

**PLANO DE PROMOÇÃO,  
PREVENÇÃO E CUIDADO DAS  
DCNT**



**ArticulaRRAS**  
**DCNT - GESTORES**

O ArticulaRRAS é um projeto que surgiu para apoiar gestores e equipes de saúde dos municípios do estado de São Paulo (SP), na promoção da saúde, prevenção e cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Obesidade e fatores de risco e determinantes sociais envolvidos. O conhecimento disponível sobre a importância e as estratégias de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) é abundante e pode ser acessado de diferentes formas. Neste curso a proposta é apresentar uma breve contextualização das ferramentas indispensáveis para a atuação dos gestores, as quais estejam em sintonia com as tendências atuais.

Neste módulo, a equipe do ArticulaRRAS discute as etapas percorridas na construção dos Planos de Ações Municipais de Prevenção e Enfrentamento das Condições Crônicas não Transmissíveis. Tudo começa quando o gestor se coloca frente à decisão de fazer um plano para cumprir uma condicionalidade, da qual muitas vezes depende a continuidade de um financiamento, ou de encontrar tempo na apertada agenda para uma reflexão coletiva e decisão pautada em evidências sobre as suas práticas. Um caminho mais seguro na busca de bons resultados, porém mais longo.

No entanto, mesmo frente a constatação da importância da ação planejada e pautada em evidência, fica a pergunta quanto à pertinência de um plano específico para as condições crônicas. Há de se considerar que certamente já houve um grande empenho na elaboração de um plano municipal. Criar um plano municipal específico é reconhecer o tamanho do desafio que as Condições Crônicas não Transmissíveis são para a saúde pública. E não podemos esquecer que isso requer abordagem abrangente, participativa e baseada em evidências. Devemos considerar que o plano de saúde do município tem um caráter estratégico e que nele existem metas voltadas às condições crônicas, as quais pela sua importância devem ser detalhadas em plano operacional e orçamentário.

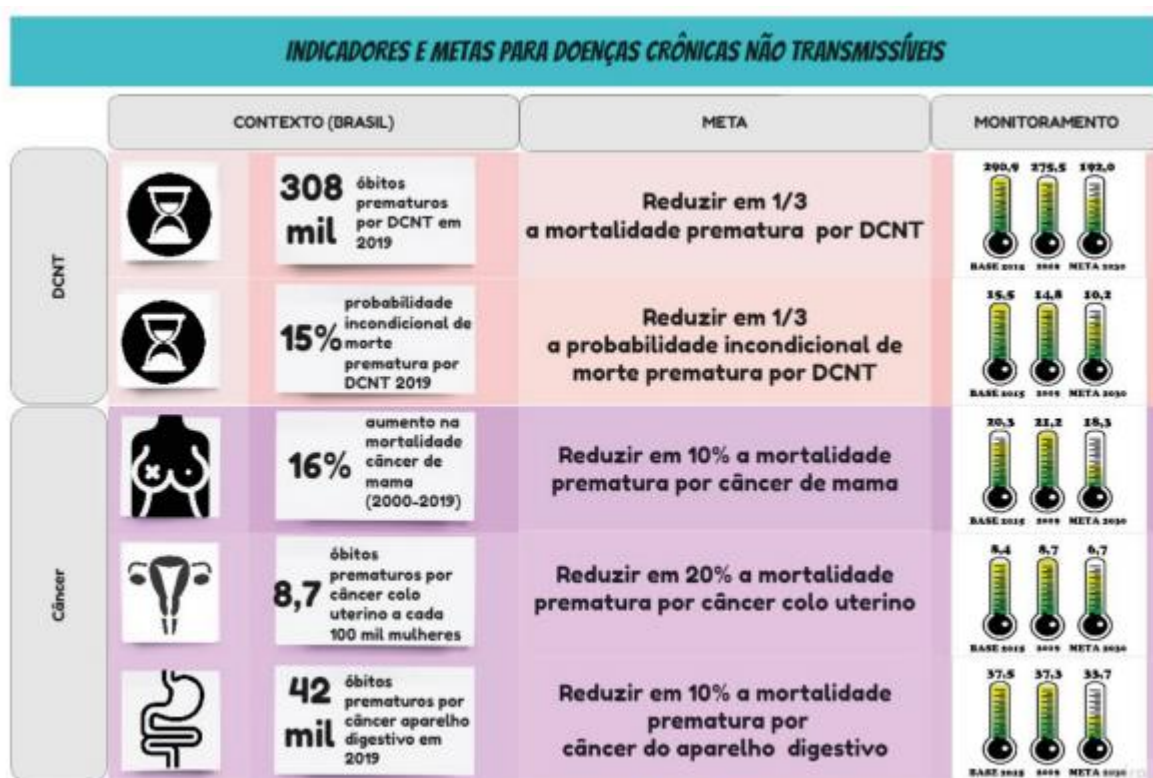
## PLANOS DE AÇÕES MUNICIPAIS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Nos módulos anteriores, vimos que não estamos, habitualmente, acostumados a realizar planejamentos de longo prazo. A complexidade das Condições Crônicas não Transmissíveis (CCNT) exige o desenvolvimento de estratégias que gerem resultados e impactos duradouros e positivos na vida das pessoas.

Uma das principais referências do Ministério da Saúde para o planejamento e atendimento das CCNT é o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e











Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030)” . Nesse plano inclui-se também a mortalidade por acidentes e violência. O plano Nacional é uma importante ferramenta desenvolvida para guiar as ações do município. Apesar das suas especificidades e dimensões geográfica e populacional, o desafio é pensar em ações convergentes a resultados de curto, médio e longo prazo.

No plano nacional, foram definidos 23 metas e respectivos indicadores, **divididos em três** grupos: a) Cinco metas e indicadores para as CCNT; b) Dez metas e indicadores para os fatores de risco para as CCNT e, c) Oito metas e indicadores para agravos (acidentes e violências). Entretanto, como a realidade em cada um dos municípios é única, cabe ao município o desenvolvimento e construção do seu plano, **atendendo** às particularidades de seu território e que articulem os diferentes atores e recursos disponíveis.



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.









## INDICADORES E METAS PARA FATORES DE RISCO

	CONTEXTO	META	MONITORAMENTO
Fatores de risco	 <b>14%</b> das crianças de 5 a 9 anos apresentam obesidade (POF 2008-2009)	Reduzir em 2% a obesidade entre crianças e adolescentes	7,8 (BASE 2019) / 7,6 (META 2030)
	 <b>20%</b> dos adultos apresentam obesidade (PNS, 2019)	Deter o crescimento da Obesidade entre adultos	25,9 (BASE 2019) / 25,9 (META 2030)
	 <b>61%</b> da população não pratica atividade física no tempo livre (PNS, 2019)	Aumentar a prevalência de atividade física no lazer em 30%	30,1 (BASE 2019) / 39,1 (META 2030)
	 <b>77%</b> da população não consome a quantidade recomendada de frutas/hortaliças (PNS, 2019)	Aumentar em 30% a prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças	13,0 (BASE 2019) / 16,9 (META 2030)
	 <b>18%</b> da população consome alimentos ultraprocessados (PNS, 2019)	Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados	14,3 (BASE 2019) / 14,3 (META 2030)
	 <b>15%</b> Da população consome bebidas adoçadas (PNS, 2019)	Reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas	9,2 (BASE 2019) / 6,1 (META 2030)
	 <b>19%</b> da população faz uso abusivo de bebida alcoólica (PNS, 2019)	Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%	17,1 (BASE 2019) / 15,4 (META 2030)
	 <b>9,8%</b> da população é fumante (PNS, 2019)	Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%	12,8 (BASE 2019) / 7,7 (META 2030)
	 <b>44 mil</b> mortes atribuídas à poluição atmosférica em 2016 (Brasil, 2018)	Reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica	145,9 (BASE 2019) / 145,9 (META 2030)
	 <b>70%</b> dos casos de câncer de colo do útero são causados por HPV (SIS-PNI)	Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV	47,3 (BASE 2019) / 90,0 (META 2030)

Fonte: Fatores de risco – PNS (2019), POF 2008-2009, PeNSE (2015); Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Cobertura vacinal – SIS-PNI.



## INDICADORES E METAS PARA ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

	CONTEXTO (BRASIL)	META	MONITORAMENTO
Lesões de trânsito	 <b>32mil</b> óbitos por lesões de trânsito em 2019	Reduzir em 50% a mortalidade por lesões de trânsito	18,4 (BASE 2015)   14,4 (2019)   9,2 (META 2030)
	 <b>33%</b> das vítimas eram motociclistas	Reduzir em 50% a mortalidade de motociclistas	5,9 (BASE 2015)   5,3 (2019)   3,0 (META 2030)
Violência interpessoal	 <b>47mil</b> homicídios em 2019	Reduzir em 1/3 a mortalidade por homicídios	29,2 (BASE 2015)   22,8 (2019)   19,3 (META 2030)
	 <b>10</b> homicídios de mulheres por dia em 2019	Reduzir em 1/3 a mortalidade de mulheres por homicídios	4,4 (BASE 2015)   3,6 (2019)   2,9 (META 2030)
	 <b>51%</b> das vítimas de homicídios tinham entre 15 e 29 anos	Reduzir em 1/3 a mortalidade de jovens por homicídios	61,4 (BASE 2015)   48,5 (2019)   40,5 (META 2030)
Violência autoprovocada	 <b>43%</b> aumento na mortalidade por suicídios (2000-2019)	Deter o crescimento da mortalidade por suicídios	5,3 (BASE 2015)   6,1 (2019)   5,3 (META 2030)
Acidentes	 <b>499%</b> aumento dos óbitos de idosos por quedas (2000-2019)	Deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais	40,4 (BASE 2015)   41,9 (2019)   40,4 (META 2030)
Vigilância Violências e Acidentes	 <b>390mil</b> casos de violência notificados em 2018	Aumentar em 40% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan	63,8 (BASE 2015)   78,7 (2019)   89,3 (META 2030)

Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Notificações – Viva/Sinan.

Nesse contexto, surgem os **Planos de Ações Municipais de Prevenção e Enfrentamento das Condições Crônicas Não Transmissíveis**, que, em consonância com os Planos Municipais de Saúde, representam documentos estratégicos elaborados no âmbito municipal. Esses planos têm como propósito planejar e orientar as ações de saúde voltadas para a prevenção e o manejo de condições crônicas, como obesidade, hipertensão e diabetes. Desempenham, portanto, um papel fundamental na redução do impacto dessas condições na comunidade e na eficaz alocação de recursos de saúde.

A elaboração dos planos municipais deve seguir as diretrizes estabelecidas na Portaria de Consolidação nº 1 (2017) a qual define os princípios e regulamentos para o planejamento em saúde. Essa portaria abrange todos os componentes essenciais de um plano, desde a fase de concepção até a execução, monitoramento e avaliação com o objetivo de assegurar a integralidade da atenção à saúde.

#### **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**

*Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.*

É importante mencionar ainda que as evidências têm apontado que o envolvimento de diferentes atores do município num processo amplo e participativo, incluindo a gestão municipal, os profissionais e a população em geral, tem produzido os melhores resultados. Daí a importância de se levar isso em conta.

### **ELABORANDO OS PLANOS DE AÇÕES MUNICIPAIS**

No processo de elaboração dos Planos de Ações Municipais, os elementos que constituem a base para a tomada de decisões incluem: diagnóstico e análise situacional, definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, bem como o estabelecimento das ações de monitoramento e avaliação. Então, vamos analisar detalhadamente cada um desses componentes:

#### **1º PASSO: Diagnóstico/Análise Situacional**

A análise situacional é uma etapa fundamental para compreender as necessidades de saúde da população e as áreas que necessitam de intervenção prioritária. Esse enfoque baseado em evidências é crucial para o desenvolvimento de estratégias de saúde eficazes e direcionadas às necessidades específicas de cada comunidade. A Análise situacional deve ser baseada em 3 eixos:

Eixo 1: Condições de saúde da população

O primeiro eixo se refere às Condições de saúde da população, aqui é fundamental traçar o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população do município. Isso envolve a coleta e análise de dados, como taxas de mortalidade, índices de desenvolvimento municipal, prevalência de condições crônicas, entre outros.

Para facilitar esse processo, a equipe ArticulaRRAS desenvolveu uma cartilha que apresenta uma variedade de indicadores e as principais fontes para obtenção desses dados sistematizados em 6 áreas temáticas, que incluem demografia, vulnerabilidade, economia, educação, saúde e ambientes saudáveis. Além disso, para municípios que aderiram ao projeto, essas informações estão disponíveis de forma sistematizada em nosso site. Esse conjunto de informações poderá auxiliar você nesse processo.

## Eixo 2: Estrutura da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Já o Eixo 2 se refere a Estrutura da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ele abrange a análise da estrutura da rede de assistência existente no município, bem como a produção dos serviços de saúde. Isso inclui o número de equipamentos e profissionais, a organização e o funcionamento de serviços de saúde, a oferta e a demanda de serviços, a incorporação de tecnologias, a articulação e o fluxo de pacientes entre diferentes pontos de atenção à saúde, como Atenção Primária à Saúde, Assistência Ambulatorial, Assistência Hospitalar, Urgência e Emergência e Assistência Farmacêutica.

Neste eixo importa ainda um olhar cuidadoso para os territórios de saúde. O que tem afetado a saúde da população, quais são os determinantes e condicionantes de saúde (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais para a saúde) e isso exige uma abordagem intersetorial e territorial. Especialmente neste eixo devem ser levadas em conta as propostas das conferências de saúde e outras, como de assistência social e segurança alimentar e nutricional. Ninguém melhor que a população, para falar dos desafios de saúde de cada território.

## Eixo 3: Gestão em Saúde

O Eixo 3 é a Gestão em Saúde, e compreende as informações relacionadas à gestão em saúde: planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, sistemas de informação em saúde e articulação intersetorial (animar essas palavras). Analisar esses aspectos permite compreender como a gestão do sistema de saúde está estruturada e como ela influencia a oferta de serviços e o acesso da população. Aqui, é importante verificar as diretrizes gerais do governo local, quais os programas de orçamento, “prioridades políticas”, previsão orçamentária e margem de negociação para que as ações propostas de fato se efetivem.

Por meio dessa análise abrangente e detalhada, é possível identificar as principais demandas e desafios em saúde do município, bem como as oportunidades para aprimorar o sistema de saúde e desenvolver estratégias eficazes de prevenção e manejo das CCNT.

## 2º PASSO: DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS E PRIORIDADES

Feito o diagnóstico, agora precisamos detalhar a definição dos problemas e prioridades. Após definir a análise situacional frente à estrutura e as peculiaridades do município, é necessário estabelecer as diretrizes e as prioridades que vão guiar as ações de saúde, os objetivos a serem alcançados, as metas específicas para cada objetivo e os indicadores que vão medir o progresso e o sucesso das ações. Essa definição vai possibilitar que o planejamento gere resultados mensuráveis.

Uma das estratégias utilizadas é a realização de oficinas, que, necessariamente, devem envolver os diferentes atores (profissionais, gestão, as organizações comunitárias, o conselho municipal de saúde e demais parceiros) para o levantamento dos principais problemas e prioridades. No módulo de “Planejamento e Avaliação”, são apresentadas estratégias e ferramentas de planejamento inovadoras e eficientes, como o Modelo Lógico Teórico e a Teoria da Mudança. Essas duas ferramentas fornecem uma abordagem lógica e estruturada sobre como um sistema complexo de recursos e ações pode levar aos resultados e impactos desejados. Durante esse processo, é importante considerar os determinantes sociais da saúde e o modelo de atenção às condições crônicas para garantir abordagens abrangentes e eficazes.

## 3º PASSO: FORMULAÇÃO DAS DIRETRIZES

Definidas as prioridades, é hora de fazer a formulação das diretrizes, com objetivos e metas. As diretrizes indicam as linhas gerais de ação, trata dos pressupostos norteadores do plano, estabelecidas em função das prioridades e também da missão e princípios adotados pela gestão, além dos pressupostos norteadores da política em questão, no nosso caso as políticas nacionais e estaduais voltadas para as condições crônicas.

AP: Já, os objetivos devem representar as ações necessárias para resolver ou atenuar os problemas identificados, levando em consideração fatores como viabilidade política, econômica e técnico-organizacional, além da coerência que esses objetivos devem guardar com as políticas governamentais. Vamos pensar em um exemplo de um município fictício, a cidade de “Campo Novo”.

Nesse município, a análise situacional revelou um problema significativo relacionado ao aumento da mortalidade por diabetes e hipertensão arterial, associadas ao ambiente urbano desfavorável a hábitos saudáveis. Tendo em vista que algumas diretrizes podem dar origem aos objetivos, algumas diretrizes desse programa poderiam ser o fortalecimento da atenção primária à saúde e os processos multissetoriais com foco no território.

Em relação aos objetivos, estes podem ser gerais ou específicos. Levando em consideração que o objetivo geral vai corresponder a um conjunto de metas que podem corresponder também a objetivos específicos. Para que o plano fique mais funcional, bastam os objetivos



gerais e as metas. No nosso exemplo, um objetivo seria articular parcerias intersetoriais para promover um ambiente urbano mais propício aos hábitos saudáveis e se relaciona com a primeira diretriz mencionada anteriormente, e enfatiza a importância da colaboração entre diferentes setores do governo e de fora dele para promoção de hábitos saudáveis para todos. Já um segundo objetivo, poderia ser desenvolver e implementar as linhas de cuidado das CCNT na atenção primária à saúde (Hipertensão Arterial e Diabetes, Obesidade e Tabagismo), que contemplaria a segunda diretriz mencionada, associada aos processos multissetoriais com foco no território e coloca em evidência a importância do trabalho das equipes de atenção primária à saúde no cuidado das condições crônicas.

A próxima etapa é definir as metas e ações (ou etapas). Em um plano de ação, as metas são declarações específicas e mensuráveis que descrevem o que a equipe ou serviço pretende alcançar em um prazo determinado. Elas respondem a perguntas como: "O quê?", "Para quem?" e "Quanto?" para alcançar nossos objetivos.

Dando continuidade ao nosso exemplo fictício, para o objetivo construído pela equipe de trabalho "Desenvolver e implementar as linhas de cuidado das CCNT na atenção primária à saúde (Hipertensão Arterial e Diabetes, Obesidade e Tabagismo)", uma meta poderia ser Realizar triagem e estratificação de risco para as CCNT em 100% dos adultos atendidos na APS. Veja que, ao estabelecer a meta, assume-se uma medida. As metas devem ser expressas em enunciados curtos e referem-se a apenas uma medida.

O detalhamento de uma meta, se realiza por metas operacionais ou ações dispostas a partir de um cronograma. Esta é a principal função de um Plano para as CCNT, a qual seja possibilitar um aprofundamento do planejamento em ações específicas.

Como no nosso exemplo, podemos ter como primeira etapa a construção de um Manual de Estratificação de Risco, no período de até 2 meses. Isso seria fundamental para desenvolver um guia de referência que auxiliaria as equipes de saúde na estratificação do risco dos pacientes de forma consistente e eficaz. Na segunda etapa, seriam feitas capacitações, em 6 meses, para as equipes de saúde sobre estratificação de risco para que o processo seja implementado com precisão e eficiência. E, por fim, estratificar 50% dos usuários com hipertensão arterial e diabetes, em uma janela de tempo de 1 ano. É importante estabelecer um prazo específico para estratificar uma parcela significativa dos usuários, e assegurar que o processo seja iniciado e prossiga de forma oportuna, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde.

**Etapa 1. Construir um Manual de Estratificação de Risco em até 2 meses:** Esta etapa é fundamental para desenvolver um guia de referência que auxiliará as equipes de saúde na estratificação do risco dos pacientes de forma consistente e eficaz.

**Etapa 2. Capacitar as equipes de saúde para a estratificação de risco em até 6 meses:** A capacitação das equipes é essencial para garantir que o processo seja implementado com precisão e eficiência.

**Etapa 3. Estratificar 50% dos pacientes com hipertensão e diabetes em até 1 ano:** Estabelecer um prazo específico para estratificar uma parcela significativa dos pacientes ajuda a assegurar que o processo seja iniciado e prossiga de forma oportuna, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde.

#### **4º PASSO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O plano de ação também precisa de Monitoramento e avaliação. Trata-se de um importante aspecto a ser considerado ao definir metas e etapas/ações. Isso inclui a seleção adequada de indicadores, o que possibilitará a mensuração das mudanças e o alcance das metas estabelecidas. Os indicadores e dados utilizados na análise situacional que estiverem relacionados com as mudanças esperadas, são um excelente ponto de partida também nesta etapa.

Vale destacar a importância de que sejam estabelecidos indicadores de processo e impacto. Os indicadores de processo mostram a medida da eficácia e eficiência, no uso dos recursos e na execução das ações. Já os indicadores de impacto/resultados irão mostrar o quanto as ações executadas foram efetivas em resolver o problema. Na prática, normalmente, os indicadores de processo são extraídos dos relatórios de execução do programa e os de impacto das bases públicas de dados (fazer breve esquema que aparece ao lado do apresentador enquanto ele fala).

É importante ainda que cada meta seja atribuída a um setor ou serviço específico, que será responsável por alcançar e monitorar cada etapa estabelecida no plano. Também é crucial identificar os recursos necessários para a efetivação das metas, incluindo a origem desses recursos, seja financeira, humana ou de infraestrutura. Essa atribuição de responsabilidades e de recursos ajudará a garantir que as metas sejam alcançadas de maneira eficaz e eficiente, contribuindo para o sucesso do plano.

É importante que seja estabelecido um comitê de monitoramento e avaliação para acompanhar regularmente o progresso em relação às metas definidas e a produção de relatórios trimestrais e anuais para avaliar o desempenho do plano, identificar desafios e tomar medidas corretivas quando necessário.

#### **GC: 5º PASSO: CONSTRUÇÃO DA MATRIZ DE AÇÕES**

### **O próximo passo é a Construção da Matriz de ações.**

Esta matriz proporciona clareza sobre as responsabilidades, os prazos e os recursos necessários para alcançar metas específicas. Veja esse exemplo:

Vamos considerar nosso objetivo o desenvolvimento e implementação das linhas de cuidado das CCNT na atenção primária à saúde (Hipertensão Arterial e Diabetes, Obesidade e Tabagismo). Na tabela, podemos observar que a primeira meta para alcançar esse objetivo é realizar triagem e estratificação de risco para as CCNT em 100% dos adultos atendidos na APS. Para isso, definimos ações com prazos a serem cumpridos, como ação temos a construção de um Manual de Estratificação de Risco, com prazo de elaboração de 2 meses, depois capacitar todas as equipes de saúde a respeito da estratificação de risco dentro de 6 meses e, assim, estratificar 50% dos pacientes com hipertensão e diabetes em 1 ano.

Perceba que para cada ação há um indicador a ser acompanhado durante o processo, e pessoas responsáveis por cada ação. Além disso, também foram definidos recursos para cada uma delas e quem os disponibilizaria. A matriz permite ainda que o monitoramento das ações seja conduzido de maneira eficaz, e também facilita o processo de avaliação.

### **6º PASSO: ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO FINAL**

Podemos afirmar que o coração do plano é a matriz de ações. No entanto, é importante a elaboração de um documento de apresentação do plano, que deve ser composto por uma apresentação, geralmente feita pela autoridade local. A análise situacional contendo os principais elementos considerados no plano, com um breve relato de como o plano foi elaborado (metodologia). A matriz de ações também deve estar relacionada neste documento, juntamente com os indicadores de impacto para cada objetivo. E, por fim, o monitoramento e avaliação.

Apresentamos brevemente aqui, as etapas para a elaboração de um plano municipal para o cuidado das CCNT. Existem outros caminhos para elaboração e formas de apresentação. Neste módulo, você acompanhou uma síntese das etapas usualmente adotadas. Recomendamos fortemente que ao elaborar o seu plano, o município coloque no papel o resultado da reflexão coletiva, na qual tenham sido ponderados todos os desafios. Que o plano seja aquele que por consenso do grupo se transformou em um projeto em que todos possam acreditar e que se mostre viável.

Ao desenvolver esses planos, é fundamental considerar a realidade única de cada município, envolvendo diversos atores, desde a gestão municipal até a comunidade. Com uma abordagem baseada em evidências e uma matriz de plano de ação bem estruturada, os municípios têm mais chance de sucesso com as CCNT, promovendo mais saúde e bem-estar da população.

## Referências

Glossário ArticulaRRAS:

[https://articularras.com.br/wp-content/uploads/2023/05/2023\\_articularras\\_glossario.pdf](https://articularras.com.br/wp-content/uploads/2023/05/2023_articularras_glossario.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-1-SUS.html#>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - CADERNO 2. 2009. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/planejajesus%20-%20caderno%202.pdf>

### Anexo 1. EXEMPLO DE MATRIZ

Objetivo 1 - Desenvolver e implementar as linhas de cuidado das CCNT na atenção primária à saúde (Hipertensão Arterial e Diabetes, Obesidade e Tabagismo)						
Metas	Ação	Prazo	Indicador de processo	Responsável	Recursos	Origem dos recursos
Meta 1: Realizar triagem e estratificação de risco para as CCNT em 100% dos adultos atendidos na APS.	Construir Manual de Estratificação de Risco	2 meses	Documento final elaborado e disponibilizado	Equipe Multiprofissional	Recursos humanos da equipe multiprofissional	Município
					Recursos financeiros (R\$500,00 para impressão do material)	Município
	Capacitar 100% as equipes de saúde para a estratificação de risco	6 meses	Número de equipes capacitadas/total de equipes x 100	Direção de Saúde	Recursos humanos da secretaria de saúde	Município
	Estratificar 50% dos pacientes com hipertensão e diabetes	1 ano	Número de usuários estratificados /total de usuários com diabetes e hipertensão x 100	Gestoras das equipes de saúde e médicos cardiologistas	Recursos humanos das equipes de saúde	Município
Mata 2:						

Veja que os indicadores de impacto guardam relação com os objetivos gerais. Exemplo:

Objetivos	Indicadores de impacto
Objetivo 1 - Desenvolver e implementar as linhas de cuidado das CCNT na atenção primária à saúde (Hipertensão Arterial e Diabetes, Obesidade e Tabagismo)	- Redução das internações por causas sensíveis à atenção primária



