 (28,6%). 4º Ausência de discriminação anual - 2/7 (28,6%).	1º Ausência de discriminação anual - 4/7 (57,1%). 2º Apresentação genérica/projeções - 2/7 (28,6%). 3º Ausência de detalhamento por meta/ação/objetivo - 2/7 (28,6%).	1º Ausência de detalhamento específico - 3/4 (75,0%). 2º Presença apenas de montantes globais - 2/4 (50,0%). 3º Foco em dados históricos/passados - 2/4 (50,0%). 4º Ausência de orçamento para o período vigente/futuro - 1/4 (25,0%).
Está alinhado com a Agenda 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)?	1º Ausência de citação explícita à Agenda 2030 ou aos ODS - 25/27 (92,6%). 2º Alinhamento indireto ou parcial - 24/27 (88,9%). 3º Ausência de correspondência literal entre metas do plano e ODS - 1/27 (3,7%).	1º Ausência de menção explícita/formal/direta à Agenda 2030 ou ODS - 19/30 (63,3%). 2º Alinhamento indireto/conceitual/parcial - 17/30 (56,6%). 3º Ausência de abrangência/foco em ODS transversais (não-saúde) - 7/30 (23,3%). 4º Ausência de estrutura/sistematização/vinculação formal - 6/30 (20,0%).	1º Ausência de menção explícita/formal aos ODS/Agenda 2030 - 4/7 (57,1%). 2º Apenas aderência/convergência indireta - 4/7 (57,1%). 3º Ausência de sistematização/estrutura - 1/7 (14,2%).	1º Ausência de menção direta/explicita - 19/32 (59,3%). 2º Alinhamento indireto/por coincidência temática - 12/32 (37,5%). 3º Ausência de detalhamento/articulação plena/sistemática - 11/32 (34,3%). 4º Alinhamento parcial/incompleto/pontual - 7/32 (21,8%).	1º Apenas aderência/convergência indireta - 4/21 (19,0%). 2º Ausência de menção explícita/formal aos ODS/Agenda 2030 - 3/21 (14,2%). 3º Citação parcial/específica - 3/21 (14,2%). 4º Ausência de sistematização/correlação - 2/21 (9,5%).

Legenda: ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; PMS: Plano Municipal de Saúde.

6.2. Produto Científico 2: Enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente no Brasil: uma análise dos Planos Municipais de Saúde, 2022-2025

Versão em língua inglesa submetido ao periódico BMC Health Service Research (JCR 3.0)

RESUMO

Introdução: As Doenças Determinadas Socialmente (DDS) permanecem fortemente associadas às iniquidades em saúde, exigindo respostas organizadas dos sistemas de saúde, mesmo em contextos universalizados. No Brasil, o Programa Brasil Saudável definiu doenças e municípios prioritários para eliminação, atribuindo centralidade ao planejamento municipal como instrumento de governança e implementação das políticas públicas. **Objetivo:** Analisar como e em que medida as doenças definidas como prioritárias pelo Programa Brasil Saudável são incorporadas aos Planos Municipais de Saúde e traduzidas em ações programáticas, à luz da capacidade institucional e da operacionalização dos serviços. **Métodos:** Estudo documental e descritivo, com análise dos Planos Municipais de Saúde de 175 municípios prioritários (2022–2025), por meio de instrumentos estruturados desenvolvidos para avaliar o alinhamento às diretrizes nacionais, a capacidade de planejamento e a operacionalização das ações. **Resultados:** Embora metas relacionadas às DDS estejam presentes na maioria dos planos, apenas 29,7% (n = 52) apresentaram metas específicas plenamente definidas, e somente 25,7% (n = 45) disponibilizaram dados epidemiológicos completos. A previsão de financiamento específico foi identificada em 11,4% (n = 20) dos municípios, enquanto campanhas estruturadas foram plenamente descritas em apenas 4,0% (n = 7). Esses achados indicam limitações relevantes na capacidade operacional e na implementação das políticas, com variações regionais predominantemente quantitativas. **Conclusão:** As DDS prioritárias são amplamente reconhecidas nos Planos Municipais de Saúde em nível declaratório. No entanto, persistem fragilidades na governança, no financiamento e na organização dos serviços, que comprometem a tradução das diretrizes nacionais em ações programáticas efetivas, reforçando a necessidade de fortalecimento da capacidade institucional no âmbito municipal.

Palavras-chave: Doenças Determinadas Socialmente; Planejamento em Saúde; Planos Municipais de Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Background: Socially Determined Diseases (SDDs) remain closely associated with health inequities and require coordinated health system responses, even in universal coverage settings. In Brazil, the *Brasil Saudavel* Program defined priority diseases and municipalities for elimination, placing municipal health planning at the center of governance and policy implementation. **Objective:** To analyze how and to what extent diseases prioritized by the *Brasil Saudavel* Program are incorporated into Municipal Health Plans and translated into programmatic actions, considering institutional capacity and service delivery organization. **Methods:** This documentary and descriptive study analyzed the Municipal Health Plans of 175 priority municipalities for the 2022–2025 cycle. Structured assessment instruments were developed to evaluate alignment with national guidelines, planning capacity, and operationalization of disease-specific actions. **Results:** Although SDD-related goals were

included in most plans, only 29.7% (n = 52) presented fully defined disease-specific targets, and only 25.7% (n = 45) provided complete epidemiological data. Dedicated funding was identified in 11.4% (n = 20) of municipalities, while fully structured awareness campaigns were described in only 4.0% (n = 7). These findings indicate substantial limitations in operational capacity and policy implementation, with predominantly quantitative regional variations. **Conclusions:** Priority SDDs are widely acknowledged at a declaratory level in Municipal Health Plans. However, persistent weaknesses in governance, financing, and service organization constrain the translation of national guidelines into effective programmatic actions. Strengthening institutional capacity at the municipal level is essential to improve policy implementation and health system performance.

Keywords: Socially Determined Diseases; Health Planning; Municipal Health Plans; Public Health Policy; Unified Health System

INTRODUÇÃO

O termo Doenças Determinadas Socialmente (DDS) tem sido utilizado para designar um conjunto de enfermidades que acometem de forma desproporcional populações em situação de pobreza e cuja distribuição reflete desigualdades sociais históricas e estruturais (Brasil, 2025b; Sevalho, 2024). Muitas dessas enfermidades ainda são majoritariamente referidas na literatura internacional como Doenças Tropicais Negligenciadas, sendo caracterizadas como agravos que, apesar de seu expressivo impacto em termos de morbidade global, historicamente recebem investimentos limitados em pesquisa, desenvolvimento e ações de controle (Hotez, 2017; World Health Organization, 2025d).

Esses agravos impõem desafios à saúde global com impacto relevante mesmo em países com sistemas de saúde universalizados, afetando mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo e são responsáveis, anualmente, por cerca de 22 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) (Fitzpatrick *et al.*, 2017; World Health Organization, 2025d). No Brasil, estimam-se aproximadamente oito mil óbitos por ano atribuíveis a essas doenças (Brasil, 2024e; Martins-Melo *et al.*, 2018).

A magnitude dessas doenças tem orientado respostas no campo da saúde global, como o roteiro “Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030”, lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, que estabelece metas de controle, prevenção e eliminação dessas doenças até 2030, com ênfase no fortalecimento dos sistemas de saúde, na cooperação internacional, no acesso a tratamentos, no financiamento adequado e na inovação (World Health Organization, 2020).

No Brasil, a resposta institucional à persistência da tuberculose e de outras doenças associadas a contextos de vulnerabilidade social ganhou centralidade a partir de 2023, com a instituição do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), voltado à coordenação de ações intersetoriais para sua eliminação como problemas de saúde pública até 2030 (Brasil, 2023). Em continuidade a essa agenda, foi criado, em 2024, o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (PBS), com o objetivo de enfrentar problemas socioambientais que impactam desproporcionalmente a saúde de populações em maior vulnerabilidade social (Brasil, 2024g).

Em suas diretrizes, o Programa Brasil Saudável (PBS) definiu 11 doenças (Doença de Chagas; Esquistossomose; Filariose linfática; Geo-helminthíases; Malária; Oncocercose; Tracoma; Tuberculose; Aids; Hepatites; Hanseníase) e cinco infecções de transmissão vertical (Doença de Chagas; Hepatite B; HIV; HTLV; Sífilis) que possuem relação com condições sociais, nomeou-as como Doenças Determinadas Socialmente e propôs metas a serem alcançadas para sua eliminação. Além disso, 175 municípios brasileiros com alta carga de duas ou mais dessas doenças foram elencados como prioritários para o planejamento de estratégias focadas no alcance dessas metas (Brasil, 2025b).

A epidemiologia das DDS encontra-se estreitamente associada às condições socioambientais, o que demanda políticas públicas orientadas à educação, à promoção da saúde e à prevenção de agravos (Ochola; Karanja; Elliott, 2021). Nesse contexto, o planejamento em saúde assume papel central ao possibilitar tanto a antecipação de problemas quanto a intervenção sobre aqueles já instalados, orientando a definição de prioridades, metas e estratégias com base na realidade local e promovendo o uso racional dos recursos e a coordenação das ações em saúde (Matus, 1996; Vieira, F. S., 2009).

É nessa lógica que se insere o Plano Municipal de Saúde, principal instrumento de planejamento estratégico da gestão municipal no Sistema Único de Saúde, elaborado a cada quadriênio e responsável por organizar e pactuar ações e serviços no território, funcionando como ferramenta analítica capaz de integrar determinantes sociais, desigualdades e capacidades institucionais, além de articular planejamento e orçamento e reafirmar o compromisso com a melhoria das condições de vida da população (Brasil, 2016).

Nesse sentido, o objetivo foi analisar como e em que medida o enfrentamento às doenças determinadas socialmente são incorporadas aos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários brasileiros e convertidas em ações programáticas.

MÉTODOS

Desenho de Estudo, objeto e período

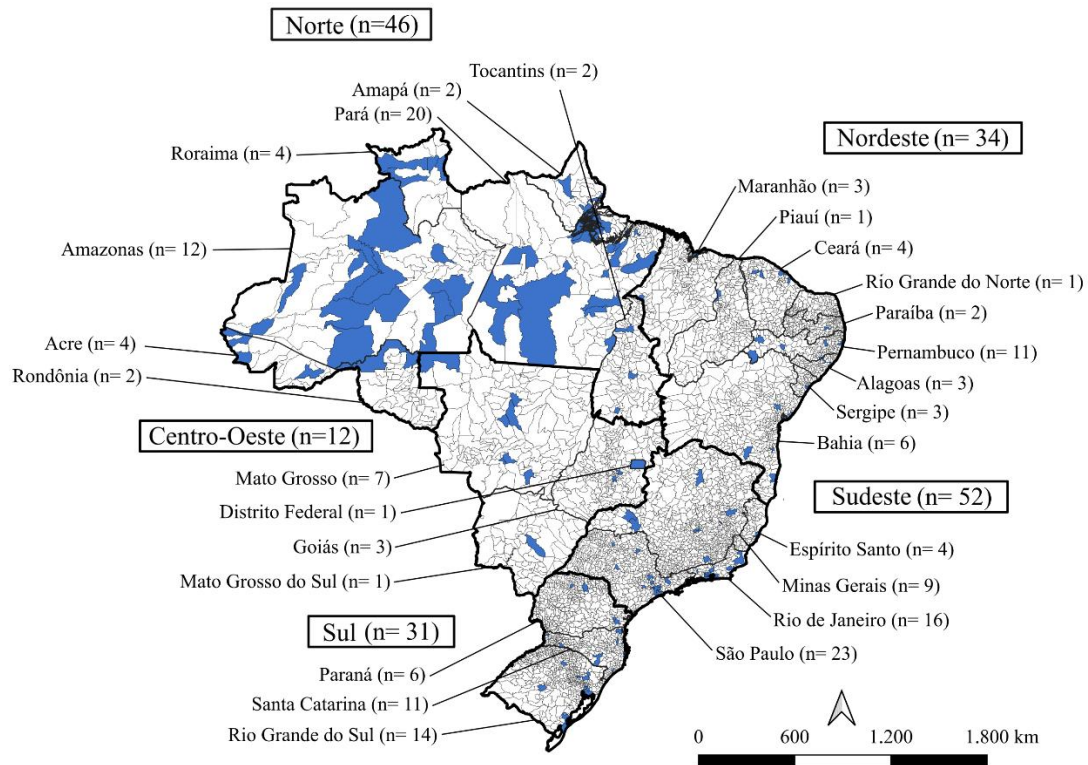
Trata-se de um estudo documental, de caráter descritivo, cujo objeto foi a análise integral dos Planos Municipais de Saúde (PMS) dos municípios definidos como prioritários pelo Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar. Foram analisados os PMS referentes ao ciclo 2022–2025, aprovados pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e disponibilizados em canais públicos de transparência. Nos casos em que foram identificadas múltiplas versões, considerou-se para análise aquela mais recente.

É necessário destacar que os Planos Municipais de Saúde analisados foram aprovados no período anterior à implementação do Programa Brasil Saudável. Assim, este estudo não avalia seus resultados ou efeitos, mas examina em que medida o contexto de planejamento municipal foi capaz de reconhecer e inserir essas doenças nos seus planos. Além disso, as diretrizes do Programa Brasil Saudável estão inseridas em outras políticas, bem como estão em sintonia com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis e as Leis Orgânicas do SUS. As diretrizes são: 1 – Enfrentamento da fome e da pobreza; 2 – Redução das iniquidades e ampliação do acesso; 3 – Fortalecimento da comunicação; 4 – Incentivo à ciência, tecnologia e inovação; e 5 – Ampliação de ações de infraestrutura (Brasil, 2025b).

Área de Estudo

A unidade de análise deste estudo corresponde aos Planos Municipais de Saúde (PMS) dos municípios definidos como prioritários pelo Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar. Dos 175 municípios analisados, a maior concentração está nas regiões Sudeste (29,71%; n = 52) e Norte (26,29%; n = 46), seguidas pelo Nordeste (19,43%; n = 34), Sul (17,71%; n = 31) e Centro-Oeste (6,86%; n = 12) (Brasil, 2025b) (**Figura 1**). Esses municípios concentram aproximadamente 93,7 milhões de habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023).

Figura 1 - Municípios prioritários do Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar por regiões.



Fonte: Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (Brasil, 2025b) / Elaboração dos autores (2026).

Fonte de Dados

A pesquisa baseou-se na análise documental de fontes secundárias de acesso público, tendo como principal referência o sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) (<https://digisusgmp.saude.gov.br/>), plataforma oficial do Ministério da Saúde destinada ao registro dos instrumentos de planejamento. A extração dos dados concentrou-se, prioritariamente, nesse repositório, sendo complementada, quando necessário, por consultas aos portais de transparência e aos sítios institucionais das administrações municipais, especialmente nos casos de indisponibilidade técnica ou ausência do documento no sistema federal. Para garantir maior uniformidade ao processo de busca, adotaram-se descritores previamente definidos, combinando os termos “Plano Municipal de Saúde”, “PMS 2022–2025” e “Instrumentos de Planejamento”.

Quando o Plano Municipal de Saúde referente ao ciclo 2022–2025 não se encontrava disponível para acesso público, tanto no DGMP quanto nos canais institucionais municipais, o respectivo município foi mantido na amostra e recebeu pontuação nula em todos os eixos avaliados, resultando em escore global igual a zero. Essa estratégia metodológica fundamentou-se no pressuposto de que a inexistência de transparência na divulgação do instrumento

inviabiliza sua apreciação técnico-operacional e fragiliza dimensões essenciais da governança, da prestação de contas e do controle social no âmbito do planejamento em saúde. Nessa situação enquadraram-se os municípios de Maringá, no Paraná, e Paulínia, em São Paulo.

A consistência das informações foi assegurada por meio da utilização exclusiva de documentos provenientes de fontes oficiais, os quais, em regra, são submetidos à apreciação dos Conselhos Municipais de Saúde. Nos casos em que os registros se apresentaram incompletos, dispersos ou fragmentados, a análise restringiu-se ao conteúdo efetivamente disponível. Os eixos temáticos integralmente ausentes receberam pontuação zero, conforme os critérios estabelecidos no sistema de avaliação, de modo a preservar a comparabilidade entre os municípios investigados. A coleta e a sistematização dos dados foram realizadas no período de fevereiro a novembro de 2025.

Procedimentos e Etapas do Estudo

O estudo foi organizado em duas etapas centrais, adotando uma abordagem mista voltada à conversão de informações documentais em indicadores de qualidade:

Fase 1 – Avaliação Documental e Escalonamento

A etapa inicial consistiu na análise sistemática de cada Plano Municipal de Saúde (PMS), por meio de dois formulários estruturados pelos autores, utilizando como fonte as informações contidas nas Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (Brasil, 2025b). Os questionários são apresentados nos **Materiais Suplementares 1 e 2**.

No questionário de análise dos Planos Municipais de Saúde quanto às Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, as respostas foram classificadas nas categorias “Sim”, “Sim, para todas”, “Não” e “Parcialmente”. A categoria “Sim” foi atribuída quando o item avaliado estava plenamente descrito no Plano Municipal de Saúde para ao menos uma das doenças definidas como prioritárias no município, enquanto “Sim, para todas” foi utilizada quando o conteúdo avaliado se encontrava completa e explicitamente descrito para todas as doenças prioritárias aplicáveis àquele município.

A categoria “Parcialmente” foi atribuída com base em critério formal de julgamento, nos casos em que o item constava de forma explícita no documento, porém apresentava detalhamento técnico insuficiente ou não contemplava o conteúdo mínimo necessário para sua operacionalização. Essa diferenciação permitiu mensurar de forma objetiva tanto a presença

quanto a abrangência do alinhamento dos Planos Municipais de Saúde às diretrizes nacionais para a eliminação das Doenças Determinadas Socialmente.

No questionário para análise dos Planos Municipais de Saúde quanto às Doenças/Infecções Determinadas Socialmente, os municípios definidos como prioritários para determinada doença em questionário anterior, foram analisados quanto a questões específicas para a presença de metas relacionadas àquela doença em seu Plano Municipal de Saúde, com respostas classificadas em “Sim” e “Não” e o número de vezes que aquela doença foi mencionada no PMS.

Fase 2 – Tratamento dos Dados

Foi realizada análise descritiva das respostas (frequência absoluta e relativa). Esta etapa possibilitou identificar o comportamento das variáveis em cada uma das cinco regiões brasileiras, permitindo caracterizar os níveis de qualidade.

Controle de Qualidade da Extração de Dados

Com o objetivo de assegurar a fidedignidade das informações e o rigor da análise, a extração dos dados seguiu um protocolo de controle de qualidade organizado em duas etapas. Na primeira, realizou-se a dupla extração independente de uma amostra aleatória correspondente a 10% do total de Planos Municipais de Saúde avaliados ($n = 18$), sendo as eventuais divergências solucionadas por meio de conferência técnica e construção de consenso entre os avaliadores. Na segunda etapa, procedeu-se à validação das respostas qualitativas, com a realização de uma nova leitura sistemática das justificativas associadas aos itens classificados como “Parcialmente”, visando à padronização dos critérios de julgamento e à adequada categorização das lacunas identificadas.

Não foi empregada métrica estatística formal para estimar a concordância interavaliadores, uma vez que o processo avaliativo envolveu itens de natureza ordinal, julgamento técnico contextual e ponderação diferenciada entre eixos, o que restringe a aplicação direta de coeficientes tradicionais. Ainda assim, os procedimentos adotados buscaram reduzir potenciais vieses de classificação e assegurar a consistência e a padronização das decisões analíticas.

Aspectos Éticos

O estudo baseou-se exclusivamente em dados secundários provenientes de sistemas de informação de acesso público, nos quais não é possível a identificação de indivíduos. Dessa forma, não houve necessidade de submissão ou aprovação por comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

No conjunto dos 175 municípios prioritários analisados, observou-se ampla variabilidade na incorporação das diretrizes do Programa Brasil Saudável aos Planos Municipais de Saúde. A diretriz relacionada à redução das iniquidades e à ampliação do acesso aos serviços de saúde foi a mais frequentemente contemplada, presente em 89,1% (n = 156) dos planos. Em seguida, destacaram-se as diretrizes voltadas à ampliação de ações de infraestrutura, identificadas em 61,7% (n = 108) dos municípios, e ao enfrentamento da fome e da pobreza, assim como ao fortalecimento da comunicação em saúde, ambas contempladas em 49,1% (n = 86). A diretriz relacionada ao incentivo à ciência, tecnologia e inovação apresentou menor frequência, estando presente em 34,9% (n = 61) dos Planos Municipais de Saúde. Em 3,4% (n = 6) dos municípios, nenhuma das diretrizes do Programa Brasil Saudável foi identificada no instrumento de planejamento (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Diretrizes do Programa Brasil Saudável contempladas nos Planos Municipais de Saúde, Brasil 2022-2025

Diretriz	n	%
Diretriz 1 – Enfrentamento da fome e da pobreza	86	49,1
Diretriz 2 – Redução das iniquidades e ampliação do acesso	156	89,1
Diretriz 3 – Fortalecimento da comunicação	86	49,1
Diretriz 4 – Incentivo à ciência, tecnologia e inovação	61	34,9
Diretriz 5 – Ampliação de ações de infraestrutura	108	61,7
Nenhuma diretriz contemplada	6	3,4

Fonte: Própria autoria (2026).

A avaliação da capacidade geral do planejamento municipal para o enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente evidenciou elevada frequência de parcerias intersetoriais declaradas, relatadas por 78,9% (n = 138) dos municípios. A inclusão de metas gerais voltadas à redução ou eliminação dessas doenças esteve presente na maioria dos Planos Municipais de Saúde, alcançando 86,3% (n = 151) dos municípios analisados. Em contraste, a previsão de financiamento específico para ações relacionadas às Doenças Determinadas Socialmente foi pouco frequente, identificada em apenas

11,4% (n = 20) dos planos, enquanto 88,6% (n = 155) não apresentaram qualquer previsão orçamentária direcionada a essas ações (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Capacidade geral do planejamento municipal para o enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente segundo os Planos Municipais de Saúde, Brasil 2022-2025

	Resposta	n	%
Existência de parcerias intersetoriais para implementação das diretrizes do PBS	Sim	138	78,9
	Não	37	21,1
Inclusão de metas específicas para redução ou eliminação das Doenças Determinadas Socialmente no PMS	Sim	151	86,3
	Não	24	13,7
Previsão de financiamento específico para ações de eliminação das DDS	Sim	20	11,4
	Não	155	88,6

Fonte: Própria autoria (2026).

No subconjunto de municípios nos quais as doenças foram definidas como prioritárias pelo Programa Brasil Saudável, observou-se heterogeneidade na tradução dessas prioridades em componentes programáticos estruturados. Metas específicas para redução ou eliminação das doenças prioritárias estiveram plenamente descritas em 29,7% (n = 52) dos municípios, enquanto 58,9% (n = 103) apresentaram definição parcial de metas e 11,4% (n = 20) não descreveram metas específicas. De forma convergente, a disponibilidade de dados epidemiológicos atualizados nos Planos Municipais de Saúde mostrou-se limitada, com apenas 25,7% (n = 45) dos municípios apresentando informações completas para todas as doenças prioritárias, ao passo que 48,0% (n = 84) dispunham de dados parciais e 26,3% (n = 46) não apresentaram dados epidemiológicos atualizados (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Tradução programática das doenças definidas como prioritárias pelo Programa Brasil Saudável nos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários, Brasil 2022-2025

	Resposta	n	%
Metas específicas para doenças prioritárias definidas pelo PBS	Sim, para todas	52	29,7
	Parcialmente	103	58,9
	Não	20	11,4
Disponibilidade de dados epidemiológicos atualizados sobre as doenças prioritárias no PMS	Sim, para todas	45	25,7
	Parcialmente	84	48,0
	Não	46	26,3
Descrição de programas específicos de prevenção e controle das doenças prioritárias	Sim, para todas	37	21,1
	Parcialmente	76	43,4
	Não	62	35,4
Descrição de campanhas de conscientização sobre as doenças prioritárias	Sim, para todas	7	4,0
	Parcialmente	73	41,7
	Não	95	54,3
Descrição de dificuldades para implementação das ações relacionadas às doenças prioritárias	Sim, para todas	14	8,0
	Parcialmente	48	27,4
	Não	113	64,6
	Sim	162	92,6

	Resposta	n	%
Previsão de capacitação de profissionais de saúde para implementação das metas	Não	13	7,4

Fonte: Própria autoria (2026).

No que se refere à operacionalização das ações, a descrição de programas específicos de prevenção e controle esteve plenamente presente em 21,1% (n = 37) dos municípios, enquanto 43,4% (n = 76) apresentaram descrição parcial e 35,4% (n = 62) não relataram a existência de programas estruturados. As campanhas de conscientização mostraram-se ainda menos frequentes, com descrição completa em apenas 4,0% (n = 7) dos municípios, descrição parcial em 41,7% (n = 73) e ausência de menção em 54,3% (n = 95). A explicitação de dificuldades para a implementação das ações foi pouco frequente, sendo descrita parcialmente em 27,4% (n = 48) e ausente em 64,6% (n = 113). Em contraste, a previsão de capacitação de profissionais de saúde foi observada em 92,6% (n = 162) dos municípios analisados (**Tabela 3**).

Observou-se heterogeneidade regional na distribuição das Doenças Determinadas Socialmente previamente estabelecidas como prioridades no âmbito nacional. Entre os agravos e infecções elencados pelo Programa, aqueles mais frequentemente presentes como prioridades nos municípios analisados foram as hepatites virais (64,0%; n = 112), o HIV/aids (57,1%; n = 100), a tuberculose (53,7%; n = 94) e a sífilis congênita (49,1%; n = 86), com maior concentração nas regiões Sudeste e Sul (**Tabela 4**).

Tabela 4 - DDSs prioritárias por número de municípios, Brasil e Regiões.

Doença Determinada Socialmente	Municípios (n)					
	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Tuberculose	94	10	21	6	44	13
Hanseníase	80	30	24	9	17	0
Doença de Chagas	30	25	4	1	0	0
Hepatites virais (B e C)	112	15	17	11	38	31
Esquistossomose	3	0	3	0	0	0
Filariose linfática	4	0	4	0	0	0
Tracoma	4	2	1	0	0	1
Geo-helminthíases	5	4	1	0	0	0
Malária	22	21	0	1	0	0
Oncocercose	2	2	0	0	0	0
HIV/Aids	100	12	18	8	37	25
Sífilis congênita	86	10	22	2	40	12
HTLV	69	1	26	4	32	6

Fonte: Própria autoria (2026).

Doenças associadas a contextos de vulnerabilidade socioambiental persistente apresentaram menor frequência entre os municípios prioritários. A doença de Chagas esteve definida como prioridade em 17,1% (n = 30) dos municípios, a malária em 12,6% (n = 22), as geo-helminthíases em 2,9% (n = 5),

o tracoma em 2,3% (n = 4), a filariose linfática em 2,3% (n = 4), a esquistossomose em 1,7% (n = 3) e a oncocercose em 1,1% (n = 2), com predomínio nas regiões Norte e Nordeste (**Tabela 4**).

A análise das ações programáticas específicas de cada agravo foi conduzida exclusivamente no subconjunto de municípios prioritários nos quais a respectiva doença ou infecção foi definida como prioritária pelo Programa Brasil Saudável, conforme lista disponível no **Material Suplementar 3**.

A análise regional revelou contrastes pontuais na incorporação programática das doenças definidas como prioritárias pelo Programa Brasil Saudável, sem configurar perfis regionais qualitativamente distintos. De modo geral, agravos com maior institucionalização no Sistema Único de Saúde apresentaram maior presença de metas e ações programáticas, enquanto doenças fortemente associadas a determinantes socioambientais complexos permaneceram pouco operacionalizadas, mesmo nos municípios em que foram previamente definidas como prioritárias pelo Programa (**Material Suplementar 4**).

Na região Norte, observou-se maior estruturação das ações voltadas à malária, com definição de metas e estratégias de controle em parcela expressiva dos municípios nos quais o agravo foi definido como prioritário, enquanto a doença de Chagas apresentou baixa operacionalização, com descrição restrita de estratégias de vigilância e ausência de ações estruturadas de controle vetorial e melhoria habitacional (**Material Suplementar 4**).

No Nordeste, a hanseníase destacou-se por maior incorporação programática, especialmente no que se refere à busca ativa e à investigação de contatos, ao passo que agravos como esquistossomose e filariose linfática permaneceram amplamente ausentes do planejamento operacional, mesmo nos municípios em que foram previamente definidos como prioritários. Já nas regiões Sudeste e Sul, doenças historicamente institucionalizadas, como tuberculose e HIV/aids, apresentaram maior incorporação programática, embora persistam lacunas relevantes na oferta regular de exames e na garantia de acesso contínuo ao tratamento (**Material Suplementar 4**).

DISCUSSÃO

Este estudo analisou como e em que medida o enfrentamento às doenças determinadas socialmente são incorporadas aos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários brasileiros e convertidas em ações programáticas. Os resultados indicam que, embora as diretrizes relacionadas às Doenças Determinadas Socialmente estejam amplamente reconhecidas nos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários, sua operacionalização permanece limitada, evidenciando fragilidades estruturais no planejamento municipal. Predominaram metas de caráter geral e parcerias declaradas, em contraste com a baixa previsão de financiamento específico, além da definição parcial ou ausente de metas por

doença, da apresentação de dados epidemiológicos completos e da explicitação de estratégias operacionais.

À luz do campo do planejamento em saúde, os achados apontam para uma dissociação recorrente entre formulação normativa e capacidade técnico-operacional no nível local, fenômeno amplamente descrito em sistemas de saúde descentralizados. Embora os Planos Municipais de Saúde incorporem enunciados alinhados às diretrizes nacionais, a conversão desses enunciados em estratégias exequíveis permanece limitada, refletindo restrições institucionais, técnicas e de mecanismos de responsabilização e prestação de contas já documentadas na literatura internacional (Behzadifar *et al.*, 2022; Bossert; Mitchell, 2011).

Esse padrão sugere a predominância de um planejamento de caráter declaratório, orientado mais pela conformidade formal às exigências normativas do que pela operacionalização concreta das ações, especialmente quando estas demandam articulação intersetorial e enfrentamento de determinantes socioambientais complexos, cuja implementação tende a ocorrer de forma fragmentada (Amri; Chatur; O'Campo, 2022; Salmaso, 2023). Esse caráter predominantemente declaratório do planejamento é corroborado pela baixa presença de instrumentos operacionais concretos, como campanhas estruturadas, plenamente descritas em apenas 4,0% dos municípios analisados.

Evidências empíricas provenientes de análises documentais realizadas em outros contextos municipais reforçam a magnitude das fragilidades observadas na estruturação dos Planos Municipais de Saúde. Estudo conduzido com Planos Municipais de Saúde de municípios do estado de Minas Gerais, no Brasil, identificou que apenas 10,0% dos documentos apresentavam estrutura completa conforme as diretrizes nacionais e que somente 16,7% continham diretrizes, objetivos, metas e indicadores plenamente definidos, indicando limitações persistentes na capacidade técnico-operacional do planejamento municipal em saúde (Cruz *et al.*, 2017).

Os resultados reforçam a relevância do Programa Brasil Saudável enquanto política pública nacional ao evidenciar que sua implementação incide sobre um cenário prévio de planejamento municipal marcado por lacunas operacionais significativas. Por se tratar de uma análise de linha de base, os achados não avaliam resultados ou efeitos do Programa, mas informam o ponto de partida da indução federal proposta pela política, ao explicitar as capacidades e limitações existentes no planejamento municipal antes da adoção de suas diretrizes.

Esse diagnóstico ganha relevância quando considerado à luz da persistência de padrões epidemiológicos desiguais no território nacional. Evidências epidemiológicas indicam que,

mesmo em um sistema de saúde universalizado, doenças fortemente determinadas por condições socioambientais mantêm padrões persistentes de concentração territorial e desigualdade. No caso da tuberculose, análises espaço-temporais demonstram autocorrelação espacial elevada e estável ao longo do tempo (I de Moran global $> 0,40$), com aproximadamente um quarto dos casos concentrados em pouco mais de 15% dos municípios brasileiros, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade social (de Souza *et al.*, 2025).

De forma convergente, a doença de Chagas permanece como importante problema de saúde pública no país, com estimativas entre 1,1 e 4,6 milhões de pessoas infectadas e progressão para formas crônicas em cerca de 30-40% dos casos, refletindo limitações históricas na vigilância, no acesso ao diagnóstico e na organização da atenção (Santos, F. L. N.; da Costa; E Silva, 2025). Esses achados se inserem em um padrão mais amplo no qual países com sistemas de saúde universalizados concentram parcela expressiva da carga global de doenças associadas à pobreza, respondendo, em análises baseadas no Global Burden of Disease 2013, por cerca de 60% dos DALYs por tuberculose, 43–44% por HIV/aids e até 78% por doença de Chagas (Hotez; Damania; Naghavi, 2016).

Nesse contexto, o Programa Brasil Saudável não deve ser compreendido apenas como uma iniciativa de coordenação de ações, mas como um indutor de capacidades estatais, capaz de tensionar e reorientar práticas de planejamento no nível local, especialmente para agravos cuja eliminação depende de respostas intersetoriais sustentadas, como sugere a literatura sobre desafios de programas de controle da esquistossomose no Brasil (Cardoso *et al.*, 2024). Para os sistemas de saúde, esses achados reforçam a necessidade de fortalecer apoio técnico, financiamento orientado e mecanismos de integração intersetorial, de modo a reduzir o hiato entre prioridades definidas nacionalmente e sua tradução em ações programáticas consistentes no território.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao uso de análise documental, uma vez que os Planos Municipais de Saúde refletem intenções e diretrizes formais, não permitindo inferir diretamente sobre a implementação ou os resultados das ações descritas. Ademais, a análise concentrou-se em documentos elaborados anteriormente à implantação do Programa Brasil Saudável, o que impede qualquer avaliação de seus efeitos diretos.

Por outro lado, essa mesma característica constitui uma de suas principais contribuições, ao oferecer uma linha de base analítica sobre o contexto de planejamento municipal que fundamenta a relevância da política. Como contribuição adicional, o estudo propõe um modelo sistemático de avaliação do alinhamento entre diretrizes nacionais e instrumentos locais de

planejamento, com potencial de aplicação em outros contextos e países que enfrentam desafios semelhantes no enfrentamento de doenças fortemente determinadas por desigualdades sociais.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que as Doenças Determinadas Socialmente definidas como prioritárias pelo Programa Brasil Saudável são amplamente incorporadas aos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários em nível declaratório, porém sua conversão em ações programáticas estruturadas é limitada. Predominaram metas gerais e menções às diretrizes nacionais, enquanto a definição de metas específicas por agravo, a previsão de financiamento dedicado e a institucionalização de instrumentos operacionais ocorreram majoritariamente de forma parcial ou estiveram ausentes. As variações regionais refletiram diferenças de intensidade, sem configurar perfis regionais qualitativamente distintos.

Pesquisas futuras podem explorar, de forma longitudinal, como políticas nacionais indutoras influenciam a capacidade de planejamento municipal ao longo do tempo, bem como investigar, por meio de abordagens qualitativas, os fatores institucionais e territoriais que condicionam a tradução das prioridades nacionais em ações programáticas concretas.

REFERÊNCIAS

AMRI, M.; CHATUR, A.; O'CAMPO, P. An umbrella review of intersectoral and multisectoral approaches to health policy. **Social Science and Medicine**, [N.p.], vol. 315, 1 dez. 2022. DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.115469. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36403353/>. Acessado: 23 jan. 2026.

BEHZADIFAR, M.; GHANBARI, M. K.; RAVAGHI, H.; BAKHTIARI, A.; SHAHABI, S.; DOSHMANGIR, L.; ALIDOOST, S.; AZARI, S.; MARTINI, M.; EHSANZADEH, S. J.; BRAGAZZI, N. L. Health policy analysis in Eastern Mediterranean region using a health policy triangle framework: Historical and ethical insights from a systematic review. **Journal of preventive medicine and hygiene**, [N.p.], vol. 63, nº 2, p. E351–E373, 1 jun. 2022. DOI: 10.15167/2421-4248/JPMH2022.63.2.2450. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35968073/>. Acessado: 23 jan. 2026.

BOSSERT, T. J.; MITCHELL, A. D. Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. **Social Science & Medicine**, [N.p.], vol. 72, nº 1, p. 39–48, 1 jan. 2011. DOI: 10.1016/J.SOCSCIMED.2010.10.019. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953610007550>. Acessado: 23 jan. 2026.

BRASIL. Boletim epidemiológico de doenças tropicais negligenciadas: número especial, jan. 2024. [N.p.]: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-doencas-tropicais-negligenciadas-numero-especial-jan-2024>. Acessado: 9 mar. 2025a.

BRASIL. Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023. Institui o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), e dá outras providências. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11494.htm. Acessado: 14 abr. 2025.

BRASIL. Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Institui o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, e altera o Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023, para dispor sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente – CIEDDS. 2024b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/D11908.htm. Acessado: 14 abr. 2025.

BRASIL. Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/ciedds/publicacoes/diretrizes-nacionais-do-programa-brasil-saudavel-unir-para-cuidar.pdf>. Acessado: 24 mar. 2025.

BRASIL. **Manual de Planejamento no SUS.** Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acessado: 24 mar. 2025.

CARDOSO, D. T.; MAGALHÃES, F. D. C.; ENK, M. J.; GEIGER, S. M.; BARBOSA, D. S. Challenges to Schistosomiasis Control Program in Brazil: setbacks in the control program and critical analysis of the disease notification. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [N.p.], vol. 57, p. e00409-2024, 2024. DOI: 10.1590/0037-8682-0598-2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11290847/>. Acessado: 23 jan. 2026.

CRUZ, C. da S. S.; DUPIM, S. L. M.; NASCIMENTO, A. L. D.; RIBEIRO, L. da C. C.; ROQUE, R. da S. Análise dos Planos Municipais de Saúde dos 33 municípios sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina no período de 2014 a 2017. **Revista**

Voices dos Vales, [N.p.], nº 12, 2017. Disponível em:

<https://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2017/08/Cleya0208.pdf>. Acessado: 26 jul. 2025.

DE SOUZA, N. K. M.; MACHADO, L. D. S.; ALVES, D. F.; FILHO, L. A. da S.; DA SILVA, V. M. Persistência temporal e espacial de casos de tuberculose nos municípios brasileiros entre 2001 e 2022. **Ciência & Saúde Coletiva**, [N.p.], vol. 30, nº 7, p. e15972023, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025307.15972023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/JpdGW4DCPM5VDjShNmYJ4kz/?format=html&lang=pt>. Acessado: 23 jan. 2026.

FITZPATRICK, C.; NWANKWO, U.; LENK, E.; DE VLAS, S. J.; BUNDY, D. A. P. An Investment Case for Ending Neglected Tropical Diseases. **Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 6): Major Infectious Diseases**, [N.p.], p. 411–431, 3 nov. 2017. DOI: 10.1596/978-1-4648-0524-0_CH17. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525199/>. Acessado: 24 mar. 2025.

HOTEZ, P. J. Ten failings in global neglected tropical diseases control. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, [N.p.], vol. 11, nº 12, p. e0005896, 21 dez. 2017. DOI: 10.1371/JOURNAL.PNTD.0005896. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005896>. Acessado: 28 maio 2025.

HOTEZ, P. J.; DAMANIA, A.; NAGHAVI, M. Blue Marble Health and the Global Burden of Disease Study 2013. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, [N.p.], vol. 10, nº 10, p. e0004744, 27 out. 2016. DOI: 10.1371/JOURNAL.PNTD.0004744. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5082884/>. Acessado: 23 jan. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/apps/pgi/>. Acessado: 13 jul. 2025.

MARTINS-MELO, F. R.; CARNEIRO, M.; RAMOS, A. N.; HEUKELBACH, J.; RIBEIRO, A. L. P.; WERNECK, G. L. The burden of Neglected Tropical Diseases in Brazil, 1990-2016: A subnational analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, [N.p.], vol. 12, nº 6, p. e0006559, 1 jun. 2018. DOI: 10.1371/JOURNAL.PNTD.0006559. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006559>. Acessado: 24 mar. 2025.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo: tomo I**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), [[S.d.]]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/16296>. Acessado: 14 abr. 2025.

OCHOLA, E. A.; KARANJA, D. M. S.; ELLIOTT, S. J. The impact of neglected tropical diseases (Ntds) on health and wellbeing in sub-saharan africa (ssa): A case study of Kenya. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, [N.p.], vol. 15, nº 2, p. 1–19, 1 fev. 2021. DOI: 10.1371/JOURNAL.PNTD.0009131. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33571200/>. Acessado: 28 maio 2025.

SALMASO, S. Editorial: Insights in public health policy: 2022. **Frontiers in public health**, [N.p.], vol. 11, 2023. DOI: 10.3389/FPUBH.2023.1227503. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37593723/>. Acessado: 23 jan. 2026.

SANTOS, F. L. N.; DA COSTA, V. M.; E SILVA, R. A. Chagas disease in Brazil: new challenges and perspectives for old problems. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, [N.p.], vol. 120, p. e240279, 2025. DOI: 10.1590/0074-02760240279. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12274067/>. Acessado: 23 jan. 2026.

SEVALHO, G. Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. **Cadernos de Saúde Pública**, [N.p.], vol. 40, nº 12, p. e00035724, 7 fev. 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT035724. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qNSSZQD7Rnn4SWYm8HbFp5Q/?lang=pt>. Acessado: 28 maio 2025.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [N.p.], vol. 14, nº SUPPL. 1, p. 1565–1577, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000800030. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pj3ftm7jy6K7sGXpcHxghXs/?lang=pt>. Acessado: 24 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ending the Neglect to Attain the Sustainable Development Goals : A Road Map for Neglected Tropical Diseases 2021-2030. [N.p.], p. 196, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>. Acessado: 14 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Neglected tropical diseases: questions and answers. 8 jan. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/neglected-tropical-diseases>. Acessado: 23 abr. 2025.

MATERIAL SUPLEMENTAR

Material Suplementar 1 - Questionário para análise dos Planos Municipais de Saúde quanto às Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar.

Questão	Resposta
1. Qual/quais das seguintes diretrizes estão contempladas no Plano Municipal de Saúde?	(1) Enfrentamento da fome e da pobreza para mitigar vulnerabilidades condicionantes e/ou decorrentes das doenças e infecções determinadas socialmente e/ou a elas associadas. (2) Redução das iniquidades e ampliação dos direitos humanos e proteção social, com ênfase em ações de atenção a grupos populacionais específicos em territórios prioritários. (3) Fortalecimento da comunicação de trabalhadores(as), movimentos sociais e organizações da sociedade civil sobre os condicionantes das doenças e infecções determinadas socialmente. (4) Incentivo à ciência, tecnologia e inovação. (5) Ampliação de ações de infraestrutura e saneamento básico e ambiental. (0) Nenhuma das diretrizes.
2. O município conta com parcerias intersetoriais para implementar as diretrizes acima?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. O PMS inclui metas específicas para a redução/eliminação de Doenças Determinadas Socialmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4. O PMS prevê financiamento específico para ações de eliminação dessas doenças?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Qual/quais das seguintes doenças são consideradas prioritárias no município, de acordo com as Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável?	(1) Doença de Chagas (2) Esquistossomose (3) Filariose linfática (4) Geo-helminthíases (5) Hanseníase (6) Hepatites virais (B e C) (7) HIV/Aids (8) Malária (9) Tracoma (10) Oncocercose (11) Tuberculose (12) HTLV (13) Sífilis congênita
6. Há metas específicas no PMS para a redução/eliminação das doenças prioritárias do município?	<input type="checkbox"/> Sim, para todas <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não
7. O PMS possui dados atualizados sobre a incidência das doenças prioritárias do município?	<input type="checkbox"/> Sim, para todas <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não
8. O PMS descreve se há programas específicos de prevenção e controle das doenças prioritárias do município?	<input type="checkbox"/> Sim, para todas <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não
9. O PMS descreve se há campanhas de conscientização sobre as doenças prioritárias do município?	<input type="checkbox"/> Sim, para todas <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não
10. Apresenta, descritas no PMS, dificuldades para a implementação de ações relacionadas às doenças prioritárias do município?	<input type="checkbox"/> Sim, para todas <input type="checkbox"/> Parcialmente

Questão	Resposta
	() Não
11. Há, no PMS, previsão de capacitação de profissionais de saúde para implementação das metas?	() Sim () Não

Material Suplementar 2 - Questionário para análise dos Planos Municipais de Saúde quanto às Doenças/Infecções Determinadas Socialmente.

Doença/Infecção	Questão
1. Tuberculose	O plano descreve ações para reduzir o número de óbitos por tuberculose? O plano descreve estratégias para garantir acesso universal ao tratamento? O plano descreve estratégias para detecção precoce da tuberculose? O plano descreve a oferta de exames laboratoriais para confirmação da tuberculose (baciloscopia, cultura, teste molecular)? Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?
2. Hanseníase	O plano estabelece metas para interrupção da transmissão da hanseníase? O plano descreve estratégias para reduzir os novos casos com incapacidade física? O plano menciona a ampliação da busca ativa de casos novos? O plano descreve a investigação de contatos domiciliares de pessoas diagnosticadas com hanseníase? O plano descreve o oferecimento de reabilitação e acompanhamento para pessoas com sequelas da hanseníase? Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?
3. Doença de Chagas	O plano apresenta dados sobre regiões em situações de vulnerabilidade à infestação pelo barbeiro? O plano inclui ações de melhoria habitacional (ex.: substituição de casas de pau-a-pique, controle do vetor "barbeiro") em áreas rurais ou periféricas? O plano prevê a redução da transmissão vetorial e vertical? O plano descreve ações para garantir tratamento das crianças diagnosticadas? O plano inclui estratégias de vigilância ativa para novos casos? O plano inclui ações específicas para populações rurais e indígenas? Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?
4. Hepatites virais (B e C)	O plano define ações de testagem para garantia de diagnóstico das pessoas infectadas? O plano descreve ações para ampliar a cobertura vacinal da hepatite B? O plano descreve estratégias para garantir o tratamento dos casos diagnosticados? O plano descreve o fornecimento regular de medicamentos para tratamento das hepatites virais? O plano descreve a disponibilidade de fluxos definidos para encaminhamento de casos positivos? O plano estabelece a meta de reduzir a taxa de prevalência em crianças de 0 a 5 anos? Há metas no plano para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste para hepatites virais durante o pré-natal? O plano estabelece a meta de ampliar a cobertura da 3ª dose da vacina pentavalente em menores de 1 ano? Quantas vezes o nome das doenças aparece no plano?
5. Esquistossomose	O plano estabelece meta de redução da infecção? O plano define estratégias de educação em saúde sobre higiene pessoal e ambiental? O plano propõe ações para controlar focos de caramujos em rios/lagos usados pela população? O plano propõe parcerias com órgãos ambientais para evitar desmatamento ou degradação de ecossistemas que favorecem a proliferação do vetor? Quantas vezes o nome das doenças aparece no plano?
6. Filariose linfática	O plano prevê avaliação de áreas endêmicas e tratamento coletivo quando necessário? O plano descreve ações para reduzir a prevalência da infecção nos grupos de risco? Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?
7. Tracoma	O plano estabelece a meta de reduzir a prevalência do tracoma inflamatório folicular em crianças de 1 a 9 anos nos distritos endêmicos? O plano prevê estratégias para reduzir a prevalência de triquíase tracomatosa não diagnosticada pelo sistema de saúde na população? O plano inclui ações para capacitar profissionais de saúde na identificação, diagnóstico e tratamento do tracoma e da triquíase tracomatosa? Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?
8. Geo-helminthíases	O plano apresenta dados sobre esgotamento sanitário e distribuição de água tratada?

Doença/Infecção	Questão
	O plano aborda a expansão do saneamento básico (esgoto, água tratada)? O plano define estratégias para reduzir infecções graves? O plano descreve a realização de tratamento em massa ou ações de educação sanitária? Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?
9. Malária	O plano prevê redução dos casos? O plano inclui ações de controle de vetores (mosquitos) em áreas endêmicas? O plano descreve outras ações para eliminar a transmissão do Plasmodium falciparum? Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?
10. Oncocercose	A meta de alcançar zero novos casos de oncocercose até 2025 está prevista no plano? O plano inclui ações de controle de vetores? Há campanhas de tratamento em massa em áreas endêmicas? Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?
11. HIV/Aids	O plano estabelece metas para que as pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas e acompanhadas adequadamente? O plano descreve implementação de ações para garantir que as pessoas diagnosticadas com HIV estejam em uso de terapia antirretroviral e apresentem carga viral do HIV suprimida (indetectável)? O plano descreve se o município está trabalhando para reduzir a taxa de incidência de transmissão vertical de HIV e de transmissão vertical total (rede pública e privada)? O plano descreve estratégias do município para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste no pré-natal? O plano descreve estratégias do município para garantir que as gestantes vivendo com HIV estejam em uso de terapia antirretroviral? Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?
12. Sífilis congênita	Há metas para reduzir a taxa de incidência de sífilis congênita? O plano descreve estratégias para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste para sífilis no pré-natal? O plano descreve estratégias para garantir que as gestantes diagnosticadas com sífilis sejam tratadas adequadamente? Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?
13. HTLV	Há metas para reduzir a taxa de transmissão vertical de HTLV? O plano descreve estratégias para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste para HTLV no pré-natal? Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?

Material Suplementar 3 - Municípios prioritários por regiões do Brasil e as respectivas doenças determinadas socialmente.

Município	Doenças/Infecções Prioritárias							
Região Norte								
Acre								
Cruzeiro do Sul	Doença de Chagas	Hepatite B	Malária					
Mâncio Lima	Doença de Chagas	Malária						
Marechal Thaumaturgo	Hepatite B	Doença de Chagas						
Rio Branco	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Tuberculose	Aids		
Amazonas								
Barcelos	Doença de Chagas	Oncocercose	Malária					
Borba	Geo-helmintíases	Hanseníase						
Coari	Malária	Hepatite B						

Município	Doenças/Infecções Prioritárias							
Ipixuna	Doença de Chagas	Malária						
Lábrea	Doença de Chagas	Hanseníase	Malária					
Manaus	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Tuberculose	Doença de Chagas	Aids	
Maraã	Geo-helminthíases	Hanseníase						
Novo Aripuanã	Hanseníase	Malária						
São Paulo de Olivença	Geo-helminthíases	Malária						
Tapauá	Hanseníase	Malária						
Tefé	Hepatite B	Malária						
Uarini	Doença de Chagas	Hanseníase	Malária					
Amapá								
Macapá	Sífilis congênita	Doença de Chagas	Aids	Hanseníase	Tuberculose			
Serra do Navio	Geo-helminthíases	Malária						
Pará								
Afuá	Doença de Chagas	Malária						
Altamira	Hepatite B	Hanseníase	Malária					
Anajás	Doença de Chagas	Malária						
Ananindeua	Sífilis congênita	Doença de Chagas	Aids	Hanseníase	Tuberculose			
Belém	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Tuberculose	Doença de Chagas	Aids	HTLV
Breves	Doença de Chagas	Hanseníase						
Cametá	Doença de Chagas	Hanseníase						
Castanhal	Aids	Hanseníase						
Conceição do Araguaia	Doença de Chagas	Hanseníase						
Gurupá	Doença de Chagas	Hanseníase						
Igarapé-Miri	Doença de Chagas	Hanseníase						
Itaituba	Malária	Hanseníase						
Marabá	Sífilis congênita	Hepatite B	Aids	Hanseníase	Tuberculose			
Marituba	Tuberculose	Hanseníase						
Melgaço	Doença de Chagas	Hanseníase						
Moju	Doença de Chagas	Hanseníase						
Paragominas	Doença de Chagas	Hanseníase						
Parauapebas	Sífilis congênita	Hepatite B	Aids	Hanseníase				
Santarém	Sífilis congênita	Hepatite B	Doença de Chagas	Hanseníase	Tuberculose	Aids		
Tucuruí	Doença de Chagas	Hanseníase						
Rondônia								
Machadinho D'Oeste	Hepatite B	Malária						
Porto Velho	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Tuberculose	Malária	Aids	
Roraima								
Alto Alegre	Oncocercose	Malária						
Boa Vista	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Doença de Chagas	Tuberculose	Aids		

Município	Doenças/Infecções Prioritárias							
Bonfim	Malária	Tracoma						
Iracema	Malária	Tracoma						
Tocantins								
Araguaína	Doença de Chagas	Hanseníase						
Palmas	Hepatite B	Hanseníase	Aids					
Região Nordeste								
Alagoas								
Capela	Esquistossomose	Doença de Chagas	HTLV					
Maceió	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
Santana do Mundaú	Esquistossomose	Doença de Chagas	HTLV					
Bahia								
Camaçari	Hepatite B	Aids	Hanseníase					
Feira de Santana	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids			
Itabuna	Hepatite B	Tuberculose	HTLV					
Porto Seguro	Hepatite B	Hanseníase	HTLV					
Salvador	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids		
Vitória da Conquista	Hepatite B	Hepatite C	HTLV					
Ceará								
Caucaia	Sífilis congênita	Hanseníase	Tuberculose					
Fortaleza	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids		
Maracanaú	Sífilis congênita	Hanseníase						
Sobral	Sífilis congênita	Hanseníase	Tuberculose					
Maranhão								
Imperatriz	Sífilis congênita	Hanseníase						
São José de Ribamar	Hepatite B	Hanseníase	Tuberculose	HTLV				
São Luís	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase			
Paraíba								
Campina Grande	Sífilis congênita	Aids	Tuberculose	HTLV	Aids			
João Pessoa	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	HTLV		
Pernambuco								
Cabo de Santo Agostinho	Tuberculose	Aids	Hanseníase	HTLV				
Camaragibe	Sífilis congênita	Hanseníase	HTLV					
Carnaubeira da Penha	Doença de Chagas	Tracoma	HTLV					
Caruaru	Sífilis congênita	Aids	Tuberculose	HTLV				
Correntes	Geo-helmintíases	Esquistossomose	HTLV					
Jaboatão dos Guararapes	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	Filariose	HTLV
Olinda	Sífilis congênita	Hepatite B	Filariose	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
Ouricuri	Doença de Chagas	Hanseníase	HTLV					
Paulista	Sífilis congênita	Filariose	Hanseníase	Tuberculose	Aids			
Petrolina	Sífilis congênita	Aids	Hanseníase	HTLV				
Recife	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	Filariose	HTLV
Piauí								
Teresina	Sífilis congênita	Hepatite B	Hanseníase	Tuberculose	Aids			

Município	Doenças/Infecções Prioritárias							
Rio Grande do Norte								
Natal	Sífilis congênita	Hepatite C	Aids	Tuberculose	HTLV			
Sergipe								
Aracaju	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
Nossa Senhora do Socorro	Sífilis congênita	Hanseníase	HTLV					
São Cristóvão	Tuberculose	Hanseníase	HTLV					
Região Centro-Oeste								
Distrito Federal								
Brasília	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Tuberculose	Aids	Doença de Chagas	HTLV
Goiás								
Anápolis	Aids	Hepatite B	Hepatite C					
Aparecida de Goiânia	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Aids	HTLV		
Goiânia	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Aids	HTLV			
Mato Grosso do Sul								
Campo Grande	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids	HTLV		
Mato Grosso								
Colniza	Hanseníase	Malária						
Cuiabá	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Aids			
Lucas do Rio Verde	Hanseníase	Hepatite B						
Rondonópolis	Hanseníase	Hepatite B	Hepatite C	Aids				
Sinop	Hanseníase	Hepatite B						
Sorriso	Hanseníase	Hepatite B						
Várzea Grande	Tuberculose	Hepatite B	Hanseníase	Aids				
Região Sudeste								
Espírito Santo								
Cariacica	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite B	Aids				
Serra	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite B	Aids	Hanseníase			
Vila Velha	Sífilis congênita	Tuberculose	Hanseníase	Aids				
Vitória	Hepatite B	Tuberculose						
Minas Gerais								
Belo Horizonte	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
Betim	Sífilis congênita	Aids	HTLV					
Contagem	Sífilis congênita	Hepatite C	Aids	HTLV				
Governador Valadares	Sífilis congênita	Tuberculose	Hanseníase	HTLV				
Ipatinga	Sífilis congênita	Hepatite B	HTLV					
Juiz de Fora	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids	HTLV			
Montes Claros	Sífilis congênita	Hanseníase	HTLV					
Uberaba	Sífilis congênita	Aids	Hepatite B	Hepatite C	HTLV			
Uberlândia	Sífilis congênita	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV			
Rio de Janeiro								
Belford Roxo	Sífilis congênita	Tuberculose	Hanseníase	Aids				
Cabo Frio	Sífilis congênita	Tuberculose						
Campos dos Goytacazes	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids			
Duque de Caxias	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids		

Município	Doenças/Infecções Prioritárias							
Itaboraí	Sífilis congênita	Hanseníase						
Japeri	Sífilis congênita	Tuberculose						
Macaé	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids			
Mesquita	Sífilis congênita	Tuberculose						
Niterói	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids				
Nova Iguaçu	Sífilis congênita	Aids	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase			
Petrópolis	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids				
Queimados	Sífilis congênita	Hanseníase						
Rio de Janeiro	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids		
São Gonçalo	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids		
São João de Meriti	Sífilis congênita	Aids	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase			
Volta Redonda	Aids	Tuberculose						
São Paulo								
Barueri	Aids	Tuberculose	HTLV					
Bauru	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids	HTLV			
Campinas	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids	HTLV		
Carapicuíba	Hepatite B	Tuberculose	Aids	HTLV				
Diadema	Hepatite C	Tuberculose	Aids	HTLV				
Guarujá	Sífilis congênita	Tuberculose	HTLV					
Guarulhos	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids	HTLV		
Itapevi	Hepatite C	Tuberculose	HTLV					
Jundiaí	Hepatite C	Tuberculose	Aids	HTLV				
Mauá	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite B	Aids	HTLV			
Osasco	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids	HTLV			
Paulina	Hepatite B	Hepatite C	HTLV					
Praia Grande	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	HTLV			
Ribeirão Preto	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
Santo André	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids	HTLV			
Santos	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Aids	HTLV			
São Bernardo do Campo	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose				
São José do Rio Preto	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Aids	HTLV			
São José dos Campos	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids	HTLV			
São Paulo	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
São Vicente	Hepatite C	Tuberculose	HTLV					
Sorocaba	Tuberculose	Hanseníase	Hepatite C	Aids	HTLV			
Taboão da Serra	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	HTLV				
Região Sul								
Paraná								
Cascavel	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Curitiba	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Foz do Iguaçu	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Londrina	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Maringá	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids				
São José dos Pinhais	Hepatite B	Hepatite C	Aids					

Município	Doenças/Infecções Prioritárias							
Rio Grande do Sul								
Alvorada	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids				
Bento Gonçalves	Hepatite B	Hepatite C						
Canoas	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Caxias do Sul	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Gravatá	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids				
Lajeado	Hepatite B	Hepatite C						
Novo Hamburgo	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Passo Fundo	Hepatite B	Hepatite C						
Pelotas	Tuberculose	Hepatite C	Aids					
Porto Alegre	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Rio Grande	Tuberculose	Hepatite C	Aids					
Santa Maria	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids				
São Leopoldo	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Aids				
Viamão	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Santa Catarina								
Balneário Camboriú	Hepatite B	Hepatite C	HTLV					
Blumenau	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Chapecó	Aids	Hepatite B	HTLV					
Criciúma	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Florianópolis	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Itajaí	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Joinville	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Aids	HTLV			
Lages	Sífilis congênita	Hepatite B	HTLV					
Palhoça	Aids	Hepatite B	HTLV					
São José	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
São José do Cedro	Hepatite B	Tracoma	HTLV					

* Aids - consideradas apenas as notificações dos casos das pessoas vivendo com Aids (não incluídas as pessoas vivendo com HIV); HTLV - considerados apenas os estados que realizam a notificação. **Fonte:** Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável (Brasil, 2025b).

Material Suplementar 4 – Componentes programáticos específicos para cada doença, por doença prioritária e região.

a) Tuberculose						Questões	
	Q1	Q2	Q3	Q4			
Brasil	61 (65%)	45 (48%)	61 (65%)	34 (36%)		Q1. O plano descreve ações para reduzir o número de óbitos por tuberculose? Q2. O plano descreve estratégias para garantir acesso universal ao tratamento? Q3. O plano descreve estratégias para detecção precoce da tuberculose? Q4. O plano descreve a oferta de exames laboratoriais para confirmação da tuberculose (baciloscopia, cultura, teste molecular)? Q5. Quantas vezes o nome da doença aparece no plano?	
Norte	7 (70%)	4 (40%)	7 (70%)	5 (50%)			
Nordeste	13 (62%)	12 (57%)	16 (76%)	12 (57%)			
Centro-Oeste	4 (67%)	2 (33%)	3 (50%)	1 (17%)			
Sudeste	24 (55%)	22 (50%)	27 (61%)	11 (25%)			
Sul	13 (100%)	5 (38%)	8 (62%)	5 (38%)			
b) Hanseníase							Questões
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5		
Brasil	45 (56%)	29 (36%)	49 (61%)	40 (50%)	17 (21%)		Q1. O plano estabelece metas para interrupção da transmissão da hanseníase? Q2. O plano descreve estratégias para reduzir os novos casos com incapacidade física? Q3. O plano menciona a ampliação da busca ativa de casos novos? Q4. O plano descreve a investigação de contatos domiciliares de pessoas diagnosticadas com hanseníase? Q5. O plano descreve o oferecimento de reabilitação e acompanhamento para pessoas com sequelas da hanseníase?
Norte	16 (53%)	12 (40%)	19 (63%)	19 (63%)	7 (23%)		
Nordeste	13 (54%)	10 (42%)	16 (67%)	11 (46%)	4 (17%)		
Centro-Oeste	5 (56%)	4 (44%)	7 (78%)	2 (22%)	3 (33%)		

Sudeste	11 (65%)	3 (18%)	7 (41%)	8 (47%)	3 (18%)			
c) Doença de Chagas								
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6		
Brasil	1 (3%)	0 (0%)	2 (7%)	0 (0%)	2 (7%)	0 (0%)		
Norte	1 (100%)	0 (0%)	2 (8%)	0 (0%)	2 (8%)	0 (0%)		
Nordeste	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
Centro-Oeste	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
Sul	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
Questões								
Q1. O plano apresenta dados sobre regiões em situações de vulnerabilidade à infestação pelo barbeiro?								
Q2. O plano inclui ações de melhoria habitacional (ex.: substituição de casas de pau-a-pique, controle do vetor "barbeiro") em áreas rurais ou periféricas?								
Q3. O plano prevê a redução da transmissão vetorial e vertical?								
Q4. O plano descreve ações para garantir tratamento das crianças diagnosticadas?								
Q5. O plano inclui estratégias de vigilância ativa para novos casos?								
Q6. O plano inclui ações específicas para populações rurais e indígenas?								
d) Hepatites Virais (B e C)								
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Brasil	68 (61%)	50 (45%)	38 (34%)	29 (26%)	23 (21%)	3 (3%)	18 (16%)	39 (35%)
Norte	6 (40%)	8 (53%)	2 (13%)	3 (20%)	2 (13%)	0 (0%)	1 (7%)	9 (60%)
Nordeste	14 (82%)	7 (41%)	8 (47%)	7 (41%)	4 (24%)	1 (6%)	4 (24%)	7 (41%)
Centro-Oeste	5 (45%)	2 (18%)	3 (27%)	2 (18%)	1 (9%)	0 (0%)	2 (18%)	2 (18%)
Sudeste	23 (61%)	15 (39%)	13 (34%)	6 (16%)	7 (18%)	2 (5%)	5 (13%)	14 (37%)
Sul	20 (65%)	18 (58%)	12 (39%)	11 (35%)	9 (29%)	0 (0%)	6 (19%)	7 (23%)
Questões								
Q1. O plano define ações de testagem para garantia de diagnóstico das pessoas infectadas?								
Q2. O plano descreve ações para ampliar a cobertura vacinal da hepatite B?								
Q3. O plano descreve estratégias para garantir o tratamento dos casos diagnosticados?								
Q4. O plano descreve o fornecimento regular de medicamentos para tratamento das hepatites virais?								
Q5. O plano descreve a disponibilidade de fluxos definidos para encaminhamento de casos positivos?								
Q6. O plano estabelece a meta de reduzir a taxa de prevalência em crianças de 0 a 5 anos?								
Q7. Há metas no plano para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste para hepatites virais durante o pré-natal?								
Q8. O plano estabelece a meta de ampliar a cobertura da 3ª dose da vacina pentavalente em menores de 1 ano?								
e) Esquistossomose								
	Q1	Q2	Q3	Q4	Questões			
Brasil	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	Q1. O plano estabelece meta de redução da infecção?			
Nordeste	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	Q2. O plano define estratégias de educação em saúde sobre higiene pessoal e ambiental?			
				Q3. O plano propõe ações para controlar focos de caramujos em rios/lagos usados pela população?				
				Q4. O plano propõe parcerias com órgãos ambientais para evitar desmatamento ou degradação de ecossistemas que favorecem a proliferação do vetor?				
f) Filariose Linfática								
	Q1	Q2	Questões					
Brasil	0 (0%)	0 (0%)	Q1. O plano prevê avaliação de áreas endêmicas e tratamento coletivo quando necessário?					
Nordeste	0 (0%)	0 (0%)	Q2. O plano descreve ações para reduzir a prevalência da infecção nos grupos de risco?					
g) Tracoma								
	Q1	Q2	Q3	Questões				
Brasil	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	Q1. O plano estabelece a meta de reduzir a prevalência do tracoma inflamatório folicular em crianças de 1 a 9 anos nos distritos endêmicos?				
Norte	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	Q2. O plano prevê estratégias para reduzir a prevalência de triquíase tracomatosa não diagnosticada pelo sistema de saúde na população?				
Nordeste	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	Q3. O plano inclui ações para capacitar profissionais de saúde na identificação, diagnóstico e tratamento do tracoma e da triquíase tracomatosa?				
Sul	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)					
h) Geo-helmintíases								
	Q1	Q2	Q3	Q4	Questões			
Brasil	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	Q1. O plano apresenta dados sobre esgotamento sanitário e distribuição de água tratada?			
Norte	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	Q2. O plano aborda a expansão do saneamento básico (esgoto, água tratada)?			
Nordeste	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	Q3. O plano define estratégias para reduzir infecções graves?			
				Q4. O plano descreve a realização de tratamento em massa ou ações de educação sanitária?				
i) Malária								
	Q1	Q2	Q3	Questões				
Brasil	18 (82%)	13 (59%)	8 (36%)	Q1. O plano prevê redução dos casos?				
Norte	18 (86%)	12 (57%)	8 (38%)	Q2. O plano inclui ações de controle de vetores (mosquitos) em áreas endêmicas?				
Centro-Oeste	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	Q3. O plano descreve outras ações para eliminar a transmissão do Plasmodium falciparum?				
j) Oncocercose								
	Q1	Q2	Q3	Questões				
Brasil	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	Q1. A meta de alcançar zero novos casos de oncocercose até 2025 está prevista no plano?				
Norte	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	Q2. O plano inclui ações de controle de vetores?				
				Há campanhas de tratamento em massa em áreas endêmicas?				
k) HIV/Aids								
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Questões		
Brasil	66 (66%)	41 (41%)	70 (70%)	51 (51%)	26 (26%)	Q1. O plano estabelece metas para que as pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas e acompanhadas adequadamente?		
Norte	6 (50%)	3 (25%)	6 (50%)	3 (25%)	1 (8%)	Q2. O plano descreve implementação de ações para garantir que as pessoas diagnosticadas com HIV estejam em uso de terapia antirretroviral e apresentem carga viral do HIV suprimida (indetectável)?		
Nordeste	14 (78%)	7 (39%)	13 (72%)	9 (50%)	4 (22%)	Q3. O plano descreve se o município está trabalhando para reduzir a taxa de incidência de transmissão vertical de HIV e de transmissão vertical total (rede pública e privada)?		
Centro-Oeste	6 (75%)	4 (50%)	5 (63%)	6 (75%)	3 (38%)	Q4. O plano descreve estratégias do município para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste no pré-natal?		
Sudeste	23 (62%)	14 (38%)	25 (68%)	20 (54%)	12 (32%)	Q5. O plano descreve estratégias do município para garantir que as gestantes vivendo com HIV estejam em uso de terapia antirretroviral?		
Sul	17 (68%)	13 (52%)	21 (84%)	13 (52%)	6 (24%)			
l) Sífilis Congênita								
	Q1	Q2	Q3	Questões				
Brasil	68 (79%)	55 (64%)	34 (40%)	Q1. Há metas para reduzir a taxa de incidência de sífilis congênita?				
Norte	9 (90%)	4 (40%)	2 (20%)	Q2. O plano descreve estratégias para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste para sífilis no pré-natal?				
Nordeste	16 (73%)	17 (77%)	9 (41%)	Q3. O plano descreve estratégias para garantir que as gestantes diagnosticadas com sífilis sejam tratadas adequadamente?				

Centro-Oeste	2 (100%)	2 (100%)	1 (50%)
Sudeste	29 (73%)	25 (63%)	17 (43%)
Sul	12 (100%)	7 (58%)	5 (42%)
f) HTLV			
	Q1	Q2	Questões
Brasil	1 (1%)	1 (1%)	Q1. Há metas para reduzir a taxa de transmissão vertical de HTLV? Q2. O plano descreve estratégias para garantir que as gestantes realizem pelo menos um teste para HTLV no pré-natal?
Norte	0 (0%)	0 (0%)	
Nordeste	1 (4%)	1 (4%)	
Centro-Oeste	0 (0%)	0 (0%)	
Sudeste	0 (0%)	0 (0%)	
Sul	0 (0%)	0 (0%)	

Legenda: As cores representam a proporção (%) de municípios com descrição plena de cada componente programático, em escala contínua de 0% (vermelho) a 100% (azul).

6.3. Produto Técnico-Tecnológico 1: Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária com ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente

6.3.1. Sistematização do Produto Técnico-Tecnológico

O primeiro produto técnico-tecnológico desta dissertação consiste no desenvolvimento do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária e ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente, concebido como estratégia formativa voltada ao fortalecimento das capacidades locais de planejamento, análise epidemiológica e tomada de decisão em saúde. Trata-se de um produto diretamente derivado dos achados da Etapa 1 da pesquisa, assumindo caráter aplicado e orientado à transformação das fragilidades identificadas no planejamento municipal em saúde.

A análise documental dos Planos Municipais de Saúde evidenciou que, embora haja adequação normativa global satisfatória, parcela expressiva dos municípios apresenta planejamento de caráter predominantemente declaratório, com lacunas importantes na tradução das diretrizes nacionais em instrumentos operacionais concretos, especialmente no que se refere à definição de metas específicas, à estimativa orçamentária, aos mecanismos de monitoramento e avaliação e à articulação intersetorial. Esse padrão é amplamente descrito na literatura como uma das limitações estruturais do planejamento em saúde no contexto brasileiro, marcado pela dissociação entre formulação normativa, capacidade técnica local e execução das políticas públicas (Teixeira *et al.*, 2010).

Diante desse cenário, o curso foi estruturado com o objetivo de contribuir para a superação dessas limitações por meio da qualificação de profissionais e gestores capazes de articular epidemiologia, planejamento em saúde e análise crítica dos determinantes sociais do processo saúde-doença. A proposta dialoga com abordagens pedagógicas que reconhecem a formação como elemento central para a efetivação do planejamento enquanto prática social e política, na perspectiva da práxis, entendida como ação reflexiva e transformadora da realidade (Freire, 1987). Assim, o curso não se limita à transmissão de conteúdos técnicos, mas busca fortalecer competências analíticas, críticas e operacionais aplicadas aos territórios de atuação dos profissionais.

O curso foi concebido no formato de pós-graduação *lato sensu*, com organização pedagógica orientada pelos princípios da aprendizagem significativa e da educação permanente em saúde. Sua matriz curricular está estruturada em módulos temáticos que integram fundamentos de epidemiologia aplicada, planejamento e gestão em saúde, análise das Doenças Determinadas Socialmente, avaliação de políticas públicas e tomada de decisão na Atenção Primária à Saúde. As estratégias pedagógicas incluem metodologias ativas, atividades problematizadoras ancoradas na realidade dos territórios e modelo de tutoria virtual, favorecendo a aplicação prática do conhecimento produzido ao longo do curso. Os critérios de avaliação foram definidos de forma alinhada às competências esperadas para o exercício qualificado do planejamento e da gestão em saúde.

O público-alvo prioritário do curso compreende profissionais de saúde e gestores que atuam nos municípios inseridos no Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, especialmente aqueles vinculados à Atenção Primária à Saúde e à gestão municipal. No entanto, a proposta apresenta potencial de ampliação para outros contextos marcados por vulnerabilidades sociais e sanitárias, em consonância com a literatura que destaca a importância da formação em saúde coletiva para o enfrentamento das desigualdades estruturais em saúde (Breilh, 2013; Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Do ponto de vista institucional, o curso encontra-se submetido à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e está em processo de avaliação para aprovação junto à Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação, conforme as normas vigentes para cursos de pós-graduação *lato sensu*. A tramitação institucional inclui a análise do Projeto Pedagógico do Curso, da estrutura de funcionamento, do planejamento de oferta e do regimento interno, assegurando aderência aos marcos regulatórios da educação superior e às diretrizes acadêmicas institucionais.

O produto técnico-tecnológico apresenta viabilidade acadêmica, pedagógica e institucional, uma vez que dispõe de Projeto Pedagógico do Curso (PPC), estrutura de funcionamento, planejamento de oferta e regimento interno formalmente elaborados. Esses elementos conferem consistência à proposta e viabilizam sua implementação futura, condicionada à aprovação institucional, com potencial concreto de contribuição para o fortalecimento do planejamento em saúde em contextos marcados por desigualdades sociais, territoriais e sanitárias. Destaca-se que a estrutura do curso foi submetida à apreciação por especialistas do Programa Brasil Saudável.

O detalhamento completo do Projeto Pedagógico do Curso encontra-se apresentado no **Apêndice A**, a estrutura de funcionamento está descrita no **Apêndice B**, e o regimento interno

do curso é apresentado no **Apêndice C**. A documentação referente à tramitação institucional integra o conjunto do produto técnico-tecnológico desta dissertação, materializando a articulação entre os achados científicos da pesquisa e a proposição de uma intervenção formativa orientada à qualificação das práticas de planejamento e tomada de decisão em saúde.

6.4. Produto Técnico-Tecnológico 2: Relatório Técnico-Institucional: Avaliação dos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável (2022–2025)

Este segundo produto refere-se a um relatório síntese dos principais achados da pesquisa. Em 10 de março de 2026, foi realizada a entrega do documento ao Draurio Barreira Cravo Neto, diretor do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi), durante a reunião em alusão aos dois anos do Programa Brasil Saudável. Destaca-se que Dr Draurio é o coordenador do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente.

À Senhora

Mariângela Batista Galvão Simão

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente – Ministério da Saúde

Encaminhamos, através deste, o relatório técnico-institucional dos principais resultados da pesquisa de mestrado intitulada **“Doenças Determinadas Socialmente: uma análise dos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável e oferta nacional de curso de qualificação profissional em nível de pós-graduação lato sensu”**, desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

O estudo analisou, em escala nacional, os Planos Municipais de Saúde dos 175 municípios prioritários do Programa Brasil Saudável, no ciclo 2022–2025, avaliando a incorporação das Doenças Determinadas Socialmente nos processos de diagnóstico, definição de metas, alocação orçamentária, monitoramento e articulação intersetorial.

Os resultados evidenciam avanços normativos importantes, porém revelam fragilidades estruturais persistentes na capacidade técnico-operacional do planejamento municipal, especialmente na integração entre diagnóstico situacional, programação, orçamento e avaliação, aspectos centrais para o alcance das metas pactuadas até 2030.

Como resposta a essas lacunas, a pesquisa também estruturou um Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária e no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente, voltado à qualificação de gestores

e profissionais dos municípios prioritários, em consonância com as diretrizes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Acreditamos que os achados apresentados podem contribuir para o aprimoramento das estratégias federais de apoio técnico, indução do planejamento e fortalecimento das capacidades locais, no âmbito do Sistema Único de Saúde e do Programa Brasil Saudável.

Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos, aprofundamento dos resultados e diálogo institucional.

RELATÓRIO TÉCNICO-INSTITUCIONAL

AValiação dos Planos Municipais de Saúde dos Municípios Prioritários do Programa Brasil Saudável (2022–2025)

Autores:

Davi Rios do Nascimento

Carlos Dornels Freire de Souza

Essa pesquisa de mestrado desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (ProfSaúde/UNIVASF), vinculada à Fundação Oswaldo Cruz e ao Ministério da Saúde, no contexto da formação de gestores e profissionais do SUS, analisou, de forma inédita e em escala nacional, os Planos Municipais de Saúde dos 175 municípios prioritários do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar.

A análise documental abrangeu os 175 Planos Municipais de Saúde (2022–2025) dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável, constituindo um estudo de base nacional, de caráter censitário, uma vez que não houve amostragem. Todos os PMS foram obtidos por meio do DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento e analisados integralmente, conforme protocolo previamente estruturado.

O estudo avaliou como esses municípios incorporaram as Doenças Determinadas Socialmente em seus instrumentos de planejamento para o ciclo 2022 a 2025, considerando metas, ações, uso de dados epidemiológicos, orçamento, monitoramento e articulação intersetorial.

O estudo utilizou análise documental estruturada dos Planos Municipais de Saúde (2022–2025), com instrumentos validados, organização em eixos temáticos e construção de score de qualidade técnico-operacional.

Para a análise, foram utilizados instrumentos estruturados organizados em eixos temáticos previamente definidos, contemplando: adequação normativa, incorporação das DDS prioritárias, uso de dados epidemiológicos, definição de metas e indicadores, previsão orçamentária e mecanismos de monitoramento e avaliação. Cada item recebeu pontuação específica conforme critérios objetivos previamente estabelecidos, permitindo a construção de um score sintético de qualidade técnico-operacional do planejamento municipal.

Principais achados

Embora os Planos Municipais de Saúde apresentem conformidade formal com as exigências normativas do SUS, a análise evidenciou fragilidades estruturais importantes na capacidade de transformar diretrizes nacionais em planejamento operacional consistente.

Os principais resultados demonstram que:

- Apenas 29,7% dos municípios apresentaram metas plenamente definidas para todas as Doenças Determinadas Socialmente prioritárias.
- Somente 25,7% dispuseram de dados epidemiológicos completos para subsidiar o planejamento, enquanto 74,3% apresentaram base epidemiológica inadequada.
- Aproximadamente 75% dos municípios apresentaram falhas no planejamento operacional, especialmente na vinculação entre metas, ações e indicadores.
- 66,9% não previram orçamento específico para o enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente.
- 49,7% carecem de ações intersetoriais estruturadas, apesar da natureza socialmente determinada das doenças.

Observou-se heterogeneidade regional marcada: o Centro-Oeste apresentou o melhor desempenho médio, enquanto Sul e Sudeste tiveram médias inferiores a 67 pontos e maior variabilidade; ao mesmo tempo, Norte e Nordeste concentraram fragilidades em eixos específicos, como Propósito e Estimativa Orçamentária.

A análise também evidenciou desalinhamentos frequentes entre:

- Diagnóstico situacional e definição de metas.
- Metas e previsão orçamentária.
- Ações programadas e indicadores de monitoramento.

- Planejamento formal e capacidade executiva.

A seguir, apresenta-se síntese estruturada dos principais resultados, organizada por dimensões estratégicas da capacidade de planejamento municipal.

Quadro 1 - Síntese Executiva – Capacidade de Planejamento dos Municípios Prioritários (2022–2025).

Dimensões	Situação Identificada	Implicação Estratégica
Definição de metas para DDS	Baixa padronização e fragilidade na mensuração de resultados	Risco de baixa efetividade das ações
Base epidemiológica	Planejamento com fragilidade diagnóstica	Dificuldade na priorização territorial
Financiamento específico	Subfinanciamento estrutural	Comprometimento da sustentabilidade
Campanhas estruturadas	Baixa institucionalização das ações	Dependência de ações pontuais
Qualidade global dos PMS	Conformidade formal predominante	Planejamento pouco estratégico
Desempenho regional	Heterogeneidade territorial	Necessidade de indução diferenciada
Classificação da qualidade	Baixa excelência institucional	Limitação da capacidade governativa
Planejamento operacional	Fragmentação programática	Dificuldade de implementação

Fonte: Própria autoria (2026).

Em síntese, embora as Doenças Determinadas Socialmente estejam amplamente mencionadas nos Planos Municipais de Saúde, sua incorporação ainda ocorre de forma predominantemente declaratória, com baixa densidade técnico-operacional, limitada articulação entre diagnóstico, programação e orçamento, e frágil institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação. Esse padrão sugere que, em grande parte dos municípios analisados, o planejamento permanece orientado pelo cumprimento formal de exigências normativas, sem a consolidação de uma lógica estratégica capaz de integrar análise situacional, definição de prioridades, capacidade de governo e viabilidade executiva (Brasil, 2016; Matus, 1996).

Observa-se, de forma recorrente, desalinhamento entre os componentes estruturantes do planejamento, especialmente entre diagnóstico epidemiológico, formulação de metas, previsão orçamentária e mecanismos de acompanhamento. Essa fragmentação compromete a coerência interna dos Planos Municipais de Saúde e limita sua capacidade de operar como instrumentos efetivos de transformação das condições de vida e saúde da população (Giovanella, 1990).

Além disso, a abordagem das Doenças Determinadas Socialmente tende a ocorrer de maneira setorializada, frequentemente dissociada de estratégias intersetoriais consistentes e de mecanismos institucionais que enfrentem seus determinantes estruturais. Tal configuração

reduz a potência transformadora do planejamento municipal e enfraquece a capacidade do nível local de atuar sobre desigualdades historicamente produzidas (Breilh, 2013; Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Portanto, os resultados indicam que o desafio central não se restringe à ampliação do reconhecimento normativo das Doenças Determinadas Socialmente nos instrumentos de gestão, mas à construção de capacidades técnicas, políticas e institucionais que permitam sua tradução em políticas públicas integradas, financeiramente sustentáveis, territorialmente orientadas e acompanhadas por sistemas robustos de monitoramento e avaliação (Marmot, 2004). Esse movimento constitui condição indispensável para o alcance das metas pactuadas no âmbito do Programa Brasil Saudável até 2030 (Brasil, 2025b).

A leitura sistemática dos Planos Municipais de Saúde evidenciou, ainda, fragilidades recorrentes na operacionalização do planejamento. Em diversos documentos, observou-se a presença de metas formuladas de maneira genérica, como “fortalecer as ações de controle da tuberculose” ou “ampliar o acesso ao diagnóstico das hepatites”, sem definição de indicadores mensuráveis, linha de base ou metas temporais. Em outros casos, identificaram-se ações descritas de forma dissociada do orçamento, constando apenas como diretrizes programáticas, sem vinculação a programas, fontes de financiamento ou valores estimados.

Também foram frequentes situações em que o mesmo conjunto de ações relacionadas às Doenças Determinadas Socialmente foi reproduzido integralmente em diferentes ciclos de planejamento, com mínima atualização dos dados epidemiológicos locais, sugerindo processos de elaboração baseados em modelos padronizados, com baixa incorporação da Análise de Situação de Saúde municipal.

Adicionalmente, em parte dos PMS analisados, constatou-se a ausência de definição clara de responsabilidades institucionais, com ações atribuídas de forma genérica à “Secretaria Municipal de Saúde” ou às “equipes da atenção básica”, sem especificação de setores, coordenações ou instâncias de monitoramento, o que fragiliza a governança e a capacidade de acompanhamento das metas propostas.

Relevância para o Programa Brasil Saudável

O Programa Brasil Saudável atribui centralidade ao Plano Municipal de Saúde como instrumento estratégico para a eliminação das Doenças Determinadas Socialmente até 2030.

Nesse contexto, os achados da pesquisa oferecem:

- Um diagnóstico nacional sistematizado da capacidade de planejamento dos municípios prioritários.
- Um instrumento estruturado de avaliação da qualidade técnico-operacional dos Planos Municipais de Saúde.
- Evidências que podem subsidiar estratégias de apoio técnico, indução federativa e qualificação da gestão municipal.

A pesquisa reforça que a eliminação das Doenças Determinadas Socialmente depende não apenas de diretrizes normativas, mas da capacidade concreta de traduzi-las em metas factíveis, financiamento adequado e monitoramento contínuo.

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DOS PRINCIPAIS ACHADOS

Baixa proporção de metas plenamente definidas (29,7%)

Achado: A maioria dos municípios não apresenta metas específicas, mensuráveis e integradas para as DDS.

Implicação prática:

- Dificuldade para monitorar resultados, avaliar desempenho e corrigir rotas.
- Limita a capacidade do Ministério de acompanhar a execução das metas pactuadas.
- Reduz a efetividade dos instrumentos de indução federativa.

Necessidade estratégica: Padronização nacional mínima de metas e indicadores para DDS.

Fragilidade da base epidemiológica (apenas 25,7% completos)

Achado: Grande parte dos PMS não utiliza dados consistentes para subsidiar o planejamento.

Implicação prática:

- Priorização inadequada de territórios e populações.
- Risco de alocação ineficiente de recursos.
- Planejamento baseado em percepção, não em evidência.

Necessidade estratégica: Fortalecer integração entre vigilância, APS e planejamento.

Subfinanciamento estrutural (apenas 11,4% com recursos específicos)

Achado: A maioria dos municípios não vincula orçamento às metas de DDS.

Implicação prática:

- Ações ficam dependentes de recursos extraordinários.
- Programas não se sustentam ao longo do tempo.
- Aumenta a vulnerabilidade às mudanças de gestão

Necessidade estratégica: Indução federativa de vinculação orçamentária mínima.

Baixa institucionalização das ações (4% com campanhas estruturadas)

Achado: Poucos municípios possuem ações permanentes formalizadas.

Implicação prática:

- Predominância de ações pontuais e descontínuas.
- Perda de memória institucional.
- Baixa continuidade das políticas.

Necessidade estratégica: Estimular protocolos, planos operativos e linhas de cuidado.

Qualidade global apenas “satisfatória” (score médio 66,4)

Achado: Predomínio de conformidade formal, sem excelência técnica.

Implicação prática:

- Planos cumprem exigências legais, mas não orientam a gestão.
- Planejamento pouco utilizado como instrumento de decisão.
- Fragilidade na governança local.

Necessidade estratégica: Apoio técnico continuado e não apenas normativo.

Heterogeneidade regional marcada

Achado: Desempenho inferior no Norte, Nordeste e Sudeste.

Implicação prática:

- Reproduz desigualdades territoriais.

- Municípios mais vulneráveis têm menor capacidade de resposta.
- Risco de não alcance das metas nacionais.

Necessidade estratégica: Política diferenciada por território, com apoio regionalizado.

Baixa proporção de PMS excelentes (1,71%)

Achado: Excelência institucional é exceção.

Implicação prática:

- Poucos municípios funcionam como referência.
- Dificuldade de disseminar boas práticas.
- Fragilidade da aprendizagem institucional.

Necessidade estratégica: Criação de rede de municípios modelo.

Fragmentação entre metas, ações e orçamento

Achado: Desalinhamento estrutural recorrente.

Implicação prática:

- Dificuldade de execução.
- Baixa responsabilização.
- Monitoramento ineficaz.

Necessidade estratégica: Integração dos instrumentos de gestão (PMS, PAS, PPA, LOA).

Em termos práticos, os resultados indicam que as fragilidades identificadas comprometem a capacidade dos municípios de planejar, financiar, executar e monitorar ações voltadas às Doenças Determinadas Socialmente de forma sustentável. A ausência de metas mensuráveis, a fragilidade dos dados, o subfinanciamento, a baixa institucionalização das ações e a fragmentação entre instrumentos de gestão limitam a efetividade das políticas e dificultam o alcance das metas pactuadas até 2030, especialmente nos territórios mais vulneráveis.

OPORTUNIDADES PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os achados da pesquisa não apenas evidenciam fragilidades na capacidade de planejamento municipal, mas também apontam oportunidades concretas de fortalecimento da governança federativa no âmbito do Programa Brasil Saudável.

1. Indução de padrões mínimos de qualidade para os PMS

A heterogeneidade identificada sugere a necessidade de definir parâmetros técnico-operacionais mínimos para a incorporação das Doenças Determinadas Socialmente nos Planos Municipais de Saúde.

Oportunidade:

Estabelecer diretrizes complementares ou instrumentos orientadores que padronizem:

- definição de metas mensuráveis;
- vinculação obrigatória entre metas e orçamento;
- incorporação de indicadores de monitoramento;
- integração entre PMS, PAS, PPA e LOA.

2. Fortalecimento da integração entre vigilância e planejamento

A fragilidade da base epidemiológica demonstra que o planejamento ainda ocorre, em muitos municípios, dissociado dos dados produzidos pela vigilância.

Oportunidade:

Desenvolver estratégias de apoio técnico que promovam:

- uso sistemático de indicadores locais;
- capacitação em análise de situação de saúde;
- integração entre equipes de vigilância e atenção primária.

3. Indução federativa do financiamento orientado por metas

A baixa previsão de orçamento específico para DDS indica risco de inviabilidade executiva das políticas.

Oportunidade:

Aprimorar mecanismos de indução financeira que condicionem repasses ou incentivos à:

- previsão explícita de recursos para DDS;

- comprovação de execução vinculada a metas;
- monitoramento periódico de resultados.

4. Estratégia nacional de qualificação técnico-operacional

Os resultados demonstram que a limitação central não é normativa, mas de capacidade técnica e institucional.

Oportunidade:

Apoiar ou incorporar estratégias formativas estruturadas, como o Curso de Especialização em Saúde Coletiva proposto no âmbito desta pesquisa, com foco em:

- análise epidemiológica aplicada à gestão;
- integração entre planejamento e orçamento;
- monitoramento e avaliação;
- articulação intersetorial.

5. Política diferenciada por território

A concentração de fragilidades nas regiões Norte e Nordeste indica necessidade de apoio federativo territorialmente sensível.

Oportunidade:

Estruturar estratégias de apoio regionalizado, com:

- acompanhamento técnico prioritário;
- redes de cooperação entre municípios;
- disseminação de boas práticas dos municípios com melhor desempenho.

6. Consolidação de um sistema nacional de monitoramento da qualidade dos PMS

A pesquisa propôs um instrumento estruturado de avaliação com nove dimensões e escore composto.

Oportunidade:

Aprimorar e institucionalizar ferramenta nacional de monitoramento da qualidade dos Planos Municipais de Saúde, permitindo:

- comparabilidade entre territórios;

- identificação precoce de fragilidades;
- suporte à tomada de decisão baseada em evidências.

A consolidação dessas oportunidades pode fortalecer a capacidade do Ministério da Saúde de atuar não apenas como formulador normativo, mas como indutor de capacidades institucionais no âmbito federativo, ampliando a coerência entre diretrizes nacionais e implementação local, condição indispensável para o alcance das metas do Programa Brasil Saudável até 2030.

Produto técnico-tecnológico: uma estratégia para o fortalecimento das capacidades locais

Como resposta às lacunas identificadas, foi desenvolvido um **Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária e no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente**. Esse configura-se como instrumento estruturante para o fortalecimento da capacidade institucional dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável.

Mais do que uma ação formativa pontual, o curso foi concebido como estratégia permanente de qualificação técnico-operacional, orientada às fragilidades empíricas identificadas nos Planos Municipais de Saúde, especialmente no que se refere à análise epidemiológica, à integração entre planejamento e orçamento, ao monitoramento de metas e à articulação intersetorial.

1. Alinhamento com políticas nacionais de educação permanente

O desenho pedagógico do curso encontra-se alinhado às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ao priorizar metodologias ativas, aprendizagem baseada em problemas reais de gestão e articulação entre formação e serviço.

Nesse sentido, o produto técnico apresenta potencial para integração a programas federais de qualificação, como estratégia institucionalizada de fortalecimento da gestão local.

2. Escalabilidade e replicabilidade nacional

A estrutura modular, o formato híbrido e a organização por polos regionais conferem ao curso elevado potencial de escalabilidade, permitindo sua implementação progressiva em diferentes territórios, com adaptação às especificidades regionais.

Essa característica viabiliza sua incorporação como política nacional de formação continuada voltada aos municípios prioritários, reduzindo assimetrias na capacidade técnica e promovendo maior equidade federativa.

3. Integração com instrumentos de governança e gestão

O curso foi estruturado para dialogar diretamente com os principais instrumentos de gestão do SUS, incluindo:

- Plano Municipal de Saúde;
- Programação Anual de Saúde;
- Plano Plurianual;
- Lei Orçamentária Anual;
- Relatórios de Gestão.

Essa integração favorece a aplicação imediata dos conhecimentos adquiridos, fortalecendo a utilização dos instrumentos como ferramentas efetivas de governança.

4. Indução de mudanças institucionais sustentáveis

Ao capacitar gestores e profissionais para atuar simultaneamente sobre diagnóstico, programação, financiamento e avaliação, o curso contribui para a institucionalização de práticas de planejamento mais robustas e menos dependentes de ciclos políticos.

Dessa forma, o produto técnico favorece a construção de capacidades organizacionais duradouras, elemento central para a sustentabilidade das políticas voltadas às Doenças Determinadas Socialmente.

5. Potencial de articulação intersetorial

A formação proposta incorpora conteúdos voltados à análise dos determinantes sociais, à governança intersetorial e à atuação em rede, fortalecendo a capacidade dos municípios de articular políticas de saúde, assistência social, educação, saneamento e desenvolvimento territorial.

Esse enfoque amplia o alcance do Programa Brasil Saudável e potencializa seus impactos sobre as condições estruturais de vida da população.

Nesse contexto, o Curso de Especialização configura-se como instrumento estratégico para a consolidação de uma política pública nacional de qualificação da gestão municipal

orientada à equidade, à sustentabilidade e à efetividade das ações em saúde, contribuindo para a redução das desigualdades regionais e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Contribuição estratégica

A pesquisa reafirma que o enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente exige planejamento em saúde como instrumento técnico e político central. Ao produzir evidências nacionais e, simultaneamente, propor uma resposta formativa estruturada, o estudo contribui para:

- Qualificar o planejamento municipal.
- Reduzir assimetrias regionais.
- Fortalecer a governança local.
- Apoiar o alcance das metas de eliminação até 2030.
- Promover equidade e justiça social no âmbito do SUS.
-

Como limitação, destaca-se que a análise baseou-se exclusivamente nas informações registradas nos Planos Municipais de Saúde, não sendo possível aferir, no escopo deste estudo, o grau de execução real das ações, metas e recursos previstos. Dessa forma, os resultados refletem a capacidade formal de planejamento expressa nos documentos oficiais, podendo não corresponder integralmente às dinâmicas operacionais vivenciadas nos territórios.

Os achados devem ser interpretados à luz da natureza documental da investigação, valorizando-se o Plano Municipal de Saúde como expressão institucional das intenções, prioridades e capacidades locais de gestão. Assim, recomenda-se que futuras investigações articulem a análise documental a abordagens qualitativas e avaliativas in loco, de modo a aprofundar a compreensão sobre os processos de implementação, governança e sustentabilidade das ações propostas.

CONTATO INSTITUCIONAL PARA ARTICULAÇÃO TÉCNICA E COOPERAÇÃO

Para esclarecimentos adicionais, aprofundamento dos resultados, compartilhamento dos instrumentos metodológicos utilizados na pesquisa e discussão de possíveis estratégias de cooperação institucional no âmbito do Programa Brasil Saudável, colocam-se à disposição os contatos abaixo:

Davi Rios do Nascimento

Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (ProfSaúde)
E-mail: davi.rios@discente.univasf.edu.br
Telefone: (74) 9 9923-7596

Carlos Dornels Freire de Souza

Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (ProfSaúde)
E-mail: carlos.dornels@univasf.edu.br
Telefone: (87) 9 9622-0698

REFERÊNCIAS

BRASIL. Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/ciedds/publicacoes/diretrizes-nacionais-do-programa-brasil-saudavel-unir-para-cuidar.pdf>. Acessado: 24 mar. 2025.

BRASIL. Manual de Planejamento no SUS. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acessado: 24 mar. 2025.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, [N.p.], vol. 31, p. 13–27, 12 set. 2013. DOI: 10.17533/UDEA.RFNSP.16637. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/20779752>. Acessado: 28 maio 2025.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Rev. Saúde Coletiva*, [N.p.], vol. 17, no 1, p. 77–93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acessado: 29 maio 2025.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, [N.p.], vol. 6, no 2, p. 129–153, jun. 1990. DOI: 10.1590/S0102-311X1990000200003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/y9Jxy9qpphd6YGnMyJRYTyq/>. Acessado: 21 jul. 2025.

MARMOT, Michael. *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. [N.p.]: Henry Holt, 2004. 319 p.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo: tomo I*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), [[S.d.]]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/16296>. Acessado: 14 abr. 2025.

Figura 1 - Divulgação de resultados do Diagnóstico dos Municípios Prioritários do Programa Brasil Saudável.



Fonte: Própria autoria (2026).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação analisou como os Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável incorporam as Doenças Determinadas Socialmente e as diretrizes nacionais voltadas ao seu enfrentamento, partindo do entendimento de que o planejamento em saúde é, simultaneamente, um instrumento técnico e uma arena política. Ao articular análise documental e desenvolvimento de um produto técnico-tecnológico, o estudo buscou contribuir para o fortalecimento da capacidade do Estado de reconhecer, enfrentar e transformar as desigualdades que estruturam o processo saúde-doença no território brasileiro.

Os resultados evidenciam que, embora os Planos Municipais de Saúde apresentem adequação normativa global satisfatória, persistem fragilidades estruturais que limitam a efetividade das políticas públicas orientadas à redução das iniquidades em saúde. A incorporação das Doenças Determinadas Socialmente ocorre, em grande parte, de forma parcial, fragmentada e pouco articulada a análises epidemiológicas consistentes, metas claramente definidas e estratégias de monitoramento. Essa realidade revela que o planejamento municipal, em muitos contextos, ainda assume um caráter predominantemente declaratório, dissociado das condições concretas de vida da população e das desigualdades historicamente produzidas nos territórios.

A heterogeneidade observada entre os municípios analisados expressa desigualdades profundas na capacidade técnica, institucional e política de planejamento em saúde. Mesmo inseridos em um mesmo programa nacional e submetidos a diretrizes comuns, os municípios apresentam níveis distintos de apropriação das orientações estratégicas do Programa Brasil Saudável, refletindo assimetrias regionais, limitações estruturais da gestão local e diferentes graus de priorização política do enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente. Esses achados reforçam a compreensão de que a efetivação das políticas públicas não depende apenas da existência de diretrizes nacionais, mas da capacidade do Estado, em seus diferentes níveis, de traduzi-las em ações concretas, territorializadas e sustentáveis.

A análise das diretrizes do Programa Brasil Saudável evidencia que aquelas associadas a princípios mais gerais, como ampliação do acesso e redução de iniquidades, tendem a ser mais frequentemente incorporadas aos planos. Em contrapartida, diretrizes que demandam maior densidade técnico-operacional, articulação intersetorial e investimento estrutural, como ciência e tecnologia, comunicação em saúde e enfrentamento da fome e da pobreza, apresentam menor presença nos instrumentos de planejamento. Esse padrão revela limites importantes da ação

estatal no enfrentamento das causas estruturais das desigualdades, indicando a persistência de uma lógica de gestão que prioriza respostas setoriais e imediatistas, em detrimento de estratégias integradas e transformadoras.

Nesse cenário, os produtos técnico-tecnológicos desenvolvidos nesta dissertação constituem respostas políticas e técnicas às lacunas identificadas. De um lado, a proposição de um Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária e ênfase nas Doenças Determinadas Socialmente, orientado à formação crítica de gestores, profissionais e equipes de saúde. De outro, a elaboração de um relatório técnico-institucional encaminhado ao Ministério da Saúde, contendo síntese analítica dos achados da pesquisa e recomendações estratégicas voltadas ao fortalecimento do planejamento municipal em saúde no âmbito do Programa Brasil Saudável.

Estruturado a partir dos achados da análise documental dos Planos Municipais de Saúde, o curso foi concebido como estratégia formativa orientada pela vigilância em saúde, integrando fundamentos da determinação social da saúde, métodos epidemiológicos aplicados ao território e instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação. Sua proposta articula ensino, serviço e território, promovendo a leitura crítica dos dados, a elaboração de diagnósticos situacionais consistentes e a construção de planos de ação alinhados às diretrizes nacionais e às especificidades locais.

Além disso, o curso configura-se como tecnologia social voltada à consolidação de práticas mais robustas de vigilância e gestão, ao estimular a integração entre atenção primária, vigilância em saúde e gestão municipal e contribuir para superar a fragmentação entre diagnóstico, planejamento e execução orçamentária. Ao oferecer ferramentas analíticas e operacionais para o enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente, o produto amplia a capacidade dos municípios de converter metas normativas em ações efetivas, fortalecendo o compromisso com a equidade e com a redução das desigualdades estruturais.

Assim, o PTT não se limita a uma proposta formativa, configurando-se como instrumento estratégico de qualificação do Sistema Único de Saúde nos territórios prioritários, ao fomentar uma cultura de planejamento orientada por evidências, sustentada por princípios de justiça social e ancorada na realidade epidemiológica local. Ao articular formação e intervenção no campo da prática, o produto contribui para o fortalecimento das capacidades institucionais dos municípios e para a incorporação mais consistente da vigilância em saúde nos processos de tomada de decisão.

A articulação entre os dois produtos científicos e os dois produtos técnicos confere à dissertação um caráter integrador, alinhado aos princípios da pesquisa aplicada e comprometida

com a realidade do Sistema Único de Saúde. Ao produzir evidências nacionais sobre o planejamento municipal e, simultaneamente, propor uma estratégia formativa estruturada, o estudo reafirma a pesquisa como instrumento de intervenção política, voltada ao fortalecimento da gestão pública e à ampliação da capacidade do Estado de responder às desigualdades em saúde.

Nesse sentido, a elaboração e o encaminhamento do relatório técnico-institucional ao Ministério da Saúde representam também uma estratégia de tradução do conhecimento produzido pela pesquisa para o campo da gestão pública, buscando aproximar evidência científica, planejamento em saúde e formulação de políticas públicas.

Entre as limitações do estudo, destacam-se aquelas inerentes ao uso de documentos oficiais, marcados por variabilidade na qualidade, atualização e grau de detalhamento. Ainda assim, a abrangência nacional da análise e o uso de instrumentos analíticos estruturados conferem robustez aos achados e permitem uma leitura crítica do planejamento em saúde no Brasil contemporâneo.

Por fim, esta dissertação contribui para o campo da Saúde Coletiva ao reafirmar que as Doenças Determinadas Socialmente não podem ser compreendidas como eventos isolados ou exclusivamente biomédicos, mas como expressão de processos históricos, sociais e políticos que organizam o viver, o adoecer e o morrer. Ao dialogar com o Programa Brasil Saudável, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e com a tradição crítica da saúde coletiva latino-americana, o estudo reafirma o papel do planejamento em saúde como instrumento estratégico de defesa do direito à saúde, da justiça social e da equidade, destacando a responsabilidade do Estado na promoção do bem-estar da população e na redução das desigualdades que atravessam a sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, [N.p.], vol. 33, nº 83, p. 349–370, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800003.pdf>. Acessado: 29 maio 2025.
- AMRI, M.; CHATUR, A.; O'CAMPO, P. An umbrella review of intersectoral and multisectoral approaches to health policy. **Social Science and Medicine**, [N.p.], vol. 315, 1 dez. 2022. DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.115469. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36403353/>. Acessado: 23 jan. 2026.
- ARARAL, Eduardo. **Routledge handbook of public policy**. [N.p.]: Routledge, 2013.
- ARAÚJO, J. L. P.; RÍOS, D.; GRILLET, M. E.; CRUZ, A. M.; RAKERS, L.; RICHARDS, F.; SCHUERTZ, H. F.; DURÃES, S. M. B. Progress Toward Onchocerciasis Elimination in Brazil. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, [N.p.], vol. 111, nº 3 Suppl, p. 137, 1 set. 2024. DOI: 10.4269/AJTMH.23-0749. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11376117/>. Acessado: 23 jul. 2025.
- BAGCCHI, S. Targeting mother-to-child transmission of Chagas disease. **The Lancet. Infectious diseases**, [N.p.], vol. 22, nº 9, p. 1283, 1 set. 2022. DOI: 10.1016/S1473-3099(22)00537-0. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(22\)00537-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00537-0/fulltext). Acessado: 29 maio 2025.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: SciELO Books - Editora FIOCRUZ, 2009. 120 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acessado: 24 jan. 2026.
- BEHZADIFAR, M.; GHANBARI, M. K.; RAVAGHI, H.; BAKHTIARI, A.; SHAHABI, S.; DOSHMANGIR, L.; ALIDOOST, S.; AZARI, S.; MARTINI, M.; EHSANZADEH, S. J.; BRAGAZZI, N. L. Health policy analysis in Eastern Mediterranean region using a health policy triangle framework: Historical and ethical insights from a systematic review. **Journal of preventive medicine and hygiene**, [N.p.], vol. 63, nº 2, p. E351–E373, 1 jun. 2022. DOI: 10.15167/2421-4248/JPMH2022.63.2.2450. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35968073/>. Acessado: 23 jan. 2026.
- BIASE, P. de; DOUGHERTY, S. Federalism and public health decentralisation in the time of COVID-19. **OECD Working Papers on Fiscal Federalism**, [N.p.], vol. 33, 31 jan. 2021. DOI: 10.1787/B78EC8BB-EN. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/federalism-and-public-health-decentralisation-in-the-time-of-covid-19_b78ec8bb-en.html. Acessado: 23 jan. 2026.
- BOSSERT, T. J.; MITCHELL, A. D. Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. **Social Science & Medicine**, [N.p.], vol. 72, nº 1, p. 39–48, 1 jan. 2011. DOI:

10.1016/J.SOCSCIMED.2010.10.019. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953610007550>. Acessado: 23 jan. 2026.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - Hepatites Virais 2024**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-2024/view>. Acessado: 24 jul. 2025a.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2024**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/. Acessado: 23 jul. 2025b.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - Sífilis 2024**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf/view. Acessado: 24 jul. 2025c.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - Tuberculose 2025**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim-epidemiologico-tuberculose-2025/>. Acessado: 22 jul. 2025a.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico: Caracterização da malária em áreas especiais da região amazônica**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-14.pdf>. Acessado: 23 jul. 2025d.

BRASIL. **Boletim epidemiológico de doenças tropicais negligenciadas: número especial, jan. 2024**. [N.p.]: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-doencas-tropicais-negligenciadas-numero-especial-jan-2024>. Acessado: 9 mar. 2025e.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico: Dia da Malária nas Américas – um panorama da malária no Brasil em 2022 e no primeiro semestre de 2023**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-01/>. Acessado: 23 jul. 2025f.

BRASIL. **Boletim epidemiológico: Prevalência da infecção por HTLV-1/2 no Brasil**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/boletim_epidemiologico-svs-48-htlv.pdf/view. Acessado: 24 jul. 2025.

BRASIL. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acessado: 26 jul. 2025.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras p....

28 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acessado: 10 jan. 2026.

BRASIL. Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023. Institui o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), e dá outras providências. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11494.htm. Acessado: 14 abr. 2025.

BRASIL. Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Institui o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, e altera o Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023, para dispor sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente – CIEDDS. 2024g. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/D11908.htm. Acessado: 14 abr. 2025.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar.** Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/ciedds/publicacoes/diretrizes-nacionais-do-programa-brasil-saudavel-unir-para-cuidar.pdf>. Acessado: 24 mar. 2025b.

BRASIL. **Doenças Tropicais Negligenciadas no Brasil: Morbimortalidade e resposta nacional no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acessado: 24 mar. 2025h.

BRASIL. **Elimina Malária Brasil: Plano Nacional de Eliminação da Malária.** Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/malaria/politicas-de-saude/elimina-malaria-brasil-plano-nacional-de-eliminacao-da-malaria/view>. Acessado: 26 jul. 2025a.

BRASIL. **Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030.** Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/hansenise/estrategia-nacional-para-enfrentamento-a-hansenise-2024-2030/view>. Acessado: 26 jul. 2025i.

BRASIL. **Guia Prático de Elaboração de Plano Municipal de Saúde 2026-2029.** Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-pratico-de-elaboracao-de-plano-municipal-de-saude-2026-2029.pdf/view>. Acessado: 1 ago. 2025c.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. 13 jan. 2012a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acessado: 10 jan. 2026.

BRASIL. 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. 28 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acessado: 1 ago. 2025.

BRASIL. **Manual de Planejamento no SUS**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acessado: 24 mar. 2025.

BRASIL. **Manual do Usuário - DigiSUS Gestor: Módulo Planejamento**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/va52fSwXLuX4mrhJCKZiVs4D1KIENXermnOHHHTfo.pdf>. Acessado: 26 jul. 2025.

BRASIL. **Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problemas de Saúde Pública**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/pacto-nacional-tv-2022.pdf/view>. Acessado: 26 jul. 2025b.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf, [N.p.], p. 34, 2012b. Disponível em: <https://bibliotecadigital.gestao.gov.br/handle/123456789/387>. Acessado: 24 jan. 2026.

BRASIL. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 25 set. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acessado: 26 jul. 2025.

BRASIL. **Projeto de Fortalecimento da Gestão Municipal em Saúde no Estado de Santa Catarina**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_planos_municipais_saude_2026-2029.pdf. Acessado: 21 jul. 2025d.

BRASIL. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf. Acessado: 21 jul. 2025.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, [N.p.], vol. 31, p. 13–27, 12 set. 2013. DOI: 10.17533/UDEA.RFNSP.16637. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/20779752>. Acessado: 28 maio 2025.

BREILH, J. The social determination of health and the transformation of rights and ethics1: A meta-critical methodology for responsible and reparative science. **Global Public Health**, [N.p.], vol. 18, nº 1, 2 jan. 2023. DOI: 10.1080/17441692.2023.2193830. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17441692.2023.2193830>. Acessado: 28 maio 2025.

BUSE, K.; HAWKES, S. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? **Globalization and Health**, [N.p.], vol. 11, nº 1, p. 13, 21 dez. 2015. DOI:

10.1186/s12992-015-0098-8. Disponível em:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4389312/>. Acessado: 20 jan. 2026.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, [N.p.], vol. 17, nº 1, p. 77–93, 2007. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>.
 Acessado: 29 maio 2025.

CARDOSO, D. T.; MAGALHÃES, F. D. C.; ENK, M. J.; GEIGER, S. M.; BARBOSA, D. S. Challenges to Schistosomiasis Control Program in Brazil: setbacks in the control program and critical analysis of the disease notification. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [N.p.], vol. 57, p. e00409-2024, 2024. DOI: 10.1590/0037-8682-0598-2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11290847/>. Acessado: 23 jan. 2026.

CARVALHO, E. M. R. **Usos e “desusos” do planejamento: uma análise sobre Planos Municipais de Saúde**. 2014. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/17904/1/Diss%20MP%20Elisa%20Carvalho.%202014.pdf>. Acessado: 21 jul. 2025.

CHEN, W.; CHEN, Y.; CHENG, Z.; CHEN, Y.; LV, C.; MA, L.; ZHOU, N.; QIAN, J.; LIU, C.; LI, M.; GUO, X.; ZHU, Y. Global patterns of syphilis, gonococcal infection, typhoid fever, paratyphoid fever, diphtheria, pertussis, tetanus, and leprosy from 1990 to 2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. **Infectious Diseases of Poverty**, [N.p.], vol. 13, nº 1, 1 dez. 2024. DOI: 10.1186/S40249-024-01231-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39267116/>. Acessado: 22 jul. 2025.

CONNELL, Raewyn.; PEARSE, Rebecca. **Gender : in world perspective**. [N.p.]: Polity Press, 2015. 184 p.

CRUZ, C. da S. S.; DUPIM, S. L. M.; NASCIMENTO, A. L. D.; RIBEIRO, L. da C. C.; ROQUE, R. da S. Análise dos Planos Municipais de Saúde dos 33 municípios sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina no período de 2014 a 2017. **Revista Vozes dos Vales**, [N.p.], nº 12, 2017. Disponível em: <https://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2017/08/Cleya0208.pdf>. Acessado: 26 jul. 2025.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe**. Stockholm: Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier, 1991. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acessado: 29 maio 2025.

DE ALBUQUERQUE, M. V.; DE LIMA, L. D.; DE OLIVEIRA, R. A. D.; SCATENA, J. H. G.; MARTINELLI, N. L.; PEREIRA, A. M. M. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [N.p.], vol. 23, nº 10, p. 3151–3161, 1 out. 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182310.13032018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yH7nBfShn6BVnJKWQBtbQMp/?lang=pt>. Acessado: 2 fev. 2026.

DE SOUZA, N. K. M.; MACHADO, L. D. S.; ALVES, D. F.; FILHO, L. A. da S.; DA SILVA, V. M. Persistência temporal e espacial de casos de tuberculose nos municípios brasileiros entre 2001 e 2022. **Ciência & Saúde Coletiva**, [N.p.], vol. 30, nº 7, p. e15972023, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025307.15972023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/JpdGW4DCPM5VDjShNmYJ4kz/?format=html&lang=pt>.

Acessado: 23 jan. 2026.

EGLI-GANY, D.; AFTAB, W.; HAWKES, S.; ABU-RADDAD, L.; BUSE, K.; RABBANI, F.; LOW, N.; ONARHEIM, K. The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees: a systematic review of reviews. **East Mediterr Health Journal**, [N.p.], vol. 27, nº 12, p. 1203–1213, 2021. DOI:

10.26719/emhj.20.101. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7616978/>. Acessado: 29 maio 2025.

FITZPATRICK, C.; NWANKWO, U.; LENK, E.; DE VLAS, S. J.; BUNDY, D. A. P. An Investment Case for Ending Neglected Tropical Diseases. **Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 6): Major Infectious Diseases**, [N.p.], p. 411–431, 3 nov. 2017. DOI:

10.1596/978-1-4648-0524-0_CH17. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525199/>. Acessado: 24 mar. 2025.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Disponível em: http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_do_oprimido.pdf. Acessado: 28 maio 2025.

FRENK, J.; MOON, S. Governance Challenges in Global Health. **New England Journal of Medicine**, [N.p.], vol. 368, nº 10, p. 936–942, 7 mar. 2013. DOI: 10.1056/NEJMra1109339.

Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1109339>. Acessado: 20 jan. 2026.

GBD 2019 EUROPE HEPATITIS B & C COLLABORATORS. Hepatitis B and C in Europe: an update from the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet Public Health**, [N.p.], vol. 8, nº 9, p. e701–e716, 1 set. 2023. DOI: 10.1016/S2468-2667(23)00149-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37633679/>. Acessado: 24 jul. 2025.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, [N.p.], vol. 6, nº 2, p. 129–153, jun. 1990. DOI: 10.1590/S0102-311X1990000200003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/y9Jxy9qpphd6YGnMyJRYTyq/>. Acessado: 21 jul. 2025.

HILL, Michael.; HUPE, Peter. **Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice**. [N.p.]: SAGE, 2010. 232 p.

HOTEZ, P. J. Ten failings in global neglected tropical diseases control. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, [N.p.], vol. 11, nº 12, p. e0005896, 21 dez. 2017. DOI:

10.1371/JOURNAL.PNTD.0005896. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005896>. Acessado: 28 maio 2025.

HOTEZ, P. J.; DAMANIA, A.; NAGHAVI, M. Blue Marble Health and the Global Burden of Disease Study 2013. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, [N.p.], vol. 10, nº 10, p. e0004744,

27 out. 2016. DOI: 10.1371/JOURNAL.PNTD.0004744. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5082884/>. Acessado: 23 jan. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/apps/pgi/>. Acessado: 13 jul. 2025.

LEE, B. Y.; BACON, K. M.; BOTTAZZI, M. E.; HOTEZ, P. J. Global economic burden of Chagas disease: A computational simulation model. **The Lancet Infectious Diseases**, [N.p.], vol. 13, nº 4, p. 342–348, 1 abr. 2013. DOI: 10.1016/S1473-3099(13)70002-1. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(13\)70002-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(13)70002-1/fulltext). Acessado: 29 maio 2025.

LI, Q.; LI, Y. L.; GUO, S. Y.; LI, S. Z.; WANG, Q.; LIN, W. N.; ZHANG, L. J.; LI, S. Z.; ZHOU, X. N.; XU, J. Global trends of schistosomiasis burden from 1990 to 2021 across 204 countries and territories: Findings from GBD 2021 study. **Acta Tropica**, [N.p.], vol. 261, 1 jan. 2025. DOI: 10.1016/j.actatropica.2024.107504. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39675411/>. Acessado: 21 jul. 2025.

LIU, J. F.; CHEN, T. Y.; ZHAO, Y. R. Vertical transmission of hepatitis B virus: Propositions and future directions. **Chinese Medical Journal**, [N.p.], vol. 134, nº 23, p. 2825–2831, 5 dez. 2021. DOI: 10.1097/CM9.0000000000001800. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34636774/>. Acessado: 24 jul. 2025.

LUNA, E. J. de A.; CAMPOS, S. R. de S. L. da C. O desenvolvimento de vacinas contra as doenças tropicais negligenciadas. **Cadernos de Saúde Pública**, [N.p.], vol. 36, p. e00215720, 20 nov. 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00215720. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QvswzdJsgBJSkrdDfdcTZhK/?lang=pt>. Acessado: 28 maio 2025.

MACHADO, H. M. B.; SILVA, N. S. da; SILVA, N. S. da; SOUZA, C. B. V. de; WANDEMBERG, L. C. L.; SOUZA, L. R. V. J.; GONDIM, D. A. D. DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO SAÚDE DOENÇA DA POPULAÇÃO. **Revista Contemporânea**, [N.p.], vol. 3, nº 6, p. 6086–6102, 21 jun. 2023. DOI: 10.56083/RCV3N6-073. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/982>. Acessado: 29 maio 2025.

MACIEL, A. M. S.; FERREIRA, A. F.; DE ALMEIDA, N. M. G. S.; MACIEL, M. M. S.; SILVA, T. L.; ARAÚJO, M. C.; NETO, R. da J. P.; RAMOS, A. N. Trachoma-associated morbidity and mortality in Brazil: an ecological study focusing on hospitalization and mortality data, 2000–2022. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [N.p.], vol. 57, 2024. DOI: 10.1590/0037-8682-0158-2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39230161/>. Acessado: 23 jul. 2025.

MARMOT, M.; ALLEN, J.; BELL, R.; BLOOMER, E.; GOLDBLATT, P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. **The Lancet**, [N.p.], vol. 380, nº 9846, p. 1011–1029, set. 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22964159/>. Acessado: 20 jan. 2026.

MARMOT, Michael. **The status syndrome : how social standing affects our health and longevity.** [N.p.]: Henry Holt, 2004. 319 p.

MARTINS-MELO, F. R.; CARNEIRO, M.; RAMOS, A. N.; HEUKELBACH, J.; RIBEIRO, A. L. P.; WERNECK, G. L. The burden of Neglected Tropical Diseases in Brazil, 1990-2016: A subnational analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, [N.p.], vol. 12, nº 6, p. e0006559, 1 jun. 2018. DOI: 10.1371/JOURNAL.PNTD.0006559. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006559>. Acessado: 24 mar. 2025.

MARTINS-MELO, F. R.; CASTRO, M. C.; WERNECK, G. L. Levels and trends in Chagas disease-related mortality in Brazil, 2000–2019. **Acta Tropica**, [N.p.], vol. 220, p. 105948, 1 ago. 2021. DOI: 10.1016/J.ACTATROPICA.2021.105948. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001706X21001273?via%3Dihub>. Acessado: 29 maio 2025.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo: tomo I.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), [S.d.]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/16296>. Acessado: 14 abr. 2025.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [N.p.], vol. 31, nº 2, 21 jun. 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.7839. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/7839>. Acessado: 20 jan. 2026.

MILLS, R. M. Chagas Disease: Epidemiology and Barriers to Treatment. **American Journal of Medicine**, [N.p.], vol. 133, nº 11, p. 1262–1265, 1 nov. 2020. DOI: 10.1016/j.amjmed.2020.05.022. Disponível em: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(20\)30520-9/abstract](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(20)30520-9/abstract). Acessado: 29 maio 2025.

MSHANA, M. I.; SILVESTRI, V.; MUSHI, V.; BONAVENTURA, W. M.; TARIMO, D.; NGASALA, B.; GASARASI, D. B. Burden and factors associated with onchocerciasis transmission among school-aged children after more than 20 years of Community Directed Treatment with Ivermectin in Ulanga district, Tanzania: A school-based cross-sectional study. **PLOS Global Public Health**, [N.p.], vol. 3, nº 5, p. e0001919, 1 maio 2023. DOI: 10.1371/JOURNAL.PGPH.0001919. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10180657/>. Acessado: 23 jul. 2025.

OCHOLA, E. A.; KARANJA, D. M. S.; ELLIOTT, S. J. The impact of neglected tropical diseases (Ntds) on health and wellbeing in sub-saharan africa (ssa): A case study of Kenya. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, [N.p.], vol. 15, nº 2, p. 1–19, 1 fev. 2021. DOI: 10.1371/JOURNAL.PNTD.0009131. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33571200/>. Acessado: 28 maio 2025.

OECD. **Health in the 21st Century.** Paris: OECD Publishing, 21 nov. 2019. DOI: 10.1787/e3b23f8e-en. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/health-in-the-21st-century_e3b23f8e-en.html. Acessado: 20 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acessado: 9 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na Região.** [N.p.]: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49172>. Acessado: 29 maio 2025.

PINHEIRO, M. C. C.; FERREIRA, A. F.; SILVA FILHO, J. D. da; LIMA, M. da S.; MARTINS-MELO, F. R.; BEZERRA, F. S. M.; SOUSA, M. S.; RAMOS, A. N. Burden of schistosomiasis-related mortality in Brazil: epidemiological patterns and spatial-temporal distribution, 2003–2018. **Tropical Medicine and International Health**, [N.p.], vol. 25, nº 11, p. 1395–1407, 1 nov. 2020. DOI: 10.1111/TMI.13483. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32881312/>. Acessado: 21 jul. 2025.

PIOLA, S. F.; PAIVA, A. B. de; SÁ, E. B. de; SERVO, L. M. S. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo.** [N.p.]: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1580>. Acessado: 20 jan. 2026.

PROFSAÚDE. **Orientações para Trabalhos de Conclusão de Mestrado.** Rio de Janeiro: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/orientacoes_para_trabalhos_de_conclusao_de_mestrado_1.pdf_1.pdf. Acessado: 25 jul. 2025.

SALMASO, S. Editorial: Insights in public health policy: 2022. **Frontiers in public health**, [N.p.], vol. 11, 2023. DOI: 10.3389/FPUBH.2023.1227503. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37593723/>. Acessado: 23 jan. 2026.

SALOMÈ, S.; CAMBRIGLIA, M. D.; MONTESANO, G.; CAPASSO, L.; RAIMONDI, F. Congenital Syphilis: A Re-Emerging but Preventable Infection. **Pathogens**, [N.p.], vol. 13, nº 6, 1 jun. 2024. DOI: 10.3390/PATHOGENS13060481. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38921779/>. Acessado: 24 jul. 2025.

SALTMAN, R. B. ; BANKAUSKAITE, Vaida.; VRANGBÆK, Karsten. **Decentralization in health care : strategies and outcomes.** [N.p.]: McGraw Hill : Open University Press, 2007. 298 p. Disponível em: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/decentralization-in-health-care-strategies-and-outcomes>. Acessado: 20 jan. 2026.

SANTOS, F. L. N.; DA COSTA, V. M.; E SILVA, R. A. Chagas disease in Brazil: new challenges and perspectives for old problems. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, [N.p.], vol. 120, p. e240279, 2025. DOI: 10.1590/0074-02760240279. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12274067/>. Acessado: 23 jan. 2026.

SANTOS, M. C. S.; HELLER, L. Esquistossomose, geo-helminthíases e condições sanitárias na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [N.p.], vol. 47, p. e111, 2023. DOI: 10.26633/RPSP.2023.111. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10441557/>. Acessado: 23 jul. 2025.

SARABI ASIABAR, A.; JABBARI, A.; REZAPOUR, A.; JABBARI KHANBEBIN, M.; ATAFIMANESH, P.; MAZAHERI, E.; HADIAN, M. Policy and Executive Barriers in Preventing and Eradicating Neglected Tropical Diseases: A Systematic Review.

International journal of preventive medicine, [N.p.], vol. 15, p. 49, 2024. DOI: 10.4103/IJPVM.IJPVM_251_23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39539573/>. Acessado: 6 abr. 2025.

SERVIÁN, A.; GARIMANO, N.; SANTINI, M. S. Systematic review and meta-analysis of soil-transmitted helminth infections in South America (2000–2024). **Acta Tropica**, [N.p.], vol. 260, 1 dez. 2024. DOI: 10.1016/j.actatropica.2024.107400. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39265755/>. Acessado: 23 jul. 2025.

SEVALHO, G. Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. **Cadernos de Saúde Pública**, [N.p.], vol. 40, nº 12, p. e00035724, 7 fev. 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT035724. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qNSSZQD7Rnn4SWYm8HbFp5Q/?lang=pt>. Acessado: 28 maio 2025.

SHALINI; JHA, R. P.; DHAMNETIYA, D.; BHATTACHARYYA, K.; MEHRA, A. Secular trends in leprosy burden: Comparative insights from India and Brazil in the last three decades using the Global Burden of Disease study data. **Leprosy Review**, [N.p.], vol. 95, nº 4, p. 0–0, 1 dez. 2024. <https://doi.org/10.47276/LR.95.4.2024067>. Acessado: 22 jul. 2025.

SHEN, L.; DING, J.; WANG, Y.; FAN, W.; FENG, X.; LIU, K.; QIN, X.; SHAO, Z.; LI, R. Spatial–temporal trends in leprosy burden and its associations with socioeconomic and physical geographic factors: results from the Global Burden of Disease Study 2019. **Public Health**, [N.p.], vol. 230, p. 172–182, 1 maio 2024. DOI: 10.1016/j.puhe.2024.03.005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38560955/>. Acessado: 22 jul. 2025.

SODER, R. M.; MACHADO, G. F.; DE CARLI, P. Os planos municipais de saúde como ferramenta de gestão e planejamento: um levantamento bibliométrico a respeito da produção acadêmica / Municipal health plans as a management and planning tool: a bibliometric survey about academic production. **Brazilian Journal of Health Review**, [N.p.], vol. 5, nº 4, p. 12340–12352, 6 jul. 2022. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-032>.

SOUSA, A. S.; VERMEIJ, D.; RAMOS, A. N.; LUQUETTI, A. O. Chagas disease. **The Lancet**, [N.p.], vol. 403, nº 10422, p. 203–218, 13 jan. 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)01787-7. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01787-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01787-7/fulltext). Acessado: 29 maio 2025.

SPINK, P. K. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, M. J. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 123–151.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**. 1. ed. São Paulo: Editora Fundação Petrópolis, 1998. Disponível em: <https://colecões.abcd.usp.br/fsp/files/original/56afd7bd8a246b33b21ec8d839021f46.pdf>. Acessado: 21 jul. 2025.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q.; ROCHA, M. N. D.; SARA CRISTINA CARVALHO CERQUEIRA; JESUS, W. L. A. de. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. [N.p.]: Edufba, 2010. 33–50 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6719>. Acessado: 28 maio 2025.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1654217?v=pdf>. Acessado: 20 jan. 2026.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **UNAIDS GLOBAL AIDS UPDATE 2025**. Geneva: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf. Acessado: 23 jul. 2025.

VALCARCEL, B.; ENRIQUEZ-VERA, D.; DE-LA-CRUZ-KU, G.; CHAMBERGO-MICHILOT, D.; CALDERÓN-HUAYCOCHEA, H.; MALPICA, L. Epidemiological Features and Outcomes of HTLV-1 Carriers Diagnosed With Cancer: A Retrospective Cohort Study in an Endemic Country. **JCO Global Oncology**, [N.p.], vol. 9, nº 9, p. e2200369, mar. 2023. DOI: 10.1200/GO.22.00369. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10497290/>. Acessado: 24 jul. 2025.

VARO, R.; CHACCOUR, C.; BASSAT, Q. Update on malaria. **Medicina Clinica**, [N.p.], vol. 155, nº 9, p. 395–402, 13 nov. 2020. DOI: 10.1016/j.medcli.2020.05.010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32620355/>. Acessado: 23 jul. 2025.

VIEIRA, B. A.; BIDINOTTO, A. B.; DARTORA, W. J.; PEDROTTI, L. G.; OLIVEIRA, V. M.; WENLAND, E. M. Prevalence of human T-lymphotropic virus type 1 and 2 (HTLV-1/-2) infection in pregnant women in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Scientific Reports**, [N.p.], vol. 11, nº 1, 1 dez. 2021. DOI: 10.1038/S41598-021-94934-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34321555/>. Acessado: 24 jul. 2025.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [N.p.], vol. 14, nº SUPPL. 1, p. 1565–1577, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000800030. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pj3ftm7jy6K7sGXpcHxghXs/?lang=pt>. Acessado: 24 mar. 2025.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, [N.p.], vol. 25, nº 3, p. 535–549, 1 jul. 2016. DOI: 10.1590/S0104-129020162610. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=html&lang=pt>. Acessado: 24 jan. 2026.

WORLD BANK. **Improving Health Service Delivery in Developing Countries**. Washington: The World Bank, 19 maio 2009. DOI: 10.1596/978-0-8213-7888-5. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/dc906a38-ba3d-5a8a-834c-89ad949389fd>. Acessado: 20 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health : debates, policy & practice, case studies**. Geneva: World Health Organization, 2010. 75 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>. Acessado: 20 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Brasil elimina a filariose linfática como problema de saúde pública. 1 out. 2024a. Disponível em: <https://www.who.int/pt/news/item/01-10-2024-brazil-eliminates-lymphatic-filariasis-as-a-public-health-problem>. Acessado: 29 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health**. Geneva: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>. Acessado: 24 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Control of Neglected Tropical Diseases - Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. 2025a. Disponível em: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/lymphatic-filariasis/global-programme-to-eliminate-lymphatic-filariasis>. Acessado: 25 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ending the Neglect to Attain the Sustainable Development Goals : A Road Map for Neglected Tropical Diseases 2021-2030. [N.p.], p. 196, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>. Acessado: 14 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody's business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action**. [N.p.]: World Health Organization, 2007. 44 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business---strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>. Acessado: 20 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Sector Strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030**. Geneva: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360348/9789240053779-eng.pdf>. Acessado: 25 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy (Hansen disease) update, 2023: Elimination of leprosy disease is possible – Time to act! **Weekly epidemiological record**, Geneva, nº 37, p. 501–521, 12 set. 2024b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9937-501-521>. Acessado: 22 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on neglected tropical diseases 2024**. Geneva: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091535>. Acessado: 23 abr. 2025c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global technical strategy for malaria 2016-2030, 2021 update**. Geneva: [S.n.], [[S.d.]]. 40 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031357>. Acessado: 25 jul. 2025a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2024**. Geneva: [S.n.], [[S.d.]]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379339/9789240101531-eng.pdf>. Acessado: 13 jul. 2025d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health systems governance for universal health coverage action plan: department of health systems governance and financing**. Geneva:

[*S.n.*], [*S.d.*]]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSS-HSF-2014.01>. Acessado: 20 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hepatitis. 2025b. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/hepatitis>. Acessado: 24 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Information sheet: HIV statistics, globally and by WHO region, 202**. Geneva: [*S.n.*], [*S.d.*]]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/who-ias-hiv-statistics_2025-new.pdf. Acessado: 23 jul. 2025c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Lymphatic filariasis. 21 nov. 2024e. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lymphatic-filariasis>. Acessado: 29 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Malaria. 11 dez. 2024f. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>. Acessado: 23 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Neglected tropical diseases: questions and answers. 8 jan. 2025d. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/neglected-tropical-diseases>. Acessado: 23 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Onchocerciasis. 29 jan. 2025e. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/onchocerciasis>. Acessado: 23 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Social determinants of health: Key concepts. 7 maio 2013. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/social-determinants-of-health-key-concepts>. Acessado: 29 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Soil-transmitted helminth infections. 18 jan. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>. Acessado: 23 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The End TB Strategy**. Geneva: [*S.n.*], [*S.d.*]]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331326/WHO-HTM-TB-2015.19-eng.pdf>. Acessado: 25 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards zero leprosy Global Leprosy (Hansen's disease) Strategy 2021-2030**. Geneva: [*S.n.*], [*S.d.*]]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290228509>. Acessado: 25 jul. 2025b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trachoma**. Geneva: [*S.n.*], [*S.d.*]]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/trachoma>. Acessado: 23 jul. 2025f.

YANG, H.; RUAN, X.; LI, W.; XIONG, J.; ZHENG, Y. Global, regional, and national burden of tuberculosis and attributable risk factors for 204 countries and territories, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases 2021 study. **BMC Public Health**, [*N.p.*], vol. 24, nº 1, 1 dez. 2024. DOI: 10.1186/S12889-024-20664-W. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39529028/>. Acessado: 22 jul. 2025.

YU, W.; YOU, X.; LUO, W. Global, regional, and national burden of syphilis, 1990–2021 and predictions by Bayesian age-period-cohort analysis: a systematic analysis for the global burden of disease study 2021. **Frontiers in Medicine**, [N.p.], vol. 11, 2024. DOI: 10.3389/FMED.2024.1448841/PDF. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39211337/>. Acessado: 24 jul. 2025.

APÊNDICE A – Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária com ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente

**PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO (*LATO SENSU* / RES. CNE/CES Nº 01/2001)**

**PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA, COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
APLICADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DAS
DOENÇAS DETERMINADAS SOCIALMENTE**

PETROLINA

**2026
Reitor**

Télio Nobre Leite

Vice-Reitora

Lucia Marisy Souza Ribeiro de Oliveira

Pró-reitor de Ensino

Marcelo Silva de Souza Ribeiro

Pró-reitora de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

Maria Helena Tavares de Matos

Pró-reitor de Assistência Estudantil

Clébio Pereira Ferreira

Pró-reitora de Extensão

Michelle Christini Araújo

Pró-reitora de Gestão de Pessoas

Kilma Carneiro da Silva Matos

Pró-reitora de Planejamento e Desenvolvimento Institucional

Margareth Pereira Andrade

Pró-reitor de Gestão e Orçamento

Francisco Alves Pinheiro

Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com área de concentração em epidemiologia aplicada à atenção primária com ênfase no enfrentamento das doenças determinadas socialmente

Carlos Dornels Freire de Souza

Vice-Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com área de concentração em epidemiologia aplicada à atenção primária com ênfase no enfrentamento das doenças determinadas socialmente

Davi Rios do Nascimento

APRESENTAÇÃO/FUNDAMENTAÇÃO

O conceito de saúde tem passado por amplas mudanças, tanto de ordem teórica quanto prática, refletindo as transformações pelas quais a sociedade tem passado. Incorpora no seu bojo a ideia de que o processo saúde-doença é um produto social; portanto, determinado pelos múltiplos arranjos sociais. O risco de adoecimento é, desse modo, determinado pela posição ocupada pelos sujeitos na tessitura social.

A luta pela democratização da saúde não é recente. Na década de 1970, juntamente com a luta pela redemocratização política do país, emergiu o movimento de *Reforma Sanitária*, com a finalidade precípua de lutar para a concretização da saúde como um direito individual, cuja concretização é fundamental para a redução das desigualdades brasileiras e a superação das mazelas sociais. Como resultado dessa dupla luta, teve fim a ditadura militar e a incorporação da saúde no texto constitucional- *rol de direitos e garantias fundamentais*, conforme expresso no art 6º da Carta Magna brasileira: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (grifo nosso) (CF/88).

Não bastava instituir como um direito social, fazia-se necessário proteger tais direitos, impedindo qualquer tendência a abolição, razão pelas quais foram petrificados, nos termos do art. 60, § 4º, o qual impede que seja objeto de deliberação a qualquer proposta de emenda tendente a abolir os direitos e garantias fundamentais.

Como se não bastasse, a CF/88, ao situar a saúde como um dos tripés da seguridade social – ao lado da previdência e da assistência– dedicou a seção II do capítulo II (da seguridade social) exclusivamente para o tema saúde os artigos 196 ao 200. Ao declarar que “A *saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (Art. 196) (grifo nosso), o constituinte demonstra – *para além de direito de todos e dever do Estado*–, que a saúde é um produto social, determinado, como já dito anteriormente, pela conjuntura social.

No art. 197 está expressa a relevância das ações de saúde e do papel do Estado na sua materialização. Assegura o dispositivo “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

Mais adiante, no artigo 198, são estabelecidas três diretrizes que devem ser obedecidas na oferta dessas ações de saúde: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Nota-se aqui a importância dada pelo constituinte para as ações preventivas. Ademais, são princípios doutrinários/filosóficos o trinômio “*Universalidade-Equidade-integralidade*”.

No dispositivo seguinte, art. 199, garante-se à iniciativa privada a liberdade de ofertar assistência à saúde. No entanto, sua participação no âmbito do SUS é complementar, o que reforça o papel do poder público na efetivação desse direito social. No art. 200, são estabelecidas as competências do SUS: “*I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho*”.

No texto supracitado está expressa a multidimensionalidade do *fazer saúde*, já que incorpora uma série de determinantes e condicionantes sociais. Os incisos IV e VIII expressam a importância do saneamento e do meio ambiente, por exemplo, na construção de práticas de saúde pública no país. O saneamento expressa-se como ação que contribui para saúde da população.

Pertinente salientar que posterior ao texto constitucional, em 1990, foram promulgadas as Leis 8.080/90 e 8.142/90, consideradas as Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde- SUS (LOS), cuja responsabilidade é de materializar as ideias inseridas na constituição de 1988. O arquétipo do SUS constitucional está assentado nos princípios filosóficos da Equidade (em simples conceituação definido como justiça social), da Integralidade e da Universalidade.

Para além do texto constitucional, a lei 8.080/90 reconhece que o processo saúde-doença é determinado pelos pontos de inserção dos *sujeitos* na tessitura social. Portanto, não pode ser pensada meramente numa perspectiva biológica, mas como um resultado de toda uma conjuntura sócio-histórica, que por natureza, é *dinâmica, complexa e polissêmica*.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Art 3º, Lei 8080/90) (grifo nosso).

É nesse *imo* de compreensão que emerge a necessidade de, a partir binômio *reflexão-ação*, aprimorar as práticas de saúde no Brasil, considerando a saúde humana com a amplitude devida, a qual, como já amplamente debatida anteriormente, materializa-se *na e para* a sociedade. O olhar para a saúde implica em olhar para o ambiente no qual as relações sociais ganham *corpo e movimento*.

É nesse cenário que emerge a necessidade de refletir sobre um conjunto de doenças – as chamadas “doenças determinadas socialmente”. Em sentido genérico, são doenças que se expressam em populações mais pobres do globo, sobretudo na Ásia, África e América Latina (WHO, 2021). Não somente prevalecem em condições de vulnerabilidade social, mas que também atuam potencializando as desigualdades sociais (WHO, 2010).

Em conjunto, essas doenças são responsáveis por causar entre 500 mil e 1 milhão de mortes, mesmo muitas possuindo protocolos terapêuticos bem definidos. No Brasil, as doenças determinadas socialmente mais relevantes são: 1. Doença de Chagas; 2. Esquistossomose; 3. Filariose; 4. Geo-helmintíase; 5. Hanseníase; 6. Hepatites virais; 7. Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); 8. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); 9. Vírus linfotrófico de células T humanas (HTLV); 10. Malária; 11. Oncocercose; 12. Sífilis; 13. Tracoma; 14. Tuberculose. HTLV, sífilis, hepatite B e HIV serão consideradas somente como infecções de transmissão vertical a eliminar enquanto problema de saúde pública.

Em 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o documento “Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030” (WHO, 2021). Nesse mesmo ano (2021), foi realizado no Brasil o 6º Encontro do Fórum Social Brasileiro para o Enfrentamento de Doenças Infecciosas e Negligenciadas com tema “O Brasil de ontem, de hoje e de amanhã para as populações negligenciadas: enfrentamento às desigualdades e ao abismo social” (FÓRUM SOCIAL BRASILEIRO PARA ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E NEGLIGENCIADAS, 2021). Os esforços brasileiros tornaram-se ainda mais evidentes com a criação do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente - CIEDDS instituído em abril de 2023 com a finalidade “de promover ações que contribuam para a

eliminação da tuberculose e de outras doenças determinadas socialmente enquanto problemas de saúde pública no país até 2030” (BRASIL, 2023).

Em 2024, foi instituído pelo Governo Federal o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, com o objetivo de enfrentar os problemas socioambientais que impactam de forma mais intensa as populações em situação de vulnerabilidade social. O programa articula ações intersetoriais voltadas à promoção da equidade em saúde, por meio da prevenção e eliminação de agravos historicamente negligenciados (Brasil, 2024).

Entre suas diretrizes, o Programa define um conjunto de Doenças Determinadas Socialmente (DDS), reconhecidas por sua íntima relação com condições precárias de vida e acesso desigual aos serviços de saúde. São elas: Doença de Chagas, Esquistossomose, Filariose linfática, Geo-helminthíases, Malária, Oncocercose, Tracoma, Tuberculose, Aids, Hepatites e Hanseníase. Além de cinco infecções de transmissão vertical consideradas prioritárias para eliminação como problema de saúde pública: Doença de Chagas, Hepatite B, HIV, HTLV e Sífilis (Brasil, 2025).

Para operacionalizar as metas propostas, o programa selecionou 175 municípios brasileiros com alta carga de duas ou mais dessas doenças, considerados prioritários para a implantação de estratégias de vigilância, cuidado e gestão voltadas à eliminação desses agravos até 2030 (Brasil, 2025). Essa priorização territorial reforça a necessidade de formação de profissionais qualificados e comprometidos com o enfrentamento das iniquidades que estruturam o adoecimento nessas regiões.

A Atenção Primária à Saúde, ordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial do SUS, constitui o locus privilegiado para o enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente, por articular a vigilância em saúde com práticas de promoção, prevenção, cuidado e gestão territorial. A APS possibilita a integração de saberes e práticas interprofissionais e o diálogo direto com as comunidades, sendo, portanto, fundamental para a qualificação dos profissionais e para a efetividade das políticas públicas de saúde.

É esse o nascedouro do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com área de concentração em epidemiologia aplicada à atenção primária com ênfase no enfrentamento das doenças determinadas socialmente. Um curso com o objetivo precípuo de formar recursos humanos em áreas prioritárias do Brasil para atuação no processo de enfrentamento às doenças determinadas socialmente. O curso tem como referência a Atenção Primária à Saúde, reconhecendo-a como espaço privilegiado de produção de cuidado e de enfrentamento das iniquidades sociais em saúde, onde se expressam de forma mais evidente as Doenças Determinadas Socialmente.

Necessário salientar que a formação profissional enseja mudanças nos paradigmas que norteiam o pensamento humano, na sua capacidade crítica da realidade e do poder transformador do conhecimento. Não obstante, as competências e habilidades científicas/investigativas são relevantes para a mudança da *práxis*, interesse maior de qualquer ação curso ou projeto de formação de recursos humanos. Ademais, o presente curso pautar-se-á pelo princípio da construção do conhecimento com base na ciência e seus paradigmas, fomentando a atuação baseada nas melhores evidências disponíveis.

Para que isto aconteça de forma potencializada, é imprescindível qualificação do quadro técnico dos municípios e estados, unificando e parametrizando o desenvolvimento e impacto de ações planejadas e de suas formas de gestão enquanto estratégia de resposta às expressões e manifestações da questão social. Assim se faz necessário criar oportunidades e espaços que sejam criativos, críticos, reflexivos e propositivos no sentido de se conceber um profissional capaz de superar o paradigma da mera execução de programas e projetos sociais para que seja um profissional inovador, planejador, coordenador e gestor de uma política capaz de fazer a diferença no contexto socioambiental.

Neste sentido, esta proposta vem com o intuito de ampliar a massa crítico-analítica de forma regionalizada, contemplando estes profissionais que atuam no campo do saneamento e da saúde ambiental de diversas áreas de conhecimento que vêm atuando a conjuntura social, política e institucional, cujas intervenções técnico-instrumentais possam traduzir-se em atuações competentes e coerentes com às necessidades das populações que se colocam como mandatárias dessas políticas públicas.

Esta proposta de curso está diretamente articulada aos esforços nacionais para o enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente (DDS), em consonância com as diretrizes do Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar, e com os objetivos estratégicos do Comitê Interministerial para Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS).

O curso tem como base teórico-metodológica a determinação social da saúde, alinhando-se também ao processo de formação em saúde da família e atenção primária, representado institucionalmente pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde), ofertado em rede nacional pela Fiocruz em parceria com a UNIVASF. Assim, a iniciativa busca fortalecer a qualificação dos profissionais que atuam nas redes de cuidado em territórios vulnerabilizados, promovendo a integração entre a vigilância, a assistência e a gestão com base em evidências epidemiológicas, sociais e ambientais. Ao valorizar a realidade dos territórios da Atenção Primária, a proposta também assegura que o conhecimento produzido

seja transformado em ações concretas de intervenção, impactando diretamente a gestão, a vigilância e a atenção em saúde

IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

2.1. Nome do curso: Curso de especialização em saúde coletiva, com área de concentração em epidemiologia aplicada à atenção primária com ênfase no enfrentamento das doenças determinadas socialmente.

2.2. Modalidade: Educação a Distância (EAD), com atividades síncronas e assíncronas por meio de Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

2.3. Unidade Proponente/executora (Setor/Colegiado): Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (ProfSaúde/UNIVASF). Campus Sede – Avenida José de Sá Maniçoba, s/n, Centro, Petrolina – PE, CEP 56304-917.

2.4. Regime Acadêmico: Modular, com prazo mínimo de integralização de 15 meses e máximo de 18 meses.

2.5. Instituições parceiras: 1- Ministério da Saúde do Brasil, Chamada CNPq/DECIT/MS Nº31/2024; Processo: 442199/2024-4. Valor R\$ 299.360,00; 2-Fiocruz (Através do Programa de pós-graduação em Saúde da Família- ProfSaúde).

2.6. Local de realização: Curso 100% EAD. As atividades de coordenação pedagógica, técnica e monitoramento ocorrerão no Observatório de Análise Situacional em Saúde (OASIS), vinculado à UNIVASF. Será utilizada a plataforma de educação à distância do Programa de pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

2.7. Horário de funcionamento: O curso no formato à distância, com horário de estudos seguindo as características do modelo adotado

2.8. Público-alvo: Profissionais graduados que atuam em setores relacionados ao enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente nas diferentes esferas de governo.

2.9. Código e Área do Conhecimento segundo tabela CNPq: Grande área: 4.00.00.00-1 Ciências da Saúde; Área de conhecimento: 4.06.00.00-9 Saúde Coletiva; Subárea do conhecimento: 4.06.02.00-5 Epidemiologia.

2.10. Coordenação:

- **Coordenador:** Carlos Dornels Freire de Souza – Mat. SIAPE 1077694
Fisioterapeuta, sanitarista e epidemiologista. Doutor em Saúde Pública (Fiocruz) e mestre em Planejamento Territorial (UEFS), com diversas especializações nas áreas de saúde coletiva, análise de situação de saúde e metodologias de ensino. Professor do curso de Medicina da UNIVASF e coordenador institucional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde). Atua nos Programas de Pós-Graduação da UNIVASF

e como responsável nacional pela disciplina de Sistemas de Informação em Saúde do ProfSaúde. Idealizador do Observatório OASIS e bolsista de produtividade do CNPq.

- **Vice-coordenador:** Davi Rios do Nascimento – Mat. 200474551

Médico, com residência médica em Medicina de Família e Comunidade pela UNIVASF e mestrando em Saúde da Família pela mesma instituição. Atua como preceptor do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade da UNIVASF, supervisor do Programa Mais Médicos para o Brasil e médico da Estratégia de Saúde da Família em Petrolina-PE. Integra o Grupo de Pesquisa em Doenças Infecciosas e Negligenciadas (GPDIN) e o Projeto OASIS – Observatório de Análise Situacional em Saúde.

2.11. Carga horária: Total de 420 horas, sendo 375 horas distribuídas em 13 trilhas de aprendizagem e 45 horas destinadas ao desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

2.12. Vagas: Serão ofertadas 210 vagas para profissionais de saúde, distribuídas entre as esferas da seguinte maneira:

- Uma vaga para servidores de cada Secretaria Municipal de Saúde dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável: 175 vagas;
- Uma vaga para servidores de cada Secretaria Estadual de Saúde: 27 vagas;
- Oito vagas para servidores federais das secretarias e ministérios que integram o CIEDDS.

2.13. Período de realização: agosto de 2026 a dezembro de 2027 (previsão), com emissão de certificados até junho de 2028. Período Mínimo de Integralização: 12 meses | Período Máximo de Integralização: 15 meses.

2.14. Critérios de Seleção: Regulados por edital específico, com observância às normas da UNIVASF, da SED/UNA-SUS e da política de ações afirmativas conforme a Resolução nº 24/2019 da UNIVASF.

2.15. Modalidade de Financiamento: Chamada CNPq/DECIT/MS N°31/2024; Processo: 442199/2024-4. Valor R\$ 299.360,00

OBJETIVOS

Formar profissionais capazes de atuar de maneira crítica e inovadora no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde por meio de práticas de cuidado integrais e baseadas em evidências (eixo atenção), desenvolvendo competências para o planejamento, monitoramento e gestão intersetorial das políticas e serviços de saúde (eixo gestão), e promovendo a educação em saúde, a produção do conhecimento e a disseminação de práticas voltadas à equidade, justiça social e cidadania (eixo educação).

- Desenvolver competências para a atuação qualificada de profissionais de saúde na Atenção Primária, com foco no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente (DDS).
- Estimular a aplicação do raciocínio epidemiológico na prática clínica e comunitária, favorecendo a identificação de vulnerabilidades, a organização da rede de cuidado e a implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde.
- Fomentar a construção de projetos de intervenção voltados à melhoria da qualidade da atenção em saúde nos territórios prioritários.
- Capacitar profissionais para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas, programas e serviços de saúde relacionados às DDS.
- Desenvolver habilidades de análise crítica de indicadores epidemiológicos e uso de sistemas de informação em saúde, com vistas à gestão baseada em evidências.
- Promover a formação de profissionais capazes de atuar na gestão intersetorial, integrando vigilância, assistência e promoção da saúde.
- Estimular a reflexão crítica sobre justiça social, equidade e cidadania na formulação de políticas e práticas de saúde.
- Desenvolver competências pedagógicas e comunicacionais para a educação em saúde e formação de equipes interprofissionais.
- Incentivar a produção e disseminação do conhecimento científico e técnico sobre DDS, fortalecendo o protagonismo local e a integração com redes acadêmicas e de serviços.

CARGA HORÁRIA DO CURSO E DISCIPLINAS

O curso tem carga horária de 420 (Quatrocentas e vinte) h/a, sendo 375h distribuídas em 13 módulos sequenciais e 45h para o TCC.

4.1. Quadro síntese de disciplinas

Ordem	Módulos	Carga Horária
1	Introdução ao ambiente virtual de aprendizagem	15h
2	Políticas de saúde no Brasil, Organização do SUS e Atenção Primária à Saúde	30h
3	Justiça social, saúde e cidadania	30h
4	Determinação Social da Saúde	30h
5	Epidemiologia Aplicada ao Enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente	30h
6	Introdução à Análise de Situação de Saúde	30h
7	Avaliação e monitoramento de indicadores epidemiológicos	30h
8	Princípio da análise de dados em saúde	30h
9	Vigilância e Sistemas de Informação em Saúde	30h
10	Promoção, comunicação e educação em saúde na APS	30h
11	Planejamento, gestão e tomada de decisão em saúde	30h
12	Ética profissional e trabalho interprofissional na APS	30h
13	Produção do conhecimento em Saúde	30h
14	Trabalho de Conclusão de Curso - Projeto de intervenção na APS	45h
Carga Horária total		420h

4.2. Ementas

Nome da disciplina	1- Introdução ao ambiente virtual de aprendizagem
Carga Horária Total	15 h/a
Docente coordenador	
Ementa	O módulo tem como objetivo apresentar o Ambiente Virtual de Aprendizagem, seus usos e potencialidades. Ao final, espera-se que o especializando seja capaz de manusear todas as ferramentas disponíveis no AVA, de modo a permitir o aproveitamento integral da plataforma.
Metodologia de ensino	As atividades serão realizadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Serão disponibilizados exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros.
Referências	BÁSICAS: FERNANDES, G.F.G. (Org.). Ensino: tecnologias e práticas pedagógicas. Ponta Grossa, PR: Atena, 2022. PDF. Requisitos

de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia. ISBN 978-65-258-0288-6. DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.886220308>

.
BIEGING, P.; BUSARELLO, R. I. (org.). Interatividade nas TICs: abordagens sobre mídias digitais e aprendizagem. São Paulo: Pimenta Cultural, 2014. 253 p.

LEITE, B. S. (org.). Tecnologias digitais na educação: da formação à aplicação. 1. ed. [S. l.]: LF Editorial, 2022. 478 p. ISBN 978-6555631586.

DOGAN, M. E.; GORU DOGAN, T.; BOZKURT, A. The use of artificial intelligence (AI) in online learning and distance education processes: a systematic review of empirical studies. *Applied Sciences*, [S. l.], v. 13, n. 5, p. 3056, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/app13053056>.

VASCONCELOS, C. R. D.; JESUS, A. L. P. de; SANTOS, C. de M. Ambiente virtual de aprendizagem (AVA) na educação a distância (EAD): um estudo sobre o Moodle. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 3, p. 15545–15557, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-433>.

COMPLEMENTARES:

DA SILVA MEYER, A. I. Ambientes virtuais de aprendizagem: conceitos e características. *Kiri-Kerê – Pesquisa em Ensino*, v. 1, n. 12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/krkr.v1i12.37409>.

WILLIAMSON, B.; EYNON, R.; POTTER, J. Pandemic politics, pedagogies and practices: digital technologies and distance education during the coronavirus emergency. *Learning, Media and Technology*, [S. l.], v. 45, n. 2, p. 107–114, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17439884.2020.1761641>.

GARLIŃSKA, M.; OSIAL, M.; PRONIEWSKA, K.; PREGOWSKA, A. The influence of emerging technologies on distance education. *Electronics*, [S. l.], v. 12, n. 7, p. 1550, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/electronics12071550>.

.
VIEIRA, T. T.; MAIA, L. C. G. Ontologias em ambientes virtuais de aprendizagem: revisão sistemática da literatura. *Ciência da Informação*, [S. l.], v. 48, n. 3, 2019. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/4604>.

Nome da disciplina	2- Políticas de saúde no Brasil, Organização do SUS e Atenção Primária à Saúde
Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	Fernanda Maria Araújo Ribeiro Sousa
Ementa	A disciplina tem como objetivo discutir a trajetória da política de saúde no Brasil, abordando sua história, conceitos gerais, funcionamento, princípios organizativos e doutrinários, principais leis e pactos, propondo uma análise crítica sobre os avanços, dificuldades e desafios para a implantação de um sistema único de saúde. Ao final, espera-se que o especializando seja capaz de compreender a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do SUS, enfatizando suas diretrizes, atributos, modelos de atenção, políticas indutoras e os desafios para a consolidação da atenção integral e resolutive no território.
Metodologia de ensino	As atividades serão realizadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Serão disponibilizados exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros.
Referências	<p>BÁSICAS</p> <p>BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 62 p. : il.</p> <p>SÁ, G. R. S.; NUNES, P. C.; OLIVEIRA, O. M. A.; GONDIM, G. M. M. Políticas públicas de saúde e a organização do SUS. In: SILVA, M. N.; FLAUZINO, R. F.; GONDIM, G. M. M. (eds.). Rede de frio: fundamentos para a compreensão do trabalho [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 51-82. ISBN 978-65-5708-091-7. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9786557080917.0004.</p> <p>Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011 May 21;377(9779):1778-97. doi:</p>

	<p>10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Epub 2011 May 9. PMID: 21561655.</p> <p>PRADO, Guilherme Augusto Souza; CAETANO, Maria Verônica Almeida. Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva: determinação, identidades e territorialidades. <i>Saúde em Debate</i>, v. 48, n. spe2, e8730, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-28982024E28730P. Acesso em: 21 ago. 2025.</p> <p>COMPLEMENTARES:</p> <p>SHIMIZU, H. E.; CARVALHO, A. L. B. de; BRÊTAS JÚNIOR, N.; CAPUCCI, R. R. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, v. 26, p. 3385–3396, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019.</p> <p>SILVA, S. N. et al. Implementação de tecnologias em saúde no Brasil: análise de orientações federais para o sistema público de saúde. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, v. 29, n. 1, e00322023, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.00322023.</p> <p>PAIM, S. J. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. <i>Saúde e Sociedade</i>, v. 15, n. 2, p. 34–46, maio–ago. 2006.</p> <p>COUTO, Joaquim Gabriel de Andrade et al. Saúde da população em situação de rua: reflexões a partir da determinação social da saúde. <i>Saúde e Sociedade</i>, v. 32, n. 2, e220531pt, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220531pt. Acesso em: 21 ago. 2025.</p> <p>MERHY, Emerson Elias et al. A promoção da saúde vista genealogicamente como prática discursiva em sua produção de mundos e uma leitura micropolítica dos determinantes sociais da saúde. <i>Interface – Comunicação, Saúde, Educação</i>, v. 27, e220231, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.220231. Acesso em: 21 ago. 2025.</p>
--	--

Nome da disciplina	3- Justiça social, saúde e cidadania
Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo
Ementa	A disciplina tem como objetivo discutir os conceitos de justiça social e sua relação com a saúde pública, abordando a equidade e a cidadania no contexto das

	<p>políticas de saúde. Busca-se proporcionar uma compreensão crítica sobre os determinantes sociais e a determinação social da saúde, o acesso aos serviços e a formulação de políticas públicas voltadas à promoção da justiça social.</p>
<p>Metodologia de ensino</p>	<p>As atividades serão realizadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Serão disponibilizados exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros recursos.</p>
<p>Referências</p>	<p>BASICAS:</p> <p>COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. <i>Saúde & Sociedade</i>, v. 21, p. 138–151, maio 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 178 p.: il. ISBN 978-85-334-2095-3. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf.</p> <p>ONOCKO-CAMPOS, R. T.; PINTO, I. C. de M.; BARRETO, M. L. Saúde é democracia: diversidade, equidade e justiça social. <i>Cadernos de Saúde Pública</i>, v. 39, n. 2, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT009523.</p> <p>PAVINATI, G.; LIMA, L. V. de; ALVES, K. B. A.; LÓPEZ, M. A. A.; MAGNABOSCO, G. T. Estratégias de proteção social às pessoas com tuberculose na América Latina: (re)pensando políticas e práticas. <i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>, v. 49, e78, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.78. Acesso em: 21 ago. 2025.</p> <p>OLIVEIRA, Fabrício Alberto Lobão; ALMEIDA, Natalie Maria de Oliveira; RAMOS, Edith Maria Barbosa. Judicialização da saúde e objetivos de desenvolvimento sustentável: Agenda 2030 e atuação do Poder Judiciário brasileiro na efetivação do direito à saúde. <i>Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário</i>, v. 13, n. 4, p. 77-99, 2024.</p> <p>COMPLEMENTARES:</p> <p>OLIVEIRA, Maria Helena Barros de et al. Direitos humanos, justiça e saúde: reflexões e possibilidades. <i>Saúde em Debate</i>, v. 43, n. spe4, p. 9-14, 2019. Disponível em:</p>

	<p>https://doi.org/10.1590/0103-11042019S401. Acesso em: 21 ago. 2025.</p> <p>MACHADO, Cristiani Vieira. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, v. 29, n. 7, e02192024, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02192024. Acesso em: 21 ago. 2025.</p> <p>Rey León, Judy Alexandra La justicia social en salud y su relación con la enfermedad de Chagas. <i>Revista Cubana de Salud Pública</i>. v. 46, n. 4, e1264. Disponible en: <>. ISSN 1561-3127.</p> <p>MACIEL, Ethel Leonor; ALMEIDA, Elton Carlos de. O papel estratégico da Enfermagem no Programa Brasil Saudável para o enfrentamento das doenças determinadas socialmente. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>, v. 33, e4692, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.4692. Acesso em: 21 ago. 2025.</p> <p>BISPO JÚNIOR, J. P.; MORAIS, M. B. Democracia e saúde: reflexões e desafios frente à 16ª Conferência Nacional de Saúde. <i>Revista de Saúde Pública</i>, v. 54, p. 16, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001713.</p>
--	---

Nome da disciplina	4- Determinação Social da Saúde
Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	Davi Rios do Nascimento
Ementa	Os determinantes sociais da saúde envolvem elementos que fundamentam a discussão mais ampla sobre a determinação social da saúde. As condições de vida e as características dos grupos populacionais exercem influência direta sobre o estado de saúde. Nesse contexto, a disciplina abordará as principais categorias conceituais que impactam a saúde no Brasil: classe e estrato social, sexo/gênero, etnia/raça e geração/faixa etária. Esses fatores são essenciais para a análise das vulnerabilidades sociais, bem como para a formulação de políticas de saúde e estratégias de cuidado.
Metodologia de ensino	As atividades serão realizadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Serão disponibilizados exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros recursos.
Referências	BASICAS:

MELO, F. C. C. de; COSTA, R. F. R. da; CORSO, J. M. D. Modelo conceitual aplicável a estudos sobre determinantes sociais da saúde em municípios brasileiros. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 2, e181094, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181094>.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 112, p. 63–76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.

NIITSUMA, E. N. A.; BUENO, I. de C.; ARANTES, E. O.; CARVALHO, A. P. M.; XAVIER JUNIOR, G. F.; FERNANDES, G. da R. et al. Fatores associados ao adoecimento por hanseníase em contatos: revisão sistemática e metanálise. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, p. e210039, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210039>

EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. (eds.) *Why are some people healthy and others not?: The determinants of health of populations*. Reimp. 2021. Berlin: De Gruyter / Gruyter, 1994 (1. ed.); reimp. 2021. 378 p. ISBN 978-3112421628 (e-book); 978-3112421611 (hardcover). DOI: <https://doi.org/10.1515/9783112421628>.

BORGHI, C. M. S. de O.; OLIVEIRA, R. M. de; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 3, p. 869–897, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>.

COMPLEMENTARES:

SEVALHO, G. Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 12, e00035724, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT035724>.

MACEDO, Renata Mourão; MEDEIROS, Thamires Monteiro de. Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde. *Saúde em Debate*, v. 49, n. 144, e9507, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449507P>. Acesso em: 24 ago. 2025.

FARIA, Marco Túlio da Silva et al. Saúde e saneamento: uma avaliação das políticas públicas de prevenção, controle e contingência das arboviroses no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 6, p. 1767-1776, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.07622022>. Acesso em: 24 ago. 2025.

	<p>SOUZA, D. O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, v. 25, supl. 1, p. 2469–2477, jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v25s1/1413-8123-csc-25-s1-2469.pdf.</p> <p>CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. <i>Saúde e Sociedade</i>, São Paulo, v. 26, n. 3, jul./set. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300676.</p>
--	---

Nome da disciplina	5- Epidemiologia Aplicada ao Enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente
Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	Carlos Dornels Freire de Souza
Ementa	O módulo tem como objetivo estudar os conceitos, métodos e aplicações da epidemiologia na análise da situação de saúde, com foco nas Doenças Determinadas Socialmente, e seu uso como ferramenta para planejamento, monitoramento, avaliação e tomada de decisão em políticas e serviços de saúde. Abordará medidas de frequência e associação, delineamentos de estudos, investigação de surtos e vigilância em saúde, articulando indicadores e sistemas de informação à prática da Atenção Primária. Ao final da disciplina, espera-se que o especializado seja capaz de aplicar os princípios e métodos epidemiológicos na elaboração de estratégias de enfrentamento às Doenças Determinadas Socialmente.
Metodologia de ensino	As atividades ocorrerão no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), onde serão disponibilizados exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros recursos.
Referências	<p>BÁSICAS</p> <p>ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades. Módulo 1: apresentação e marco conceitual. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 30 p. il. 7 v. ISBN 978-85-7967-019-0.</p> <p>ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades. Módulo 2: saúde e doença na população.</p>

Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 48 p. il. 7 v. ISBN 978-85-7967-020-6.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades. Módulo 3: medida das condições de saúde e doença na população. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 94 p. il. 7 v. ISBN 978-85-7967-021-3.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades. Módulo 4: vigilância em saúde pública. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 52 p. il. 7 v. ISBN 978-85-7967-022-0.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades. Módulo 5: pesquisa epidemiológica de campo – aplicação ao estudo de surtos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 98 p. il. 7 v. ISBN 978-85-7967-023-7.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades. Módulo 6: controle de enfermidades na população. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 38 p. il. 7 v. ISBN 978-85-7967-024-4.

COMPLEMENTARES

CAPP, E.; NIENOV, O. H. Epidemiologia aplicada básica. 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/215459/001119979.pdf?s>.

ALMEIDA FILHO, N. A.; BARRETO, M. L. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Disponível em: <https://mega.nz/file/eu4jWajD#ztU5M4zVUUEFMQrBnCKkdVJ4-iY9vnV1Nmtp3TleoQ4>

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; TJELLSTROM, T. Epidemiologia Básica. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010 213p. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394_por.pdf?sequence=5

REICHENHEIM, Michael; BASTOS, João Luiz. What, what for and how? Developing measurement instruments in epidemiology. Revista de Saúde Pública [online], v.

	<p>55, p. 40, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002813. Acesso em: 2 set. 2025. E-ISSN 1518-8787.</p> <p>MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAUIL, Pedro Luiz. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. <i>Epidemiologia e Serviços de Saúde</i> [online], v. 30, n. 1, e2018126, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100026. Acesso em: 2 set. 2025. E-ISSN 2237-9622.</p>
--	---

Nome da disciplina	6- Introdução à Análise de Situação de Saúde
Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	
Ementa	A disciplina tem como objetivo apresentar os fundamentos, conceitos e etapas da Análise de Situação de Saúde (ASIS), instrumento fundamental para o planejamento, monitoramento e tomada de decisão em saúde na APS. Serão exploradas as bases conceituais, metodológicas e operacionais da ASIS, com ênfase nos contextos locais e nas Doenças Determinadas Socialmente. Espera-se que o aluno desenvolva a capacidade de analisar e interpretar indicadores e dados sociais e epidemiológicos, focando na identificação de vulnerabilidades e na priorização de ações em territórios específicos.
Metodologia de ensino	As atividades acontecerão no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), onde serão oferecidos exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros recursos.
Referências	<p>BÁSICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. ASIS - Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_3.pdf</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Asis - Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade Federal de Goiás, 2015. 3 v. il. v. 1. Livro-texto; v. 2. Caderno de atividades; v. 3. Caderno R. ISBN 978-85-334-2287-2.</p> <p>TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. da C. N.; CARMO, E. H.; OLIVEIRA, W. K. de; PENNA, G. O. Vigilância em saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, v. 23, n. 6, p. 1811–1818, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018.</p>

	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 422 p.:il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2020_2021_situacao_saude.pdf. ISBN 978-65-5993-103-3.</p> <p>NUNES, Rafael Zaneripe Souza et al. Análise de situação de saúde: um olhar a partir do território. Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 6, n. 2, p. 1-16, 2023.</p> <p>COMPLEMENTARES:</p> <p>BRASIL. Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar. Dispõe sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente – CIEDDS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/D11908.htm.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [recurso eletrônico]. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 3 v.: il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v1.pdf.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 422 p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2020_2021_situacao_saude.pdf.</p> <p>REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE – RIPSAs. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.</p> <p>BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia e políticas públicas. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 16, p. 3-17, 2013.</p>
--	--

Nome da disciplina	7- Avaliação e monitoramento de indicadores epidemiológicos
--------------------	--

Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	
Ementa	A disciplina tem como objetivo proporcionar uma compreensão ampla e crítica dos principais conceitos, tendências e práticas relacionadas à avaliação e monitoramento no contexto das Doenças Determinadas Socialmente. Serão abordados os fundamentos básicos que sustentam esses processos.
Metodologia de ensino	As atividades ocorrerão no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), onde estarão disponíveis exercícios, textos para leitura, fóruns de debate, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso e aplicações práticas, entre outros recursos.
Referências	<p>BÁSICA:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Cadernos de Planejamento, v. 8).</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [recurso eletrônico]. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 3 v.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v1.pdf.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Noções de epidemiologia, monitoramento e avaliação de indicadores de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 52 p.: il. (Programa Saúde com Agente; E-book 12). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/epidemiologia_monitoramento_avaliacao_indicadores_saude.pdf.</p> <p>GOMES, Elaine Christine de Souza. Conceitos e ferramentas da epidemiologia. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. 83 p. ISBN 978-85-415-0721-9.</p> <p>VERAS, RP., et al., orgs. Epidemiologia: contextos e pluralidade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 172 p. EpidemioLógica series, nº4. ISBN 85-85676-54-X. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.</p> <p>COMPLEMENTAR</p> <p>MOURA, Alexandre Sampaio; ROCHA, Regina Lunardi. Endemias e epidemias: dengue, leishmaniose, febre amarela,</p>

	<p>influenza, febre maculosa e leptospirose. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 78 p. il.</p> <p>SOUZA, C. D. F.; PAIVA, J. P. S.; LEAL, T. C.; URASHIMA, G. S. Leprosy in Brazil in the 21st century: analysis of epidemiological and operational indicators using inflection point regression. <i>Anais Brasileiros de Dermatologia</i>, v. 95, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.09.031.</p> <p>GEREMIA, D. S.; ALMEIDA, M. E. de. Saúde coletiva: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde. [e-book Kindle]. Brasília: SciELO – Editora UFFS, 2021. Disponível em: https://www.amazon.com.br/dp/B0BM52QC5F</p> <p>FERREIRA, M. A. F.; LATORRE, M. do R. D. de O. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2523-2531, set. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900032</p> <p>FERRAZ, Vanessa Coelho de Aquino Benjoi et al. Painéis de monitoramento de dados epidemiológicos como estratégia de gestão da vigilância e da atenção à saúde. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> [online], v. 29, n. 11, e04142024, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.04142024. Acesso em: 4 set. 2025. ISSN 1678-4561.</p>
--	---

Nome da disciplina	8- Princípios de análise de dados em saúde
Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	Carlos Dornels Freire de Souza
Ementa	<p>Compreender os fundamentos da bioestatística, coletar, organizar, tratar e interpretar dados epidemiológicos e sociais. Identificar tipos de variáveis, construir distribuições de frequências, calcular medidas de tendência central e dispersão, aplicar testes de normalidade e realizar inferências estatísticas básicas. Utilizar softwares e ferramentas digitais para analisar dados em saúde pública, construir e interpretar indicadores epidemiológicos e desenvolver painéis/dashboards. Aplicar a análise estatística ao monitoramento das Doenças Determinadas Socialmente e ao apoio à tomada de decisão em políticas de saúde e na APS. Ao final do módulo, espera-se que os especializandos sejam capazes de utilizar a estatística para qualificar as informações em saúde.</p>

<p>Metodologia de ensino</p>	<p>As atividades ocorrerão no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), onde estarão disponíveis exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros recursos.</p>
<p>Referências</p>	<p>BÁSICAS:</p> <p>Zaros, Lilian Giotto; Medeiros, Henrique Rocha de. Bioestatística. Natal, RN: EDUFRN, 2011. 214 páginas, ilustrado. ISBN 978-85-7273-833-0</p> <p>GASPAR, Juliano de Souza; REIS, Zilma Silveira Nogueira; OLIVEIRA, Isaias José Ramos de; SILVA, Ana Paula Couto da; DIAS, Cristiane dos Santos. Introdução à análise de dados em saúde com Python [recurso eletrônico]. Belo Horizonte: Biblioteca J. Baeta Vianna: Universidade Federal de Minas Gerais, 2023. PDF. ISBN 978-65-86593-18-1.</p> <p>SILVA DA SILVA, Carla; SAMÁ, Suzi. Estatística: volume II [recurso eletrônico]. Rio Grande: Ed. da FURG, 2021. E-book. ISBN 978-65-5754-047-3.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Noções de epidemiologia, monitoramento e avaliação de indicadores de saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 52 p. il. (Programa Saúde com Agente; E-book 12).</p> <p>SHIKIDA, Claudio D.; MONASTERIO, Leonardo; NERY, Pedro Fernando (org.). Guia brasileiro de análise de dados: armadilhas & soluções. Brasília: Enap, 2021. 251 p. ISBN 978-65-87791-25-8.</p> <p>COMPLEMENTARES:</p> <p>CUNHA, Luís Miguel. Estatística com Excel: uma aplicação das noções. Dossiers Didáticos, nº IV. ALEA – Ação Local de Estatística Aplicada.</p> <p>PIANA, Clause Fátima de Brum; MACHADO, Amauri de Almeida; SELAU, Lisiane Priscila Roldão. Estatística Básica. Versão Preliminar. Instituto de Física e Matemática, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.</p> <p>RIBEIRO, Matheus Henrique Dal Molin; PILAR, João Victor do; LIMA, José Donizetti de. Introdução ao Estudo de Probabilidade e Estatística com auxílio do software R. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Câmpus Pato Branco. Recursos Educacionais Abertos, agosto de 2016</p>

	<p>BOTELHO, M. C.; CAMARGO, E. P. do A. A aplicação da Lei Geral de Proteção de Dados na saúde. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 21, e0021, 17 dez. 2021. Disponível em: https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/168023.</p> <p>RABIEI, R.; BASTANI, P.; AHMADI, H.; et al. Developing public health surveillance dashboards: a scoping review on the design principles. BMC Public Health, v. 24, p. 392, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-024-17841-2.</p>
--	--

Nome da disciplina	9- Vigilância e sistemas de informação em saúde
Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	Thaís Silva Matos
Ementa	A disciplina aborda os fundamentos, conceitos e práticas da vigilância em saúde e dos sistemas de informação no contexto do SUS. Serão discutidas as bases legais, operacionais e técnicas das vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária e em saúde do trabalhador, assim como os principais sistemas de informação utilizados na produção de dados para a gestão em saúde. Espera-se que o estudante compreenda o papel estratégico da vigilância integrada e da informação qualificada no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente.
Metodologia de ensino	As atividades acontecerão no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), onde serão disponibilizados exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros recursos.
Referências	<p>BÁSICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [recurso eletrônico]. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde: volume único [recurso eletrônico]. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 725 p. il.</p> <p>VILLELA, Daniel Antunes Maciel; GOMES, Marcelo Ferreira da Costa. O impacto da disponibilidade de dados e informação oportuna para a vigilância epidemiológica. Cadernos de Saúde Pública [online], v. 38, n. 7, e00115122,</p>

	<p>2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT115122</p> <p>COELHO NETO, G. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? Cadernos de Saúde Pública, v. 37, p. e00182119, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00182119.</p> <p>BRASIL. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.</p> <p>COMPLEMENTARES:</p> <p>ROCHA, M. S. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 1, e2019017, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100009.</p> <p>COELHO NETO, Giliate Cardoso; ANDREAZZA, Rosemarie; CHIORO, Arthur. Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. Revista de Saúde Pública, v. 55, p. 93, 2021.</p> <p>TEIXEIRA, M. G. 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/10.1590/1413-81232018236.09032018.</p> <p>BRASIL. Portaria GM 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, Brasília, 9 jul. 2013.</p> <p>FARIA, M. T. S. et al. Saúde e saneamento: uma avaliação das políticas públicas de prevenção, controle e contingência das arboviroses no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 6, p. 1767–1776, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.07622022.</p>
--	---

Nome da disciplina	10- Promoção, comunicação e educação em saúde na APS
Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	Adeilton Gonçalves da Silva Junior

Ementa	A disciplina tem como objetivo capacitar os alunos a compreender e aplicar estratégias de promoção, comunicação e educação em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase na redução das desigualdades sociais e no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente. Busca desenvolver competências para planejar e implementar políticas, programas e práticas que integrem os determinantes sociais, econômicos e culturais na promoção da saúde e na construção de ambientes saudáveis, fortalecendo o cuidado integral e participativo nos territórios
Metodologia de ensino	As atividades acontecerão no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), onde serão oferecidos exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros recursos.
Referências	<p>BÁSICAS</p> <p>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 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. Promoção da saúde: aproximações ao tema: caderno 1 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 60 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema.pdf.</p> <p>ISHIZUMI, A. et al. Beyond misinformation: developing a public health prevention framework for managing information ecosystems. <i>The Lancet Public Health</i>, v. 9, n. 6, p. e397–e406, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00031-8.</p> <p>ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Voz, agência, empoderamento – manual de participação social para cobertura universal de saúde. Washington, D.C.: OPAS, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.37774/9789275726402.</p> <p>CAVACA, Aline Guio et al. Educomunicação e saúde coletiva no Brasil: uma revisão de escopo. <i>Saúde em Debate</i> [online], v. 49, n. 145, e9908, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-289820251459908P</p> <p>COMPLEMENTARES:</p>

	<p>PIMENTEL, V. R. de M.; SOUSA, M. F. de; MENDONÇA, A. V. M. Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. <i>Physis</i>, v. 32, n. 3, p. e320316, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320316.</p> <p>ABDULRAHEEM, Y. Unveiling the significance and challenges of integrating prevention levels in healthcare practice. <i>Journal of Primary Care & Community Health</i>, v. 14, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1177/21501319231186500.</p> <p>RABELLO, L. S. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 228 p. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575413524.</p> <p>ALMEIDA FILHO, Naomar de. Metapresencialidade, saúde digital e saúde coletiva. <i>Interface (Botucatu)</i> [online], v. 28, e230473, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.230473. Acesso em: 11 set. 2025.</p> <p>FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; O'DWYER, Gisele; HENRIQUES, Patrícia. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. <i>Interface – Comunicação, Saúde, Educação</i> [online], v. 25, e200806, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200806</p>
--	---

Nome da disciplina	11- Planejamento, gestão e tomada de decisão em saúde
Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	
Ementa	A disciplina proporcionará uma dinâmica de interação prática e teórica, por meio de diálogos reflexivos e construtivistas, com o objetivo de capacitar os alunos a compreenderem e aplicar os conceitos de planejamento, gestão e tomada de decisão no contexto das Doenças Determinadas Socialmente. O enfoque será na análise e intervenção sobre os determinantes sociais da saúde. Além disso, a disciplina busca integrar uma abordagem epidemiológica às políticas públicas e estratégias de gestão para promover a equidade em saúde.
Metodologia de ensino	As atividades serão realizadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Serão disponibilizados exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão,

	vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros recursos.
Referências	<p>BÁSICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: aula 2: gestão do SUS, planejamento, Programação e Financiamento da Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.</p> <p>JORGE, M. S. B. et al. Planejamento estratégico, ferramentas de gestão e tecnologias: implicações na saúde e tomada de decisões. [S.l.]: Amplla Editora, 2023. ISBN 978-65-5381-108-9. DOI: 10.51859/amplla.pef089.1122-0.</p> <p>SILVA, Raimunda Magalhães da; JORGE, Maria Salete Bessa; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da (orgs.). Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde [recurso eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2015.</p> <p>TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, v. 17, n. 4, p. 821–828, abr. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002.</p> <p>CALIXTO, F.; ALMEIDA, A. P.; FRANÇA, L. H. Diálogos interinstitucionais na judicialização da saúde como estratégia de sustentabilidade do SUS. <i>Saúde em Debate</i>, v. 46, n. 135, p. 1015-1029, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213505.</p> <p>COMPLEMENTARES:</p> <p>PELLISSARI, M. CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em saúde. <i>Revista de Saúde Pública do Paraná</i>, v. 2, n. 1, p. 159-165, 17 jul. 2019. Disponível em: http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/210.</p> <p>MARTINS, W. J. de; ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Gestão comunicativa para redes cooperativas de ciência, tecnologia e inovação em saúde. <i>Revista de Saúde Pública</i>, v. 46, p. 51–58, dez. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000057.</p> <p>AMARAL, Carlos Eduardo Menezes; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. <i>Saúde e Sociedade [online]</i>, v. 26, n. 2, p.</p>

	<p>424-434, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170846. Acesso em: 15 set. 2025.</p> <p>DE SOUZA LEÃO, Mauricio et al. Indicadores de desempenho na gestão da saúde pública: instrumentos para tomada de decisão. Revista Delos, v. 18, n. 67, 2025.</p> <p>CASTRO, E. L. T. de; TRANCHO, N. E. S. do; PEREIRA, T. B.; OLIVEIRA, A. A. de; PASSOS, M. L. S.; LINS, C. V.; TONON, C. B. Princípios norteadores da teoria da ação comunicativa: desafios e possibilidades para a gestão participativa. Revista Políticas Públicas & Cidades, v. 13, n. 2, p. e1313, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.23900/2359-1552v13n2-293-2024.</p>
--	---

Nome da disciplina	12- Ética profissional e trabalho interprofissional na APS
Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	Arthur Rondeyvson Sousa Santos
Ementa	A disciplina tem como objetivo proporcionar aos alunos uma compreensão crítica dos princípios éticos que orientam as práticas profissionais em saúde, com ênfase na atuação interprofissional no contexto da APS. Aborda a importância da ética, da corresponsabilidade e da colaboração na construção de equipes integradas e na promoção de cuidados centrados nas pessoas e comunidades. Busca desenvolver competências para uma atuação ética, solidária e culturalmente sensível em contextos de saúde pública e epidemiologia, respeitando os direitos humanos, a equidade e a diversidade social.
Metodologia de ensino	As atividades serão realizadas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), onde estarão disponíveis exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros recursos.
Referências	<p>BÁSICAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Ética Profissional e Relações Interpessoais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. - Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 55 p. : il. – (Programa Saúde com Agente; E-book 4)</p> <p>FINKLER, M.; MORATELLI, L. B.; VÁSQUEZ, M. F.; VERDI, M.; BARA, F. E. Formação ética de profissionais de saúde: contribuições de uma vivência interprofissional.</p>

	<p>Interface (Botucatu), v. 25, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.210096</p> <p>ISIDORO, F. G. R.; CÔRTEZ, M. C. J. W.; FERREIRA, F. R.; D'ASSUNÇÃO, A. D. M.; GONTIJO, E. D. Formação interprofissional na graduação em saúde: revisão sistemática de estratégias educativas. <i>Revista Brasileira de Educação Médica</i>, v. 46, n. 3, p. e113, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20220030.</p> <p>Barros, N. F. de ., Spadacio, C., & Costa, M. V. da .. (2018). Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. <i>Saúde Em Debate</i>, 42(spe1), 163–173. https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111</p> <p>Araújo EN, Araújo MF, Araújo PF, Araújo WF, Paulino CS, Pereira AC. A Ética Como Base Da Saúde Pública. <i>Saúde Coletiva (Edição Brasileira)</i> [Internet]. 202;15(92):13648-13653. Disponível em: DOI: 10.36489/saude-coletiva.2025v54i92p16348-13653</p> <p>COMPLEMENTARES:</p> <p>FIGUEIREDO, E. B. L. de et al. Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. <i>Saúde em Debate</i>, v. 46, n. 135, p. 1164–1173, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515.</p> <p>MARENGO, L. L. et al. Tecnologias móveis em saúde: reflexões sobre desenvolvimento, aplicações, legislação e ética. <i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>, v. 46, e37, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.37.</p> <p>PAKKANEN, P.; HÄGGMAN-LAITILA, A.; KANGASNIEMI, M. Ethical issues identified in nurses' interprofessional collaboration in clinical practice: a meta-synthesis. <i>Journal of Interprofessional Care</i>, v. 36, n. 5, p. 725–734, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1892612.</p> <p>SANTOS, Charles Souza et al. A dimensão conceitual das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas. <i>Research, Society and Development</i>, v. 10, n. 11, p. e365101119706-e365101119706, 2021.</p> <p>FRÓES, Beatriz Coelho Silveira et al. A responsabilidade ética do profissional de saúde em relação à subnotificação das doenças de notificação compulsória: HIV/Aids e Tuberculose. <i>Revista Brasileira de Educação, Saúde e Bem-estar</i>, v. 1, n. 2, 2022.</p>
--	--

Nome da disciplina	13- Produção do conhecimento em saúde
Carga Horária Total	30 h/a
Docente coordenador	Carla Pacheco Teixeira
Ementa	A disciplina tem como objetivo propiciar a compreensão dos fundamentos teóricos e metodológicos que orientam a pesquisa em saúde, enfatizando os processos de concepção, desenvolvimento e aplicação de projetos investigativos e interventivos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e das Doenças Determinadas Socialmente (DDS). Aborda as etapas de identificação e delimitação de problemas, formulação de perguntas e hipóteses, definição de objetivos e escolha de métodos e estratégias analíticas. Inclui, ainda, a construção de discussões e resultados científicos, o reconhecimento das dimensões éticas envolvidas na pesquisa com seres humanos e a reflexão sobre os meios de comunicação e disseminação do conhecimento científico no campo da saúde coletiva.
Metodologia de ensino	As atividades serão desenvolvidas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), onde estarão disponíveis exercícios, textos para leitura, fóruns de discussão, vídeos, links para sites com informações complementares, chats, videoaulas, estudos de caso, aplicações práticas, entre outros recursos.
Referências	<p>BÁSICAS:</p> <p>MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.</p> <p>TAKO, Karine Vaccaro; KAMEO, Simone Yuriko (org.). Metodologia da pesquisa científica [recurso eletrônico]: dos conceitos teóricos à construção do projeto de pesquisa. Campina Grande: Editora Amplla, 2023. 70 p.</p> <p>KÖCHE, José Carlos. Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.</p> <p>SILVA, Airton Marques da. Metodologia da pesquisa. 2. ed. rev. Fortaleza, CE: EDUECE, 2015. 108 p. ISBN 978-85-7826-568-7.</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO. Gabinete da Reitoria. Sistema Integrado de Bibliotecas. Manual de normalização de trabalhos acadêmicos da Univasf/UNIVASF. 5. ed. Petrolina, 2023. 115 f. Disponível em: https://portais.univasf.edu.br/sead/documentos-dos-</p>

	<p>alunos/manual-de-normalizacao-de-trabalhos-academicos-da-univasf-versao-2023.pdf.</p> <p>COMPLEMENTARES:</p> <p>VENTURA, Miriam; OLIVEIRA, Suelen Carlos de. Integridade e ética na pesquisa e na publicação científica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, e00283521, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00283521.</p> <p>LU, C. Rethinking artificial intelligence from the perspective of interdisciplinary knowledge production. AI & Society, v. 39, p. 3059–3060, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00146-023-01839-2.</p> <p>BHAKUNI, H.; ABIMBOLA, S. Epistemic injustice in academic global health. The Lancet Global Health, v. 9, n. 10, p. e1465–e1470, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00301-6.</p> <p>GUERRIERO, I. C. Z. Ética nas pesquisas em Ciências Humanas e Sociais: entre a norma e sua aplicação. Práxis Educativa, Ponta Grossa, v. 18, n. 18, e203, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.5212/praxeduc.v.18.21203.010.</p> <p>SZWARZWALD, C. L. National health surveys: overview of sampling techniques and data collected using complex designs. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 32, n. 3, e2023431, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300014.EN.</p>
--	---

Nome da disciplina	14- Trabalho de Conclusão de Curso - Projeto de intervenção na APS
Carga Horária Total	45 h/a
Docente coordenador	Bruna Del Vechio Koike
Ementa	Elaborar um projeto de intervenção aplicado à Atenção Primária à Saúde, com foco no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente. Identificar problemas prioritários no território, formular questões de pesquisa/intervenção, construir objetivos, selecionar metodologias adequadas e propor estratégias de ação viáveis e sustentáveis. Integrar conhecimentos adquiridos ao longo do curso, articular evidências científicas com práticas de gestão, atenção e educação em saúde, e apresentar o trabalho em formato acadêmico, respeitando normas científicas e éticas.
Metodologia de ensino	Metodologias ativas de aprendizagem, estimulando a autonomia e o protagonismo do especializando no

	processo de construção do conhecimento. Orientações individuais e coletivas em formato remoto. Incentivar a articulação entre teoria e prática, com base em evidências científicas e diretrizes do SUS, de modo a garantir que o TCC seja aplicável, inovador e alinhado às necessidades locais.
Referências	As referências utilizadas dependerão do objeto de pesquisa escolhido pelo discente e orientador.

MÉTODOS AVALIATIVOS

5.1. Avaliação das Disciplinas

- **Escala de notas:** de 0,0 (zero) a 10,0 (dez).
- **Atividades avaliativas:** cada disciplina contará com 04 atividades processuais, distribuídas ao longo do período, valendo 0,0 a 2,5 pontos cada.
- **Avaliação final da disciplina:** será realizada uma prova ou atividade integradora, com valor entre 0,0 e 10,0 pontos.
- **Nota final da disciplina:** será calculada pela média aritmética simples entre as notas das atividades processuais e da avaliação final.

5.2. Avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso

A avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso será processual, formativa e somativa, contemplando o acompanhamento contínuo do estudante e a entrega final do projeto de intervenção.

Etapas e Critérios de Avaliação:

- Projeto preliminar (20%)
 - Entregar proposta inicial com tema, problema, justificativa, objetivos e metodologia.
 - Critérios de avaliação: relevância do tema para as Doenças Determinadas Socialmente; clareza dos objetivos; viabilidade metodológica.
- Plano de intervenção (30%)
 - Apresentar versão estruturada do TCC com diagnóstico situacional, análise de indicadores e desenho da intervenção.
 - Critérios de avaliação: articulação teoria-prática; uso de evidências científicas; coerência entre diagnóstico, objetivos e ações propostas.
- Produto final escrito (40%)
 - Entregar versão final do TCC em formato acadêmico, com referências, análise crítica e proposta de intervenção aplicável.

- Critérios de avaliação: profundidade da análise; consistência metodológica; clareza na redação científica; aplicabilidade ao contexto da APS.
- Apresentação oral/sessão de defesa (10%)
 - Apresentar e defender o trabalho em seminário final.
 - Critérios de avaliação: capacidade de síntese; domínio do conteúdo; clareza e objetividade na exposição; adequação às normas técnicas.

COMPOSIÇÃO DO CORPO DOCENTE¹

Docente	Disciplina	Titulação e Instituição	Carga Horária
A definir	Introdução ao ambiente virtual de aprendizagem		15h
A definir	Políticas de saúde no Brasil, Organização do SUS e Atenção Primária à Saúde		30h
A definir	Justiça social, saúde e cidadania		30h
A definir	Determinação Social da Saúde		30h
A definir	Epidemiologia aplicada ao Enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente		30h
A definir	Introdução à Análise de Situação de Saúde		30h
A definir	Avaliação e monitoramento de indicadores epidemiológicos		30h
A definir	Princípio da análise de dados em saúde		30h
A definir	Vigilância e Sistemas de Informação em Saúde		30h
A definir	Promoção, comunicação e educação em saúde na APS		30h
A definir	Planejamento, gestão e tomada de decisão em saúde		30h
A definir	Ética profissional e trabalho interprofissional na APS		30h
A definir	Produção do conhecimento em Saúde		30h
A definir	Trabalho de Conclusão de Curso - Projeto de intervenção na APS		45h

¹ O Corpo docente poderá sofrer alterações, tendo em vista a natureza singular, o alcance, a complexidade e abrangência do curso.

REGIME DE MATRÍCULA, CRITÉRIOS DE APROVAÇÃO E CERTIFICADOS

6.1 Número de vagas: 210 (duzentas e dez) vagas para o território nacional.

6.2 Processo seletivo e matrícula: Será elaborado um edital contemplando as normas de seleção dos discentes para a especialização. Salienta-se que o pré-requisito fundamental é estar em efetivo exercício nas diferentes instâncias governamentais em setores de vigilância em saúde, além de outros requisitos legais exigidos para os cursos de *especialização lato sensu*. Para esse processo, seguir-se-á as resoluções normativas instituídas nos âmbitos do Ministério da Educação e da Univasf, a exemplo da Resolução nº 24/2019 (Estabelece procedimentos sobre política de ações afirmativas na pós-graduação da Universidade Federal do Vale do São Francisco- Univasf);

6.3 Sistema de avaliação: As atividades à distância do curso serão realizadas em Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Os recursos didáticos serão elaborados em etapa anterior ao início do curso. Além disso, serão disponibilizados exercícios, textos para leituras, fóruns de discussão, vídeos, *links* para sítios com informações complementares, *chats*, videoaulas síncronas e assíncronas, estudos de caso, aplicações práticas, dentre outros.

As atividades serão realizadas em cada disciplina através de avaliações e trabalhos escritos individuais, pesquisas científicas e/ou trabalhos em grupo, a critério do docente da disciplina, constituindo um processo contínuo e cumulativo de identificação e análise da produção acadêmica do discente ao longo do curso. Serão realizadas ainda avaliações, uma vez por semestre, sob a responsabilidade do docente e supervisionado pelos respectivos tutores. Esse procedimento será detalhado pela coordenação e devidamente comunicado ao corpo discente.

No processo de avaliação serão observados os aspectos qualitativos da produção acadêmica, os quais serão traduzidos quantitativamente de 0 a 10. Serão considerados aprovados os discentes que obtiverem respectivamente a média mínima 7,0 e a frequência mínima de 75% (setenta e cinco por cento) em cada disciplina, conforme regulamentado pela Resolução CNE/CES Nº 01/2001, de 03 de abril de 2001, que dispõe sobre as normas para o funcionamento de cursos de Pós-graduação.

Para conclusão do curso de especialização, além da aprovação nas disciplinas, o discente deverá apresentar um Projeto com aplicabilidade no âmbito das DDS, com livre escolha do mesmo. Pela natureza singular desta proposta, os dois últimos módulos do curso “*Projeto de pesquisa/ intervenção e produção do texto científico*” e “*Trabalho de conclusão de*

curso- TCC” serão executados a partir de um contexto real experienciado pelos profissionais.

Assim, pretende-se:

- i. a elaboração de projeto de pesquisa e
- ii. elaboração de TCC a partir de estudos preliminares e/ou revisão teórica do projeto elencado no item anterior.

Essa estrutura de trabalho é necessária uma vez que o curso busca estimular a elaboração de projetos de longa duração ou permanentes nas áreas de atuação de DDS.

A avaliação de cada TCC poderá ser feita por uma comissão de avaliação composta por até 03 (três) integrantes: Orientador do discente (presidente); e 2 (dois) membros que desenvolvem atividades em áreas afins ao trabalho final, indicados pelo orientador e ratificados pelo coordenador do curso. A execução dessas atividades será realizada conforme normas regimentais da Univasf.

6.4 Certificação: Após o cumprimento de todas as disciplinas com aproveitamento adequado e havendo defendido o TCC com aprovação, os estudantes terão direito ao certificado de especialista em **“SAÚDE COLETIVA COM CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA APLICADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS DETERMINADAS SOCIALMENTE”**.

AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL

O *Curso de Especialização em SAÚDE COLETIVA COM CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA APLICADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS DETERMINADAS SOCIALMENTE* contará com um processo sistemático de avaliação institucional, visando o aperfeiçoamento permanente da proposta pedagógica, da qualidade docente, dos materiais didáticos e da gestão acadêmica.

Serão utilizados mecanismos de feedback contínuos dos discentes, de forma anônima, estruturados em três momentos:

7.1 Avaliação intermediária: realizada ao final de cada módulo, por meio de formulário eletrônico, com foco na metodologia utilizada, clareza dos conteúdos, desempenho docente e funcionamento da plataforma virtual.

7.2 Avaliação semestral geral: voltada à percepção global do curso, integração entre os módulos, carga horária, suporte da equipe pedagógica e organização acadêmica.

7.3 Avaliação final do curso: aplicada após a conclusão do TCC, para analisar o impacto formativo, a aplicabilidade do conteúdo na prática profissional e sugestões de melhoria para futuras edições.

Os resultados das avaliações serão sistematizados e analisados pela coordenação do curso, com apoio da equipe pedagógica e da Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação (PRPPGI), com o objetivo de retroalimentar o processo formativo e implementar ações corretivas e aprimoramentos sempre que necessário.

Além disso, os discentes poderão participar de fóruns abertos de escuta e momentos síncronos de devolutiva das avaliações, fortalecendo a gestão participativa e o caráter democrático da formação

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DOS CURSOS À DISTÂNCIA

8.1 Cronograma de atividades:

ATIVIDADES / SUBATIVIDADES	PERÍODO DE EXECUÇÃO	
	Início	Término
Planejamento e organização do curso		
Tramitação e aprovação do projeto do curso	Mar/2026	Jun/2026
Definição da Equipe Pedagógica e administrativa	Abr/2026	Jun/2026
Publicação de edital	Out/2026	Out/2026
Processo seletivo	Nov/2026	Dez/2026
Período de matrículas no curso	Jan/2027	Jan/2027
Desenvolvimento do curso		
Aulas- disciplinas (módulos 1 ao 13)	Fev/2027	Dez/2027
Construção dos Trabalhos de Conclusão (módulo 14)	Fev/2028	Mai/2028
Defesa dos Trabalhos de Conclusão	Jun/2028	Jun/2028
Finalização do curso		
Término do curso	Jun/2028	Jun/2028
Avaliação interna final	Agos/2028	Agos/2028
Elaboração e envio do relatório final para o MEC	Set/2028	Set/2028
Emissão dos certificados	-	-

8.2 Financiamento: O financiamento do curso será realizado pela Chamada CNPq/DECIT/MS N°31/2024; Processo: 442199/2024-4. Valor R\$ 299.360,00.

APÊNDICE B – Estrutura de funcionamento do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária com ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente

**ESTRUTURA DE FUNCIONAMENTO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA, COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
APLICADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DAS
DOENÇAS DETERMINADAS SOCIALMENTE**

1. ESTRUTURA GERAL

O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA APLICADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS DETERMINADAS SOCIALMENTE será ofertado na modalidade de Educação a Distância (EaD), sob coordenação do Prof Dr Carlos Dornels Freire de Souza e Davi Rios do Nascimento.

2. ESTRUTURA DE OFERTA

A oferta de 210 vagas ocorrerá de forma exclusivamente virtual, sem unidades físicas descentralizadas. O modelo de funcionamento prevê 15 polos virtuais de tutoria, que representam núcleos de acompanhamento pedagógico remoto, organizados de forma a assegurar:

- atendimento personalizado e contínuo aos discentes;
- equilíbrio na relação tutor-estudante (1:14);
- padronização das estratégias de ensino-aprendizagem;
- suporte técnico, acadêmico e emocional aos participantes;
- e fortalecimento da interação colaborativa em ambiente virtual.

3. ESTRUTURA DE TUTORIA VIRTUAL

Cada polo virtual corresponde a uma sala de tutoria dentro do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), com tutores dedicados e acompanhamento contínuo das atividades de ensino, aprendizagem e avaliação. A estrutura virtual será garantida pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (ProfSaúde), tendo em vista que o curso se trata de um produto técnico/tecnológico desenvolvido em pesquisa do proogram.

3.1. Organização dos Polos Virtuais

Polo Virtual	Tutor	Total de Estudantes
Polo 01 - Nise da Silveira	1	14
Polo 02 - Zilda Arns Neumann	1	14
Polo 03 - Maria Cecília Donnangelo	1	14
Polo 04 - Cecília Donnangelo de Souza Campos	1	14
Polo 05 - Ana Néri	1	14

Polo Virtual	Tutor	Total de Estudantes
Polo 06 - Bertha Lutz	1	14
Polo 07 - Carmen Portinho	1	14
Polo 08 - Maria Rosa Souza Pinheiro	1	14
Polo 09 - Clarice do Amaral Ferreira	1	14
Polo 10 - Rachel Haddock Lobo	1	14
Polo 11 - Maria José de Carvalho Bastos	1	14
Polo 12 - Ethel Bauzer Medeiros	1	14
Polo 13 - Carolina Bori	1	14
Polo 14 - Lygia Pape	1	14
Polo 15 - Zélia Amador de Deus	1	14

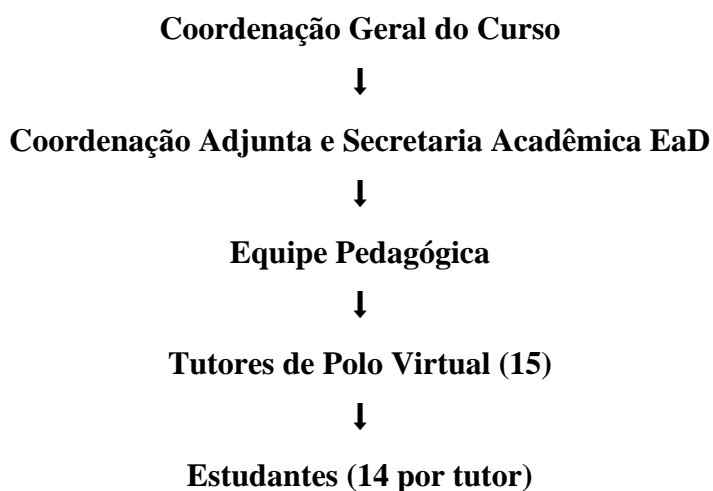
3.2. Carga Horária e Acompanhamento de Tutoria

Cada tutor atenderá 14 estudantes em regime de acompanhamento contínuo, mantendo disponibilidade mínima de 12 horas semanais para atividades de mediação, correção, feedback e suporte.

A equipe de tutoria será acompanhada por reuniões mensais com a Coordenação, nas quais serão analisados indicadores de participação, desempenho e evasão.

4. ESTRUTURA HIERÁRQUICA E FLUXO OPERACIONAL

A estrutura organizacional do curso, em modalidade EaD, segue um modelo de gestão integrada, envolvendo instâncias acadêmicas, pedagógicas e técnicas, conforme fluxograma a seguir:



Cada tutor reporta-se diretamente à Coordenação Geral do Curso e mantém interlocução contínua com os docentes responsáveis pelas disciplinas, assegurando coerência pedagógica e acompanhamento personalizado.

5. ESTRUTURA FUNCIONAL

5.1. Coordenação Geral do Curso

- Supervisionar a execução acadêmica e administrativa;
- Monitorar a execução dos polos e o desempenho da tutoria;
- Consolidar relatórios semestrais de acompanhamento;
- Acompanhar registros acadêmicos.

5.2. Coordenação Adjunta / Secretaria Acadêmica EaD

- Responsável por registros acadêmicos, matrículas, frequência e notas;
- Acompanhar o cumprimento do cronograma e apoiar bancas de TCC;
- Auxiliar na logística de encontros presenciais e defesas.

5.3. Equipe Pedagógica

- Desenvolver material instrucional e de apoio às disciplinas;
- Garantir a acessibilidade e atualização dos conteúdos no AVA;
- Apoiar o processo de avaliação institucional e de tutoria.

5.4. Tutores Virtuais

- Mediadores diretos do processo de aprendizagem;
- Responsáveis pelo acompanhamento contínuo de até 14 estudantes;
- Realizam feedbacks regulares, monitoramento de frequência e desempenho;
- Organizam atividades síncronas, fóruns e grupos de estudo;
- Reportam semanalmente à coordenação qualquer dificuldade técnica ou pedagógica.

5.5. Docentes Responsáveis pelas Disciplinas

- Elaboram e atualizam o conteúdo no AVA;
- Definem estratégias de avaliação;
- Participam da capacitação dos tutores;
- Integram com os discentes nos momentos síncronos de aprendizagem.

6. INFRAESTRUTURA TECNOLÓGICA E PEDAGÓGICA

- Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle Ficruz/UNIVASF, hospedado em servidor próprio;
- Biblioteca Digital da UNIVASF (Portal CAPES, CAFE e EBSCO);
- Plataformas síncronas (RNP, Google Meet e WebConf);
- Observatório de Análise Situacional em Saúde (OASIS/UNIVASF);
- Grupo de Pesquisa em Doenças Infecciosas e Parasitárias do Vale do São Francisco (GPDIN/UNIVASF)
- Central de Suporte Técnico para atendimento a docentes, tutores e discentes;
- Sistema de Controle Acadêmico da Pós-Graduação (SIG@) integrado à PRPPGI e SRCA.

7. CAPACIDADE DE ATENDIMENTO E PLANEJAMENTO DA OFERTA

- **Total de tutores:** 15
- **Estudantes por tutor:** 14
- **Total de estudantes:** 210
- **Relação docente/discente média:** 1 docente para cada 14 estudantes
- **Carga horária total:** 420 horas
- **Duração média:** 15 meses
- **Turma anual única (oferta nacional)**

Essa configuração garante qualidade pedagógica, acompanhamento individualizado e escalabilidade controlada da oferta, conforme recomendações da UAB/CAPES e das Normas Gerais da Pós-Graduação Lato Sensu da UNIVASF. Detalhamentos devem ser observados no Projeto Político Pedagógico do Curso (PPC).

8. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DAS VAGAS

A seleção será realizada por edital público, com critérios de priorização para:

- profissionais da rede pública de saúde;
- atuação em Atenção Primária;
- distribuição regional equilibrada;

- ✓ 175 vagas para servidores dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável;
 - ✓ 27 vagas para servidores das unidades federativas;
 - ✓ 8 vagas para servidores federais.
 - ✓ As 210 vagas serão distribuídas igualmente entre os 15 polos virtuais (14 estudantes por tutor).
- critérios de equidade (raça, PCD, indígenas, quilombolas e por gênero). Serão obedecidas as reservas de vagas para grupos vulneráveis, nos termos na legislação vigente.

9. AMBIENTES VIRTUAIS E COMUNICAÇÃO

O curso será desenvolvido integralmente no Ambiente Virtual de Aprendizagem do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (ProfSaúde/UNIVASF/Fiocruz), com suporte técnico remoto e canais de comunicação institucional (e-mail, chat e fóruns).

Além do AVA, serão utilizados recursos síncronos (Google Meet, RNP ou WebConf) para *webaulas*, oficinas e reuniões de acompanhamento.

10. AVALIAÇÃO DO CURSO E DA TUTORIA

A Coordenação realizará avaliações semestrais do desempenho de tutores e estudantes, baseadas em:

- Frequência e engajamento nos polos virtuais;
- Cumprimento de prazos e cronogramas;
- Qualidade dos feedbacks e das interações pedagógicas;
- Resultados de aprendizagem e satisfação discente.

Essas informações comporão o Relatório Anual de Avaliação da Tutoria, a ser encaminhado à PRPPGI e à Câmara de Pós-Graduação.

11. MONITORAMENTO E INDICADORES DE DESEMPENHO

Serão monitorados os seguintes indicadores:

- Taxa de participação nas atividades virtuais (>80%);
- Taxa de aprovação (>85%);

- Taxa de evasão (<10%);
- Satisfação discente com a tutoria (>90%);
- Pontualidade no feedback das atividades (<72 horas).

Esses parâmetros seguem as orientações do Plano de Avaliação Institucional e do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES).

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de polos virtuais de tutoria permite que o curso alcance ampla cobertura nacional, mantendo a qualidade da mediação pedagógica e a personalização do acompanhamento discente, princípios estruturantes da Educação a Distância pública e inclusiva.

A estrutura proposta assegura capacidade institucional plena, infraestrutura tecnológica consolidada e planejamento sustentável de oferta.

O detalhamento do curso está descrito no Projeto Político Pedagógico (PPC).

Petrolina, 22 de janeiro de 2026.

Carlos Dornels Freire de Souza

Coordenador do CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA APLICADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS DETERMINADAS SOCIALMENTE - UNIVASF

Mat. SIAPE 1077694

APÊNDICE C – Regimento Interno do Curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária e enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente

**REGIMENTO INTERNO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA, COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
APLICADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DAS
DOENÇAS DETERMINADAS SOCIALMENTE**

PETROLINA

2026

REGIMENTO INTERNO DO CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA,
COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM
EPIDEMIOLOGIA APLICADA À ATENÇÃO
PRIMÁRIA COM ÊNFASE NO
ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS
DETERMINADAS SOCIALMENTE

TÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O presente Regimento Interno disciplina a organização, o funcionamento e as normas acadêmico-administrativas do CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA APLICADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS DETERMINADAS SOCIALMENTE, ofertado pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), no âmbito da Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação (PRPPGI) e sob responsabilidade direta do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (ProfSaúde).

Art. 2º O curso constitui pós-graduação lato sensu, ofertada na modalidade Educação a Distância (EaD), regida pela Resolução CNE/CES nº 1/2018, pela Portaria MEC nº 11/2017, pela Resolução UNIVASF nº 01/2019, pelas normas da PRPPGI e pelo Estatuto e Regimento Geral da Universidade.

Art. 3º O Regimento Interno, aprovado pelo Colegiado do Curso e pela Câmara de Pós-Graduação, será homologado pelo Conselho Universitário (CONUNI), conforme o art. 16, inciso VII, do Estatuto da UNIVASF.

Art. 4º O Curso tem por finalidade formar especialistas com competências para compreender, analisar e intervir sobre os determinantes sociais e econômicos que influenciam o processo saúde-doença, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do uso da epidemiologia aplicada e da tomada de decisão baseada em evidências.

Art. 5º São objetivos específicos:

- I. capacitar profissionais na análise e interpretação de indicadores epidemiológicos;
- II. promover a integração entre vigilância, cuidado e gestão;

- III. estimular a produção e o uso de dados em saúde pública;
- IV. desenvolver produtos técnicos voltados à melhoria dos serviços, fortalecimento da atenção primária e políticas de saúde;
- V. fomentar o pensamento crítico e a equidade social na prática da saúde coletiva.

Art. 6º O curso destina-se a graduados nas áreas da saúde e afins, conforme critérios definidos em edital público.

TÍTULO II – DA VINCULAÇÃO E DAS BASES LEGAIS

Art. 7º O curso está vinculado academicamente à PRPPGI e operacionalmente ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (ProfSaúde), aplicando-se subsidiariamente as normas das Normas Gerais das Atividades de Pós-Graduação da UNIVASF (Resolução nº 01/2019).

Art. 8º As atividades do curso obedecerão aos princípios da qualidade acadêmica, ética, transparência, acessibilidade, inovação e pertinência social.

Art. 9º A carga horária total é de 420 (quatrocentas e vinte) horas, sendo 375 horas destinadas aos componentes curriculares e 45 horas ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), com prazo máximo de integralização de 18 anos consecutivos, conforme art. 21 da Resolução nº 01/2019.

TÍTULO III – DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E ACADÊMICA

Capítulo I – Das Instâncias de Gestão

Art. 10 São instâncias do Curso:

- I. Coordenação;
- II. Vice-Coordenação;
- III. Comissão Representativa do Curso;
- IV. Secretaria Acadêmica EaD;
- V. Equipe Pedagógica e de Tutoria;
- VI. Comissão de TCC;
- VII. Comissão de Avaliação e Qualidade.

Capítulo II – Da Comissão Representativa do Curso

Art. 11 A Comissão Representativa do Curso é o órgão deliberativo e consultivo responsável por acompanhar, avaliar e decidir sobre assuntos acadêmicos e administrativos, conforme art. 17 da Resolução nº 01/2019.

Art. 12 A Comissão será composta por:

- I. Coordenador(a) do Curso (Presidente);
- II. Vice-Coordenador(a);
- III. três docentes credenciados;
- IV. um(a) técnico-administrativo(a) indicado(a);
- V. um(a) representante discente regularmente matriculado(a).

§1º O mandato do representante discente será de um ano, permitida uma recondução.

§2º O quórum de deliberação será de maioria simples.

Art. 13 Compete à Comissão Representativa:

- I. aprovar o calendário e a oferta de disciplinas;
- II. propor alterações no PPC e neste Regimento;
- III. deliberar sobre credenciamento e descredenciamento de docentes e tutores;
- IV. aprovar bancas de TCC;
- V. apreciar pedidos de matrícula, trancamento, prorrogação e desligamento;
- VI. acompanhar relatórios de avaliação e autoavaliação;
- VII. resolver casos omissos.

Capítulo III – Da Coordenação e Vice-Coordenação

Art. 14 A Coordenação será exercida por docente efetivo da UNIVASF, com titulação mínima de doutor, designado pela PRPPGI, com mandato de dois anos, permitida uma recondução.

Art. 15 Compete ao(à) Coordenador(a):

- I. representar o Curso perante os órgãos institucionais;
- II. convocar e presidir reuniões da Comissão Representativa;
- III. supervisionar o desenvolvimento acadêmico e pedagógico;
- IV. encaminhar relatórios à PRPPGI e à Câmara de Pós-Graduação;
- V. promover integração entre corpo docente, tutoria e discentes;
- VI. encaminhar à Secretaria de Registro e Controle Acadêmico (SRCA) a documentação acadêmica e regimental aprovada.

Art. 16 O(a) Vice-Coordenador(a) auxiliará o(a) Coordenador(a) e o substituirá em seus impedimentos.

Capítulo IV – Da Secretaria Acadêmica EaD

Art. 17 A Secretaria Acadêmica EaD é unidade executora dos serviços acadêmico-administrativos do Curso, responsável por:

- I. processar matrículas, trancamentos e cancelamentos;
- II. manter registros acadêmicos e atas;
- III. expedir declarações, históricos e certificados;
- IV. arquivar documentação física e digital;
- V. apoiar reuniões e bancas.

Capítulo V – Da Equipe Pedagógica e de Tutoria

Art. 18 A equipe pedagógica e de tutoria, sob supervisão da Coordenação, é responsável pela mediação didático-pedagógica no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Art. 19 Compete aos tutores:

- I. acompanhar a participação e o desempenho dos discentes;
- II. estimular o engajamento nas atividades síncronas e assíncronas;
- III. registrar frequência e notas no sistema acadêmico;
- IV. reportar à Coordenação eventuais dificuldades ou inatividade dos estudantes.

TÍTULO IV – DO CORPO DOCENTE

Art. 20 O corpo docente será composto por professores da UNIVASF e, quando necessário, de instituições parceiras, com titulação mínima de especialista e experiência em Saúde Coletiva, Epidemiologia ou Educação a Distância.

Art. 21 Compete aos docentes:

- I. planejar e ministrar disciplinas;
- II. elaborar material didático conforme padrões da SEaD;
- III. orientar e avaliar TCCs;
- IV. participar de bancas, reuniões e capacitações;
- V. registrar avaliações e frequência nos prazos estabelecidos.

TÍTULO V – DO CORPO DISCENTE

Art. 22 O ingresso será realizado mediante **processo seletivo público**, com critérios definidos em edital elaborado pela Coordenação e aprovado pela PRPPGI.

Art. 23 São direitos dos discentes:

- I. acesso integral ao AVA e materiais;
- II. suporte técnico e pedagógico;
- III. informações transparentes sobre avaliação e desempenho;
- IV. representação discente na Comissão Representativa.

Art. 24 São deveres dos discentes:

- I. cumprir prazos e atividades;
- II – manter conduta ética e respeitosa;
- III – observar este Regimento e as normas da UNIVASF;
- IV – preservar direitos autorais e confidencialidade.

Art. 25 O trancamento poderá ser concedido uma única vez, por até seis meses, mediante justificativa aceita pela Coordenação, não computado no prazo máximo de integralização.

Art. 26 O desligamento ocorrerá quando o discente:

- I. exceder o prazo máximo do curso;
- II. for reprovado em duas disciplinas;
- III. cometer plágio ou fraude;
- IV. permanecer inativo por mais de 60 dias sem justificativa.

TÍTULO VI – DA ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

Art. 27 O Curso é organizado em regime modular, composto por 13 disciplinas obrigatórias e um TCC, conforme o Projeto Pedagógico aprovado pela PRPPGI.

Art. 28 As atividades serão ofertadas no AVA, com possibilidade de encontros síncronos.

Art. 29 A avaliação da aprendizagem será contínua, processual e formativa, exigindo nota mínima 7,0 (sete) e frequência mínima de 75% (setenta e cinco por cento).

TÍTULO VII – DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Art. 30 O TCC é componente curricular obrigatório e individual, orientado por docente credenciado.

Art. 31 Deverá assumir o seguinte formato:

I. projeto de intervenção.

Art. 32 A banca examinadora será composta por três avaliadores, sendo um o orientador, com defesa preferencialmente por videoconferência.

Art. 33 A versão final do TCC será depositada em formato digital no repositório institucional, acompanhada da autorização do(a) autor(a).

TÍTULO VIII – DA AVALIAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

Art. 34 O desempenho discente será avaliado com base em critérios definidos nos planos de ensino, observando-se:

I. coerência entre objetivos, conteúdos e métodos;

II. diversidade de instrumentos de avaliação;

III. feedback contínuo;

IV. reavaliação quando necessária.

Art. 35 A certificação será emitida pela Secretaria de Registro e Controle Acadêmico (SRCA), após homologação da PRPPGI e da Câmara de Pós-Graduação.

TÍTULO IX – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Representativa do Curso, observadas as normas da UNIVASF.

Art. 37 Alterações neste Regimento dependerão de aprovação da Comissão Representativa, homologação da PRPPGI e publicação no Boletim de Serviço da UNIVASF.

Art. 38 Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Câmara de Pós-Graduação e homologação pelo Conselho Universitário (CONUNI).

Petrolina, 22 de janeiro de 2026.

Carlos Dornels Freire de Souza

*Coordenador do CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO
EM EPIDEMIOLOGIA APLICADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DAS
DOENÇAS DETERMINADAS SOCIALMENTE - UNIVASF*

Mat. SIAPE 1077694

APÊNDICE D – Produções técnico-científicas desenvolvidas ao longo do mestrado

Quadro 10 - Síntese das produções desenvolvidas ao longo do mestrado.

Tipo de produção	Quantidade
Artigos científicos	6
Capítulos de livro	1
Trabalhos apresentados em eventos científicos	6
Produtos técnico-tecnológicos derivados da dissertação	1
Outros produtos técnico-tecnológicos	3
Orientações de trabalhos de conclusão	3
Participação em bancas examinadoras	1
Atividades acadêmico-institucionais	1

Fonte: Própria autoria (2026).

Artigos Científicos

NASCIMENTO, D. R.; SANTOS, G. J. G.; SILVA, V. P. L.; BRISOTTO, T. O. P.; CORDEIRO, N. A.; BELFORT, D. J. S.; SOARES, L. M. C.; NASCIMENTO, R. P. S.; TEIXEIRA, C. P.; GUTIERREZ DIAZ DE AZEVEDO, D. P.; CARMO, R. F.; SOUZA, C. D. F. **Health planning in municipalities prioritized for socially determined diseases in Brazil: a documentary analysis of municipal health plans (2022–2025)**. Manuscrito derivado desta dissertação, submetido para publicação à revista *Social Science & Medicine*. 2026.

NASCIMENTO, D. R.; SANTOS, G. J. G.; SILVA, V. P. L.; BRISOTTO, T. O. P.; CORDEIRO, N. A.; BELFORT, D. J. S.; SOARES, L. M. C.; NASCIMENTO, R. P. S.; TEIXEIRA, C. P.; GUTIERREZ DIAZ DE AZEVEDO, D. P.; CARMO, R. F.; SOUZA, C. D. F. **Addressing Socially Determined Diseases in Brazil: An Analysis of Municipal Health Plans (2022–2025)**. Manuscrito derivado desta dissertação, submetido para publicação à revista *BMC Health Services Research*. 2026.

NASCIMENTO, D. R.; SERPA, S. F.; SILVA JÚNIOR, A. G.; NUNES, S. L. P.; PIRES, C. E. L.; SANTOS, G. J. G.; VAN EMMERIK, P. S.; SANTOS, H. G. F.; CARMO, R. F.; SOUZA, C. D. F. **Spatio-Temporal Modeling of Tuberculosis Among Brazil's Elderly: A 20-Year Ecological and Population-Based Study**. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-026-13044-9>

OLIVEIRA, P. E.; VAN EMMERIK, P. S.; NASCIMENTO, R. P. S.; NASCIMENTO, D. R.; NUNES, S. L. P.; MATOS, T. S.; CORREIA, D. S.; SANTOS, M. B.; TEIXEIRA, C. P.; GUTIERREZ DIAZ DE AZEVEDO, D. P.; CUARTAS ARROYAVE, D. E.; CARMO, R. F.; SOUZA, C. D. F. **Spatio-Temporal Modeling of Chikungunya Fever in Brazil: An Ecological and Population-Based Study**. Manuscrito submetido para publicação à revista *BMC Public Health*. 2025.

BARROS, A. M. S. C.; NASCIMENTO, D. R.; TEIXEIRA, C. P.; AZEVEDO, D. P. G. D.; MARTEIS, L. S.; KOIKE, B. D. V.; CARMO, R. F.; SOUZA, C. D. F. **Diabetes mellitus**

hospitalizations in Brazil as a Primary care sensitive condition: a temporal analysis, 2009–2024. Manuscrito submetido para publicação à revista *BMC Primary Care*. 2026.

NASCIMENTO, D. R.; PACHECO, A. C. M.; OLIVEIRA, P. E.; SERPA, S. F.; CARMO, R. F.; SOUZA, C. D. **Spatial and Temporal Patterns of AIDS Among Older Adults in Brazil: A 20-Year Nationwide Ecological Study.** Manuscrito em preparação para submissão à revista *HIV Medicine*. 2026.

Capítulos de livro

NASCIMENTO, D. R.; SERPA, S. F.; PEREIRA, L. G.; SOUZA, C. D. F.; CORREIA, D. S. **Avaliação Geriátrica Ampla (AGA).** In: Divanise Suruagy Correia; Maria das Graças Monte Taveira; Carlos Dornels Freire de Souza. (Org.). *Saúde da Pessoa Idosa: Reflexões para o cuidado integral*. 1ed. Maceió: EDUFAL, 2025, v. 1, p. 61-86.

NASCIMENTO, D. R. **Da ausência, fiz morada: a formação em saúde reconstruindo o cuidado no sertão.** In: Profissionais de saúde em primeira pessoa: escritas de si e formação no PROFSAÚDE. Capítulo de livro em processo de revisão editorial.

Trabalhos apresentados em eventos científicos

NASCIMENTO, D. R.; PEDROSA, J. R.; FARIAS, A. C. T.; LUCAS, J. P. C.; SCABELLO, I. M. **Abordagem da sífilis na gestação no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): uma revisão sistemática de estudos observacionais.** Trabalho apresentado no 18º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2025, Curitiba.

SANTOS, A. R. S.; KOIKE, B. V.; NASCIMENTO, D. R.; LINS, J. N. M. **O ambulatório trans como cenário de prática na graduação em medicina: um relato de experiência.** Trabalho apresentado no 18º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2025, Curitiba.

BARROS, A. M. S. C.; NASCIMENTO, D. R.; SERPA, S. F.; SANTOS, A. R. S. **Diagnósticos de sífilis no Sertão do São Francisco entre 2015 e 2023: uma análise de tendência temporal.** Trabalho apresentado no 18º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2025, Curitiba.

NASCIMENTO, D. R.; SERPA, S. F.; BARROS, A. M. S. C. **A comunicação como ferramenta para o cuidado aos pacientes com dor crônica: uma experiência na APS.** Trabalho apresentado no 18º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2025, Curitiba.

NASCIMENTO, D. R.; SERPA, S. F.; SOUZA, C. D. F. **Tendência temporal dos óbitos gerais, domiciliares e hospitalares por doenças crônicas com critérios para cuidados paliativos no Brasil, 1996-2023.** Trabalho apresentado no XII Congresso Latino-Americano de Cuidados Paliativos, 2026, São Paulo.

NASCIMENTO, D. R.; SERPA, S. F.; SOUZA, C. D. F. **Relato de experiência sobre cuidados paliativos em contexto de privação de liberdade: reflexões sobre a dignidade e o sentido do cuidado em territórios invisibilizados**. Trabalho apresentado no XII Congresso Latino-Americano de Cuidados Paliativos, 2026, São Paulo.

Produtos técnicos-tecnológicos derivados da dissertação

NASCIMENTO, D. R.; SOUZA, C. D. F. **Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com Área de Concentração em Epidemiologia Aplicada à Atenção Primária com ênfase no enfrentamento das Doenças Determinadas Socialmente**. Curso de especialização derivado desta dissertação. Petrolina: Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2026.

NASCIMENTO, D. R.; SOUZA, C. D. F. **Relatório técnico-institucional: Avaliação dos Planos Municipais de Saúde dos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável (2022–2025)**. Relatório técnico derivado desta dissertação, encaminhado ao Ministério da Saúde. Petrolina: Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2026.

Outros produtos técnicos-tecnológicos

NASCIMENTO, D. R. **Educação Permanente para Médicos da Atenção Primária do Município de Dormentes - PE**. Curso de capacitação. Dormentes: Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2024.

NASCIMENTO, D. R. **Atualização e manejo da dor para médicos da Atenção Primária à Saúde. Curso de capacitação**. Petrolina: Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2025.

NASCIMENTO, D. R. **Entre analgésicos e vínculos: o manejo racional da dor na Medicina de Família. Palestra**. Petrolina: VII Congresso de Saúde, X Jornada de Radiologia, VI Simpósio SBUS de Ultrassonografia, IX Feira de negócios para Profissionais da Saúde do Vale do São Francisco, 2025.

Orientações de trabalho de conclusão

BARROS, A. M. S. C. **Internações por Diabetes Mellitus no Brasil como Condição Sensível à Atenção Primária: análise temporal, 2009-2024**. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Medicina de Família e Comunidade) – Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, 2025. Orientador: Davi Rios do Nascimento.

PACHECO, A. C. M. **Modelagem espaço-temporal de HIV/Aids entre idosos brasileiros: um estudo ecológico e populacional de 20 anos**. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Medicina de Família e Comunidade) – Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, 2025. Orientador: Davi Rios do Nascimento.

SILVA, L. L. R. A. **Série Temporal das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária relacionadas ao Pré-Natal e Parto, 2009-2024.** Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Medicina de Família e Comunidade) – Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, 2025. Orientador: Davi Rios do Nascimento.

Participação em bancas examinadoras

FERREIRA, A. C. F.; NASCIMENTO, D. R.; COELHO, L. M. S. Participação em banca examinadora do trabalho de Fernanda Araújo e Farias. **Grau de instrução e idade maternas e a realização do acompanhamento pré-natal: uma descrição epidemiológica de 2013 a 2022 em Pernambuco.** Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Medicina de Família e Comunidade) – Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, 2025.

Atividades acadêmico-institucionais

NASCIMENTO, D. R. Atuação como preceptor médico no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Petrolina: Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2024-2025.

ANEXO A – Municípios prioritários por regiões do Brasil e as respectivas doenças e infecções

Município	Doenças/Infecções Prioritárias							
Região Norte								
Acre								
Cruzeiro do Sul	Doença de Chagas	Hepatite B	Malária					
Mâncio Lima	Doença de Chagas	Malária						
Marechal Thaumaturgo	Hepatite B	Doença de Chagas						
Rio Branco	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Tuberculose	Aids		
Amazonas								
Barcelos	Doença de Chagas	Oncocercose	Malária					
Borba	Geo-helmintíases	Hanseníase						
Coari	Malária	Hepatite B						
Ipixuna	Doença de Chagas	Malária						
Lábrea	Doença de Chagas	Hanseníase	Malária					
Manaus	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Tuberculose	Doença de Chagas	Aids	
Maraã	Geo-helmintíases	Hanseníase						
Novo Aripuanã	Hanseníase	Malária						
São Paulo de Olivença	Geo-helmintíases	Malária						
Tapauá	Hanseníase	Malária						
Tefé	Hepatite B	Malária						
Uarini	Doença de Chagas	Hanseníase	Malária					
Amapá								
Macapá	Sífilis congênita	Doença de Chagas	Aids	Hanseníase	Tuberculose			
Serra do Navio	Geo-helmintíases	Malária						
Pará								
Afuá	Doença de Chagas	Malária						
Altamira	Hepatite B	Hanseníase	Malária					
Anajás	Doença de Chagas	Malária						
Ananindeua	Sífilis congênita	Doença de Chagas	Aids	Hanseníase	Tuberculose			
Belém	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Tuberculose	Doença de Chagas	Aids	HTLV
Breves	Doença de Chagas	Hanseníase						
Cametá	Doença de Chagas	Hanseníase						
Castanhal	Aids	Hanseníase						
Conceição do Araguaia	Doença de Chagas	Hanseníase						
Gurupá	Doença de Chagas	Hanseníase						
Igarapé-Miri	Doença de Chagas	Hanseníase						
Itaituba	Malária	Hanseníase						

Município	Doenças/Infecções Prioritárias							
Marabá	Sífilis congênita	Hepatite B	Aids	Hanseníase	Tuberculose			
Marituba	Tuberculose	Hanseníase						
Melgaço	Doença de Chagas	Hanseníase						
Moju	Doença de Chagas	Hanseníase						
Paragominas	Doença de Chagas	Hanseníase						
Parauapebas	Sífilis congênita	Hepatite B	Aids	Hanseníase				
Santarém	Sífilis congênita	Hepatite B	Doença de Chagas	Hanseníase	Tuberculose	Aids		
Tucuruí	Doença de Chagas	Hanseníase						
Rondônia								
Machadinho D'Oeste	Hepatite B	Malária						
Porto Velho	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Tuberculose	Malária	Aids	
Roraima								
Alto Alegre	Oncocercose	Malária						
Boa Vista	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Doença de Chagas	Tuberculose	Aids		
Bonfim	Malária	Tracoma						
Iracema	Malária	Tracoma						
Tocantins								
Araguaína	Doença de Chagas	Hanseníase						
Palmas	Hepatite B	Hanseníase	Aids					
Região Nordeste								
Alagoas								
Capela	Esquistossomose	Doença de Chagas	HTLV					
Maceió	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
Santana do Mundaú	Esquistossomose	Doença de Chagas	HTLV					
Bahia								
Camaçari	Hepatite B	Aids	Hanseníase					
Feira de Santana	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids			
Itabuna	Hepatite B	Tuberculose	HTLV					
Porto Seguro	Hepatite B	Hanseníase	HTLV					
Salvador	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids		
Vitória da Conquista	Hepatite B	Hepatite C	HTLV					
Ceará								
Caucaia	Sífilis congênita	Hanseníase	Tuberculose					
Fortaleza	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids		
Maracanaú	Sífilis congênita	Hanseníase						
Sobral	Sífilis congênita	Hanseníase	Tuberculose					
Maranhão								
Imperatriz	Sífilis congênita	Hanseníase						
São José de Ribamar	Hepatite B	Hanseníase	Tuberculose	HTLV				
São Luís	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase			
Paraíba								
Campina Grande	Sífilis congênita	Aids	Tuberculose	HTLV	Aids			

Município	Doenças/Infecções Prioritárias							
João Pessoa	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	HTLV		
Pernambuco								
Cabo de Santo Agostinho	Tuberculose	Aids	Hanseníase	HTLV				
Camaragibe	Sífilis congênita	Hanseníase	HTLV					
Carnaubeira da Penha	Doença de Chagas	Tracoma	HTLV					
Caruaru	Sífilis congênita	Aids	Tuberculose	HTLV				
Correntes	Geo-helmintíases	Esquistossomose	HTLV					
Jaboatão dos Guararapes	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	Filariose	HTLV
Olinda	Sífilis congênita	Hepatite B	Filariose	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
Ouricuri	Doença de Chagas	Hanseníase	HTLV					
Paulista	Sífilis congênita	Filariose	Hanseníase	Tuberculose	Aids			
Petrolina	Sífilis congênita	Aids	Hanseníase	HTLV				
Recife	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	Filariose	HTLV
Piauí								
Teresina	Sífilis congênita	Hepatite B	Hanseníase	Tuberculose	Aids			
Rio Grande do Norte								
Natal	Sífilis congênita	Hepatite C	Aids	Tuberculose	HTLV			
Sergipe								
Aracaju	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
Nossa Senhora do Socorro	Sífilis congênita	Hanseníase	HTLV					
São Cristóvão	Tuberculose	Hanseníase	HTLV					
Região Centro-Oeste								
Distrito Federal								
Brasília	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Tuberculose	Aids	Doença de Chagas	HTLV
Goiás								
Anápolis	Aids	Hepatite B	Hepatite C					
Aparecida de Goiânia	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Aids	HTLV		
Goiânia	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Aids	HTLV			
Mato Grosso do Sul								
Campo Grande	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids	HTLV		
Mato Grosso								
Colniza	Hanseníase	Malária						
Cuiabá	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Hanseníase	Aids			
Lucas do Rio Verde	Hanseníase	Hepatite B						
Rondonópolis	Hanseníase	Hepatite B	Hepatite C	Aids				
Sinop	Hanseníase	Hepatite B						
Sorriso	Hanseníase	Hepatite B						
Várzea Grande	Tuberculose	Hepatite B	Hanseníase	Aids				
Região Sudeste								
Espírito Santo								
Cariacica	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite B	Aids				
Serra	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite B	Aids	Hanseníase			
Vila Velha	Sífilis congênita	Tuberculose	Hanseníase	Aids				

Município	Doenças/Infecções Prioritárias							
Vitória	Hepatite B	Tuberculose						
Minas Gerais								
Belo Horizonte	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
Betim	Sífilis congênita	Aids	HTLV					
Contagem	Sífilis congênita	Hepatite C	Aids	HTLV				
Governador Valadares	Sífilis congênita	Tuberculose	Hanseníase	HTLV				
Ipatinga	Sífilis congênita	Hepatite B	HTLV					
Juiz de Fora	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids	HTLV			
Montes Claros	Sífilis congênita	Hanseníase	HTLV					
Uberaba	Sífilis congênita	Aids	Hepatite B	Hepatite C	HTLV			
Uberlândia	Sífilis congênita	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV			
Rio de Janeiro								
Belford Roxo	Sífilis congênita	Tuberculose	Hanseníase	Aids				
Cabo Frio	Sífilis congênita	Tuberculose						
Campos dos Goytacazes	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids			
Duque de Caxias	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids		
Itaboraí	Sífilis congênita	Hanseníase						
Japeri	Sífilis congênita	Tuberculose						
Macaé	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids			
Mesquita	Sífilis congênita	Tuberculose						
Niterói	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids				
Nova Iguaçu	Sífilis congênita	Aids	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase			
Petrópolis	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids				
Queimados	Sífilis congênita	Hanseníase						
Rio de Janeiro	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids		
São Gonçalo	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids		
São João de Meriti	Sífilis congênita	Aids	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase			
Volta Redonda	Aids	Tuberculose						
São Paulo								
Barueri	Aids	Tuberculose	HTLV					
Bauru	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids	HTLV			
Campinas	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids	HTLV		
Carapicuíba	Hepatite B	Tuberculose	Aids	HTLV				
Diadema	Hepatite C	Tuberculose	Aids	HTLV				
Guarujá	Sífilis congênita	Tuberculose	HTLV					
Guarulhos	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Aids	HTLV		
Itapevi	Hepatite C	Tuberculose	HTLV					
Jundiaí	Hepatite C	Tuberculose	Aids	HTLV				
Mauá	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite B	Aids	HTLV			
Osasco	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids	HTLV			
Paulina	Hepatite B	Hepatite C	HTLV					
Praia Grande	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	HTLV			
Ribeirão Preto	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
Santo André	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids	HTLV			

Município	Doenças/Infecções Prioritárias							
Santos	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Aids	HTLV			
São Bernardo do Campo	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose				
São José do Rio Preto	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Aids	HTLV			
São José dos Campos	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids	HTLV			
São Paulo	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Tuberculose	Hanseníase	Aids	HTLV	
São Vicente	Hepatite C	Tuberculose	HTLV					
Sorocaba	Tuberculose	Hanseníase	Hepatite C	Aids	HTLV			
Taboão da Serra	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	HTLV				
Região Sul								
Paraná								
Cascavel	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Curitiba	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Foz do Iguaçu	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Londrina	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Maringá	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids				
São José dos Pinhais	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Rio Grande do Sul								
Alvorada	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids				
Bento Gonçalves	Hepatite B	Hepatite C						
Canoas	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Caxias do Sul	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Gravataí	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids				
Lajeado	Hepatite B	Hepatite C						
Novo Hamburgo	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Passo Fundo	Hepatite B	Hepatite C						
Pelotas	Tuberculose	Hepatite C	Aids					
Porto Alegre	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Rio Grande	Tuberculose	Hepatite C	Aids					
Santa Maria	Sífilis congênita	Tuberculose	Hepatite C	Aids				
São Leopoldo	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Aids				
Viamão	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Santa Catarina								
Balneário Camboriú	Hepatite B	Hepatite C	HTLV					
Blumenau	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Chapecó	Aids	Hepatite B	HTLV					
Criciúma	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Florianópolis	Sífilis congênita	Hepatite B	Hepatite C	Aids	Tuberculose			
Itajaí	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
Joinville	Tuberculose	Hepatite B	Hepatite C	Aids	HTLV			
Lages	Sífilis congênita	Hepatite B	HTLV					
Palhoça	Aids	Hepatite B	HTLV					
São José	Hepatite B	Hepatite C	Aids					
São José do Cedro	Hepatite B	Tracoma	HTLV					

* Aids - consideradas apenas as notificações dos casos das pessoas vivendo com Aids (não inclusas as pessoas vivendo com HIV); HTLV - considerados apenas os estados que realizam a notificação. **Fonte:** Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável (Brasil, 2025b).

ANEXO B – Termo de outorga de recursos financeiros

10/12/2024, 10:22

CNPq



5187415064546815

TERMO DE OUTORGA

Processo: 442109/2024-4
Vigência: início: 10/12/2024 fim: 30/06/2026
Título: Projeto OASIS- Observatório de Análise Situacional em Saúde como estratégia de apoio ao processo de eliminação das doenças determinadas socialmente no Brasil.
Instituição de Execução: Universidade Federal do Vale do São Francisco
CNPJ: 05440725000114
Ação: Chamada CNPq/DECIT/MS Nº31/2024 - Faixa A estudos secundários

Valor Global: R\$ 299.360,00
Capital: R\$ 66.000,00

Custeio: R\$ 153.600,00

BOLSAS DE LONGA DURAÇÃO: R\$ 80.760,00

Modalidade: Apoio à Difusão do Conhecimento - ADC - 1B
Duração: 12 Meses
Quantidade: 1

Modalidade: Iniciação Tecnológica Industrial - ITI - A
Duração: 12 Meses
Quantidade: 2

Modalidade: Apoio à Difusão do Conhecimento - ADC - 1C
Duração: 12 Meses
Quantidade: 1