

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

**BARTIRA PALIN BORTOLAN PONTELLI**

**Evolução dos indicadores maternos infantis, após a pactuação nos  
municípios de um Colegiado de Gestão Regional Paulista**

**Ribeirão Preto – SP**

**2013**

**BARTIRA PALIN BORTOLAN PONTELLI**

**Evolução dos indicadores maternos infantis, após a pactuação nos municípios de um Colegiado de Gestão Regional Paulista**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha

**Ribeirão Preto**

**2013**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Pontelli, Bartira Palin Bortolan

Evolução dos indicadores maternos infantis, após a pactuação nos municípios de um Colegiado de Gestão Regional Paulista. Ribeirão Preto, 2013.

65 f. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP – Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha

1. Pacto pela Saúde. 2. Indicadores de Saúde. 3. Colegiado de Gestão Regional

# FOLHA DE APROVAÇÃO

**Autor:** BARTIRA PALIN BORTOLAN PONTELLI

**Título:** Evolução dos indicadores maternos infantis, após a pactuação nos municípios de um Colegiado de Gestão Regional Paulista

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha

**Aprovado em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Banca Examinadora

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu esposo Luis Roberto, que, sem sua presença, nada seria possível.

Aos meus pais Eduardo e Sonia, por me mostrarem que o despertar depende de nós mesmos.

Ao meu irmão Henrique, minha tia Zilda e prima Tainara, pelo carinho em momentos indescritíveis.

## **AGRADECIMENTO**

A Deus, por permitir a minha existência.

Ao meu orientador, Prof<sup>o</sup> Dr Juan Stuardo Yazlle Rocha, pela paciência e conhecimento transmitidos.

A Prof<sup>a</sup> Dra Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava, Prof<sup>a</sup> Dra Janise Braga Barros Ferreira e a Prof<sup>a</sup> Dra Aldaísa Cassanho Forster pelas relevantes contribuições durante a qualificação.

A Rosimeire Ap.Campanholi Felca , Diretora do Departamento Regional de Saúde de Barretos, pelo carinho que sempre me recebeu em todos os momentos.

Aos profissionais do Departamento Regional de Saúde de Barretos, pela relevante ajuda com a coleta de dados.

Aos Gestores Municipais dos municípios pertencentes ao Colegiado Regional de Gestão Sul - Barretos pela oportunidade da realização dessa pesquisa.

Aos amigos Frederico Machado de Almeida, Rodrigo César Rosa, Eloisa Steluti e Murilo Nascimento pelas excelentes contribuições.

A amiga e companheira de docência, Lilian D. Pimenta Nogueira por fazer-me acreditar sempre no sucesso.

A todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte desta conquista.

*“Nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas”*

*Cora Coralina*

## RESUMO

PONTELLI, B.P.B. **Evolução dos indicadores maternos infantis, após a pactuação nos municípios de um Colegiado de Gestão Regional Paulista**. 2012. 77f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

**Introdução** - No contexto atual, os gestores precisam estar à frente de desafios que busquem superar as dificuldades próprias do Sistema, valendo-se de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e do planejamento em saúde, para melhor qualificação e da gestão, assim, para intensificar o processo de melhoria na Gestão e melhor compreender as necessidades da população, em 2006 foi publicada a Portaria nº 399/GM definindo o Pacto pela Saúde, que, dentre outros objetivos valoriza a relação solidária entre gestores, elabora diretrizes e responsabilidades sanitárias com base em indicadores e metas, visando contribuir para o fortalecimento da gestão. **Objetivo** - O estudo tem o objetivo de descrever a evolução dos indicadores de saúde maternos infantis do Pacto pela Vida, no Colegiado de Gestão Regional Sul – 5 – Barretos no período 2007 a 2010, após da pactuação. **Metodologia** - O presente estudo foi desenvolvido nos municípios pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional Sul – DRS 5 – Barretos, a saber: Monte Azul Paulista, Viradouro, Terra Roxa, Vista Alegre do Alto, Taiaçu, Taquaral, Taiúva e Bebedouro, este último sede das reuniões do Colegiado. Trata-se de um estudo descritivo analítico nos municípios do Colegiado de Gestão Regional Sul – DRS -5 – Barretos, no período de 2007 e 2010. A descrição da evolução do processo de adesão dos municípios as diretrizes do Pacto pela Saúde foi determinada utilizando o indicador de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, pela proporção da população cadastrada, além dos indicadores de saúde maternos infantis do Pacto pela Vida. **Resultados** – Dentre os dados analisados foram observados pouca evolução nos indicadores de saúde nos anos de 2007 a 2010, os municípios que mais evoluíram foram aqueles que apresentam fortalecimento da atenção básica caracterizado pela melhor cobertura de Estratégia de Saúde da Família, uma provável justificativa para tal comportamento seria as dificuldades dos municípios em formarem uma equipe de profissionais qualificados para realização das etapas do Planejamento em Saúde e monitorá-las, fazendo adequações e correções anuais, de acordo com as mudanças no contexto saúde-doença da população e a estrutura do serviço, a fim de melhorar os indicadores. **Conclusão** A pouca mudança percebida na evolução dos indicadores de saúde maternos – infantis após o Pacto pela Saúde, pode ser atribuída a falta de planejamento e conseqüentemente a falta de vontade política, ou seja do interesse dos Gestores em abraçar novas perspectivas, e se comprometer diante da proposta. Os municípios com menos de 20.000 habitantes precisam estruturar equipes envolvidas com o diagnóstico de saúde da população de seu território, articulando informações que ajudarão na construção dos indicadores de saúde. Faltam aos Gestores utilizar melhor os instrumentos que os possibilitem planejar de forma clara e com base na realidade dos problemas de saúde de seu município. Outro ponto a ser considerado é a passividade, a apatia política muito presente na Gestão em Saúde

Palavras chave: Pacto pela Saúde. Indicadores de Saúde. Colegiado de Gestão Regional



## ABSTRACT

**Pontelli, B.P.B. Evolution of indicators maternal infant after the pact in the municipalities of a Regional Management Board Paulista.**2012. 77f. Dissertation (Masters in Community Health). Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo.

**Introduction** - In the current environment, managers need to be ahead of challenges that seek to overcome the difficulties inherent to the system, using a regionalized and hierarchical network of actions and planning in health, for better qualification and management, so for intensify the process of improvement in management and better understand the needs of the population in 2006 was issued Ordinance N° 399/GM defining the Health Pact, which, among other objectives appreciates the supportive relationship between managers, develops guidelines and health responsibilities with based on indicators and forests, to contribute to the strengthening of management

**Objective** - The study aims to describe the evolution of health indicators maternal infant Pact for Life, the Southern Regional College of Management - 5 - Barretos in the period from 2007 to 2010 after the negotiation. **Methodology** - This study was conducted in the municipalities belonging to the Southern Regional College of Management - DRS 5 - Barretos, namely Monte Azul Paulista, Viradouro, Terra Rossa, Vista Alegre do Alto, Taiacu, Taquaral Taiúva and Trough, the latter seat meetings of the Board. This is a descriptive analytic municipalities in the Southern Regional College of Management - DRS -5 - Barretos, between 2007 and 2010. The description of the evolution of the accession process of the municipalities the guidelines of the Health Pact was determined using the indicator of the scope of the Family Health Strategy, by proportion of the enrolled population, and health indicators, maternal infant Pact for Life. **Results** - Among the data analyzed were observed little improvement in health indicators in the years 2007 to 2010, municipalities that have evolved over those who were present strengthening of primary health care characterized by the best coverage of the Family Health Strategy, a likely explanation for this behavior would be the difficulties of municipalities to form a team of qualified professionals to perform the steps of Health Planning and monitor them, making adjustments and corrections annually, according to the changes in the context of health and disease and population structure of the service, improve the indicators. **Conclusions** - A little perceived change in the evolution of maternal health indicators - infant after the Health Pact, can be attributed to lack of planning and consequently the lack of political will, or is in the interest of managers to embrace new perspectives, and commit before the proposal. Municipalities with fewer than 20,000 habitants need to structure teams involved in the diagnosis of health of the population of their territory, linking information that will help in the construction of indicators health .Managers lack to best utilize the tools that enable planning and clearly based the reality of the health problems of his county. Another point to be considered is the passivity political apathy very present in Health Management.

Keywords: Health Pact. Indicators of Health. Regional College of Management.

## **LISTA DE SIGLAS**

APS – Atenção Primária a Saúde

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DRS – Departamento Regional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OSS – Organização Social de Saúde

PPI – Programação Pactuada Integrada

PS – Plano de Saúde

RAG – Relatório Anual de Gestão

RRAS – Redes Regionais de Atenção a Saúde

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SISPACTO – Sistema Informação do Pacto pela Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo.....19

Figura 2: Divisão Político Territorial dos Municípios Pertencentes ao DRS 5 – Barretos, 2012.....21

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução do índice de abrangência municipal da estratégia de saúde da família no período de 2007 a 2010.....	32
Gráfico 2: Evolução do índice de abrangência municipal de exames do colo do útero no período de 2007 a 2010 .....	33
Gráfico 3: Evolução do percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil no período de 2007 a 2010.....	35
Gráfico 4: Evolução do percentual índice municipal de sífilis congênita no período de 2007 a 2010 .....	36
Gráfico 5: Evolução do percentual índice de abrangência de exames de mamografia no período de 2007 a 2010 .....	38
Gráfico 6: Evolução do índice municipal de desenvolvimento infantil de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade, no período de 2007 a 2010.....	39
Gráfico 7: Evolução do número de óbitos de crianças do município com idade entre 28 e 364 dias de vida, no período de 2007 a 2010 .....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização demográfica do DRS 5 - Barretos .....	20
Tabela 2: Tipos de Unidades de Saúde do SUS – Região sul – DRS 5 - Barretos...	23
Tabela 3: Classificação por grupos segundo o índice de desenvolvimento humano, DRS 5 – Barretos (2008).....	23
Tabela 4: Dados do indicador anual da abrangência da estratégia de saúde da família no período de 2007 a 2010.....	31
Tabela 5: Dados do indicador anual da cobertura de exames do colo do útero no período de 2007 a 2010 .....	33
Tabela 6: Dados do indicador anual do percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil no período de 2007 a 2010 .....	34
Tabela 7: Dados do indicador anual do índice de acompanhamento municipal de pré-natal no período de 2007 a 2010.....	36
Tabela 8: Dados do indicador anual do índice de cobertura de exames de mamografia no período de 2007 a 2010 .....	37
Tabela 9: Dados do indicador anual do índice municipal de desenvolvimento infantil de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade, 2007 a 2010.....	39
Tabela 10: Dados do número de óbitos de crianças do município com idade entre 28 e 364 dias de vida, no período 2007 a 2010. ....	40
Tabela 11: Dados da participação das despesas com ações e serviços de saúde na receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais, no período 2007 a 2010. ....	42

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>Planejamento em Saúde</b>	<b>3</b>
<b>1.2</b>	<b>Instrumentos de Planejamento em Saúde</b>	<b>5</b>
1.2.1	Plano de Saúde	6
1.2.2	Programação Anual de Saúde	7
1.2.3	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde	7
1.2.4	Relatório de Gestão	8
<b>1.3</b>	<b>Pacto pela Saúde</b>	<b>9</b>
1.3.1	Pacto de Gestão	9
1.3.2	Pacto em Defesa do SUS	13
1.3.3	Pacto pela Vida	13
<b>1.4</b>	<b>Colegiados de Gestão Regional</b>	<b>15</b>
<b>1.5</b>	<b>Redes Regionais de Atenção a Saúde no Estado de São Paulo</b>	<b>17</b>
1.5.1	Diretrizes para construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde	17
1.5.2	CrITÉrios para o desenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde	17
1.5.3	RRAS 13	18
<b>1.6</b>	<b>Mapa da Saúde</b>	<b>19</b>
<b>1.7</b>	<b>Departamento Regional de Saúde 5 – Barretos</b>	<b>20</b>
<b>1.8</b>	<b>Aspectos sociais do DRS 5 – Barretos</b>	<b>21</b>
1.8.1	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social	21
<b>1.9</b>	<b>Estruturação da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera no Estado de São Paulo</b>	<b>24</b>
<b>1.10</b>	<b>Indicadores de Saúde</b>	<b>25</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b>	<b>28</b>
<b>4.1</b>	<b>Local de estudo</b>	<b>28</b>
<b>4.2</b>	<b>Caracterização do Território</b>	<b>28</b>
<b>4.3</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>28</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>29</b>

4.5	Indicadores de Saúde.....	29
5	RESULTADOS .....	31
5.1	Abrangência Municipal da Estratégia de Saúde da Família.....	31
5.2	Índice de Cobertura Municipal de Exames do Colo do Útero .....	32
5.3	Percentual de Investigação de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil .....	34
5.4	Índice de Acompanhamento Municipal de Pré-Natal.....	35
5.5	Índice de Cobertura Municipal de Exames de Mamografia.....	37
5.6	Índice Municipal de Desenvolvimento Infantil em Menores de 5 anos.....	38
5.7	Número de Óbitos de Crianças do Município com Idade entre 28 e 364 dias de vida .....	40
5.8	Percentual de investimento em saúde da receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais .....	41
6	DISCUSSÃO .....	43
7	CONCLUSÃO.....	45
	REFERÊNCIAS .....	46

## **APRESENTAÇÃO**

O interesse para o desenvolvimento deste estudo surgiu durante a minha participação nas reuniões do Colegiado de Gestão Regional Sul 5 – Barretos, como representante suplente, no período de 2007 e 2008. Neste período, iniciava-se as discussões em torno da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova suas diretrizes operacionais.

Durante as discussões do colegiado percebi que municípios pequenos, com população inferior a 20 mil habitantes, compartilhavam de inúmeras dificuldades relacionadas à operacionalização do Pacto e a pactuação dos indicadores propostos de acordo com a estrutura de serviços de saúde existentes em cada município.

Portanto, a proposta deste estudo é identificar a evolução dos indicadores maternos infantis, no período de 2007 a 2010, nos municípios pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional Sul – 5 Barretos.



## 1 INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo.

O Sistema Único de Saúde é uma concepção vitoriosa, cuja implantação nas duas décadas passadas exigiu sério compromisso dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS. O progresso notável até aqui alcançado, todavia, permanece a nos lembrar do que ainda temos por fazer. Um desses grandes desafios são as redes integradas de atenção em saúde com base na Atenção Primária (APS). Ao mesmo tempo, precisamos qualificar a atenção primária para o exercício do atributo de coordenação do cuidado e também organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS uma resposta adequada. Tudo isso planejado a partir de um correto diagnóstico de necessidades em saúde que considere a diversidade e extensão do território brasileiro (MENDES, 2011).

Ao longo da história do SUS, houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Todavia, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estaduais e municipais), da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde

vêm ao encontro do consenso de que ter a Atenção Primária à Saúde como base dos sistemas de saúde, particularmente utilizada como uma ferramenta importante na gestão, é essencial para a estruturação da assistência a saúde nos municípios:

a gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucional relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde.( PAIM, 2002 )

Dessa forma, a noção de gestão se aproxima da proposta de administração estratégica (OPS/OMS, 1992), na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas:

a gestão de saúde é a inteligência constitutiva do sistema de saúde exercida mediante a definição de critérios de alocação de recursos, dos papéis dos órgãos públicos e privados, de oferecer cooperação técnica aos órgãos descentralizados; da redistribuição dos gastos correntes e de investimentos e do estabelecimento de mecanismos de contratos de gestão. A gestão em saúde absorve totalmente as atividades do planejamento em saúde e agrega as articulações políticas e as ações de implementação dos planos” (ROCHA, 2011)

No contexto atual, os gestores precisam estar à frente de desafios que busquem superar as dificuldades próprias do Sistema, valendo-se de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e do planejamento em saúde, para melhor qualificação e da gestão.

## 1.1 Planejamento em Saúde

Aliado aos processos políticos institucionais faz-se necessário salientar que o planejamento das ações torna-se a base para a eficiência da administração dos serviços de saúde. Tancredi (1998), considera que:

o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, além de otimizar a produção e elevar a eficiência e eficácia dos sistemas no desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde”.

Entretanto, Mintzberg (2004), o define como “procedimento formal para produzir um resultado articulado, na forma de um sistema integrado de decisões”, enquanto, Chorny (1998, p.), define como: “( ... ) decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro”.

No âmbito do SUS define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde, “a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (BRASIL, 2007):

o planejamento envolve um conjunto de questões de natureza teórica, metodológica, técnica e instrumental – que se conformam ao longo do seu desenvolvimento enquanto prática social – sendo um campo de constantes reflexões e experimentações; na medida em que, diferentes abordagens e enfoques interagem e se acumulam em função da redefinição das demandas e necessidades historicamente determinadas ( Teixeira, 2001 )

Com base no Sistema de Planejamento do SUS, pode-se destacar como responsabilidades comuns aos entes federados:

- (i) “formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”;
- (ii) “formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde”;
- (iii) “elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente” (BRASIL, 2008).

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos. Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002 aos quais deveriam se submeter todos os órgãos da administração pública, deflagrando processo de planejamento para sua obtenção, a fim de que pudessem ser programados os recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor.

No TCG constam todas as suas responsabilidades no tocante às ações e serviços de saúde. É um contrato porque os gestores devem ser sujeitos do

processo de discussão das suas responsabilidades com as outras esferas, sem que ninguém defina autoritariamente suas obrigações. Esse Termo passou a ser o meio pelo qual os gestores fizeram a adesão ao Pacto pela Saúde.

## Instrumentos de Planejamento em Saúde

### **1.2 Instrumentos de Planejamento em Saúde**

No âmbito do Ministério da Saúde, até o final de 2005, quando tomou a iniciativa de propor a construção do PlanejaSUS (como mencionado na apresentação), o planejamento pautava as suas ações principalmente no atendimento às demandas interna e externa; esta última oriunda da coordenação do correspondente sistema federal, exercida pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP)” (Brasil, 2009).

Os instrumentos de planejamento devem considerar as prioridades definidas em cada esfera de gestão. Segundo o anexo II da Portaria 399/2006, o planejamento regional expressará as responsabilidades dos gestores para com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações, cujas prioridades estabelecidas regionalmente ,deverão estar refletidas no plano de saúde de cada município e do Estado.

Os objetivos do PlanejaSUS são (Brasil, 2009):

- a) pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- b) formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento;

- c) implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- d) promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS;
- e) monitorar e avaliar o processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados.

Os instrumentos básicos do PlanejaSUS, definidos partir desta perspectiva são (Brasil, 2009):

- a) Plano de Saúde (PS);
- b) Programação Anual de Saúde (PAS);
- c) Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
- c) Relatório Anual de Gestão (RAG).

A descentralização e a municipalização da saúde somada à exigência de ter planos de saúde e relatório de gestão para habilitar-se a receber recursos do Fundo Nacional de Saúde, certamente veio estimular os municípios e estados para o desenvolvimento das práticas de planejamento em saúde, tornando-o ferramenta oficial do sistema“ ( Rocha, 2001 )

### 1.2.1 Plano de Saúde

O Plano de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, reflete as necessidades de saúde da população e apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde, em cada esfera de governo. É a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de governo, sendo elaborado no primeiro ano da gestão

em curso, com execução a partir do segundo da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente.

O Plano de Saúde, em cada esfera de governo, contempla as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e aquelas afetas às especificidades de cada território. O seu conteúdo reflete as necessidades de saúde da população e os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde.

### 1.2.2 Programação Anual de Saúde

As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano de Saúde são objeto de explicitação de sua Programação Anual de Saúde, onde são detalhadas as ações e serviços, as metas anuais, os indicadores e os recursos orçamentários que operacionalizam o Plano naquele ano específico. Sua elaboração inicia no ano em curso, para execução no ano subsequente, coincidindo com o período definido para o exercício orçamentário e a Lei Orçamentária Anual.

A Programação Anual de Saúde contém, de forma sistematizada, as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; as metas anuais para cada ação definida; os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação; e os recursos orçamentários necessários ao seu cumprimento.

### 1.2.3 Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos

físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência a saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. A partir desse processo ocorre a identificação e priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde.

#### 1.2.4 Relatório de Gestão

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes.

O conteúdo do RAG contempla os seguintes elementos constitutivos: as diretrizes, os objetivos e as metas do Plano de Saúde; as ações e metas anuais definidas e alcançadas na Programação Anual de Saúde; os recursos orçamentários previstos e executados; as observações específicas relativas às ações programadas; a análise da execução da Programação Anual de Saúde, a partir das ações, metas e indicadores; e as recomendações para a Programação do ano seguinte e para eventuais ajustes no Plano de Saúde vigente.

O Relatório Anual de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente, sendo que compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos



Municípios o envio dos seus Relatórios Anuais de Gestão aos respectivos Tribunais de Contas, devendo guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

### **1.3 Pacto pela Saúde**

Em discussão desde 2003, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, que é anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Em fevereiro de 2006 foi publicada a Portaria nº 399/GM com as Diretrizes Operacionais Pacto pela Saúde, que engloba três componentes: o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, substituindo os processos de habilitação pela adesão a termos de compromissos de gestão pactuando prioridades de atenção e responsabilidades, em vários aspectos importantes do SUS (BRASIL, 2006)

#### **1.3.1 Pacto de Gestão**

O Pacto de Gestão tem como principal finalidade oferecer maior autonomia aos Estados e aos municípios no que tange aos processos normativos do SUS, definindo responsabilidade sanitária de cada esfera de governo, tornando mais claras as atribuições de cada um, contribuindo assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS.

O Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidária entre gestores, definindo diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação: descentralização, regionalização financiamento do SUS, planejamento no SUS, programação Pactuada Integrada (PPI), regulação da atenção à saúde e regulação assistencial, participação e controle social, gestão do trabalho em Saúde e educação em saúde.’

- **Descentralização** dos processos administrativos relativos à gestão nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A CIT e o Ministério da Saúde promovem e apoiam os processos de qualificação permanente para as CIBs.
- **Regionalização** de um determinado espaço geográfico contínuo, com um recorte territorial que se constitui numa Região de Saúde a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra estrutura de transportes compartilhados neste mesmo território. A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

A regionalização deve propiciar:

- certo grau de resolutividade com suficiência em atenção básica e parte da média complexidade;
- planejamento que leve em conta parâmetros de incorporação tecnológica;
- arranjos inter-regionais para garantir a atenção na alta complexidade em parte da média complexidade da assistência;
- se constituir em um espaço permanente de pactuação, co-gestão solidária e cooperativa por meio de um Colegiado de Gestão Regional (CGR).

**Financiamento do SUS** tendo como princípios:

- a responsabilidade das três esferas de Governo;
- a diminuição das iniquidades regionais (entendendo regionais como os diferentes recortes territoriais – município, estado, região de saúde, macrorregião);
- o repasse fundo a fundo, preferencialmente; a constituição de blocos de financiamento para o repasse federal de custeio do SUS – atenção básica, atenção da média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS;
- a aplicação dos recursos federais de investimento segundo os eixos prioritários de estímulo à regionalização e o fortalecimento da atenção básica, sendo prioritários para os municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão.

**Planejamento no SUS** O modelo oficial de Planejamento em Saúde no Brasil é institucionalizado com a Portaria n.º 399 que junto com o Pacto pela Saúde determinou (nos anexos da Portaria) os pontos prioritários para o Planejamento:

Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

- Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento — tais como planos, relatórios, programações — a serem adotados pelas três

esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;

- Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

**Programação Pactuada e Integrada (PPI)** define a programação das ações de saúde em cada território e norteia a alocação dos recursos financeiros para a saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

**Regulação** tem como principais diretrizes: cada prestador responde a apenas um gestor; a regulação dos prestadores de serviços de deverá ser, preferencialmente, do município; é responsabilidade do gestor estadual a regulação das referências intermunicipais e a operação dos complexos reguladores, com referência intermunicipal, deve ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

**Participação e Controle Social** definidos como princípios doutrinários assegurados pela Constituição Brasileira e pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90).

**Gestão do Trabalho** busca a valorização dos trabalhadores da Saúde, a redução dos conflitos e a humanização das relações de trabalho. É um eixo estruturante da política de recursos humanos do SUS.

**Educação em Saúde** visa avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente

### 1.3.2 Pacto em Defesa do SUS

O Pacto em Defesa do SUS objetiva discutir a questão da saúde pública e da repolitização do SUS, lembrando os princípios doutrinários da Reforma Sanitária e salientando os direitos garantidos na Constituição (integralidade, equidade e universalidade no SUS).

Busca consolidar “a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos”. As prioridades são: implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade, entre outras, de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal e elaborar e divulgar a Carta dos direitos dos usuários do SUS, utilizando-as no planejamento em saúde.

Para Berretta et al, 2011 “O processo de planejamento em saúde pressupõe também o atendimento a outros preceitos constitucionais, entre eles a participação da comunidade no exercício dessa função pública, direito expresso nos termos da Lei nº. 8.142 de 1990, essa lei propõe a realização de Conferências de Saúde como instrumento de diagnóstico para o planejamento em saúde e a criação dos Conselhos de Saúde, para atuarem como coparticipantes na formulação da política de saúde e como órgãos fiscalizadores da execução das ações de sua consecução nos três níveis de governo”

### 1.3.3 Pacto pela Vida

No presente estudo serão enfocadas as prioridades pactuados de acordo com a Portaria nº 2669 de 03 de novembro de 2009, nos componentes pela Vida e de Gestão:

- a) Saúde do idoso;
- b) Controle do câncer do colo do útero e da mama;
- c) Redução da mortalidade infantil e materna;
- d) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- e) Promoção da saúde;
- f) Fortalecimento da atenção básica.

Em 2009 com a publicação da Portaria 2669 foi incluído como prioridades do Pacto pela Vida, para o biênio 2010 - 2011 a saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e saúde do homem.

Para Sala e Mendes ( 2011) “O acompanhamento das ações em saúde relacionadas à APS, bem como dos seus resultados sobre a saúde das populações, tem sido preocupação de gestores do SUS. Os processos de pactuação de indicadores e metas entre as três esferas de governo que compõem o SUS são decorrentes não só da necessidade de pactuar metas (que em última análise são parte dos instrumentos de planejamento do SUS), mas da necessidade de acompanhar a realização das ações e também de mensurar os efeitos na saúde das pessoas”.

È importante mencionar que o Pacto não é burocrático, ele é estabelecido considerando a avaliação da situação e as necessidades de saúde da população. Os parâmetros municipais, regionais e estaduais e as estratégias que estão sendo

propostas para obter o impacto esperado; instrumento formal de negociação entre gestores indica a intenção de melhora da qualidade da atenção básica e da saúde dos usuários.

#### **1.4 Colegiados de Gestão Regional**

O CGR é uma inovação do Pacto pela Saúde, pois efetiva a articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o estado, na Região de Saúde na qual está inserido ( ... ) A partir da implantação do Pacto pela Saúde, todos os gestores dos municípios têm assento e voz no CGR e, por meio da pactuação, procuram garantir que demandas dos diferentes interesses regionais possam ser organizadas e expressadas naquele território (BRASIL, 2006).

Para ( PESTANA, 2004), o processo de regionalização proposto pelo Ministério da Saúde define região de saúde como a base territorial de planejamento da atenção à saúde da saúde e que deve levar em consideração as características demográficas, sócioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas.” Essa concepção de região é bem mais flexível do que as tradicionalmente adotadas nos programas de regionalização. Mas os documentos já elaborados indicam uma tendência a tratar as regiões como unidades de intervenção e ação do Estado, deixando pouco espaço para a participação da sociedade civil. Requer-se, pois, que a delimitação dessas regiões leve em consideração as redes de articulação regional já existentes e que se aproveitem os elementos capazes de contribuir para o fortalecimento da identidade regional. Identidade esta que deve expressar experiências pessoais dos indivíduos no território de limitado pela região e limitado pela região que representem sua consciência regional.

De acordo com ( Rocha, 2003) “O processo de regionalização considera uma base territorial onde municípios isolados ou agrupados poderão constituir módulos

assistenciais; o conjunto destes módulos conforma uma microrregião que, com outras microrregiões, conformará uma região de saúde”

Uma outra definição de Região de Saúde é dada pelo recente Decreto 7508, que define os critérios mínimos para a configuração de uma Região de Saúde “ Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” ( Brasil, 2011)

“O processo de regionalização de ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, considerando que o planejamento regional de saúde no Brasil deve realizar-se no contexto das relações intergovernamentais que expressam o federalismo cooperativo no âmbito sanitário” ( Dourado, 2011 ).

Com a implantação do Pacto pela Saúde, especificamente o Pacto de Gestão, desenvolveram-se grupos colegiados visando ao desenvolvimento da regionalização denominado Colegiado de Gestão Regional o qual é integrado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de determinada região e por representantes dos gestores estaduais.

As decisões ocorrem sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e compromisso do conjunto de gestores com as prioridades pactuadas. A constituição pelos gestores municipais e estaduais do Colegiado de Gestão Regional indica a valorização da cooperação intergestores como verdadeira e destacada macro-função da gestão de saúde.

Dessa forma o Colegiado tem caráter político na tomada de decisões e na esfera de poder tendo como funções: instituir um planejamento regional com definição de prioridades e responsabilidades, implantar e acompanhar a



PPI, participar na definição e implantação do sistema de regulação, priorizar financiamento e investimento além da constituição de um espaço técnico e político.

O Colegiado de Gestão Regional constitui-se em um espaço de decisão que vai identificar, definir prioridades e pactuar soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (CONASS, 2011).

## **1.5 Redes Regionais de Atenção a Saúde no Estado de São Paulo**

### **1.5.1 Diretrizes para construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde**

- Parceria entre a SES e os municípios;
- Superação da fragmentação do sistema por meio da gestão compartilhada entre a SES e os municípios com objetivo de definir as responsabilidades dos entes federados;
- Subordinação dos prestadores que compõe a rede SUS da região (estadual - sob administração direta ou OSS, universitária, municipal, conveniada e contratada) ao processo de co-gestão regional, sem prejuízo do comando único.

### **1.5.2 Critérios para o desenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde**

- Existência de capacidade instalada com suficiência na atenção básica, na média complexidade e parte da alta complexidade;
- Garantia de economia de escala na oferta de ações e serviços de saúde de média e alta complexidade;
- Abrangência populacional entre 1.000.000 e 3.500.000 habitantes;

- Manutenção, a princípio, do território das regiões de saúde definidas pela Deliberação CIB nº 153/2007, fazendo ajustes, de acordo com as necessidades locais;
- O desenho das redes regionais de atenção à saúde não necessariamente são coincidentes com as áreas de abrangência das divisões administrativas regionais da SES/SP;

A implantação das RRAs convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticada no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso, em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público. ( Mendes, 2011 )

### 1.5.3 RRAS 13

A Rede Regional de Atenção a Saúde 13 ( RRAS 13 ) da qual o Colegiado de Gestão Regional Sul 5 - Barretos faz parte, é composta pelos municípios pertencentes aos Colegiados : Alta Mogiana, Três Colinas, Alta Anhanguera, Vale das Cachoeiras, Aquífero Guarani, Horizonte Verde, Centro Oeste do DRS III, Norte do DRS III, Central do DRS III, Coração do DRS III, Sul de Barretos, Norte de Barretos, possui 90 municípios em sua área de abrangência, com uma população de 3.307.320 habitantes ( IBGE , 2010 ). A RRAS 13 está sendo a primeira rede constituída, considerada modelo para a construção das demais redes no Estado de São Paulo.

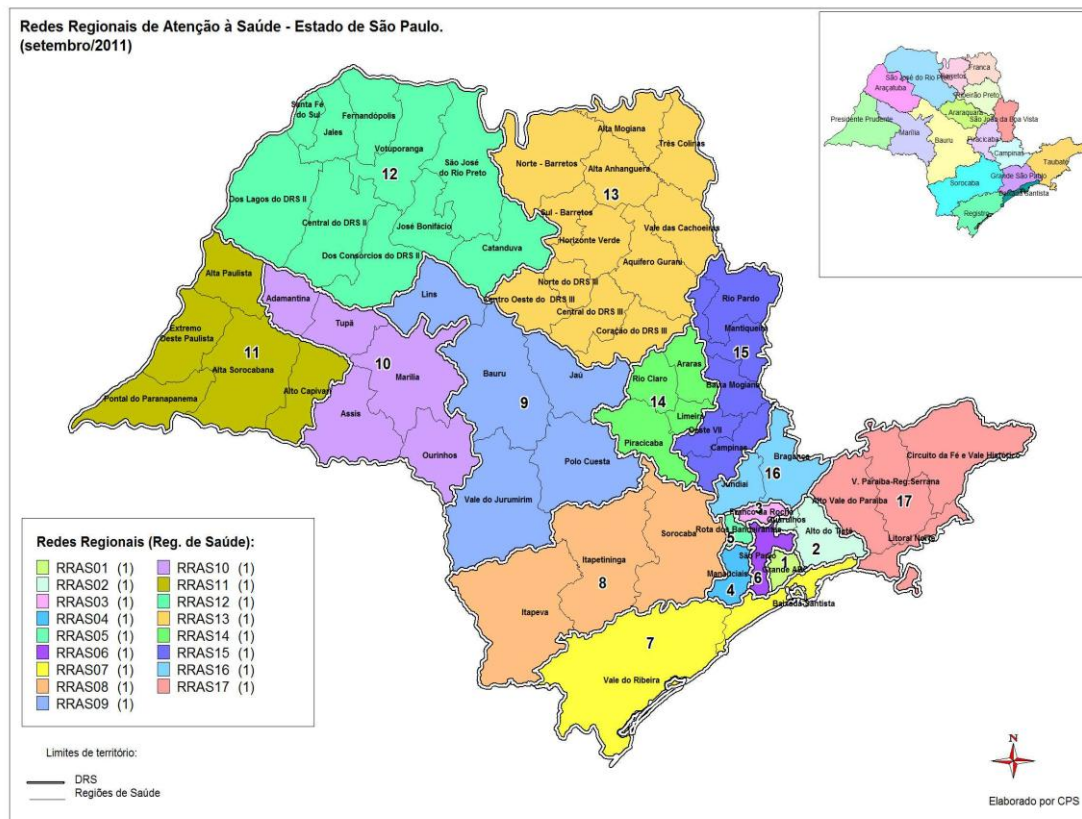


Figura 1: Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo

## 1.6 Mapa da Saúde

Define-se Mapa da Saúde como a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. (São Paulo, 2012).

No processo de planejamento, o Mapa da Saúde é uma ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços e ações de saúde.

Fornecer elementos para a definição de diretrizes a serem implementadas pelos gestores, contribuindo para a tomada de decisão quanto à implementação e

adequação das ações e dos serviços de saúde. Dessa forma, o Mapa da Saúde orienta o planejamento integrado dos entes federativos, subsidia o estabelecimento de metas de saúde a serem monitoradas pelos gestores e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde e permite acompanhar a evolução do acesso da população aos serviços de saúde nas diversas regiões de saúde e os resultados produzidos pelo sistema.

As informações que constituem o Mapa da Saúde devem possibilitar aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e serviços de saúde.

### 1.7 Departamento Reginal de Saúde 5 – Barretos

O DRS Barretos caracteriza-se por sua maioria de municípios menores de 20.000 habitantes. A população é predominantemente urbana, tem sua economia baseada na produção sucroalcooleira, sendo assim presença de população flutuante em vários municípios. Existe também na região áreas de assentamento e quilombos, principalmente em municípios que fazem divisa com outros estados. Na tabela 1 e na figura 2, apresenta-se as regiões de saúde e as respectivas caracterizações demográficas dos municípios pertencentes ao DRS 5 – Barretos.

**Tabela 1: Caracterização Demográfica do DRS 5 - Barretos**

<i><b>Faixa da População</b></i>	<i><b>Número de Municípios</b></i>	<i><b>% Municípios</b></i>	<i><b>População Total</b></i>	<i><b>% População</b></i>
< 10 mil	11	57,89	67.939	16.54
10 – 49 mil	06	31,59	155.789	37.94
50 – 99 mil	1	5,26	75.043	18.27
> 100 mil	1	5,26	111.884	27.25
<b>Total</b>	19	100	410.655	100

Fonte: DRS 5 – Barretos

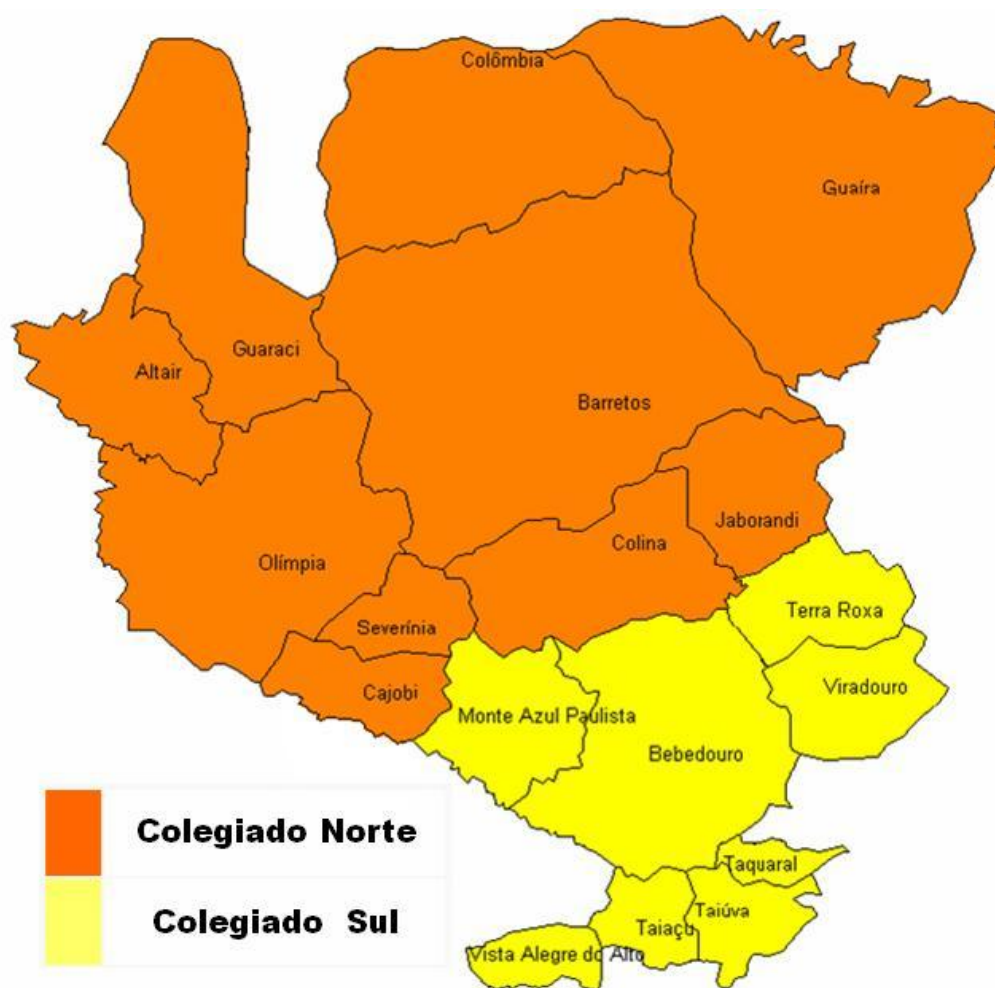


Figura 2: Divisão Político Territorial dos municípios pertencentes ao DRS 5 – Barretos, 2012.

## 1.8 Aspectos sociais do DRS 5 – Barretos

### 1.8.1 Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social ( FUNDAÇÃO SEADE, 2008 ) consiste na construção de indicadores pela Fundação Seade, que acompanhassem o paradigma do desenvolvimento humano: pressupõe que a renda é insuficiente como único indicador das condições de vida de uma população e propõe a inclusão de outras dimensões necessárias a sua mensuração, tais como as condições de saúde e de educação das populações. Dessa forma, o Índice Paulista de

Responsabilidade Social – IPRS consolida-se como uma importante ferramenta para identificar o perfil dos municípios paulistas e projetar, ainda, a visão da região administrativa onde estão inseridos e a sua posição em relação ao desempenho médio do Estado.

### Características

**Grupo 1:** Municípios com índice elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais (longevidade e escolaridade médio/alto).

**Grupo 2:** Municípios com níveis de riqueza elevados, mas indicadores sociais insatisfatórios (longevidade e/ou escolaridade baixo).

**Grupo 3:** Municípios com baixos níveis de riqueza, mas bons indicadores sociais (longevidade e escolaridade médio/alto).

**Grupo 4:** Municípios com baixos níveis de riqueza e indicadores intermediários de longevidade e/ou escolaridade (níveis baixos).

**Grupo 5:** Municípios mais desfavorecidos do Estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais (longevidade e escolaridade baixo).

A tabela 2 e 3 apresenta a classificação dos municípios e o tipo de unidades de saúde do SUS, pertencentes ao DRS 5 – Barretos, de acordo com o índice de Desenvolvimento Humano.

Tabela 2: Tipos de Unidades de Saúde do SUS – Região Sul – DRS 5 - Barretos

MUNICÍPIOS	ATENÇÃO BÁSICA			CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES	UNIDA DE MISTA	HOSPITAL DIA	HOSPITAIS
	UBS	ESF	PACS					
Bebedouro	5	11	0	1	2	-	-	1
Monte Azul Paulista	1	1	0	-	1	-	-	2
Taiacu	0	2	0	-	-	1	-	-
Taiúva	1	1	0	-	-	1	-	-
Taquaral	0	1	0	-	-	1	-	-
Terra Roxa	1	3	0	-	-	-	-	1
Viradouro	0	3	0	-	-	-	-	1
Vista Alegre do Alto	0	1	0	-	-	1	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>5</b>

Fonte: DRS 5 – Barretos (2010).

Tabela 3: Classificação por grupos segundo o Índice de Desenvolvimento Humano, DRS 5 – Barretos (2008).

MUNICÍPIO	GRUPO
Barretos Colômbia Guaira Vista Alegre do Alto	Grupo 1
Monte Azul Paulista	Grupo 2
Altair Bebedouro Colina Jaborandi Olímpia Taiacu Terra Roxa Viradouro	Grupo 3
Cajobi Guaraci Severinia Taiúva	Grupo 4
Taquaral	Grupo 5

Fonte – Fundação SEADE

## 1.9 Estruturação da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera no Estado de São Paulo

O processo de implantação de Linhas de Cuidado para as gestantes e puérperas nas redes regionais de atenção à saúde foi a primeira escolhida pela Secretaria de Estado da Saúde para estruturar a atenção a saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal em cada uma das 64 regiões de saúde do estado.

“**Linha de cuidado** é entendida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde. Uma linha de cuidado deve se expressar por meio de padronizações técnicas que explicitem informações relativas à organização da oferta de ações de saúde em um dado sistema. Para que uma linha de cuidado possa ser definida num sistema, há a necessidade de elaboração prévia de protocolos clínicos e/ou revisão crítica dos existentes em relação às patologias e às condições clínicas sob as quais se deseja atuar.” ( SÃO PAULO, 2010 ).

A implantação dessa Linha de Cuidado no SUS – SP é vista como uma iniciativa que deve agregar esforços de todos os profissionais de saúde envolvidos nesse processo, principalmente dos gestores municipais e estaduais, a fim de garantir o acesso e qualificar a atenção ofertada pelo sistema a gestantes e puérperas, tais estruturas também objetivam contribuir com a própria regionalização do sistema, orientada pelo *Pacto de Gestão*,

Há que se investir na qualificação da atenção pré-natal, da atenção ao parto e ao puerpério, devendo-se, para isso, garantir o acesso das usuárias aos serviços de saúde e instituir uma abordagem integral do processo saúde doença através de ações intersetoriais de promoção da saúde e de prevenção, diagnóstico e



tratamento adequado dos problemas que ocorrem nesse período.( SÃO PAULO, 2010 ).

#### 1.10 Indicadores de Saúde

Indicadores de saúde são parâmetros, utilizados internacionalmente, com o objetivo de avaliar sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde. Ainda, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo" (ROUQUAYROL, 1993).

As diretrizes para orientar o processo de pactuação unificada dos indicadores são apresentadas da forma a seguir:

Ser articulado com o Plano de Saúde e sua Programação Anual, promovendo a participação das várias áreas técnicas envolvidas no Pacto pela Saúde; Guardar coerência com os pactos firmados nos Termos de Compromisso de Gestão; Ser precedido da análise do Relatório de Gestão do ano anterior, identificando as atividades desenvolvidas e as dificuldades relacionadas à sua implantação; Ser fundamentado pela análise da situação de saúde, com a identificação de prioridades de importância sanitária local e regional e a avaliação dos indicadores e metas pactuados em 2007; Desenvolver ações de apoio e cooperação técnica entre os entes para qualificação do processo de gestão (CONASS, 2010).

## 2 JUSTIFICATIVA

Passados alguns anos do início da pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, faz-se necessário conhecer a evolução na pactuação destes indicadores, relacionando-os com a capacidade de gestão dos municípios.

Trata-se de um estudo que discute não só a evolução de indicadores, mas também as peculiaridades de regiões de saúde que predominam municípios com menos de 20.000 habitantes.

Considera-se o assunto de grande importância para a Gestão municipal e os Colegiados de Gestão Regional, pois permite descrever a evolução dos indicadores relacionados ao processo de implantação do Pacto pela Saúde e intensificar o planejamento das ações em saúde relacionadas à saúde materno-infantil nos municípios pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional Sul – 5 – Barretos.

### **3 OBJETIVO**

O estudo tem o objetivo de descrever a evolução dos indicadores de saúde maternos infantis do Pacto pela Vida, no Colegiado de Gestão Regional Sul – 5 – Barretos no período 2007 a 2010, após da pactuação.

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Local de estudo**

O presente estudo foi desenvolvido nos municípios pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional Sul – DRS 5 – Barretos, a saber: Monte Azul Paulista, Viradouro, Terra Roxa, Vista Alegre do Alto, Taiapu, Taquaral, Taiúva e Bebedouro, este último sede das reuniões do Colegiado

### **4.2 Caracterização do Território**

O território sanitário em estudo localiza-se ao norte do Estado de São Paulo e abrange os seguintes municípios, com a respectiva população (Fonte IBGE – 2010):

- Bebedouro – 75.035 habitantes
- Monte Azul Paulista – 18.931 habitantes
- Taiapu – 5.894 habitantes
- Taquaral – 2.726 habitantes
- Taiúva – 5.447 habitantes
- Terra Roxa - 8.505 habitantes
- Viradouro – 17.297 habitantes
- Vista Alegre do Alto – 6.886 habitantes

### **4.3 Tipo de Estudo**

O trabalho consiste na realização de estudo descritivo analítico nos municípios do Colegiado de Gestão Regional Sul – DRS -5 – Barretos, no período de 2007 e 2010.

#### 4.4 Instrumentos

Como instrumentos do estudo descritivo foram utilizados a Planilha de Indicadores do SISPACTO, além da realização de consultas nas bases de dados do IBGE, Sala de Situação de Saúde (Ministério da Saúde), Fundação SEADE e DATASUS.

#### 4.5 Indicadores de Saúde

A descrição da evolução do processo de adesão dos municípios as diretrizes do Pacto pela Saúde foi determinada utilizando o indicador de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, pela proporção da população cadastrada, além dos indicadores de saúde, maternos infantis do Pacto pela Vida, sendo estes:

- índice de abrangência municipal de exames do colo do útero: consiste na razão entre exames citopatológico do colo do útero, na faixa etária de 25 a 59 anos, e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano. Importância local, no Estado e no Brasil
- percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil: determinado pela proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e número de óbitos maternos investigados. Importância local, no Estado e no Brasil
- índice de acompanhamento municipal de pré-natal: consiste na proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Importância local, no Estado e no Brasil.
- índice de abrangência municipal de exames mamografia: determinado pela razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano. Importância local, no Estado e no Brasil.
- índice Municipal de desenvolvimento infantil em menores de 5 anos: determinado pelo número de crianças menores de cinco anos com peso para idade abaixo de -2 escores-z (percentil 3) e o número total de crianças

menores de cinco anos acompanhadas pelo SISVAN, em determinado local e ano. Importância local, no Estado e no Brasil.

- Número de óbitos de crianças do município com idade entre 28 e 364 dias de vida: determinado pelo número absoluto de óbitos de crianças residentes entre 28 e 364 dias de idade completos em determinado local e ano. Importância local, no Estado e no Brasil.

## 5 RESULTADOS

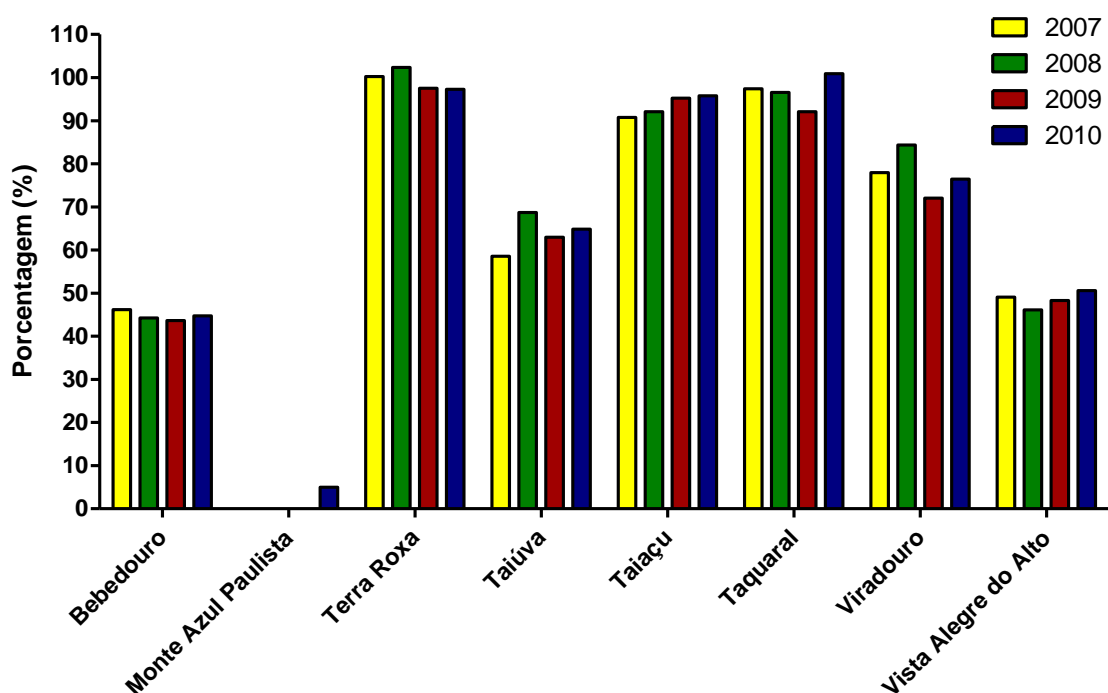
### 5.1 Abrangência Municipal da Estratégia de Saúde da Família

A evolução da abrangência da estratégia de Saúde da Família nos municípios foi determinada pelo número de pessoas cadastradas (Tabela 4 e Gráfico 1), sendo observada manutenção da cobertura, no período de 2007 a 2010, nos municípios que no ano de 2007 já haviam atingido a meta Brasil 2010 ( $\geq 54,5\%$ ). Nos municípios de Bebedouro, Terra Roxa e Viradouro foram observadas leves reduções do índice de implantação. Enquanto que nos demais municípios, com exceção de Monte Azul Paulista, ocorreram pequena evolução deste indicador. No município de Monte Azul Paulista ocorreu à implantação apenas no ano de 2010, apresentado índice de 4,97%.

**Tabela 4: Dados do Indicador anual da abrangência da Estratégia de Saúde da Família no período de 2007 a 2010**

	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>Metas Brasil (2010)</i>
Bebedouro	46,20 %	44,25 %	43,63 %	44,76 %	
Monte Azul Paulista	0,00 %	0,00 %	0,00 %	4,97 %	
Terra Roxa	100,25 %	102,38 %	97,55 %	97,28 %	
Taiúva	58,59 %	68,71 %	62,96 %	64,82 %	
Taiacu	90,74 %	92,10 %	95,26 %	95,76 %	<b><math>\geq 54,50</math> %</b>
Taquaral	97,40 %	96,55 %	92,08 %	100,92 %	
Viradouro	77,96 %	84,35 %	72,05 %	76,45 %	
Vista Alegre do Alto	49,05 %	46,11 %	48,30 %	50,58 %	
<b>CGR Sul</b>	<b>65,02 %</b>	<b>66,81 %</b>	<b>63,98 %</b>	<b>66,94 %</b>	

Fonte - SISPACTO



**Gráfico 1: Evolução do índice de abrangência municipal da Estratégia de Saúde da Família no período de 2007 a 2010**

## 5.2 Índice de Cobertura Municipal de Exames do Colo do Útero

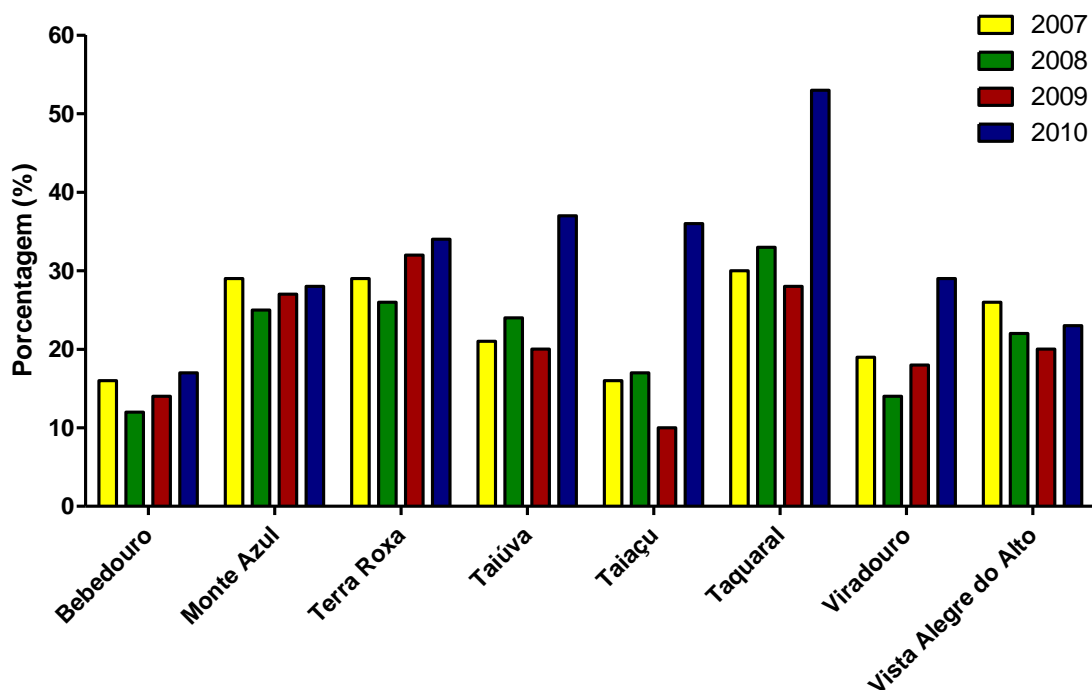
O índice de cobertura municipal de exames do colo do útero foi verificado pela razão entre exames citopatológicos, na faixa etária de 25 a 59 anos, e a população feminina nesta faixa etária, sendo observado em quase todos os municípios evolução superior a Meta Brasil 2010 ( $\geq 20,00\%$ ), com exceção de Bebedouro (Tabela 8 e Gráfico 5). Os municípios de Taiúva e Taquaral foram os municípios que apresentaram melhor evolução deste indicador no período de 2007 a 2010.



**Tabela 5: Dados do Indicador anual da cobertura de exames do colo do útero no período de 2007 a 2010**

	2007	2008	2009	2010	Metas Brasil (2010)
Bebedouro	16,00 %	12,00 %	14,00 %	17,00 %	
Monte Azul Paulista	29,00 %	25,00 %	27,00 %	28,00 %	
Terra Roxa	29,00 %	26,00 %	32,00 %	34,00 %	
Taiúva	21,00 %	24,00 %	20,00 %	37,00 %	
Taiaçú	16,00 %	17,00 %	10,00 %	36,00 %	≥ 20,00 %
Taquaral	30,00 %	33,00 %	28,00 %	53,00 %	
Viradouro	19,00 %	14,00 %	18,00 %	29,00 %	
Vista Alegre do Alto	26,00 %	22,00 %	20,00 %	23,00 %	
<b>CGR Sul</b>	<b>23,25 %</b>	<b>21,63 %</b>	<b>21,13 %</b>	<b>32,13 %</b>	

Fonte - SISPACTO



**Gráfico 2: Evolução do índice de abrangência municipal de exames do colo do útero no período de 2007 a 2010**

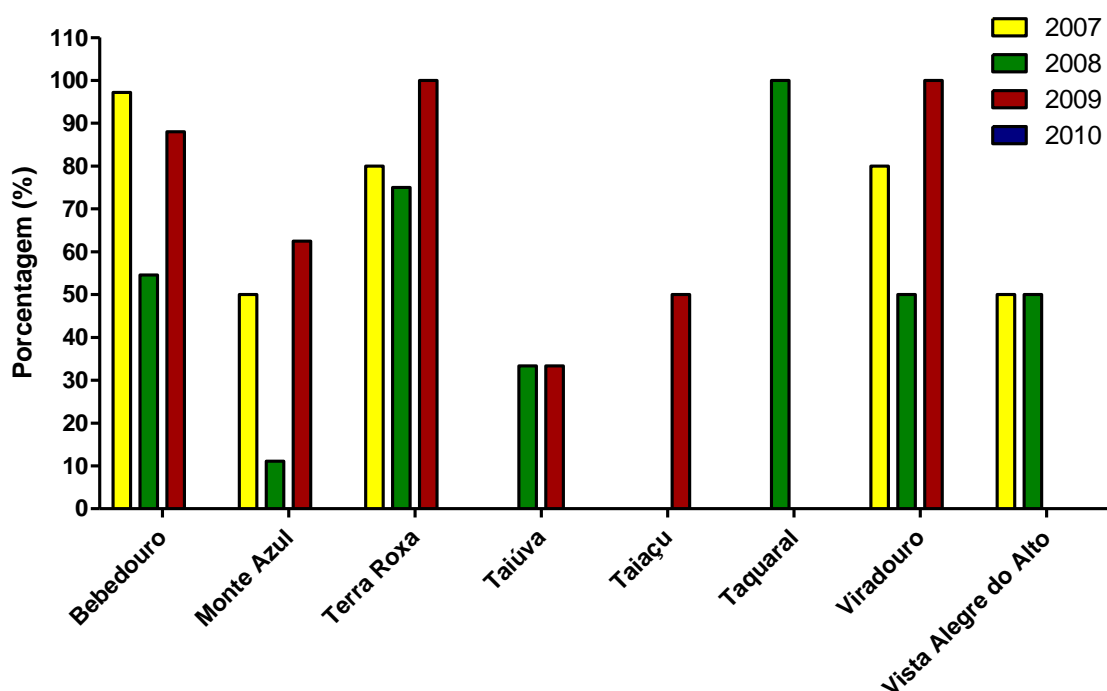
### 5.3 Percentual de Investigação de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil

O percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil é obtido pela proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e número de óbitos maternos investigados, sendo que a evolução nos municípios apresentou-se insuficiente de acordo com a Meta Brasil 2010 (> 50 %). Quase em todos os municípios observou-se registro deste indicador até o ano de 2009, não apresentando registro no ano de 2010 (Tabela 6 e Gráfico 3). No ano 2009, os municípios de Bebedouro, Monte Azul Paulista, Terra Roxa, Taiapu e Viradouro apresentavam indicadores que estavam de acordo com a Meta Brasil 2010, sendo que apenas Bebedouro apresentou redução no período de 2007 a 2009.

**Tabela 6: Dados do Indicador anual do percentual de investigação de óbitos de mulheres em Idade fértil no período de 2007 a 2010**

	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>Metas Brasil (2010)</i>
Bebedouro	97,22 %	54,55 %	88,00 %	00,00 %	
Monte Azul Paulista	50,00 %	11,11 %	62,50 %	00,00 %	
Terra Roxa	80,00 %	75,00 %	100,00 %	00,00 %	
Taiúva	00,00 %	33,33 %	33,33 %	00,00 %	
Taiapu	00,00 %	00,00 %	50,00 %	00,00 %	> 50,00 %
Taquaral	00,00 %	100,00 %	00,00 %	00,00 %	
Viradouro	80,00 %	50,00 %	100,00 %	00,00 %	
Vista Alegre do Alto	50,00 %	50,00 %	00,00 %	00,00 %	
<b>CGR Sul</b>	<b>43,89 %</b>	<b>46,75 %</b>	<b>54,23 %</b>	<b>00,00 %</b>	

Fonte – SISFACTO



**Gráfico 3: Evolução do percentual de investigação de óbitos de mulheres em Idade fértil no período de 2007 a 2010**

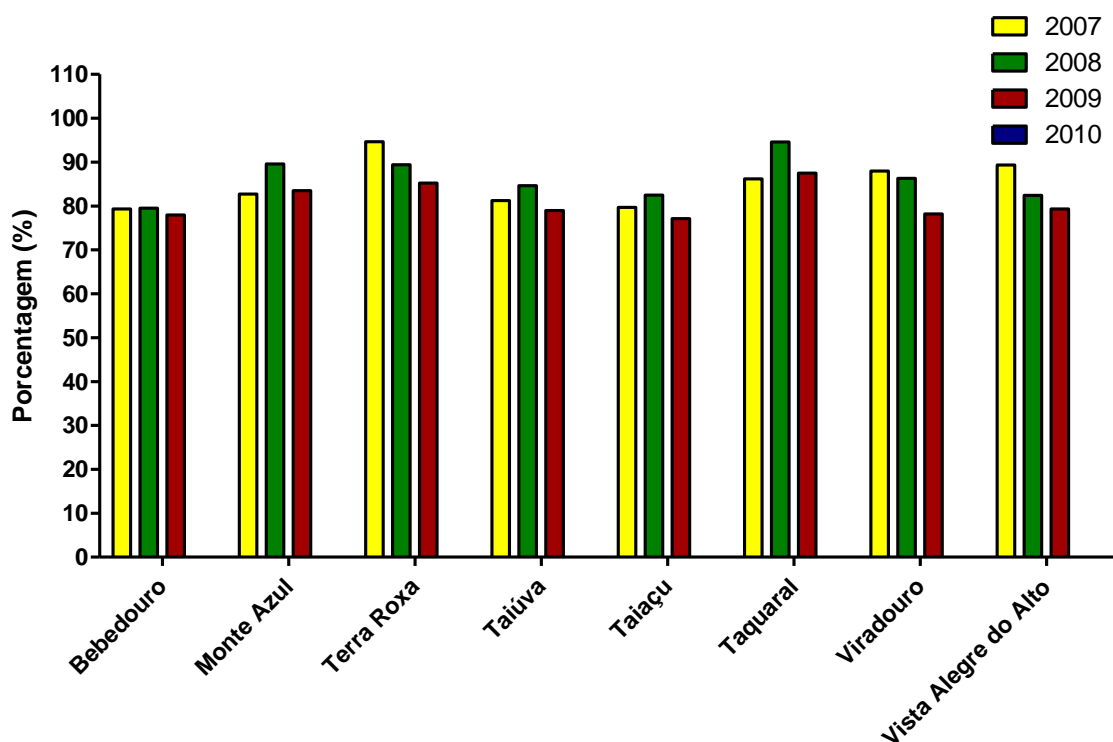
#### 5.4 Índice de Acompanhamento Municipal de Pré-Natal

O índice de acompanhamento municipal de pré-natal consiste na proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas, sendo que a evolução nos municípios apresentou-se insuficiente de acordo com a Meta Brasil 2010 ( $\geq 62,91\%$ ). Em todos os municípios observou-se registro deste indicador até o ano de 2009, não apresentando registro no ano de 2010 (Tabela 7 e Gráfico 4). No ano 2009, todos os municípios apresentavam indicadores que estavam de acordo com a Meta Brasil 2010, sendo observada redução do índice no período de 2007 a 2009, exceto nos municípios de Monte Azul Paulista e Taquaral.

**Tabela 7: Dados do Indicador anual do índice de acompanhamento municipal de pré-natal no período de 2007 a 2010**

	2007	2008	2009	2010	Metas Brasil (2010)
Bebedouro	79,35 %	79,52 %	77,95 %	0,00 %	
Monte Azul Paulista	82,72 %	89,57 %	83,48 %	0,00 %	
Terra Roxa	94,62 %	89,43 %	85,25 %	0,00 %	
Taiúva	81,25 %	84,62 %	78,95 %	0,00 %	
Taiacu	79,69 %	82,46 %	77,14 %	0,00 %	≥ 62,91 %
Taquaral	86,21 %	94,59 %	87,50 %	0,00 %	
Viradouro	87,95 %	86,29 %	78,17 %	0,00 %	
Vista Alegre do Alto	89,33 %	82,43 %	79,31 %	0,00 %	
<b>CGR Sul</b>	<b>85,14 %</b>	<b>86,11 %</b>	<b>80,97 %</b>	<b>0,00 %</b>	

Fonte – SISPACTO



**Gráfico 4: Evolução do percentual índice municipal de sífilis congênita no período de 2007 a 2010**

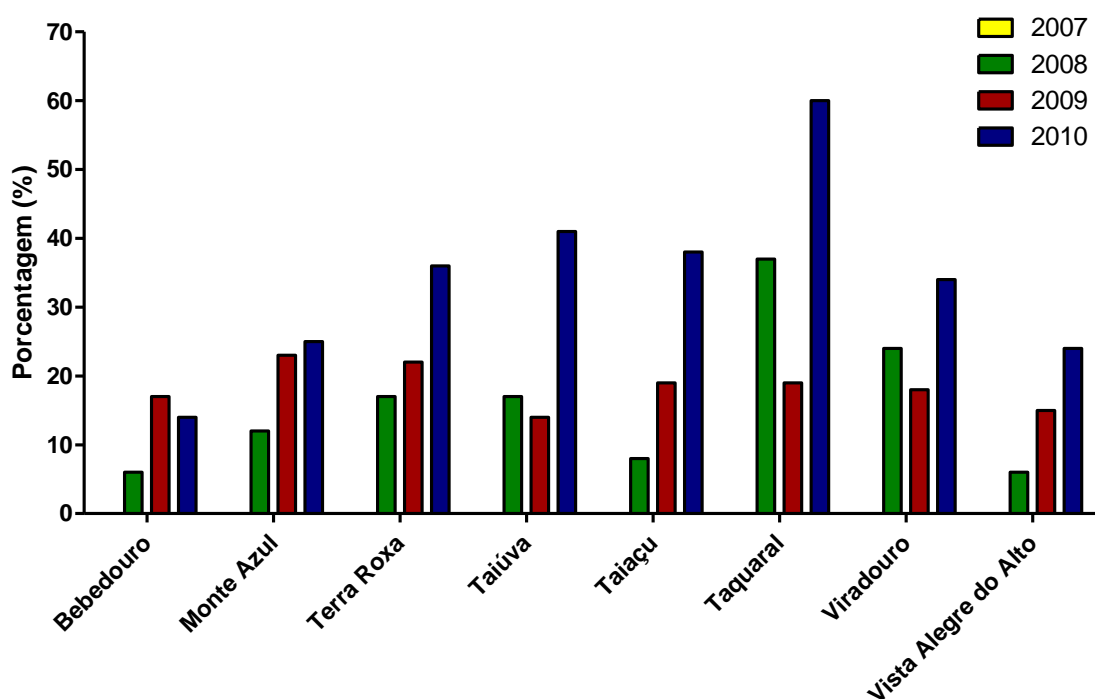
## 5.5 Índice de Abrangência Municipal de Exames de Mamografia

O índice de abrangência municipal de exames de mamografia, determinado pela razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, sendo observada nos municípios evolução superior a Meta Brasil 2010 ( $\geq 12,00\%$ ). Em todos os municípios observou-se registro a partir do ano de 2008, sendo que neste ano apenas os municípios de Bebedouro, Taiacu e Vista Alegre do Alto não apresentavam índices de acordo com a Meta Brasil 2010 (Tabela 8 e Gráfico 5). Os municípios de Taiúva e Taquaral foram os municípios que apresentaram melhor evolução deste indicador no período de 2007 a 2010.

**Tabela 8: Dados do Indicador anual do índice de abrangência de exames de mamografia no período de 2007 a 2010**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Metas Brasil (2010)</b>
Bebedouro	0,00 %	6,00 %	17,00 %	14,00 %	
Monte Azul Paulista	0,00 %	12,00 %	23,00 %	25,00 %	
Terra Roxa	0,00 %	17,00 %	22,00 %	36,00 %	
Taiúva	0,00 %	17,00 %	14,00 %	41,00 %	
Taiacu	0,00 %	8,00 %	19,00 %	38,00 %	$\geq 12,00\%$
Taquaral	0,00 %	37,00 %	19,00 %	60,00 %	
Viradouro	0,00 %	24,00 %	18,00 %	34,00 %	
Vista Alegre do Alto	0,00 %	6,00 %	15,00 %	24,00 %	
<b>CGR Sul</b>	<b>0,00 %</b>	<b>15,88 %</b>	<b>18,38 %</b>	<b>34,00 %</b>	

Fonte – SISPACTO



**Gráfico 5: Evolução do percentual índice de abrangência de exames de mamografia no período de 2007 a 2010**

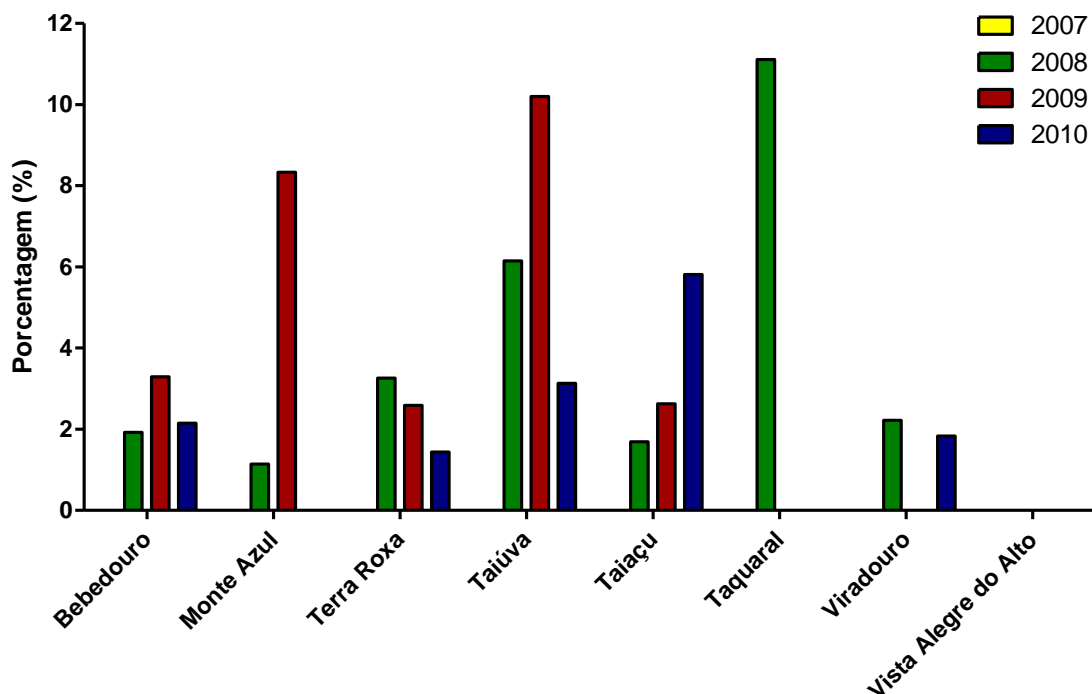
## 5.6 Índice Municipal de Desenvolvimento Infantil em Menores de 5 anos

O índice municipal de desenvolvimento infantil é determinado pela relação entre o número de crianças menores de cinco anos com baixo peso e o número total de crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo SISVAN, em determinado local e ano, sendo observada em quase todos os municípios evolução superior a Meta Brasil 2010 ( $\leq 4,4\%$ ), exceto no município de Taiapu. Em todos os municípios observou-se registro a partir do ano de 2008, sendo que neste ano apenas os municípios de Taiapu e Taquaral não apresentavam índices de acordo com a Meta Brasil 2010 (Tabela 9 e Gráfico 6). O município de Terra Roxa apresentou melhor evolução deste indicador no período de 2007 a 2010. Enquanto, o município com pior evolução foi Taiapu.

**Tabela 9: Dados do Indicador anual do índice Municipal de desenvolvimento infantil de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade, 2007 a 2010.**

	2007	2008	2009	2010	Metas Brasil (2010)
Bebedouro	0,00 %	1,92 %	3,29 %	2,15 %	
Monte Azul Paulista	0,00 %	1,14 %	8,33 %	0,00 %	
Terra Roxa	0,00 %	3,26 %	2,59 %	1,44 %	
Taiúva	0,00 %	6,15 %	10,20 %	3,13 %	
Taiapu	0,00 %	1,69 %	2,63 %	5,81 %	≤ 4,4 %
Taquaral	0,00 %	11,11 %	0,00 %	0,00 %	
Viradouro	0,00 %	2,22 %	0,00 %	1,83 %	
Vista Alegre do Alto	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	
<b>CGR Sul</b>	<b>0,00 %</b>	<b>3,44 %</b>	<b>3,38 %</b>	<b>1,80 %</b>	

Fonte – SISPACTO



**Gráfico 6: Evolução do índice Municipal de desenvolvimento infantil de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade, no período de 2007 a 2010**

### 5.7 Número de Óbitos de Crianças do Município com Idade entre 28 e 364 dias de vida

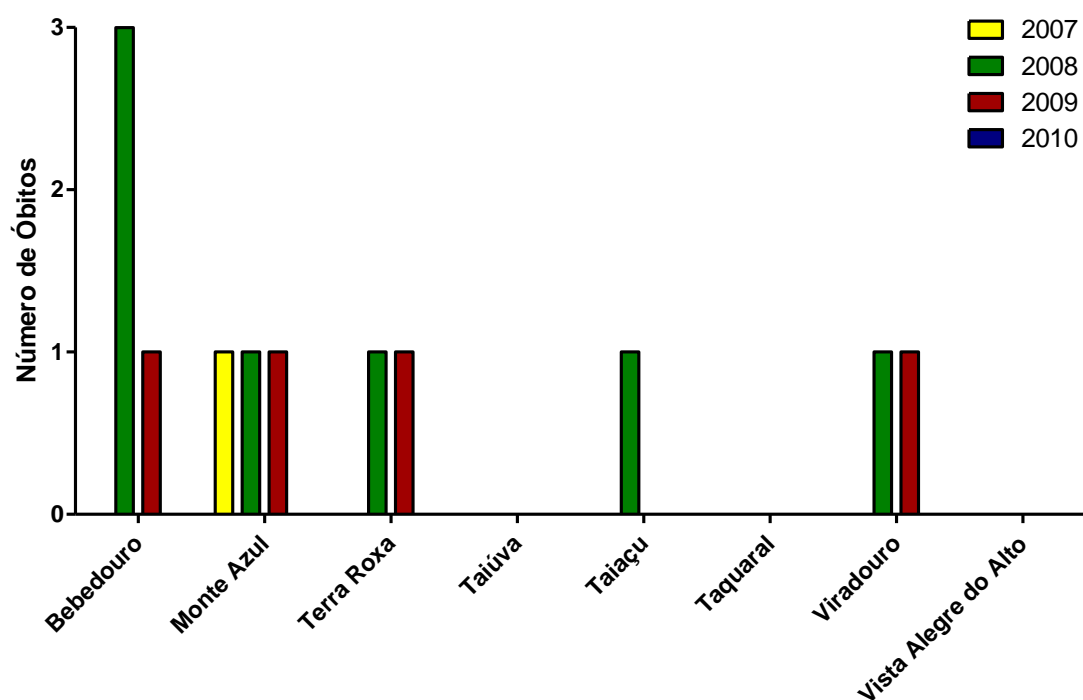
O número de óbitos de crianças do município com idade entre 28 e 364 dias de vida é determinado pelo coeficiente absoluto de óbitos de crianças do município com idade entre 28 e 364 dias de vida, em determinado local e ano. Nos municípios estudados foi observada evolução de acordo com a Meta Brasil 2010 ( $\leq 4,4\%$ ), sendo que apenas nos municípios de Taiúva, Taquaral e Vista Alegre do Alto não houve registro de óbitos no período de 2007 a 2010. No município Bebedouro, no ano de 2008, foi observado maior número de óbitos no período, ocorrendo três óbitos (Tabela 10 e Gráfico 7).

**Tabela 10: Dados do número de óbitos de crianças do município com idade entre 28 e 364 dias de vida, no período 2007 a 2010.**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Metas Brasil (2010)</b>
Bebedouro	0	3	1	0	
Monte Azul Paulista	1	1	1	0	
Terra Roxa	0	1	1	0	
Taiúva	0	0	0	0	
Taiacu	0	1	0	0	< 3,0
Taquaral	0	0	0	0	
Viradouro	0	1	1	0	
Vista Alegre do Alto	0	0	0	0	
<b>CGR Sul</b>	<b>0,13</b>	<b>0,88</b>	<b>0,50</b>	<b>0,00</b>	

Fonte – SISPACTO





**Gráfico 7: Evolução do número de óbitos de crianças do município com idade entre 28 e 364 dias de vida, no período de 2007 a 2010**

### **5.8 Percentual de investimento em saúde da receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais**

De acordo com a Constituição Federal de 1988, artigo 198, incluído pela EC 29 /2000 e regulamentado pela LC 141/2012, os municípios devem aplicar em saúde 15% da sua receita líquida, a Tabela 11 demonstra os dados financeiros de participação dos municípios pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional Sul.

Nos municípios analisados observou-se que nenhum deles investiu abaixo de 15% nos anos de 2007 a 2010. Os municípios de Monte Azul Paulista e Terra Roxa, no ano de 2008, foi observado menores percentuais de investimentos 15,24 % e 17,29% respectivamente. O município que teve maior investimento em saúde foi Viradouro, no ano de 2008.

**Tabela 11: Dados da participação das despesas com ações e serviços de saúde na receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais, no período 2007 a 2010.**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Meta Brasil</b>
Bebedouro	20,45%	21,07%	20,26%	21,38%	
Monte Azul Paulista	18,10%	15,24%	17,20%	20,11%	
Terra Roxa	18,71%	17,29%	21,71%	22,00%	
Taiúva	22,55%	20,64%	24,61%	23,57%	>15%
Taiacu	24,42%	21,71%	26,29%	24,33%	
Taquaral	22,47%	22,24%	27,20%	25,12%	
Viradouro	22,16%	27,03%	25,85%	22,67%	
Vista Alegre do Alto	21,77%	28,91%	27,40%	24,57%	
<b>CGR Sul</b>	<b>21,33%</b>	<b>21,77%</b>	<b>23,82%</b>	<b>22,97%</b>	

Fonte – SIOPS

Os dados analisados em cada indicador foram comparados a Meta Brasil, entretanto como o Brasil é um país extenso em território e com grande diversidade, cada Estado possui suas peculiaridades regionais impactando diretamente nos indicadores em estudo.

Ao consultar o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 objetivando comparar as metas nacionais de cada indicador com as metas apresentadas nos eixos do referido Plano verificou-se que, a descrição dos objetivos dos indicadores em estudo não estão contempladas no Plano, dessa forma, a própria equipe de elaboração do Plano Estadual de Saúde 2008- 2011 ( São Paulo, 2008. pag 16) salienta que:

“ (...) em muitos dos objetivos estabelecidos no Plano, não foi possível a definição de metas quantitativas, pois, em muitas áreas, não existem informações adequadas que permitam quantificação realista.”

## 6 DISCUSSÃO

Ao analisarmos o comportamento dos indicadores apresentados percebemos variações pouco significativas no decorrer dos anos em estudo, uma provável justificativa para tal comportamento seria as dificuldades dos municípios em formarem uma equipe de profissionais qualificados para realização das etapas do Planejamento em Saúde e monitorá-las, fazendo adequações e correções anuais, de acordo com as mudanças no contexto saúde- doença da população e a estrutura do serviço, a fim de melhorar os indicadores. BERRETA, LACERDA e CALVO (2011) comenta que “as necessidades de saúde são melhor identificadas pelos gestores municipais, e que as ações para o seu atendimento sejam propostas baseando-se na gestão local, justifica a orientação do planejamento a partir da base” Percebe-se a necessidade da construção ascendente do Plano Municipal de Saúde pelos municípios. BARRETA, LACERDA e CALVO, ( 2011), menciona ainda, que” o gestor é responsável pela organização, estruturação e funcionamento do setor saúde, e que a área de planejamento é fundamental para a elaboração dos instrumentos que expressam os resultados decorrentes do processo de planejamento”.

O Pacto pela Saúde deve contemplar novas práticas e novos contextos elencando compromissos sanitários e de gestão em cada instância de governo principalmente nos municípios.

Cabe ao gestor desenvolver um conjunto de instrumentos estrategicamente planejados para que haja a mudança desejada nos indicadores de saúde, instrumentos estes que vão, desde a escolha da equipe, a concretização dos instrumentos de gestão, o financiamento e a participação popular. Somente os indicadores, através de metas e responsabilidades não garantem impacto na saúde

da população, é preciso vontade política para transformar possibilidades em realidade. Nessa perspectiva, o pressuposto é que o gestor de saúde, seja qual for sua esfera de atuação, deve ter uma visão ampliada de saúde, ser capaz de uma priorização adequada dos problemas e necessidades da comunidade, e de executar o modelo de atenção integral e da gestão participativa. DITTERICH, MOYSÉIS e MOYSÉIS (2012), ressaltam ainda que, há a necessidade de se fazer avançarem as lógicas que orientam os pactos entre os gestores dos serviços de saúde, criticando racionalidades produtivistas e resgatando uma matriz de valores em que o eixo principal seja o compromisso, a responsabilidade sanitária, solidária e compartilhada. Os mesmos devem garantir o financiamento das ações contidas no Plano, de forma a atender prioridades, com garantia de acesso e resolutividade.

O Planejamento em saúde deve ser visto como instrumento para garantia dos compromissos pelo Gestor, se não houver o compromisso político com as reais necessidades da população, não há resultados no processo de planejamento.

## 7 CONCLUSÃO

A pouca mudança percebida na evolução dos indicadores de saúde maternos – infantis após o Pacto pela Saúde, pode ser atribuída a falta de vontade política e consequentemente a falta de planejamento, considerando o interesse dos Gestores em abraçar novas perspectivas, e se comprometer diante da proposta.

As Redes Regionais de Saúde são consideradas instrumentos que tem como base a regionalização centrada nos Colegiados de Gestão Regionais e objetivando garantir a integridade do cuidado em seu território. Para que as redes sejam utilizadas de forma eficaz pelos Gestores, é necessário que os mesmos conheçam sua estrutura e objetivos.

O Mapa da Saúde, ainda em processo de construção deverá ajudar o gestor na identificação das necessidades de Saúde, e, em relação aos Indicadores maternos – infantis analisados no estudo, cabe ao Gestor implantar as Linhas de cuidados para melhor atender a população no âmbito local e regional.

Os municípios com menos de 20.000 habitantes precisam estruturar equipes envolvidas com o diagnóstico de saúde da população de seu território, articulando informações que ajudarão na construção dos indicadores de saúde

Faltam aos Gestores utilizar melhor os instrumentos que os possibilitem planejar de forma clara e com base na realidade dos problemas de saúde de seu município .

Outro ponto a ser considerado é a passividade, a apatia política muito presente na Gestão em Saúde.

---

## REFERÊNCIAS

BERRETTA, I. Q; LACERDA, J. T; CALVO, M. C. M. **Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 2143-2154. nov. 2011.

BRASIL, **Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?pacto/2010/cnv/pactbr.def>. Acesso em 10 mai. 2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília. DF. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **DATASUS. Pacto pela Saúde. Relatórios Municipais** . Disponível em <http://portalweb04.saude.gov.br/sispecto/default.asp>. Acessado em 05 abr. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Apoio a Descentralização. **Instrutivo dos indicadores para pactuação unificada**. Brasília. DF .2008

BRASIL, Ministério da Saúde. **Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento**. Série Pactos pela Saúde, vol.10. Brasília. DF. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília. DF. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa**. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 3. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília. DF. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos Pela Saúde 2006, Brasília. DF. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília. DF. Editora MS,2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS (uma construção coletiva) : estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde**. Série Cadernos de Planejamento – volume 3, Brasília. DF. Editora MS, 2007

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS, Instrumentos Básicos.Série Cadernos de Planejamento** .Volume 2, 2ª Edição, 2008 . Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 22 junh.2012.

---

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF. Editora MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série PlanejaSUS 2009**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1098](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1098)>. Acesso em: 22 junh. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Diário Oficial da União de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>. Acesso em: 10 set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 48, de 12 de janeiro de 2009**. Ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Diário Oficial da União, Brasília. DF. Editora MS. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores de saúde**, disponível em: [tabnet.datasus.gov.br/tabdata/pact2010/BR/Brasil\\_PactoNacional.xls](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/pact2010/BR/Brasil_PactoNacional.xls) Acesso em: 12 de ago 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS**. Brasília, 2012.

CECILIO, L.C.O. **Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico**. Cad. Saúde Pública. v. 26, nº 3, p. 557-566, 2010.

CHORNY, A. H. Planificación em salud: Viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário, v. 73, p. 5-30, 1998.

CONASS. Nota Técnica 03/2010 de 03 de março de 2010. **Avaliação do Pacto pela Saúde**. Disponível em [http://www.conass.org.br/arquivos/file/nt\\_03\\_2010\\_avaliacao\\_pacto\\_pela\\_saude.pdf](http://www.conass.org.br/arquivos/file/nt_03_2010_avaliacao_pacto_pela_saude.pdf). Acesso em: 12 ago. 2012.

DITTERICH RG et al. **O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde**. Cad. Saúde Pública, 28(4):615-627, Rio de Janeiro. RJ. 2012

GUERRA. E. **A questão da vontade: Hannah Arendt e o conflito entre filosofia e política**. **Revista Intuitio**, V.02. Nº02. Outubro de 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/intuitio/article/view/5934/4293>. Acessado em 05 nov. 2012

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

- 
- MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Minas Gerais, 2004.
- MITNTZBERG, H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman; 2004.
- PAIM, J. S. **Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS**. Ciênc. saúde coletiva [online].vol.8, n.2, pp. 557-567. São Paulo, 2003.
- RIPISA. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores basicos para a saude no Brasil: conceitos e aplicações**. Organização Pan-Americana da Saúde 2. ed. Brasilia. DF, 2008.
- ROCHA, J.S.Y. **A gestão da saúde no Brasil**. Ribeirão Preto, 2003
- ROCHA, J.S.Y. **Da Cendes – OPAS ao PlanejaSUS .Teoria e prática do planejamento em Saúde no Brasil** . Ribeirão Preto,2011
- Sá M.C. & Artmann E. **Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local**. In Mendes EV (org.). Planejamento e programação da vigilância da saúde no Distrito Sanitário. OPAS. Brasília,DF,1994.
- SALA, A; MENDES, J.D.V. **Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos**. Saúde soc. [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 912-926.
- SÃO PAULO .Secretaria de Estado da Saúde.**Documentos de Planejamento, Mapa da Saúde- RRAS 13. 2012** . Disponível em : <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude>. Acesso em: 15 out. 2012.
- SÃO PAULO. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: Manual de orientação ao gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da puérpera**. organizado por Tania Lago, Karina Calife, Carmem Lavras .São Paulo, 2010.
- SÃO PAULO. **Fundação SEADE**. Disponível em [http://www.seade.gov.br/projetos/ipvs/consult\\_padrao.php](http://www.seade.gov.br/projetos/ipvs/consult_padrao.php). Acesso em: 20 ago. 2012
- SÃO PAULO. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Disponível em [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/normas-e-procedimentos/plano\\_estadual\\_de\\_saude\\_2008\\_2011.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/normas-e-procedimentos/plano_estadual_de_saude_2008_2011.pdf). Acesso em: 14 nov. 2012.
- TANCREDI, B.F.BARRIOS R.L.S , FERREIRA, G. J. H. **Planejamento em Saúde, (Série Saúde & Cidadania)**. volume 2 – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- TEIXEIRA, C. F. **Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização**. In: MENDES, E. V. (org) Distrito Sanitário:



o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. Ed. Hucitec/Abrasco, p.231-265. São Paulo/Rio de Janeiro, 1993