

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Edison Martins da Silveira

**PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E METAS NOS SERVIÇOS DA REDE
MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS-SP VISANDO INTEGRAÇÃO DE
INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO.**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Odontologia de Piracicaba -
Universidade Estadual de Campinas para a
obtenção do título de Mestre em Odontologia em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

Este exemplar corresponde à
versão final da dissertação
defendida pelo aluno, e orientada
pelo Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

Assinatura do Orientador

Piracicaba, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
GARDÊNIA BENOSSI – CRB8/8644 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

Silveira, Edison Martins da, 1960-

Si39p Programação de ações e metas nos serviços da rede
municipal de saúde de Campinas-SP visando integração de
instrumentos de planejamento / Edison Martins da Silveira. --
Piracicaba, SP : [s.n.], 2011.

Orientador: Antonio Carlos Pereira.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Atenção básica à saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Sistema
Único de Saúde (Brasil). I. Pereira, Antonio Carlos. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia
de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Schedule of action and targets in the services of municipal
health network of Campinas-SP aiming at integration of planning tools

Palavras-chave em Inglês:

Primary health care

Health management

Unified system health (Brazil)

Área de concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Antonio Carlos Pereira [Orientador]

Karine Laura Cortellazzi

Renato Pereira da Silva

Data da defesa: 20-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante em sessão pública realizada em 20 de Julho de 2011, considerou o candidato EDISON MARTINS DA SILVEIRA aprovado.



Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA



Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI



Prof. Dr. RENATO PEREIRA DA SILVA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha amada esposa Marilia Rittner e aos meus amados filhos Laura e Lucas, motivos maiores de minha existência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof Dr Antonio Carlos Pereira, por todos o momentos de aprendizado, apoio e ajuda não só nesta dissertação, mas nos conhecimentos em Saúde Coletiva.

As colegas Fabiana de Lima Vazquez e Prof^a Karine Laura Cortellazzi, pela ajuda organização, formatação e revisão deste trabalho.

A minha cunhada Leticia Rittner e esposo Ivan Coelho da Silva pelo apoio, ajuda na organização e formatação desta dissertação.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional e Departamento de Saúde pela contribuição fundamental no desenvolvimento deste trabalho e a liberação para apresentar todo o trabalho da Secretaria de Saúde nesta dissertação.

À Deus, por tudo que tenho recebido nesta vida e a vontade e possibilidade de poder ajudar os meus semelhantes....

RESUMO

Este estudo teve como objetivo apresentar o processo de integração do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, que utilizou ações e metas para a atenção básica, elaboradas a partir do cruzamento de alguns indicadores do Pacto pela Saúde, do Relatório Anual de Gestão 2010 e da Programação Anual de Saúde. Um grupo composto por 02 gestores do Departamento de Gestão e Desenvolvimento (DGDO) e 02 gestores do Departamento de Saúde (DS) da Secretaria Municipal de Saúde definiram os principais indicadores e ações em uma planilha informatizada, que foi encaminhada às coordenações das áreas programáticas e aos serviços da atenção básica, via correio eletrônico. Após preenchimento e devolução, foram feitas pactuações com alguns gestores do nível central da secretaria e dos Distritos de Saúde. Foram elaboradas para a atenção básica 85 ações, qualitativas e quantitativas, nas várias áreas de atenção e vigilância em saúde, com adesão de 95% de toda a rede municipal. O processo permitiu uma boa integração de todo o planejamento em saúde da Secretaria, uma efetiva capilarização dos instrumentos de planejamento nos vários níveis da gestão e a possibilidade de elaboração de um contrato de gestão da Secretaria de Saúde com toda a rede municipal.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to present the integration process of the planning of the Municipal Secretary of Health, defining actions and goals for basic care, by crossing some health indicators, the Annual Management Report 2010 and the Annual Health Program. A group composed of 02 managers of the Management and Development Department and 02 managers of the Health Department of the Municipal Secretary of Health defined the key indicators and actions in a computer spreadsheet that was forwarded by electronic mail to the coordination of programmatic areas and basic care services. After completion and devolution, agreements were made with some central level managers of the Secretary and of Health Districts. For the basic care, 85 qualitative and quantitative actions were delineated in several areas of health care and surveillance, with an adhesion of 95% of all municipal network. The process allowed a good integration of all planning in the Secretary of Health, effective capillarization of planning instruments at several levels of management and the possibility of elaborating a management contract of the Municipal Secretary of Health with the entire municipal network.

Keywords: Annual Management Report, Annual Health Program; Basic Care Health; Health Management; Organization of Health Planning

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH- Autorização para Internação Hospitalar

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ALT – Ambientes Livres de Tabaco

CETS- Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde

CMMI- Comitê de Morte Materna Infantil

CNS- Conferência Nacional da Saúde

CS- Centro de Saúde

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

DS- Departamento de Saúde

DGDO- Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional

HIPERDIA – Hipertensão e Diabetes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa e Estudos Aplicados

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

MS – Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONCOREDE- Rede de Oncologia

PPA – Plano Plurianual

PAS – Programação Anual de Saúde

PNET- Programa Nacional e Estadual de Tabagismo

PNH- Política Nacional de Humanização

PS – Plano de Saúde

RAG – Relatório Anual de Gestão

SARGSUS- Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS

SES- Secretaria do Estado da Saúde

SIGA – Sistema de Informação e Gestão Ambulatorial

SISCOLO- Sistema de Informação de prevenção do câncer de colo uterino

SISHIPERDIA – Sistema de Informação da Hipertensão e Diabetes

SISVAN- Sistema de Informação e Vigilância Nutricional

SISPRENATAL-Sistema de Informações do Pré-natal

SUS- Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	6
a. A experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP e seu histórico de Planejamento de Saúde.	8
3. PROPOSIÇÃO	12
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
a. Descrição do universo	13
b. O Processo de Elaboração da Planilha de Programação.....	14
5. RESULTADOS	18
TABELA 1 – Planilha com ações e metas para a atenção básica	22
6. DISCUSSÃO	29
7. CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	40
ANEXO 1 - Planilha Excel com consignas e métricas para preenchimento pelos serviços e coordenadorias.....	40
ANEXO 2 – Dados do Município de Campinas (2011).....	43
ANEXO 3 – Dados epidemiológicos.....	44

1. INTRODUÇÃO

O planejamento configura-se processo estratégico para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) cuja importância e potencialidade têm sido crescentemente reconhecidas, em especial nos últimos anos, segundo o Ministério da Saúde, na série intitulada Cadernos de Planejamento, que traz orientações gerais para elaboração dos instrumentos de planejamento, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. (Brasília,2009).

Segundo o Instituto de Pesquisa e Estudos Aplicados (IPEA 2010), em pouco mais de 20 anos de existência, o SUS ampliou o acesso à assistência à saúde para grande parte da população brasileira, antes excluída, ou dependente da ação de instituições assistenciais e filantrópicas.

Em 2009 foram realizados 721 milhões de atendimentos ambulatoriais e 11 milhões de procedimentos de média e alta complexidade e internações. Além disso, por meio da atuação da vigilância em saúde, o Brasil tem obtido importantes resultados no controle de doenças e agravos à saúde. Destacam-se as experiências bem-sucedidas da eliminação do sarampo, da campanha de vacinação contra a influenza H1N1 e do tratamento do HIV/Aids. (IPEA,2010).

Os avanços e as dificuldades são percebidos pela população brasileira. A percepção da população é mediada por inúmeros fatores, entre eles sua própria experiência na utilização dos serviços, a experiência de outros membros da família ou da comunidade, sua visão sobre como deveria ser o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, a formação de uma opinião geral a partir daquilo que é divulgado nos meios de comunicação, entre outros (IPEA, 2010).

Os avanços alcançados na construção do SUS e os desafios atuais exigem, todavia, a concentração de esforços para que o planejamento possa responder oportuna e efetivamente às necessidades deste Sistema e às demandas que se apresentam continuamente aos gestores. Tais esforços devem se traduzir, na prática, na implementação de processos que permitam a

formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento, na conformidade dos princípios e diretrizes que regem o SUS (Brasília, 2008).

O Setor Saúde tem se deparado com uma complexidade crescente da produção de saúde, evidenciada por exigências dos seus direitos por parte dos usuários, pela incorporação tecnológica e da própria complexidade do processo saúde-doença e aliado a isto, os aspectos legais, técnico e político de consolidação de um projeto público da dimensão do SUS. Estas complexidades e as especificidades de uma política pública, universal, de direitos incorporados constitucionalmente e do qual dependem mais de 70% da população, exigem saberes e competências, tornando-se complexa a tarefa de elaboração de um planejamento em saúde, o mais integrado possível e de um Contrato de Gestão, que permita monitoramento e avaliações, nos vários níveis de gestão, nos Distritos de Saúde, Unidades Básicas, Centros de Referência e nos Departamentos da Secretaria Municipal de Saúde, que devem basear suas atividades de maneira a atender o planejamento, ações e metas dos vários equipamentos de saúde (Campinas, 2011).

No processo de construção e implementação do SUS e o desafio de se efetivar um sistema Universal, Integral com equidade, com controle social e sustentado com financiamento adequado pelos níveis Federal, Estadual e Municipal, para se garantir eficácia e eficiência em saúde, o que se pode afirmar que nestes vinte anos o SUS ainda é palco de disputa entre modelos assistenciais diversos. As tentativas de articular ação de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na dupla dimensão individual e coletiva, têm sido experimentadas em vários municípios, acumulando experiências que apontam para a possibilidade de construção de um modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida (Marinho de Souza & Kalichman, 1994), tal como proposto na 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1996 (Teixeira et al., 1998), e reforçado nas 11ª e 12ª CNS, realizadas respectivamente em 2000 e 2003.

De uma maneira geral, melhorar a saúde da população é o objetivo central e máximo dos Sistemas de Saúde, entretanto, o alcance dessa meta é um

processo complexo, que envolve objetivos intermediários e ações Inter setoriais e a prestação de serviços, individuais e coletivos, assim como estas ações são apenas um dos modos de melhorar a saúde da população. Fatores vinculados à situação socioeconômica, ambientais, biológicos, genéticos e os comportamentos coletivo e individual têm influência poderosa sobre a saúde. Sendo assim, é necessário o refinamento do conhecimento de como interagem, como influenciam a saúde dos indivíduos e das populações e de como contribuem para o alcance da meta central dos Sistemas de Saúde. É preciso também diferenciar os Sistemas de Saúde, de Serviços de Saúde, uma vez que os primeiros são mais abrangentes e se referem à saúde em sentido amplo, isto é, à manifestação objetiva das condições de vida de uma população determinada, o que é resultante da ação Inter setorial de diferentes sistemas, mais ou menos complexos.

Quanto aos sistemas de serviços de saúde, integram os sistemas de saúde, mas sua ação se efetua nas instituições prestadoras de serviços, eminentemente internas ao setor, embora sejam influenciadas de forma importante por elementos externos a ele, tais como as instituições geradoras de recursos, conhecimentos e tecnologias; as empresas de equipamentos biomédicos; e a indústria de insumos e medicamentos. Pode-se dizer que não há concordância entre vários autores sobre uma definição de sistema de saúde, mas isso não impede que tenham sido propostas categorizações e classificações que, ou trazem embutida uma perspectiva evolucionista e unidirecional, além de não permitirem uma análise mais dinâmica dos sistemas de saúde, ou são parciais e baseadas em sistemas de saúde particulares e, portanto não podem ser generalizadas. (Mendes, EV 2002).

Uma definição considerada quase clássica foi formulada por Roemer em 1991:

Um sistema de saúde é uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população. Entretanto, essas cinco grandes categorias que integram a definição não possibilitam a compreensão do funcionamento

dos sistemas de saúde nem dos seus resultados, pois não são explicitadas as relações entre elas.

A Organização Mundial da Saúde, por sua vez, define os sistemas de saúde como o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000). Nesse sentido, como reitera Mendes, 2002, são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo.

Quanto à avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, e embora a literatura se refira à avaliação dos sistemas de saúde, o foco de interesse central tem sido os serviços de saúde, com especial ênfase, em muitos casos, nos serviços de assistência médica. Isso se deve a diversos fatores, mas destacam-se entre eles os relacionados à busca de maior eficiência, ou seja, conseguir que os sistemas de serviços de saúde desempenhem suas funções da melhor forma possível diante dos constrangimentos financeiros que se generalizaram em todos os países nas últimas décadas. Ainda que haja discordância conceitual, desempenho, em geral, se refere ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde (Hurst & Hughes, 2001).

A construção metodológica da avaliação de desempenho dependerá, portanto, da clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos sistemas de saúde que se quer avaliar, que por sua vez, vão embasar a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação de desempenho.

A avaliação de desempenho dos serviços de saúde foi objeto central do World Health Report (WHO, 2000) que teve o mérito de colocar essa questão no centro do debate contemporâneo sobre as reformas setoriais. O quadro de referência utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliação dos sistemas de saúde tem as seguintes características: a) adota uma definição de sistema de saúde ampla e imprecisa, com objetivos pouco claros; b) considera parte do sistema de saúde todos os recursos, organizações e atores que realizam ou apoiam ações sanitárias (de proteção, fomento ou melhora da saúde), mas não

inclui a educação; c) define três metas a serem atingidas pelos sistemas de saúde (melhora do estado de saúde; “responsividade”- denominada *responsiveness* – isto é, um sistema que responda às aspirações legítimas do público; e justiça na contribuição financeira). As duas primeiras metas são medidas através de sua média e distribuição, enquanto que o terceiro apenas pela distribuição; d) identificam quatro funções dos sistemas de saúde, decisivas para o alcance dessas metas: financiamento (incluindo contribuições específicas, fundos setoriais e compra direta de serviços); prestação de serviços de saúde (individuais e coletivos); geração de recursos; e condução do sistema- supervisão e orientação de todo o sistema público e privado. A inter-relação entre essas “metas” e “componentes” seriam a medida de desempenho.

Segundo Scarazatti e Amaral, 2008, a utilização do planejamento nas organizações de saúde tem sido mais frequente na elaboração de Planos Diretores do que como instrumento de contratualização entre gestores e gerentes de serviços, assim como destes com as equipes de trabalho que compõem cada um desses serviços ou órgãos. Mesmo nas experiências de utilização do planejamento e de seus desdobramentos como base para a contratação de objetivos e metas, não se tem observado a incidência desse importante instrumento de gestão no cotidiano das organizações de saúde do SUS. Além disso,

Há muitas utilidades para o planejamento na gestão em saúde, mas destacam duas questões que consideram relevantes em relação à organização: Como elemento que contribui para organizar a ação de coletivos, podendo e devendo ser incorporado ao trabalho nas unidades básicas de saúde e para instrumentalizar processos de formação de compromissos, ou contratações entre gestores e as unidades de saúde, entre os coordenadores das unidades de atenção básica e mesmo dentro de uma equipe de saúde, como mecanismo de atribuir-se responsabilidades no processo de divisão de trabalho” (Scarazatti & Amaral, 2008).

2. REVISÃO DE LITERATURA

Na conformidade da regulamentação do Sistema de Planejamento do SUS e das orientações gerais acerca dos seus instrumentos, pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e aprovadas pelas Portarias Nº 3.085/GM e Nº 3.332/GM, MS, 2006, “o Plano de Saúde (PS) é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS”. Segundo a Portaria 3.332/GM/2006 citada, o Plano “apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (§1º do Art.2º).

A Programação Anual de Saúde (PAS) é “o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS” e o Relatório Anual de Gestão (RAG) “o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários”. Esses resultados constituem o cerne do RAG que, portanto, deve ser elaborado na conformidade da PAS e indicar os ajustes necessários no Plano de Saúde.

Essa Portaria define o planejamento (incluído o monitoramento e a avaliação) como processo estratégico para a gestão do SUS nas três esferas. O referido Sistema tem expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos decorrentes do processo de planejamento, a saber: Plano de Saúde, respectivas Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão (Art. 4º e §1º). Os Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) devem ser compatíveis, em cada esfera de governo, com o PS, a PAS e o RAG. No esforço de implementação desse Sistema, empreendido pelo Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios, esses instrumentos têm sido continuamente debatidos, principalmente no tocante a processos de formulação e a estruturas básicas. Tais debates explicitam principalmente a importância e a necessidade de que esses instrumentos contribuam para a melhoria/aperfeiçoamento da gestão e das ações e serviços

prestados à população, favorecendo também a participação e o controle social. Em síntese, são ressaltados como requisitos desses instrumentos clareza e objetividade; unidade nos conceitos de seus elementos constituintes e estrutura básica, passível de aplicação e adequações pelas três esferas, segundo peculiaridades de cada uma (Ministério da Saúde, 2006).

Particularmente no tocante a processos contínuos de planejamento, é importante assinalar o seu caráter técnico-político, articulado aos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade na definição de ações e serviços e à diretriz da direção única em cada esfera de governo na operação do SUS. Para a efetivação do processo de descentralização, é indispensável que cada instância do SUS disponha do seu Plano de Saúde - operacionalizado pelas respectivas Programações Anuais - a ser avaliado continuamente, com o seu resultado expresso no correspondente Relatório Anual de Gestão.

O Relatório Anual de Gestão imprime caráter dinâmico ao Plano de Saúde e realimenta, desta forma, o processo de planejamento. Esse Relatório deve indicar os eventuais ajustes que se fizerem necessários no Plano e, ao mesmo tempo, orientar a elaboração da Programação Anual de Saúde subsequente (Ministério da Saúde, 2008).

O processo de planejamento deve ser implementado tendo em conta a estreita articulação e interdependência desses instrumentos básicos, influenciando a definição de políticas e de recursos globais. Além disso, vale reiterar que Plano, Programação e Relatório se relacionam diretamente com o exercício da função gestora em cada esfera de direção e com o respectivo Termo de Compromisso de Gestão, configuram, enfim, instrumentos que dão visibilidade às responsabilidades do gestor.

Na esfera municipal, o processo de planejamento também deve propiciar forte articulação dos gestores no Sistema de Saúde Municipal, entre os vários níveis da atenção à saúde, primário, secundário e terciário, respeitando as especificidades de cada nível do sistema e dos serviços, especificidades estas

determinadas pelo território e diagnóstico local. Testa (1989), afirma que um dos principais elementos do processo de planejamento é o diagnóstico.

Nos diagnósticos propostos por Testa, são apresentados algumas técnicas para cálculo de indicadores e análises de problemas, mas essas, no conjunto, não conformam um roteiro a ser seguido para a identificação e explicação dos problemas de saúde. Mais do que uma série de procedimentos, os diagnósticos constituem um quadro de análise para se pensarem os problemas de saúde, um modelo explicativo orientador do esmiuçamento da realidade, necessário para levantamento e compreensão dos problemas de saúde (Giovannella, 2003).

a. A experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP e seu histórico de Planejamento de Saúde.

A Secretaria Municipal de Campinas-SP vem nos últimos anos investindo na melhoria da elaboração de seu planejamento de ações com toda a rede assistencial e na descentralização deste processo. O município conta com uma população de 1.064.669 habitantes e se constitui na terceira maior cidade do estado de São Paulo (IBGE, 2010). A população no município encontra-se concentrada na área urbana, 953.218 hab. (98,33%) e 16.178 hab. (1,67%) na área rural e convive com uma periferia, que teve um crescimento acelerado em anos anteriores, e ainda carece de benefícios urbanísticos.

Entre 2000 e 2010 a população cresceu de 969.395 para 1.080.113, o que correspondeu a taxa de crescimento anual de 1,09%. A população masculina cresceu de 472.173 para 520.865, com taxa de crescimento anual de 0,99%. A população feminina cresceu de 497.222 para 559.248, com taxa de crescimento anual de 1,18%. A população de 0 a 14 anos teve redução de -24.374 pessoas (10,48%) no período enquanto a população de 60 anos e mais teve aumento de 41.247 pessoas (44,57%) no período. O índice de envelhecimento (J/I), o qual mensura a proporção de jovens para idosos, aumentou de 0,40 em 2000 para 0,64

em 2010 (0,34 a 0,54 para os homens e 0,46 a 0,75 para as mulheres). A razão entre os sexos (H/M) passou de 0,95 em 2000 para 0,93 em 2010, com aumento na faixa etária de 15 a 19 anos e diminuição na faixa etária a partir dos 45 anos.

Estes fatos corroboram a diminuição progressiva da velocidade do crescimento demográfico, envelhecimento da população, podendo refletir na diminuição da violência na juventude e no agravamento do risco de morte para homens a partir dos 45 anos de idade. (DATASUS/IBGE, 2010) (Anexo 2).

A análise da mortalidade no município de Campinas demonstra um sistema de informação com qualidade ótima, as causas mal definidas (sem sinais, sintomas...) correspondiam a 1,77% em 2009. Os principais grupos de causa de óbito foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias (tumores), e causas externas. Em relação à década 2000 houve uma importante diminuição no número de óbitos por causas externas, que ocupavam a 3ª posição. A proporção de óbitos em menores de 50 anos foi de 19,83%. De 50 a 59 anos a proporção foi de 12,07%, de 60 a 69 anos 15,57%, de 70 a 79 anos 22,34% e acima de 80 anos 30,18% (Coordenadoria de Informática/SMS, 2010) (Anexo 3).

O Grupo de Causa de internações mais frequente foi gravidez, parto e puerpério. As internações variaram de 11.192 em 2000 para 8.989 em 2002, 9.297 em 2006 e 10.306 em 2010, com pico na faixa etária entre 20 a 24 anos, seguido por 25 a 29 e 15 a 19 anos, com desvio para maior idade no correr do período analisado. (Coordenadoria de Informação-SMS Campinas-SP, 2011).

As faturas mensais de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em Transtornos mentais e comportamentais passaram de 5.651 em 2001 para 2.823 em 2008 e 3.113 em 2010, com redução acentuada correspondendo à ampliação da rede substitutiva em Saúde mental. A distribuição por faixa etária se concentra entre 15 a 69 anos, com pico entre 30 e 54 anos. As internações por Doenças do aparelho circulatório passaram de 3.156 em 2000 para 5.344 em 2010, com crescimento contínuo. A distribuição por faixa etária tem um mínimo na faixa de 5 a 9 anos com crescimento com a idade, pico entre 60 e 64 anos em 2010

(Departamento de Gestão e Desenvolvimento-Central de Regulação-SMS-Campinas-SP).

As doenças do aparelho respiratório foram o 4º maior grupo de causas de internação, variando de 3.738 em 2000 para 5.532 em 2010, com pico nos menores de 1 ano, mínimo entre 15 a 19 anos e crescimento contínuo conforme idade crescente, até segundo pico acima dos 80 anos, máximo em 2010 em relação ao período estudado. Morbidade hospitalar de residentes em Campinas (Sistema de Internação Hospitalar- Dados do DGDO da SMS Campinas-SP, 2011).

A cidade constitui-se também em importante polo industrial, tecnológico e cultural da região, sendo o centro da região metropolitana com 19 municípios totalizando 2.333.022 habitantes (Censo IBGE, 2010).

A rede de serviços municipais de saúde é constituída por 62 Centros de Saúde, 02 Centros de Especialidades Odontológicas, 06 Centros de Apoio Psicossocial tipo III, 02 Centros de Apoio Psicossocial Álcool/Drogas, 02 Centros de Apoio Psicossocial Infantil, 10 Centros de Convivência, 04 Serviços de Pronto-Atendimento, 02 Hospitais com Prontos-Socorros, 03 Policlínicas de Especialidades, 03 Serviços de Atendimento e Internação Domiciliar, 04 Centros de Referência (DST-AIDS, Reabilitação Física, Idoso e Saúde do Trabalhador), 01 Laboratório Municipal com capacidade para 140.000 exames/mês, um conjunto de serviços atuando em Vigilância em Saúde, composto por uma grande rede integrada, incluindo 01 Centro de Controle de Zoonoses. Esses serviços estão distribuídos nos 05 Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste). Conta ainda com parcerias, em várias áreas, com dois Hospitais Universitários (Hospital de Clínicas-UNICAMP e Hospital e Maternidade Celso Pierro-PUC-Campinas) e com convênios e contratos com serviços privados filantrópicos (Campinas, 2011)).

O Setor Saúde tem se deparado com uma complexidade crescente da produção de saúde, evidenciada por exigências dos direitos por parte dos usuários, pela incorporação tecnológica e da própria complexidade do processo

saúde-doença e aliado a isto os aspectos legais, técnico e político de consolidação de um projeto público da dimensão do SUS. Estas complexidades e as especificidades de uma política pública, universal, de direitos incorporados constitucionalmente e do qual dependem mais de 70% da população, exige saberes e competências, tornando-se complexa a tarefa de elaboração de um planejamento em saúde, o mais integrado possível (documento base do projeto de Educação Permanente SMS – Campinas-SP).

3. PROPOSIÇÃO

Este estudo teve como objetivo apresentar o processo de integração do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas com a construção de um instrumento único com as ações e metas para avaliação e monitoramento da atenção básica.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório.

a. Descrição do universo

Atualmente, Campinas ocupa uma área de 795,70 Km² e conta com uma população aproximadamente de 1.064.669 milhão de habitantes (IBGE CENSO, 2010), distribuída em 05 Distritos de Saúde: Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste, totalizando 62 Centros de Saúde, 129 Equipes Programa de Saúde da Família, 61 Equipes de Saúde Bucal e 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (Campinas, 2010), como segue no Quadro 1.

Quadro 1. Distritos de Saúde de Campinas, 2010.

Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste
Santa Mônica	Vila Rica	Conceição	União dos Bairros	Perseu
Boa Vista	Orosimbo Maia	Costa e Silva-	Santa Lúcia	Integração
Eulina	Esmeraldina	São Quirino	Aeroporto	Valença
Aurélia	Figueira	31 de março	Campos Elíseos (Tancredão)	Florence
Barão Geraldo	São José	Taquaral	Vista Alegre	Pedro Aquino
Anchieta	São Vicente	Sousas	Capivari	Ipaussurama
São Marcos	Faria Lima	Joaquim Egídio	Dic I	Floresta
Sta. Bárbara	Santa Odila	Centro	Dic III	Itajaí
Cássio R. do Amaral -	Ipê	Carlos Gomes	São Cristóvão	Rossin
Village	Paranapanema	Boa Esperança	Itatinga	Satélite Iris
Rosália	São Domingos		V. União / CAIC	Lisa
	Carvalho de Moura		Santo Antônio	Campina Grande
	Campo Belo			
	Fernanda			
	Nova América			
	Oziel			

Fonte: Campinas, 2010

b. O Processo de Elaboração da Planilha de Programação

A Secretaria Municipal de Campinas tem em seu organograma o Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional (DGDO) com setores responsáveis pelos convênios firmados pela Secretaria e os Prestadores de Serviços e por um núcleo de planejamento, responsável pela elaboração do macroplanejamento da Secretaria de Saúde e pelas pactuações com os vários órgãos das esferas Estaduais e Federais. O Departamento de Saúde (DS), que também funciona no nível central da secretaria, tem sob sua responsabilidade as Coordenações das Áreas Programáticas da Saúde, os 05 Distritos de Saúde, (Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste), com as 62 unidades básicas de saúde, serviços de referência e os serviços das Vigilâncias em Saúde dos Distritos (Visas)

Um grupo de trabalho foi composto por 02 técnicos do DGDO e 02 técnicos do DS para elaboração do planejamento da secretaria da saúde para o ano de 2011 e para a construção da planilha de programação com ações e metas.

O primeiro trabalho do grupo foi realizar o cruzamento das informações do Relatório Anual de Gestão 2010, do Plano Anual de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e dos indicadores para a Atenção Básica do Pacto pela Saúde e do Pacto pela Gestão (SISPACTO).

Do Plano Anual de Saúde foram utilizados os seus 07 objetivos (Programação Anual de Saúde- SMS- Campinas-SP 2011), como seguem:

01-Atenção Básica: Consolidar a rede básica como estruturante do sistema de saúde do município de Campinas incorporando os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH).

02-Atenção especializada (ambulatorial): Garantir o acesso aos usuários de Campinas e Região à atenção especializada com qualidade e resolubilidade em todos os níveis de atenção com integralidade e complementariedade das ações entre as unidades de referência e demais

serviços de saúde que compõem o SUS Campinas de forma pactuada, incorporando os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH).

03-Atenção Hospitalar: Consolidar a rede de assistência hospitalar do município de Campinas para garantir o acesso regulado, integrado e humanizado.

04-Urgência e Emergência: Prestar a assistência integral e humanizada aos agravos súbitos de saúde com garantia de acesso qualificado a rede SUS Loco-Regional de acordo com o grau de risco e vulnerabilidades diminuindo com isto as taxas de morbimortalidade decorrentes de causas clínicas e causas externas. Regionalização do Sistema de Atenção às Urgências orientado pelo princípio da equidade. Ampliar e fortalecer o controle social na área de urgência.

05-Vigilância em Saúde: Consolidar o Sistema de Vigilância em Saúde no município de Campinas, organizado de forma descentralizada e integrado à rede de serviços com gestão participativa e controle social.

06-Gestão: Aprimorar o sistema de gestão da Secretaria Municipal da Saúde: integrar todos os níveis organizacionais, democratizar e humanizar as relações, potencializar todos os recursos existentes. Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde em consonância com as diretrizes doutrinárias e organizacionais do SUS.

07-Assistência Farmacêutica: Consolidar a Assistência Farmacêutica no município de Campinas incorporando os princípios da Política Nacional de Medicamentos, Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Política Nacional de Humanização.

As prioridades do Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida, para o biênio 2010-2011 e definidas pela Portaria GM nº 2.669 de 3 de novembro de 2009, são

I – atenção à saúde do idoso;

- II- controle do câncer de colo de útero e de mama
- III- redução da mortalidade infantil e materna
- IV – fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS;
- V- promoção da saúde;
- VI- saúde do trabalhador;
- VIII- saúde mental;
- IX- fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X- atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
- XI- saúde do homem.

O trabalho consistiu em agrupar numa mesma planilha eletrônica as prioridades do pacto pela saúde, as ações qualitativas e quantitativas detalhadas, a meta alcançada em 2010, se a ação foi avaliada pela unidade ou não, se avaliado quais foram os resultados alcançados em 2010 em porcentagem ou quantidade, as justificativas da unidade e comentários se necessário, a meta da ação para o ano 2011 e as fontes de informação e insumos para preenchimento.

As coordenações das áreas programáticas do Departamento de Saúde, área da Criança, Mulher, Adulto, Idoso, Assistência Farmacêutica, Saúde Bucal, Tabagismo, Práticas Integrativas, Saúde Mental e Vigilância em Saúde na Atenção Básica, receberam via correio eletrônico planilhas para preenchimento das ações pertinentes aos seus programas, apontando os resultados alcançados no ano de 2010 e as metas prioritárias para o ano de 2011. Da mesma forma, os Distritos de Saúde e as Unidades Básicas também receberam planilhas para preenchimento.

Cabe esclarecer que no ano de 2010 as ações e metas foram preenchidas diretamente por técnicos do Departamento de Gestão e Desenvolvimento Operacional (DGDO), considerando apenas informações do Relatório Anual de Gestão das unidades básicas que foram produzidos pelos

cinco distritos de saúde, com muitas variações no formato do instrumento, sem consensos entre os distritos e secretaria sobre que métrica seria utilizada para avaliação das ações e metas.

Os coordenadores das unidades básicas, após a realização de algumas reuniões, foram orientados para incluírem no instrumento as ações de projetos específicos em desenvolvimento nos seus serviços, que não ocorriam em anos anteriores e por isso não foram considerados na planilha de ações.

Para preenchimento da planilha, cada Distrito de Saúde utilizou uma estratégia própria e também puderam apontar na planilha as ações estratégicas e prioritárias para os seus territórios.

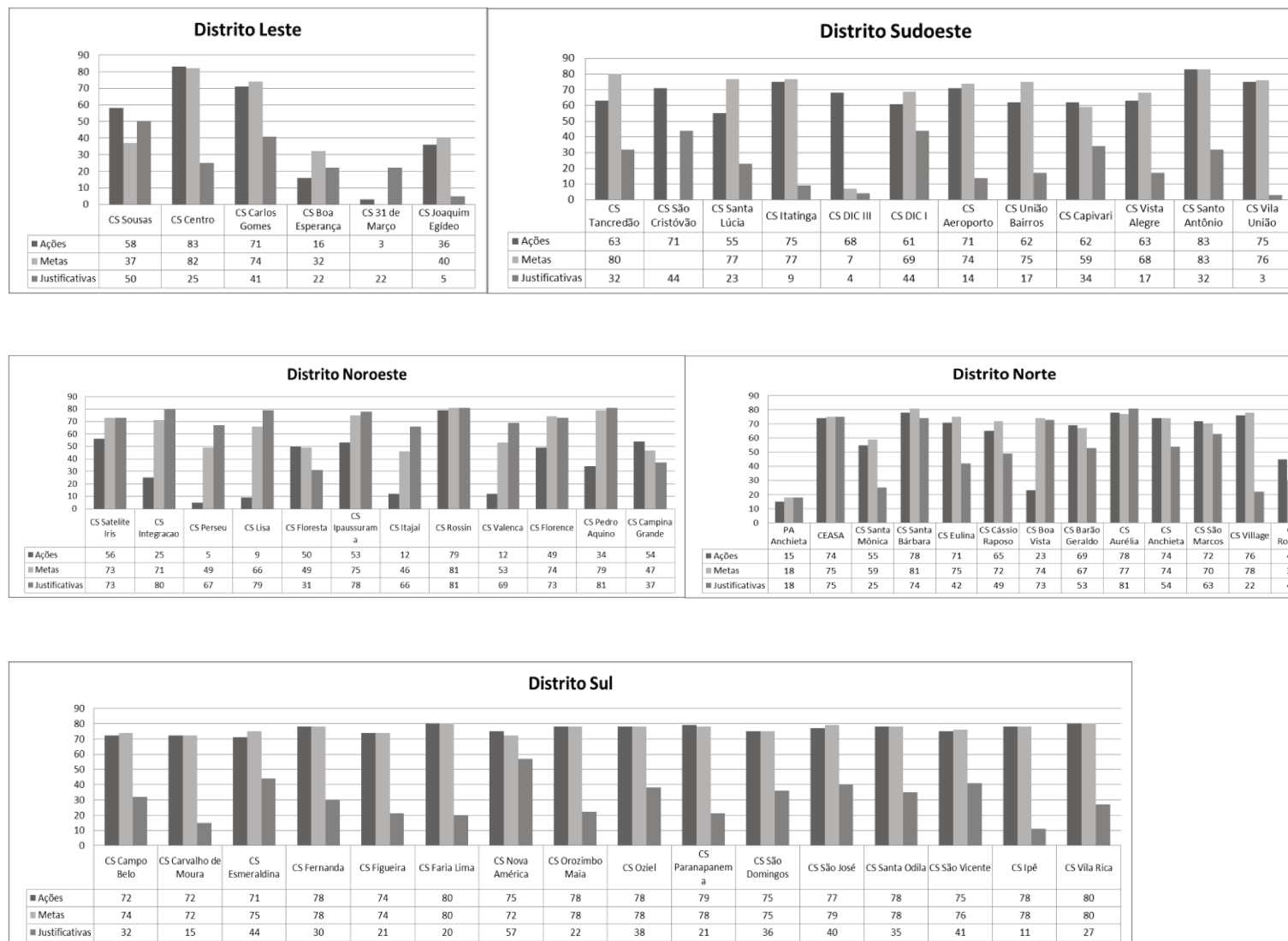
O grupo de trabalho promoveu encontros e reuniões com gestores da Secretaria e gestores dos cinco Distritos para discussões, esclarecimentos e para o estabelecimento de consensos em relação às ações, metas e pactuação de indicadores que contribuíram para finalização da Planilha de Programação. Uma das metas do grupo de trabalho era conseguir elaborar uma planilha sintética e possível de monitoramento nos vários níveis da gestão da rede. Terminada a elaboração, a planilha foi encaminhada, via correio eletrônico para os cinco Distritos de Saúde, para as 62 unidades básicas de saúde e os serviços de referência para preenchimento e devolução com prazos acordados nos vários espaços de gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

O trabalho de preenchimento foi facilitado aos gestores tendo em vista que as informações foram digitadas diretamente na planilha eletrônica com janelas autoexplicativas, e que segundo avaliações de alguns gestores facilitou o processo de discussão nas unidades de saúde com as equipes de trabalho.

5. RESULTADOS

Um dos resultados conseguidos foi o total de unidades que preencheram a planilha e a devolveram ao grupo de trabalho, expressos na gráfico 1, que demonstra o total de ações que as unidades estão trabalhando do total de 85 ações para atenção básica, o total de metas que foram alcançadas em 2010 e as programadas para 2011 preenchidas pelas unidades e as justificativas ou comentários que foram preenchidos pelos serviços, onde está demonstrando de certa maneira a satisfatória capilarização alcançada na rede básica .

Gráfico 1 Numero total de ações, metas e justificativas preenchidas pelos serviços por Distrito.



O total de unidades básicas de saúde que devolveram as planilhas preenchidas para o nível central da secretaria foi de 59 unidades, sendo 06 unidades do Distrito Leste, 16 unidades do Distrito Sul, 12 unidades do Distrito Sudoeste, 13 unidades do Distrito Norte e 12 unidades do Distrito Noroeste, correspondendo a 95% do total.

No Distrito de Saúde Leste, 03 unidades de saúde não devolveram as planilhas preenchidas para a secretaria e nos demais Distritos a participação das unidades básicas foi de 100% do distrito, conforme demonstrado no gráfico 1

Em relação aos preenchimentos dos campos da planilha eletrônica, ocorreram variações entre unidades do próprio Distrito e entre os Distritos de Saúde, que podem ter ocorrido pelas diferenças existentes entre os serviços, tamanho das unidades e composição das equipes, organização do processo de trabalho, gestão das unidades, existência ou não de co-gerente, existência de colegiado gestor, existência de núcleo de saúde coletiva e também diferenças quanto a projetos específicos em desenvolvimento nas unidades.

Com relação ao campo de justificativas ou comentários, onde a unidade teve possibilidade de justificar se a ação está sendo avaliada ou não em seu serviço, os principais motivos da não implementação de algumas ações foi explicada pela falta de insumos ou falta de pessoal. É possível perceber a partir de algumas respostas as variações existentes quanto ao perfil epidemiológico dos territórios no mesmo distrito de saúde e entre os distritos. Alguns campos da planilha voltaram em branco, e sem nenhuma justificativa deste fato por parte da unidade. Uma análise mais aprofundada merece ser feita pelas chefias superiores das unidades, que são os apoiadores dos distritos, para maiores esclarecimentos quanto aos campos em brancos a fim de basear futuros trabalhos de planejamento com os serviços ou se ocorreram dúvidas que impossibilitaram o preenchimento.

Dentre as áreas programáticas do departamento de saúde, a área da mulher e saúde mental foram as que apresentaram maior média de preenchimento nas unidades de saúde em todos os distritos, e menor média na área do adulto e

idoso. Esses resultados coincidem com os desempenhos das mesmas áreas programáticas no município de Campinas, que aponta os melhores resultados alcançados na redução das internações hospitalares dos pacientes com agravos na saúde mental e na redução da mortalidade materno infantil na década 2000/2010 e dos resultados não satisfatórios com relação à mortalidade por grupo de causas com aumento no capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório e no capítulo II – Neoplasias, com aumento das internações por doenças do aparelho circulatório no período de 2000 a 2010, agravos que podem ser melhores monitorados pela atenção básica.(DATASUS/Sistema de Informação da Mortalidade) (Anexo 3).

TABELA 1 – Planilha com ações e metas para a atenção básica

Ações da Atenção Básica	Meta	TOTAL DE UBS TRABALHANDO AS AÇÕES				
		L (N=10)	NO (N=12)	N (N=11)	SO (N=12)	S (N=16).
Implementar a caderneta do idoso que tinha como meta estabelecida pelo MS em 2006 para cobertura de 72% da população idosa .	100% das unidades com caderneta do idoso implantada. Cobertura de 72%	20%	0%	73%	33%	100%
Capacitar profissionais da enfermagem em coleta de papanicolau	250 capacitados	0%	0%	0%	0%	100%
Coleta de papanicolau	ampliar coleta	0%	75%	9%	0%	6%
implantação do SISCOLO em 100% das unidades	100%	10%	25%	73%	75%	100%
tratar 100% das mulheres com lesões precursoras do CA de colo uterino (NIC II e III) (2008 - 100%)	100%	0%	0%	0%	0%	0%
ações educativas de estímulo ao aleitamento materno	100% das gestantes matriculadas com participação em ação educativa	30%	75%	91%	58%	100%
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	100% das crianças matriculadas acompanhadas conforme protocolo	30%	67%	82%	58%	94%
Agilização do diagnóstico e tratamento de Infecções do Trato Urinário (ITU) em gestantes	100% das Gestantes com urocultura na 1ª consulta de pré-natal e com urina I na 28ª Semana, conforme SISPRENATAL	30%	17%	100%	67%	94%
Investigação de óbitos fetais p/ investigação da mortalidade infantil	100% dos óbitos fetais investigados	30%	17%	91%	83%	100%
Investigação de óbitos menores de 1 ano para subsidiar investigação da mortalidade infantil (2008 - 100%)	100% dos óbitos investigados.	40%	17%	91%	83%	100%
Revisão do protocolo de Pré-natal	protocolo revisado e discutido na rede	20%	100%	73%	50%	94%
Visita domiciliar e agendamento de consulta imediata	100% dos RN de risco visitados	40%	17%	73%	75%	94%
Garantir o encerramento dos casos de notificação compulsória	65%	40%	50%	82%	67%	100%

Ações da Atenção Básica	Meta	TOTAL DE UBS TRABALHANDO AS AÇÕES				
		L (N=10)	NO (N=12)	N (N=11)	SO (N=12)	S (N=16).
Investigar em tempo ótimo as doenças exantemáticas conforme as diretrizes da COVISA	80%	30%	58%	82%	83%	100%
Melhorar o cuidado com o paciente portador de Hanseníase	90% de cura dos casos novos diagnosticados	30%	67%	91%	83%	100%
Melhorar o cuidado com o paciente portador de TBC	80% de cura dos casos novos	30%	67%	100%	75%	100%
Capacitação em hebiatra e saúde mental da criança e adolescente para equipe da unidade	80 profissionais capacitados.	0%	8%	0%	0%	0%
Ampliar as ações de prevenção e promoção de saúde bucal através da participação ativa do agente comunitário de saúde	ações para 30% das famílias cadastradas	20%	17%	55%	58%	94%
Ampliar o nº de UBS com o Prog.de Antitabagismo implantado	de 4 para 6 unidades.	20%	75%	100%	75%	94%
Assegurar manutenção dos Ambientes Livres de Tabaco em todas Unidades de Saúde (clínicas e administrativas)	100% das unidades.	20%	58%	91%	75%	100%
Aumentar nas UBS já capacitadas o tratamento medicamentoso recebido dos Programas Nacional e Estadual de Tabagismo	30%	20%	58%	82%	67%	81%
Capacitar as UBS que em dez/2009 possuíam menos de 4 profissionais capacitados em tabagismo	capacitar 20 unidades em 2010 conforme cronograma do DS (Tabagismo)	20%	75%	64%	75%	75%
Desenvolver ações educativas para crianças obesas	100% das crianças obesas cadastradas participantes de ações educativas	20%	83%	64%	75%	88%
Garantir atenção para prevenção dos problemas de saúde bucal, bem como a atenção aos portadores de problemas, segundo as diretrizes da área	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Manter terapia cognitivo-comportamental para tabagismo em todas Unidades já capacitadas	terapia realizada.	10%	58%	73%	67%	63%
Participar da campanha de prevenção ao câncer bucal	1 campanha realizada	40%	100%	100%	83%	100%
Realizar atividades de promoção e prevenção em Saúde Bucal nos equipamentos coletivos do território	2 atividades em escola por ano por unidade	40%	83%	91%	83%	94%

Ações da Atenção Básica	Meta	TOTAL DE UBS TRABALHANDO AS AÇÕES				
		L (N=10)	NO (N=12)	N (N=11)	SO (N=12)	S (N=16).
Cadastrar ONG, Pastorais, Escolas e outras instituições, potenciais parceiros da Saúde em projetos Inter setoriais	100%	40%	83%	100%	83%	100%
Desenvolver ações de combate ao sedentarismo	100%	40%	92%	91%	83%	100%
Desenvolver ações de educação para a Saúde ou outras atividades envolvendo esses eventuais parceiros	100%	40%	100%	91%	83%	100%
Desenvolver ações voltadas à segurança alimentar	100% das unidades cadastram obesos	40%	67%	82%	67%	81%
Desenvolver práticas integrativas de saúde	100.000 usuários praticando regularmente atividades integrativas	0%	67%	100%	67%	63%
Desenvolver projetos educativos articulados que envolvam as ESF permitindo-lhes melhorar o acolhimento, ampliação da capacidade de se fazer clínica, promoção e prevenção da saúde.	1 oficina em Setembro e 6 encontros de EP com gestores	40%	0%	100%	67%	88%
Garantir que as UBS tenham pelo menos 1 projeto na linha do Cuidando do Cuidador	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Cadastrar a população adscrita à Unidade	100% da população cadastrada SIGA	20%	67%	100%	67%	100%
Definir a composição de cada equipe com revisão de território	Composição das ESF/ Territórios revisados	30%	50%	100%	83%	94%
Definir o numero de equipes/população	1 Equipe/5000pessoas na media.	30%	50%	100%	83%	100%
Fazer gestão junto às UBS para que trabalhem na lógica do PSF	100% das equipes	30%	92%	91%	83%	88%
Rever o mapa de vulnerabilidade da pop. adscrita a cada equipe	100%	30%	83%	82%	75%	100%
Definir áreas prioritárias para apoio multiprofissional para qualificar as ações matriciais	Intervenção em uma micro área de saúde mental por distrito	30%	58%	91%	58%	100%
Garantir o acolhimento à população durante todo o tempo de abertura da Unidade	Acolhimento durante 100% do horário de funcionamento da unidade	40%	100%	100%	75%	100%
Garantir que a UBS faça a gestão do fluxo dos usuários para outros níveis do sistema segundo avaliação de vulnerabilidade e risco	100%	40%	100%	100%	75%	69%

Ações da Atenção Básica	Meta	TOTAL DE UBS TRABALHANDO AS AÇÕES				
		L (N=10)	NO (N=12)	N (N=11)	SO (N=12)	S (N=16).
Reforçar a aplicação dos protocolos na área do adulto, identificar as UBS que não conseguem aplicá-los e ajudá-las na utilização ressaltando a importância dos protocolos e instrumentos já instituídos como o cartão do hiperdia.	100% das unidades avaliadas, 100% dos protocolos operacionalizados.	30%	92%	100%	67%	94%
Ações de gestão local para conhecimento dos protocolos, garantia de agenda e acolhimento da demanda espontânea às doenças crônicas mais prevalentes	100% da clientela atendida com qualidades	30%	92%	100%	75%	100%
Cadastrar a população de hipertensos e diabéticos utilizando-se do SIS Hiperdia.	30% da população estimada de hipertensão e diabetes cadastradas	30%	83%	100%	58%	100%
Cadastrar e monitorar as crianças das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (2008 - 28,59%)	40% das famílias beneficiárias com perfil saúde	30%	75%	82%	75%	6%
Cadastrar e monitorar as crianças obesas (passiva e ativamente)	Cadastro realizado.	40%	75%	82%	83%	88%
Cadastrar e monitorar crianças <5 anos com baixo peso para idade	100% das crianças desnutridas captadas.	30%	75%	45%	75%	88%
Cadastrar todas as pacientes de alto risco;	100% das gestantes cadastradas com risco atribuído	30%	100%	91%	75%	100%
Estabelecer fluxos de informação e de contra referência entre as UBS e Serviços de pré-natal de alto risco	Rede pactuada (documento com fluxos e responsabilidades)	30%	75%	91%	83%	100%
Fazer gestão junto à equipe de Saúde Bucal para cumprir a produtividade média pactuada	Aumentar a produtividade atual em 30%	30%	67%	91%	75%	100%
Garantir a visita domiciliar do agente comunitário às famílias mais vulneráveis, conforme as linhas de cuidado prioritárias, os projetos terapêuticos singulares e os planos de cada equipe de referência	74%	30%	83%	55%	50%	56%
Garantir atenção à mulher conforme diretrizes da Área , priorizando o pré-natal, gravidez na adolescência, câncer de colo uterino e de mama e o planejamento familiar.	100%	40%	100%	100%	83%	100%
Garantir infraestrutura e manutenção adequada, bem como suprimentos em quantidade e em tempo hábil.	100% das solicitações atendidas.	20%	33%	55%	50%	81%
Garantir o acolhimento da queixa aguda em saúde bucal;	100% dos pacientes atendidos	50%	67%	100%	83%	100%

Ações da Atenção Básica	Meta	TOTAL DE UBS TRABALHANDO AS AÇÕES				
		L (N=10)	NO (N=12)	N (N=11)	SO (N=12)	S (N=16).
Garantir o atendimento ao adulto e ao idoso, diretrizes da área, priorizando a hipertensão, o diabetes, as doenças cardíacas, o Ca de próstata, aos pacientes acamados, acidentes com as pessoas idosas e egressos de internações hospitalares.	100%	50%	75%	100%	83%	100%
Implementar as linhas de cuidado conforme o Pacto de Saúde e outras de acordo com o perfil epidemiológico de cada Unidade	100%	30%	58%	100%	83%	100%
Linha de cuidado das neoplasias: participação efetiva quando da implantação da oncorede.	100% das UBSs participando da oncorede.	0%	33%	45%	58%	94%
Oferecer educação em saúde (reunião) de planejamento familiar na unidade	80% das unidades realizando a primeira reunião do Planejamento familiar	50%	92%	100%	83%	100%
Oferta de convocação, atendimento de intercorrências, orientações, etc.	100% das gestantes com intercorrências, convocações e visitas atendidas.	40%	100%	100%	92%	100%
Projeto do pé diabético e hanseniano	100% das unidades envolvidas no projeto	50%	92%	73%	67%	94%
Reforçar a importância do projeto Hiperdia, identificar as dificuldades das UBS e ajudá-las no processo de operacionalização ressaltando a importância da aplicação dos protocolos e utilização dos cartões já instituídos.	100% das unidades utilizando Hiperdia	40%	83%	100%	83%	100%
Sistematizar a linha de cuidados de hipertensos e diabéticos, redefinindo as estratégias de cuidado segundo os riscos	Documento-guia elaborado e discutido nos distritos	40%	83%	91%	83%	100%
Solicitar VDRL nas gestantes conforme protocolo	100%	40%	100%	100%	83%	100%
Aquisição, armazenamento, distribuição e controle dos materiais.	100% dos materiais adquiridos e distribuídos	30%	75%	91%	67%	100%
Lista de materiais, equipamentos e insumos atualizada e integrada.	100% das unidades com listas atualizadas	30%	75%	100%	67%	100%
Implantar o Projeto de Gestão do Cuidado em Rede nas Unidades dos 5 Distritos	100%	50%	50%	91%	67%	81%
Garantir gestão colegiada nas unidades de saúde	100%	30%	92%	100%	67%	100%

Ações da Atenção Básica	Meta	TOTAL DE UBS TRABALHANDO AS AÇÕES				
		L (N=10)	NO (N=12)	N (N=11)	SO (N=12)	S (N=16).
Garantir que as UBS façam planejamento considerando território e a população adscrita a cada equipe/UBS.	100%	30%	92%	100%	83%	100%
Garantir que as unidades construam dispositivos para se apropriar das questões da Vigilância em Saúde para planejamento e avaliação de suas ações	100% das unidades com dispositivos para questões de vigilância.	30%	100%	100%	83%	100%
Implantar contratos de metas com os vários serviços da rede	100%	30%	25%	73%	50%	100%
Acompanhar pacientes em sofrimento mental com menor complexidade, conforme pactuação.	100% dos pacientes acompanhados	40%	92%	100%	75%	100%
Oferecer ações de saúde para os pacientes em sofrimento mental com demanda espontânea	100% dos pacientes acolhidos.	40%	75%	100%	83%	100%
Pactuação de rede para Matriciamento em saúde mental.	redes pactuadas e matriciamento executado	50%	75%	100%	75%	100%
Garantir a Rede Básica como porta de entrada preferencial para os casos de sofrimento mental	diminuição da demanda espontânea do território da unidade para o CAPS de referência	40%	83%	100%	75%	100%
Garantir atenção aos pacientes com sofrimento mental, segundo as diretrizes da área.	100%	40%	75%	100%	75%	100%
Notificar as violências contra crianças, adolescentes etc..	Sistema de notificação utilizado em 100% dos casos de violência	40%	75%	100%	75%	88%
Notificar as violências contra mulheres, etc..	Sistema de notificação utilizado em 100% dos casos de violência	40%	75%	100%	75%	88%
Distribuição dos folders nas UBS e em outros equipamentos de saúde, valorizando o seu conteúdo.	Distribuir 20 mil folders até o final de 2010.	20%	42%	100%	58%	100%
Incorporação dos protocolos de saúde do homem na rotina das UBS e realização dos atendimentos de acordo com os mesmos.	Utilizar os protocolos em 100% das UBS na atenção da população masculina visando uniformidade das ações.	40%	67%	100%	58%	100%
Desenvolvimento de iniciativas de educação, informação e comunicação (homens/mulheres/adolescentes/crianças) para a sensibilização e a conscientização visando a mudança de atitude da população masculina	Atender no mínimo 5% dos homens de 20 a 59 anos nas UBS dos Distritos de Saúde até o final de 2010	10%	50%	73%	50%	94%

Ações da Atenção Básica	Meta	TOTAL DE UBS TRABALHANDO AS AÇÕES				
		L (N=10)	NO (N=12)	N (N=11)	SO (N=12)	S (N=16).
Garantir Sistema de informação para monitoramento.	1	10%	33%	73%	58%	100%
Realizar acolhimento com os trabalhadores que ingressam nos nossos serviços	1	40%	92%	100%	67%	100%

6. DISCUSSÃO

Campinas tem uma grande e complexa rede de serviços de saúde e a elaboração do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde tornou-se também complexa, bem como o preenchimento dos instrumentos legais de prestação de contas, que são o Relatório Anual de Gestão (RAG) e Programação Anual de Saúde (PAS)

Até o ano de 2009, o nível central da secretaria tinha grandes dificuldades de integrar todas as informações e planejamentos da rede, tendo em vista, os vários planejamentos elaborados pelos Distritos, com variações conceituais e com poucas pactuações de metas municipais, tornando difícil a integração das informações. Segundo Matus (1987), as informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação e num estágio mais avançado de organização e reorganização dos serviços de saúde, ou como uma sala de situação para o planejamento. A pactuação de indicadores possibilita troca de informações e maior integração entre as instâncias de gestão, municipais, distritais e dos gestores locais com suas equipes. De acordo com Bortolanza (2001), a formação dos indicadores sociais mais específicos na área da saúde representa uma contribuição para a elaboração dos planejamentos municipais e que a seleção adequada de indicadores permitirá que a gestão municipal possa avaliar o seu desempenho.

O trabalho de elaboração da planilha de programação realizado pela secretaria de saúde em 2010 e 2011 permitiu troca de informações importantes entre os gestores do nível central da Secretaria de Saúde com os Distritos de Saúde e estes com seus serviços de saúde, contribuindo para ampliar os diagnósticos entre os gestores, orientando de certa forma para melhor definição de prioridades, tanto no âmbito central da Secretaria quanto no espaço dos Distritos. A definição de prioridades sempre produziu angústias nos diversos atores do setor saúde, pois tudo é importante.

A utilização de indicadores para avaliar a situação de saúde da população contribui para diminuir as incertezas. Trabalhar com indicadores de saúde nos reporta à epidemiologia que analisa a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades e que propõe medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação das doenças, agilizando a tomada de decisão para ação.

As discussões ocorridas entre os gestores dos vários níveis da gestão, para pactuação de indicadores e metas foram importantes para troca de informações e maior conhecimento das realidades locais, contribuindo para qualificação da elaboração das ações.

Um desafio neste trabalho para o grupo de trabalho foi definir quantas e quais seriam as ações e metas prioritárias, pois o objetivo do grupo era conseguir um instrumento o mais sintético possível, que facilitasse o trabalho dos gestores da Secretaria e dos apoiadores dos Distritos, no acompanhamento das ações e nos processos de avaliações. O instrumento final contém ações e metas quantitativas e qualitativas e com relação às ações quantitativas, foram utilizados os mesmos parâmetros estabelecidos no pacto pela saúde, e também para as metas de caráter qualitativo.

A pactuação de indicadores é um processo que vem sendo aperfeiçoado na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, e requer um trabalho permanente com os gestores nos seus espaços de gestão. A complexidade crescente da produção de saúde requer dos gerentes um aperfeiçoamento constante dos processos de trabalho de seus serviços. A secretaria de saúde vem trabalhando com todos os gestores a metodologia da Educação Permanente e o tema da gestão, do planejamento em saúde, têm sido discutidos em muitos dos encontros com os gestores.

Esta nova metodologia de trabalho de elaboração do planejamento permitiu uma efetiva descentralização de todo o processo, conseguiu envolver gerentes com experiências e vivências diferentes de gestão, e que se sentiram co-responsabilizados no processo do planejamento da secretaria de saúde. Trabalhar

com planejamento e avaliação de forma sistemática não faz parte da cultura organizacional no setor público, é preciso avançar para a construção de novas oportunidades de pesquisa e na construção de sujeitos com percepção e sentimento de pertencimento ao sistema.

A capilarização da planilha de programação na rede conseguida com esta nova metodologia de trabalho foi satisfatória tendo em vista que 59 unidades básicas de saúde preencheram o instrumento e devolveram ao grupo de trabalho, o que representou 95% das unidades da rede. Com as informações consolidadas já é possível aprofundar e iniciar algumas análises, tanto com os gestores locais, como nos distritos, no sentido de qualificar as ações e os processos de trabalho nas unidades de saúde e reorientar as práticas, se necessário

Observa-se também na consolidação das respostas das unidades, certa coerência no trabalho da rede municipal, onde praticamente todos os serviços estão desenvolvendo ações e monitorando indicadores das áreas consideradas prioritárias para a secretaria de saúde, a área do adulto e do idoso, saúde da mulher, saúde da criança, monitoramento da morbimortalidade materno infantil, através do trabalho de comitês organizados em todos os distritos de saúde, monitorando os óbitos ocorridos tanto nos serviços próprios quanto nos serviços privados conveniados, corrigindo ações ou fluxos que possam impactar na redução ou a não ocorrência de óbitos por causas evitáveis.

Podemos afirmar que muitas das ações propostas já são realizadas pelas unidades de saúde, e que os gestores locais tem plena governabilidade para efetivação, monitoramento e avaliação das ações. O desafio, segundo alguns gerentes, é conseguir trabalhar com o planejamento no cotidiano dos serviços, pois estes são atravessados por questões consideradas sempre emergências pela população, e requerem respostas imediatas e não previstas nos planos de trabalho dos serviços. As queixas agudas têm aumentado e sobrecarregado os serviços locais e as unidades tem que estar preparadas para o acolhimento das mesmas. As unidades precisam reorganizar seus processos de trabalho, apesar dos recursos humanos sempre limitados, para atender as demandas tidas como

emergenciais pelos usuários sobre sua responsabilidade, a fim de manterem o vínculo com a população.

O perfil de cada Distrito de Saúde, diferenças no perfil epidemiológico dos territórios, a diferença no perfil dos gerentes locais influenciaram nos resultados apresentados nas planilhas de programação. Com a consolidação dos resultados na secretaria de saúde será possível manter ou rever ações programáticas em desenvolvimento ou que se pensavam estarem sendo desenvolvidas nas unidades, qualificando ou potenciando as ações de maior significado para o sistema de saúde municipal.

Muitas das ações elaboradas na planilha, para que sejam efetivadas dependerão de apoios do nível distrital e do nível central da secretaria, para garantia de insumos, recursos humanos, reformas e manutenções prediais, entre outras, e que não estão no âmbito de governabilidade dos gestores locais.

Nas muitas reuniões ocorridas no nível central, entre o grupo de trabalho e as coordenações das áreas programáticas do Departamento de Saúde, as áreas levaram as prioridades de âmbito municipal. Foi constatado nestes encontros, que existem diferenças de entendimento entre os vários gestores sobre o que são ações, atividades, metas e indicadores, e que foi necessário estabelecer alguns consensos para garantir continuidade dos trabalhos. As reuniões com os gestores ocorreram na secretaria e também nos distritos de saúde, com apoiadores institucionais e gerentes de serviço, onde foi possível socializar os processos de planejamento distritais e locais e promover trocas de informações importantes além de dar esclarecimentos aos vários gestores sobre a nova proposta de trabalho do macro planejamento da secretaria de saúde.

Uma análise fundamental tem que ser colocada neste processo que é participação da população no processo. A publicação da Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e cria critérios como o perfil epidemiológico, a programação dos serviços e a participação

orçamentária dos municípios, dispõem sobre as instâncias colegiadas, que são as Conferências de Saúde e Conselho de Saúde em cada esfera de governo.

A secretaria de saúde tem um controle social muito atuante e participativo, conquista histórica no município pelo trabalho e organização dos vários segmentos sociais, tendo a secretaria em 2011 um Conselho Municipal de Saúde eleito com 88 conselheiros municipais e Conselhos Locais de Saúde em todos os serviços da atenção básica, nos serviços de urgência e emergência e serviços de referência, e já realizou nove Conferências Municipais de Saúde, sendo a 9ª Conferência ocorrida neste ano de 2011, o que tem garantido a construção e efetivação do SUS municipal. Neste novo processo de elaboração do planejamento municipal, a participação da comunidade ainda não ocorreu, ou ocorreu de forma muito incipiente, porém o grupo de trabalho da secretaria optou num primeiro momento pela sensibilização e o envolvimento dos gestores de serviço, que totalizam em 2011 mais de 100 gerentes e num segundo momento o a participação do controle social. O grupo de trabalho da secretaria entende como fundamental o olhar do usuário e a participação da comunidade nos processos de planejamento, tanto no nível local quanto no nível municipal. Muitos serviços da rede de saúde já trabalham com planejamentos envolvendo seus conselhos de saúde, mais isso depende muito mais do perfil do gestor, do que de instrumentos que contemplem a dimensão e o olhar do usuário do sistema e, portanto faz-se necessário aprimorar e melhorar a participação de todo o controle social em todo o processo de planejamento da rede municipal.

Com relação ao Contrato de Gestão, conforme afirma Scarazatti (2008), para que o planejamento constitua base para o contrato de gestão é necessário que tenha sido realizado de modo participativo e a partir de situações-problema identificadas pelo grupo. Contrato, segundo o dicionário Aurélio, é um acordo entre duas ou mais pessoas que transferem entre si algum direito ou se sujeitam a alguma obrigação. No campo da saúde, o conceito de Contrato de Gestão é o de um instrumento utilizado para pactuar ou contratar objetivos institucionais entre o ente executor das ações de saúde e o mantenedor institucional, atuando como um

dispositivo de monitoramento e avaliação do desempenho institucional da entidade contratada e de aprimoramento das relações de cooperação com o contratante. Segundo os autores, são vários os benefícios de se trabalhar com a contratação de objetivos e metas na rede de atenção básica. Um deles é o estímulo à descentralização da gestão, compartilhando com coordenadores das unidades e equipes de trabalho a responsabilidade pelos resultados obtidos durante um dado período de tempo. Mas a vantagem da descentralização não se resume a compartilhar as competências, mas possibilita a expressão e criatividade dos sujeitos no espaço da e sobre sua prática. Outra possibilidade do contrato de gestão é a capacidade de orientar a agenda do gestor/coordenador local, configurando espaços de gestão estratégica e atendimento às intercorrências e problemas cotidianos. O plano operativo é sem dúvida o insumo para a confecção dessa agenda.

Na tentativa de superar a participação da comunidade no planejamento municipal, já se tem definido na secretaria, que na próxima apresentação do Relatório Anual de Gestão, o segmento dos usuários participará diretamente das análises e elaboração dos próximos planos. Os Conselheiros Locais devem continuar participando dos planejamentos locais dos serviços de saúde e os Conselheiros Municipais, do macroplanejamento de toda a Secretaria Municipal de Saúde, para que deliberem quando necessário, sobre os planos construídos também com sua participação, nos vários níveis da gestão.

O grupo técnico do Departamento de Gestão e Desenvolvimento e Departamento de Saúde vêm trabalhando e já estruturando um Contrato de Gestão, tendo como base as informações consolidadas nas planilhas de programação preenchidas, que servirão de base para o futuro contrato. Está sendo prevista, uma oficina de trabalho com um grupo ampliado de gestores, responsáveis pela temática de planejamento nos vários espaços da gestão, Departamentos, Distritos de Saúde, serviços de referência, hospitais próprios para pactuação e finalização do contrato.

Em meados de junho/2011, o Ministério da Saúde disponibilizou para os municípios um novo sistema denominado SARGSUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS, que já está sendo trabalhado pelo grupo técnico da Secretaria de Saúde, e sendo preenchido com as informações consolidadas nas planilhas de programação preenchidas pelas unidades da rede de saúde e este novo sistema ajudará a facilitar em muito todo o trabalho de preenchimento do Relatório Anual de Gestão (RAG) e da Programação Anual da Saúde (PAS). (MS, 2011).

O SARGSUS também possibilita que os Conselheiros Municipais de Saúde, a partir de uma senha gerada pelo servidor, possam acompanhar e monitorar em tempo real a execução de todo o plano municipal, a execução orçamentária e financeira, democratizando de fato a gestão e fortalecendo o papel da comunidade para consolidação do SUS municipal.

7. CONCLUSÃO

A utilização da planilha de programação possibilitou uma boa integração e socialização de informações que possibilita a Secretaria elaborar um planejamento que considere as especificidades de cada serviço e distritos de saúde, em função da boa capilarização do instrumento promovida na rede.

Entendemos que a Secretaria de Saúde deva continuar trabalhando na descentralização do processo de planejamento, pois os resultados alcançados neste trabalho com as planilhas foi positivo e produziu uma boa integração e sensibilização dos gestores dos vários níveis de gestão da rede municipal com o tema do planejamento. A pactuação de indicadores como o instrumento de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, exige dos gestores criatividade para que todos os atores envolvidos desenvolvam o “pertencimento” ao sistema local e manifestem essa prática na definição de metas factíveis de realização.

Os Distritos de Saúde tem com esse trabalho e com as informações coletadas a possibilidade de aprofundamento de análise em cada um dos seus serviços de saúde. Cada ação ou meta, pactuada no instrumento, poderá ser monitorada e avaliações poderão ser feitas com os gerentes locais e suas equipes, no sentido de qualificar o trabalho nos serviços.

REFERÊNCIAS*

Bortolanza, J. Uso de Indicadores de Saúde da População (uma contribuição ao planejamento municipal que propicie o desenvolvimento sustentável). Disponível em < <http://www.topos.com.br/dica/uso-indicadores-saude.htm>>. Acesso em: 08/04/2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento : Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão : estrutura e conteúdo / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 6)

Brasil, Ministério da Saúde, Portaria 3.085/GM/2006.

Brasil, Ministério da Saúde - Portaria n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006.

Manual de Práticas de Atenção Básica – Saúde Ampliada e Compartilhada – Editora Hucitec - 2008 – Saúde em Debate 190.

Brasil, Ministério da Saúde, Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008).

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS), Brasília, 2011.

* De acordo com a norma UNICAMP/FOP, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Campinas, Secretaria Municipal de Saúde. SUS. Documento Base do Programa de Educação Permanente de Gestores da Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

Campos, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

Campos, R. O. O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003.

Giovanella, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Caderno de Saúde Pública, RJ, 6 (2): 129-153, abr/jun, 1990.

Hurst J & Hugles MJ 2001. *Performance measurement and performance management in OECD health systems*. Disponível em < www1.oecd.org>. OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy- Occasional Papers n. 47, pp.1-60.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo 2010

Marinho de Souza MF & Kalichman A 1994. Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida, pp. 467-476. In MZ Rouquayrol & N Almeida-Filho (orgs.). *Epidemiologia e Saúde*. MEDSI, Rio de Janeiro.

Matus, Carlos (1989) – Planejamento Estratégico Situacional.

Mendes EV 2002. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Escola de saúde Pública do Ceará, Fortaleza.

Scarazatti GL, Amaral MA. Planejamento e Contrato de Gestão na Atenção Básica –Manual de Práticas de Atenção Básica- Saúde Ampliada e compartilhada. 2008. – Aderaldo&Rothschild- São Paulo-2008).

VIII Conferência Nacional de Saúde – Lei 8.142/90 – O Controle Social do SUS

Roemer M 1991. National Health Systems of the World. (Vol. 1 :The Countries). Oxford University Press, Oxford, Inglaterra.

Tancredi, F.B,Barais, S.R.L. F Ferreira (1998) – Planejamento em Saúde - São Paulo.

Testa, M & L.Rivera, FJU- Planejamento Planejamento e programação em Saúde, um enfoque estratégico- São Paulo- Cortez 1989.

Testa, Mario. Pensamento estratégico e lógica da programação : o caso da saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1995.

Teixeira CF, Paim JS & Villasboas AL 1998. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, COMED/ASPLAN/FNS, ano VII, n. 2:7-28.

WHO- World Health Organization 2000. *The World Health Report: Health System: Improving Performance*. Genebra

ANEXOS

ANEXO 1 - Planilha Excel com consignas e métricas para preenchimento pelos serviços e coordenadorias.

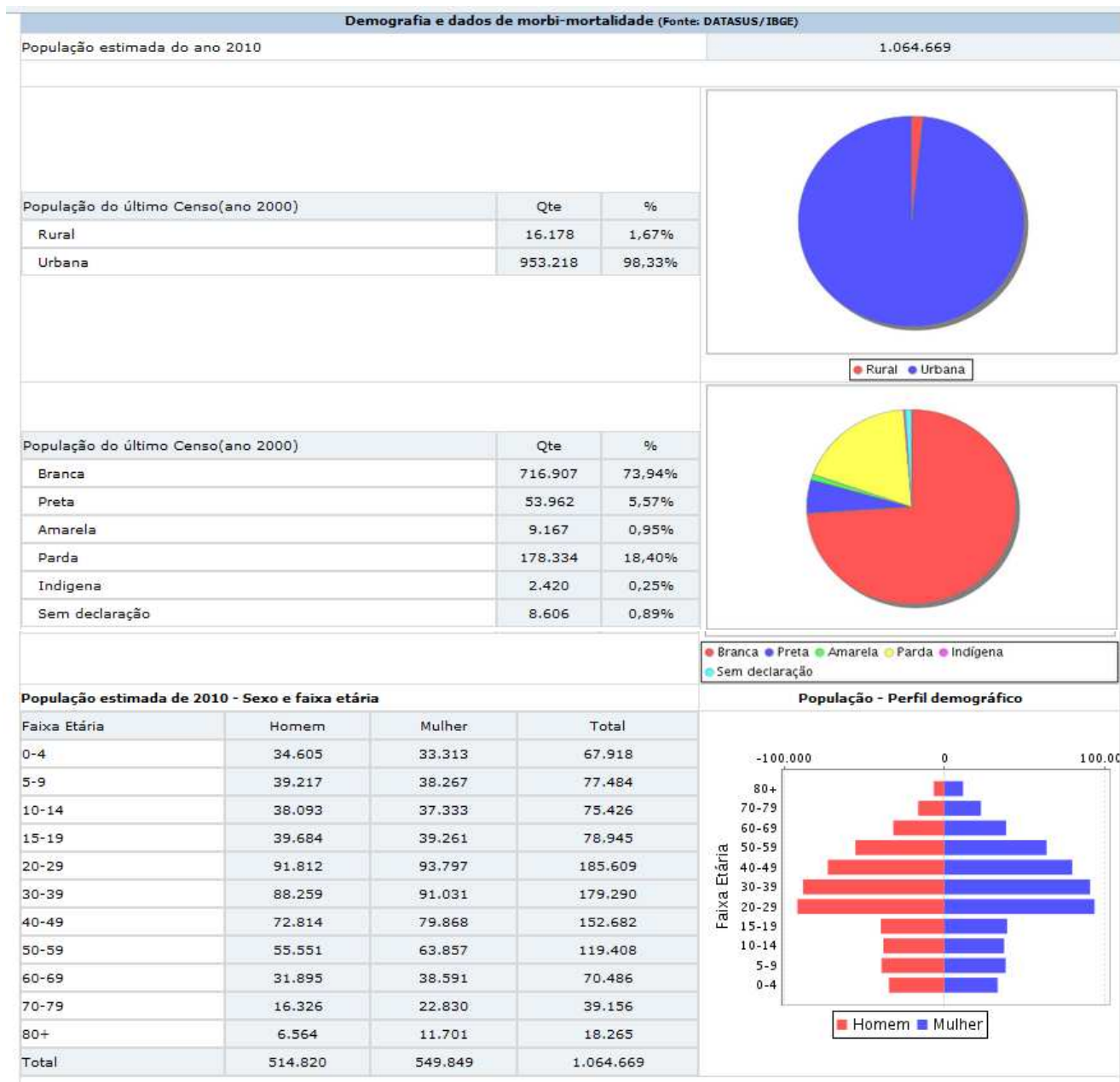
	Diretriz	Ações Detalhadas	meta para 2010	área, parceiros, observações
I - atenção à saúde do idoso	Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Implementar a caderneta do idoso que tinha como meta estabelecida pelo MS em 2006 para cobertura de 72% da população idosa .	100% das unidades com Caderneta do idoso implantada. Cobertura de 72%	DS- Distrito- UBS
II - controle do câncer de colo de útero e de mama	Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Capacitar profissionais da enfermagem em coleta de papanicolau	250 profissionais	DS - Área da Mulher – CETS – UBS - Distrito - Fundação Oncocentro.
II - controle do câncer de colo de útero e de mama	Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Coleta de Papanicolau	ampliar coleta	UBS – Distrito - DS- Área da Mulher
II - controle do câncer de colo de útero e de mama	Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Implantação do Siscolo em 100% das unidades	1	UBS - Distrito - DS- Área da Mulher DGDO - Coord. Informação
II - controle do câncer de colo de útero e de mama	Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Tratar/encaminhar ao nível ambulatorial especializado 100% das mulheres com lesões precursoras do câncer de colo uterino (NIC II e III)	1	UBS – DS - Área da Mulher –Distrito - Área de Especialidades -Área da Mulher.
III - redução da mortalidade infantil e materna	Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Ações educativas de estímulo ao aleitamento materno	100% das gestantes matriculadas com participação em ação educativa	UBS – Distrito – DS - Área da Criança
III - redução da mortalidade infantil e materna	Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil	100% das crianças matriculadas acompanhadas conforme protocolo	UBS - Distrito - DS - Área da Criança.
III – redução da	Trabalhar com grupos de	Agilização do diagnóstico e	100% das gestantes com urocultura	UBS – Distrito - DS- Área

SIM: cobertura de 72% alcançada.
Em processo: descreva o processo.
Não: caderneta não implantada

	Diretriz	Ações Detalhadas	meta para 2010	área, parceiros, observações
mortalidade infantil e materna	risco de forma sistemática e contínua.	tratamento de I.T.U. em gestantes	solicitada na primeira consulta de pré-natal e 100% das gestantes com urina I solicitado na 28ª Semana, conforme Sis prenatal	da Mulher DGDO - Coord. Informática.
III - redução da mortalidade infantil e materna	Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Investigação de óbitos fetais para subsidiar investigação da mortalidade infantil	100% dos óbitos fetais investigados	UBS – DS – Distrito – Covisa -Comitê Morte Materno Infantil- Área da Criança
III - redução da mortalidade infantil e materna	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Investigação de óbitos menores de 1 ano para subsidiar investigação da mortalidade infantil (2008 - 100%)	100% óbitos investigados	UBS – Distrito – Covisa - Comitê Morte Materno Infantil – Covisa – DS - Criança.
III - redução da mortalidade infantil e materna	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Revisão do protocolo de Pré-natal	Protocolo revisado e discutido nas equipes locais	DS – Mulher – UBS - Distrito.
III - redução da mortalidade infantil e materna	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Visita domiciliar e agendamento de consulta imediata	100% dos RN de risco visitados e vinculados à Unidade	UBS - Distrito - DS - Criança..
IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias.	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Garantir o encerramento oportunamente dos casos de notificação compulsória	65%	UBS – Visa - Covisa.
IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Investigar em tempo ótimo as doenças exantemáticas conforme as diretrizes da COVISA	80%	UBS - Visa - Covisa.
IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias.	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Melhorar o cuidado com o paciente portador de Hanseníase	90% de cura dos casos novos diagnosticados	UBS – Visa - Covisa.
IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Melhorar o cuidado com o paciente portador de TBC	80% de cura dos casos novos	UBS - Visa - Covisa.

	Diretriz	Ações Detalhadas	meta para 2010	área, parceiros, observações
V - promoção da saúde	02 Assegurar que a rede básica cumpra com o papel central na Gestão do Cuidado da população, integrada com os outros níveis do sistema de saúde.	Capacitação em hebiatria e saúde mental da criança e adolescente para equipe da unidade	80 profissionais capacitados	DS - Área Mental – Criança – CETS - UBS - Distrito.
V - promoção da saúde	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Ampliar as ações de prevenção e promoção de saúde bucal através da participação ativa dos ACS.	Ações para 30% das famílias cadastradas	UBS – Distrito – DS - Área S. Bucal.
V - promoção da saúde	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Ampliar o número de unidades com o Programa de Antitabagismo implantado	de 4 para 6 unidades	DS - Área Tabagismo – UBS –Distrito – MS - SES
V - promoção da saúde	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Assegurar manutenção dos ALTs em todas Unidades de Saúde (clínicas e administrativas)	100% das unidades	UBS - Distrito - Covisa – DS - Tabagismo.
V - promoção da saúde	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Aumentar nas UBS já capacitadas o tratamento medicamentoso recebido dos PNET.	0,3	UBS – Distrito – DS - Tabagismo.
V - promoção da saúde	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Capacitar as Unidades de Saúde que em dezembro, 2009 possuíam menos de 4 profissionais capacitados em tabagismo	Capacitar 20 unidades em 2010 conforme cronograma do DS (Tabagismo)	UBS - Distrito - CETS - DS - Tabagismo
V - promoção da saúde	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Desenvolver ações educativas para crianças obesas	100% das crianças obesas cadastradas participantes de ações educativas	UBS – DS – AB - Área da Criança
V - promoção da saúde	03 Trabalhar com grupos de risco de forma sistemática e contínua.	Garantir atenção para prevenção dos problemas de saúde bucal, segundo as diretrizes da área	100%	DS - S.Bucal - Unidade

ANEXO 2 – Dados do Município de Campinas (2011)



ANEXO 3 – Dados epidemiológicos

Dados Epidemiológicos														
Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 2009 - Preliminar)														
Mortalidade por Capítulo CID 10	Faixa Etária													
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Idade Ignorada	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	2	1	3	2	8	21	38	45	40	40	44	0	250
Capítulo II Neoplasias (tumores)	0	2	2	1	5	14	46	88	234	285	313	278	0	1.268
Capítulo III Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	3	3	2	0	5	4	6	0	23
Capítulo IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	1	0	0	0	6	6	18	31	50	63	97	0	274
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	1	6	5	4	10	27	0	53
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	2	3	2	0	3	1	4	3	16	15	36	74	0	159
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	3	2	1	0	0	11	40	105	251	364	542	721	0	2.040
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	9	5	2	2	3	7	29	47	74	122	239	410	0	949
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	1	1	8	17	49	60	54	79	81	0	350
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	6	10	0	22
Capítulo XIII Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	2	0	2	1	3	8	8	0	24
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	1	0	0	1	2	2	6	5	10	14	53	93	0	187
Capítulo XV Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	2	3	2	1	0	0	0	0	0	8
Capítulo XVI Algumas afec originadas no período perinatal	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90
Capítulo XVII Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	41	4	1	1	3	3	1	0	1	0	0	1	0	56
Capítulo XVIII Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	1	3	0	1	13	20	13	8	13	13	27	0	115
Capítulo XX Causas externas de morbidade e mortalidade	9	3	3	12	39	144	102	95	45	39	42	78	1	612
TOTAL	166	23	15	21	61	225	299	475	782	1.009	1.448	1.956	1	6.481